

# DIRETRIZES CLÍNICAS

## *Crianças*



**Prefeitura de Fortaleza**  
Secretaria Municipal da Saúde



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal da Saúde

Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra  
**Prefeito do Município de Fortaleza**

Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld  
**Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza**

Lúcia Carvalho Cidrão  
**Secretária Adjunta da Saúde**

Ricardo Cesar Xavier Nogueira Santiago  
**Secretário Executivo da Saúde**

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca  
**Coordenadora de Políticas e Organização  
das Redes de Atenção à Saúde**

André Luis Benevides Bonfim  
**Gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde**

Sandra Solange Leite Campos  
**Gerente da Célula de Atenção às Condições Crônicas**



**Prefeitura de  
Fortaleza**

Secretaria Municipal da Saúde

# SÉRIE: ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1 – NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS

1.3 – DIRETRIZES CLÍNICAS: ATENÇÃO À CRIANÇA

FORTALEZA

2016

## 2015 Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A coleção institucional da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza pode ser acessada na página: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms>

Série: Organização das Redes de Atenção à Saúde.

1 – Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 1.000 exemplares

F736d Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. Célula de Atenção às Condições Crônicas.

Diretrizes Clínicas: Atenção à Criança/ Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. – Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.

98 p. (Série Organização das Redes de Atenção à Saúde. Normas e Manuais Técnicos, 1. – Diretrizes Clínicas: Atenção à Criança, 1.3.

1. Criança. 2. Atenção à Criança. 3. Redes de Atenção à Saúde. Diretriz Clínica. I. Título.

CDD: 362.7

## **ELABORADORES**

Jocileide Sales Campos  
Kilma Wanderley Lopes Gomes  
Flávio Henrique Dourado de Macêdo  
Rui de Gouveia Soares Neto  
Riteméia Mesquita Florêncio  
Sandra Solange Leite Campos  
Tereza Amélia Araújo Laureano

## **COLABORADORES**

Diva de Lourdes Fernandes  
Danielle Queiroz  
Janaína Rocha  
Léa Dias Gomes  
Maria do Socorro Cavalcante  
Mirta Maria Saraiva da Silva

## **APOIO TÉCNICO**

Igor Aguiar  
Germana Farias de Albuquerque  
Francisco Iratuã Nobre Junior

## **CONSULTORES**

Eugênio Vilaça Mendes  
Maria Emi Shimazaki  
Marco Antônio Bragança de Matos  
Rúbia Pereira Barra

## **VALIDADORES INTERNOS**

Participação de profissionais representantes das Equipes de Saúde da Família das Unidades de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza

## **VALIDADORES EXTERNOS**

Anamaria Cavalcante e Silva (Pediatra - Representante – Centro Universitário Christus)  
Ana Maria de Oliveira Lima (Pediatra – Representante da Unidade de Atenção Primária à Saúde Irmã Hercília)  
Diva Lourdes A. Fernandes (Pediatra – Representante do Hospital Infantil Albert Sabin)  
Geila Rocha (Pediatra do Hospital Infantil Albert Sabin)  
Keyla Márcia M. Sousa (Enfermeira – Representante da Estratégia da Saúde da Família)  
Marco Túlio Aguiar (Representante – Sociedade Brasileira de Saúde da família- seção Ceará)  
Maria Francielze Holanda Lavor (Pediatra – Representante da Sociedade Cearense de Pediatria)  
Osmiro Barreto (Neonatologista – Representante da Secretaria de Saúde do Estado – SESA)  
Socorro de Maria Martins de Alcântara Carvalho (Pediatra – Representante do Hospital Infantil Albert Sabin)

## APRESENTAÇÃO

Prezados (das) leitores (as),

É com muita satisfação que a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza apresenta-lhes as **DIRETRIZES CLÍNICAS DE ATENÇÃO À CRIANÇA**, que integra a série: “**ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**”, item “**NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS**”.

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – restada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidade sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.

No mapa estratégico desta secretaria, foram priorizadas quatro redes prioritárias: materno infantil, urgência e emergência, psicossocial e a de condições crônicas com ênfase em diabetes e hipertensão.

Na organização das redes de atenção, faz-se necessária definição de competência de cada ponto de atenção, de um sistema de referência e contrarreferência entre os diversos pontos que compõem a rede e a estruturação do sistema de apoio (serviço auxiliar de diagnóstico e terapia, assistência farmacêutica, teleassistência, sistema de informação a saúde) e o sistema logístico (acesso regulado, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte).

A população a ser atendida em uma rede deve ser cadastrada na atenção primária de saúde e passar pela estratificação de risco da condição específica, visando, a partir do risco, estabelecer a conduta clínica para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo.

O propósito desta diretriz é tornar-se uma eficiente estratégia de fornecer informações técnicas confiáveis, concisas, baseadas em evidências científicas para os profissionais e gestores

Este documento é fruto de um trabalho coletivo envolvendo especialistas da área da criança, profissionais e gestores que buscaram o consenso em relação às condutas clínicas efetivas e aos procedimentos operacionais adequados para a organização da rede de atenção à criança.

Constitui-se, portanto, ferramenta potente para propiciar o cuidado oportuno, eficaz, efetivo e eficiente dos usuários da rede e atender às suas necessidades.

Uma excelente leitura para orientação da prática clínica e organização dos serviços de saúde da Atenção Primária.

*Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld*  
*Secretária da Saúde*

## LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

RN – Recém-nascido

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

OMS – Organização Mundial da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

AIDIPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância

ONU – Organização das Nações Unidas

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

IMC – Índice de Massa Corporal

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

CDC – *Center for Disease Control and Prevention*

CTB – Código de Trânsito Brasileiro

SESA – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SUS – Sistema Único de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory*

EAS – Elementos anormais e sedimento

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

SRO – Soro Reidratação Oral

OMC – Otite Média Crônica

ITU – Infecção do Trato Urinário

DMSA – Material Radioativo (99 mTc)

TSB – Técnico em Saúde Bucal

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** Cronologia de erupção dos dentes decíduos ..... 21

**Tabela 2** Cronologia de erupção dos dentes permanentes ..... 21

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos.....	18
<b>Quadro 2</b>	Pontos de corte de comprimento/altura para a idade para crianças menores de 10 anos.....	19
<b>Quadro 3</b>	Pontos de corte de IMC por idade para menores de 10 anos.....	19
<b>Quadro 4</b>	Surgimento dos primeiros dentes e alterações de comportamento da criança.....	23
<b>Quadro 5</b>	Atenção: Acidentes mais frequentes entre crianças de zero a um ano.....	26
<b>Quadro 6</b>	Cronograma de consultas por profissional – Baixo Risco.....	34
<b>Quadro 7</b>	Cronograma de consultas por profissional – Médio Risco.....	35
<b>Quadro 8</b>	Cronograma de consultas por profissional – Alto Risco.....	36
<b>Quadro 9</b>	Manifestações de alergia alimentar segundo o mecanismo imunológico envolvido.....	46
<b>Quadro 10</b>	Resumo dos principais parasitas e indicação terapêutica.....	62
<b>Quadro 11</b>	Características do sopro funcional e do sopro patológico.....	63
<b>Quadro 12</b>	Antibióticos mais comumente utilizados em pediatria disponíveis nas UAPS.....	64

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Fluxograma do acolhimento mãe-bebê na Atenção Primária.....	30
<b>Figura 2</b> Fluxograma - Evento Agudo x Demanda Programada .....	31
<b>Figura 3</b> Fluxograma - Teste do Pezinho .....	43
<b>Figura 4</b> Fluxo atendimento ao paciente a ser inserido no Programa de Alergia Alimentar/APLV (APLV) para crianças menores de três anos nas unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).....	48
<b>Figura 5</b> Protocolo para diagnóstico de IVAS .....	55

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DA CRIANÇA</b> .....	14
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	16
<b>4 METAS E POPULAÇÃO-ALVO</b> .....	16
<b>5 EPIGENÉTICA NA SAÚDE DA CRIANÇA</b> .....	16
<b>6 CRESCIMENTO DA CRIANÇA</b> .....	17
<b>7 DESENVOLVIMENTO INFANTIL E ESTIMULAÇÃO</b> .....	19
<b>8 VACINAÇÃO</b> .....	23
<b>9 PREVENÇÃO DE ACIDENTES</b> .....	24
<b>10 PROTEÇÃO E CUIDADOS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA</b> .....	26
<b>11 COMUNICAÇÃO EFICAZ E RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE</b> .....	27
<b>12 ACOLHIMENTO À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> .....	28
<b>13 CONSULTA DE PUERICULTURA NO 3º TRIMESTRE DA GRAVIDEZ</b> .....	32
<b>14 ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO, CRONOGRAMA E DESCRIÇÃO DE CONSULTAS – ZERO A DOIS ANOS</b> .....	33
<b>15 LINHAS DE CUIDADO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA</b> .....	41
<b>16 ATENDIMENTO AO PACIENTE A SER INSERIDO NO PROGRAMA DE ALERGIA ALIMENTAR/PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV) PARA CRIANÇAS MENORES DE TRÊS ANOS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAPS)</b> .....	47
<b>17 ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA</b> .....	50
<b>18 EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO PARA CRIANÇAS</b> .....	66
<b>19 MEDICAMENTOS PROGRAMADOS</b> .....	66
<b>20 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA APS</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	71
<b>ANEXOS</b> .....	75

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde de Fortaleza tem o compromisso de assegurar a toda criança do município acesso, qualidade, resolubilidade na promoção e produção da saúde, por meio da oferta de atenção integral, desde a formação e crescimento intrauterino, com ações desenvolvidas no domicílio, nas unidades de atenção primária e em outras de complexidade apropriada às necessidades de atenção. Essas ações visam manter saudáveis essas crianças, seja evitando enfermidades e agravos, assim como intervindo para recuperação da saúde e, assim, alcançar também a prevenção de doenças na idade adulta.

Até pouco tempo, as intervenções destinavam-se, principalmente, à redução da taxa de mortalidade infantil que alcançou declínio nas últimas décadas no Brasil. Redução da pobreza, ampliação da cobertura da estratégia saúde da família na organização da oferta de atenção primária à saúde (APS) e, também, outros fatores têm sido considerados responsáveis pela queda dos óbitos infantis de 47,1 por mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6, em 2010<sup>1,2</sup>.

A grande meta, agora, é garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde, conscientes da persistência de desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Paralelamente, terá prosseguimento a investigação dos óbitos infantis, mais centrados no período neonatal, cujos resultados remetem à identificação de ações para seu controle<sup>2</sup>.

Além disso, há evidências mostrando que 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano estão acontecendo no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária do País<sup>3</sup>.

Está na responsabilidade da APS coordenar o processo de acesso universal e o cuidado integral na rede de serviços do sistema de saúde, incluindo redução de internações hospitalares potencialmente evitáveis, evidenciado em estudos publicados<sup>4,5</sup>.

O Ministério da Saúde organizou estratégia, a fim de melhor qualificar a atenção materno-infantil em todo o País, com objetivo de manter em redução as taxas de morbimortalidade materna e infantil no Brasil - a Rede Cegonha. A efetivação de suas atividades resulta da parceria com estados e municípios, em todo o território nacional, trazendo um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e, em especial, no período neonatal. Para tanto, requer articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção primária e das maternidades, estimulando a prática do parto normal, como também da humanização no parto e nascimento, incluindo a participação do pai neste momento.

Além dos cuidados no nascimento, é preciso garantir, na primeira semana de vida da criança, a visita domiciliar do agente de saúde que está destinada ao binômio mãe e recém-nascido (RN), no contexto da família, para orientação sobre o cuidado a ambos. Em Fortaleza, esta visita terá a participação do profissional de enfermagem e, para situações de risco elevado, o profissional da Medicina de Família.

Em todas as oportunidades de contato, haverá estímulo à presença do pai, sempre que possível o que responde a uma das recomendações das competências das famílias estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)<sup>6,7</sup>. Será fortalecido apoio ao

aleitamento materno, imunizações, testes de triagem neonatal e esclarecimentos sobre o conteúdo da caderneta e saúde da criança, entregue a cada criança, ainda na maternidade. Documento que apresenta informações importantes para o acompanhamento da saúde da criança que ajuda a família e os profissionais no cuidado da população infantil. Os profissionais devem registrar os dados na caderneta em todas as consultas, explicar e dialogar com os pais sobre as informações<sup>3</sup>.

Desde a gestação até os dois anos, a criança será alvo de acompanhamento cuidadoso do crescimento e desenvolvimento pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com olhar biopsicossocial não somente para criança, como também para o contexto de saúde e vida da mãe e família, e inclusão dos processos intersetoriais necessários para apoio a cada criança/família. Essa compreensão motivou a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará a definir a realização de uma consulta de puericultura no terceiro trimestre da gestação, momento em que é possível detectar e controlar fatores de risco para saúde da gestante e do feto e, também, estabelecer um relacionamento de confiança para esclarecimentos de dúvidas e orientações pertinentes à atenção ao binômio mãe/filho<sup>8</sup>. Posteriormente, a Sociedade Brasileira de Pediatra assumiu a mesma decisão.

Os cuidados na preconcepção contextualizam desejo, segurança física e emocional das pessoas para o acolhimento a um novo ser<sup>9</sup>. A Organização Pan-americana de Saúde enfatiza o valor da existência de encontros entre futuros pais, pais atuais e profissionais de saúde para diálogo esclarecedor sobre vivências, na expectativa da relação familiar, incluindo filhos<sup>10</sup>.

A Atenção Integral à Saúde da Criança tem significado estratégico no contexto da integralidade da assistência, cuja essência apresenta o reconhecimento dos direitos da criança, conforme reforçado pelo UNICEF e que se expressa na continuidade da redução da mortalidade infantil. Atualmente, evidências mostram que assegurar qualidade de vida para o crescimento e o desenvolvimento, buscando muito além do potencial genético, está associado ao direcionamento de um olhar para epigenética – influência do ambiente alterando a expressão do gene, mudando funcionamento e evitando, no adulto, doenças, como obesidade, hipertensão, diabetes, aterosclerose<sup>11, 12</sup>.

Conhecimentos mais recentes, vislumbrando a longevidade saudável esperada, permitem definição de ações mais adequadas inerentes à linha de cuidados ofertada à criança usuária do SUS de Fortaleza.

A atenção ofertada às famílias e crianças, em domicílios e nas unidades da rede do sistema de saúde, objetiva alterar, de forma positiva, o padrão epidemiológico da saúde infantil.

Promoção de saúde, por meio da puericultura, diagnóstico precoce de desvios do crescimento e do desenvolvimento saudáveis ou de enfermidades e uso de condutas apropriadas podem ser facilitadas por meio de uso de normas padronizadas de acompanhamento e protocolos clínicos. A valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança, de forma ampliada, expressa compromisso para garantia de futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis.

Os *Campos de Saúde* definidos como biologia humana, estilo de vida, meio ambiente e organização dos serviços de saúde são elementos que compõem as ações programadas na oferta da puericultura<sup>13</sup>.

A atenção à saúde da criança terá, então, como eixo a puericultura, que visa manter a criança saudável nas condições mais próximas da normalidade no terreno físico, psíquico e social. Fazer uma boa puericultura remete à prevenção de adoecimento, ao estímulo ao desenvolvimento esperado, à prevenção de agravamento de uma doença diagnosticada e consequente hospitalização, quando for indicado e, ainda, à prevenção de anos potenciais de vida perdidos ao reduzir chances de ocorrência de óbito infantil<sup>12, 14</sup>.

O conteúdo fundamental da puericultura aborda: relação profissional/criança/família/comunidade; observação clínica da criança; crescimento; desenvolvimento e atividade; higiene alimentar, ambiental, mental, corporal, oral e anti-infecciosa; prescrição sobre vacinas, alimentação, medicações, e, ainda, orientações para estímulo ao desenvolvimento, prevenção de acidentes e aquelas pertinentes a cada criança/situação específicas, inclusive com a dimensão dos condicionantes e determinantes percebidos<sup>15</sup>.

É importante ressaltar que nos últimos vinte anos, estudos controlados e revisões sistemáticas demonstram evidências científicas sólidas que fundamentam a recomendação das intervenções preventivas<sup>16</sup>. O caráter científico da puericultura está, pois, fundamentado, em um momento em que ela deixa de ser estritamente médica e, por consenso dos especialistas, passa a ser desenvolvida, principalmente, como processo multiprofissional e – muito importante – em parceria com as famílias e comunidades<sup>17</sup>.

Deve ser ressaltado, ainda, que na avaliação de seguimento da criança, é importante que não haja inflexibilidade do protocolo utilizado, uma vez que, além dos limites da normalidade para a fase que está sendo avaliada, deve-se observar a abordagem de questões ambientais – sociais e culturais<sup>18</sup>.

Também deve ser acrescentado que conforme a necessidade identificada, a equipe de saúde da família conta com apoio de profissionais que participam do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), segundo portaria ministerial nº 154/2008, ofertando serviços nas áreas de Fisioterapia, Educação Física, Psicologia e outras, de acordo com necessidades locais evidenciadas<sup>19</sup>.

Agregando-se ainda a chance de identificação precoce de doenças, garante-se o planejamento terapêutico apropriado. Neste aspecto, o uso da metodologia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), utilizada pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, terá reforçado seu processo de capacitação dos profissionais da APS. A estratégia AIDPI promove reconhecimento e tratamento oportuno às condições que necessitam de intervenção rápida e efetiva para recuperação da saúde, bem como ações para prevenção das doenças<sup>20,21</sup>.

Embora o público prioritário seja crianças até dois anos, o acompanhamento por meio das consultas de puericultura terá extensão ao menor de dez anos, com atendimento semestral até os seis anos, e anual dos seis aos dez anos. Essa decisão considera o significado da atuação na atenção aos menores de seis anos, período considerado crítico para o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças, principalmente menores de dois anos<sup>18</sup>.

Ao reconhecer a importância do papel das famílias, o UNICEF tem promovido mecanismos para levá-las informações sobre as necessidades e os direitos de atenção à criança e gestante que serão utilizados no processo de educação em saúde<sup>11,22</sup>. A família precisa estar capaz de assegurar ambiente que forneça os cuidados que as crianças precisam, inclusive estimulando-as por meio da brincadeira<sup>23,24</sup>.

Por fim, com suporte nas ações de puericultura, em Fortaleza, está definido o acompanhamento prioritário de crianças menores de dois anos, atendendo critérios que as classificam em diferentes grupos de risco para oferta dos cuidados, inclusive durante a gestação, quando se identifica necessidade de atendimento diferenciado a mães semelhantes dentro de um grupo de risco específico, como àquelas com baixo nível de escolaridade<sup>25</sup>.

## **2 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DA CRIANÇA**

A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar um ano de idade por cada mil nascidas vivas. Esse

indicador é de fundamental importância para saúde pública para avaliar a qualidade de vida e as informações sobre a eficácia dos serviços públicos, como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que devem ser atingidos por todos os países até 2015. Dentre esses, o quarto objetivo estabelece reduzir a mortalidade infantil. No Brasil, a mortalidade de crianças com menos de um ano foi de 47,1 óbitos por mil nascimentos, em 1990, declinando para 19, em 2008. A meta até 2015 é reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos. O Nordeste é a região com as maiores médias de óbitos em crianças. O indicador que trata da taxa de mortalidade infantil calcula a probabilidade de morte entre o nascimento e os cinco anos de idade para cada mil nascimentos. A taxa de mortalidade infantil compõe a expectativa de vida ao nascer, que faz parte do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem, nos últimos anos, sofrendo processo de transformação, sendo influenciado em cada período histórico, pelos avanços do conhecimento técnico-científico e pelas diretrizes das políticas sociais implantadas.

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância têm como objetivos: reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade, diminuir a incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também, distúrbios nutricionais e fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância<sup>26</sup>.

Dados das internações sensíveis à atenção primária em Fortaleza, disponível no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), indicam redução das internações por pneumonias bacterianas de 38,0% para 29,7%, em crianças menores de dois anos de idade entre 2008 e 2012. Dentre as internações nessa faixa etária, as pneumonias bacterianas, as gastroenterites infecciosas e complicações e a asma foram as causas mais frequentes de internações.

Estudos epidemiológicos sobre mortalidade infantil e o componente perinatal e neonatal têm sido frequentes, demonstrando a associação entre processo saúde-doença e sua relação com os determinantes sociais de saúde, como saneamento, nutrição, renda, assistência médica, entre outros. A disponibilidade de alimentos, a qualidade da moradia e acesso a serviços essenciais, como os de saneamento básico e assistência à saúde, são totalmente dependentes do poder aquisitivo e do grau de instrução dos membros da família, principalmente, a materna, em que a maioria é chefe de família.

Os fatores de risco, como baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, idades maternas extremas (<19 anos e >35 anos), gestações múltiplas, intervalo intergestacional curto (inferior a dois anos), criança indesejada, desmame precoce, mortalidade em crianças menores de cinco anos na família, condições inadequadas de moradia, baixa renda e desestruturação familiar são colocados como condições que exigem vigilância à saúde, com monitoramento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança. O objetivo é prevenir o aumento da probabilidade da existência de doença perinatal e infantil.

A análise da tendência de morbidades entre os menores de cinco, dez anos e, particularmente, dois anos, em Fortaleza, pode revelar informações imprescindíveis para o cálculo de necessidade de medicamentos e

exames de apoio diagnóstico, bem como internações hospitalares e consultas ambulatoriais para revisão da criança enferma.

As doenças mais prevalentes na infância são reconhecidas, como pneumonias, amigdalites, otites, conjuntivites, dermatites (alérgicas, bacterianas, fúngicas, escabióticas), infecções do trato urinário, anemias, parasitoses intestinais, diarreias, desidratação, traumatismos por quedas, alergias respiratórias, cárie e traumatismos dentários, dengue, tuberculose, meningites também estão relacionadas entre doenças e agravos que atingem crianças<sup>26</sup>.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Geral**

- Garantir atenção à saúde das crianças – prevenção de doenças e agravos, promoção e recuperação da saúde, nas unidades do sistema de saúde em Fortaleza – Ceará.

#### **Específicos**

- Assegurar a realização de ações de puericultura para população infantil, a partir do período gestacional, incluindo a visita no domicílio;
- Identificar precocemente situações de risco, de modo a ofertar atenção apropriada a crianças em grupos específicos;
- Diagnosticar enfermidades e agravos, com vista à decisão e execução de intervenções adequadas;
- Apoiar pai, mãe e familiares na compreensão e uso apropriado da Caderneta de Saúde da Criança.

### **4 METAS E POPULAÇÃO-ALVO**

- Gestantes no terceiro trimestre da gravidez;
- Crianças de zero a menores de 10 anos, com prioridade para os menores de dois anos.

### **5 EPIGENÉTICA NA SAÚDE DA CRIANÇA**

Epigenética é o estudo das mudanças hereditárias na expressão de genes durante a mitose e/ou meiose que não são causadas por alterações na sequência do DNA (ácido desoxirribonucleico), portanto, independem de mudanças na sequência primária do DNA. Os eventos epigenéticos estão relacionados à adaptação estrutural de regiões cromossômicas, a fim de registrar, sinalizar ou perpetuar a atividade da expressão gênica que estão envolvidos na diferenciação celular, desenvolvimento embrionário, fetal e em todo ciclo da vida<sup>27</sup>.

Na mesma perspectiva da epigenética, o termo programação fetal refere-se ao processo pelo qual um estímulo ou insulto, quando ocorrido no período crítico do desenvolvimento, tem efeitos permanentes sobre a estrutura e as funções do organismo. Isso ocorre devido à plasticidade e sensibilidade a alterações do ambiente, as quais influenciam a saúde do feto. E, assim, faz-se referência à “origem fetal das doenças dos adultos”,

também conhecida como a hipótese de Barker, que surgiu a partir de estudos conduzidos por David Barker na década de 1980, sugerindo que a exposição ao ambiente materno intrauterino pode causar impactos na saúde e doença do adulto<sup>27, 28</sup>.

Desta maneira, vê-se que a influência do ambiente pode propiciar mudanças na saúde do indivíduo durante sua existência, porém as mudanças são mais significativas e decisivas nas fases vulneráveis do desenvolvimento, ou seja, na fase precoce da vida. Na fase intrauterina, as mães transmitem informações do ambiente externo, como estado nutricional, através da placenta, e aos lactentes, através da lactação.

O crescimento do feto é resultado do tamanho corpóreo da mãe e do fornecimento materno de nutrientes. A desnutrição no período fetal ou neonatal pode programar o indivíduo para um aumento ou preservação dos estoques de gordura corporal ao longo da vida. Tanto a desnutrição quanto os excessos alimentares causam consequências duradouras, capazes de sensibilizar o bebê para o desenvolvimento de doenças crônicas, como obesidade, hipertensão e diabetes tipo 2, quando adulto. Deve-se destacar que uma dieta equilibrada proporciona gestação saudável e, ainda, que o cálcio necessário para a formação dos dentes do bebê provém da alimentação - quando esta não acontece de forma adequada, o cálcio é removido dos reservatórios ósseos da mãe e não do conteúdo mineral dos dentes da mesma<sup>29</sup>. Além das mudanças oriundas do estilo de vida, observa-se a influência do ambiente social e afetivo na estabilidade psíquica do indivíduo. Interações validadas por experiências adequadas constituem regulador da epigênese social da mente.

Portanto, esses conceitos demonstram a importância do questionamento e incentivo de estilo de vida materno mais saudável, a fim de evitar doenças e garantir melhor estado nutricional para descendentes e continuar o cuidado da criança, acompanhando crescimento e desenvolvimento através da puericultura, assim como a análise de todas as interações afetivo-sociais as quais a criança será exposta, com incentivo a experiências adequadas, garantindo a saúde mental desta.

## **6 CRESCIMENTO DA CRIANÇA**

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Constitui um dos indicadores de saúde da criança. O processo de crescimento é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), entre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou restringindo tal processo. Deve-se valorizar também o crescimento intrauterino, pois diversos estudos atestam que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde do adulto<sup>3</sup>.

O acompanhamento sistemático do crescimento e do ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade, por meio da sinalização precoce da subnutrição e obesidade.

A vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança e, quando necessário, por meio de diagnóstico e tratamento precoce para sub ou super alimentação, evitar que desvios do crescimento possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura.

A epidemiologia do estado nutricional tem dado mais atenção ao peso e índice de massa corpórea do que à altura, porém a altura também tem sido associada a vários desfechos e causas de mortalidade. O déficit estatural representa, atualmente, a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição no Brasil. O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança na caderneta de saúde da criança<sup>30</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a utilização dos valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas da OMS de 2006 (para crianças menores de 5 anos) e 2007 (para faixa etária dos 5 aos 19 anos).

A caderneta de saúde da criança utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos) os seguintes gráficos: perímetro cefálico (de zero a 2 anos), peso para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), comprimento/estatura para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), índice de massa corporal (IMC) para idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos).

A inclusão do IMC como parâmetro de avaliação permite que a criança seja melhor avaliada na sua relação peso e comprimento (para menores de 2 anos) ou peso e altura (para maiores de 2 anos).

Tal parâmetro auxilia na classificação de crianças que em um determinado período estiveram desnutridas e tiveram o comprometimento de sua estatura, possibilitando melhor identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura. O peso por idade limita-se a mostrar se a criança está com peso abaixo do recomendado para idade, mas não mostra se a sua estatura foi comprometida. O IMC foi validado em crianças como bom marcador de adiposidade e sobrepeso.

O cálculo do IMC deverá ser realizado a partir da aplicação da fórmula a seguir, depois de realizada a mensuração de peso e altura ou de comprimento da criança. As crianças menores de dois anos deverão ser mensuradas deitadas em superfície lisa (comprimento) e as crianças maiores de dois anos deverão ser mensuradas em pé (altura). A caderneta de saúde da criança apresenta as tabelas de IMC calculadas e orienta as pessoas sobre seu uso<sup>30</sup>.

Fórmula para cálculo do IMC:  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2(\text{m})$

Os Quadros 1, 2 e 3 apresentam os pontos de corte para avaliação do crescimento da criança que podem ser avaliados a partir do registro dos dados antropométricos nas curvas disponíveis na caderneta de saúde da criança e pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), do Ministério da Saúde.

**Quadro 1** Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > + 2	Peso elevado para idade
Percentil ≥ 3 e 97	Escore z ≥ - 2 e + 2	Peso adequado para a idade
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ - 3 e < - 2	Peso baixo para a idade
Percentil < 0,1	Escore z < - 3	Peso muito baixo para a idade

**Quadro 2** Pontos de corte de comprimento/altura para a idade para crianças menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil $\geq 3$	Escore $z > +2$ Escore $z \geq -2$ e $+2$	Comprimento/altura adequado para idade
Percentil $\geq 0,1$ e $< 3$	Escore $z \geq -3$ e $< -2$	Comprimento/altura baixo para idade
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Comprimento/altura muito baixo para idade

**Quadro 3** Pontos de corte de IMC por idade para menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil $> 99,9$	Escore $z > +3$	Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos)
Percentil $> 97$ e $99,9$	Escore $z +2$ e $+3$	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos)
Percentil $> 85$ e $97$	Escore $z > +1$ e $< +2$	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (de 0 a 5 anos)
Percentil $\geq 3$ e $85$	Escore $z > -2$ e $+1$	IMC adequado
Percentil $\geq 0,1$ e $< 3$	Escore $z \geq -3$ e $< -2$	Magreza
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Magreza acentuada

## 7 DESENVOLVIMENTO INFANTIL E ESTIMULAÇÃO

A evolução do desenvolvimento da criança se inicia ainda na vida intrauterina. Se forem consideradas características emocionais do ser humano, na verdade, começa no sonho daqueles que desejam concebê-la<sup>31</sup>. O desenvolvimento infantil abrange aspectos que se relacionam com o crescimento físico, as mudanças psicológicas e emocionais e a adaptação social em que as crianças adquirem modelos de comportamento social através dos jogos. Em cada fase do desenvolvimento, surgem características específicas e as linhas orientadoras deste processo se aplicam a grande parte das crianças nestas fases<sup>18</sup>.

O desenvolvimento é um processo de aquisição de funções individuais e adaptação social, ganhando complexidade com o transcorrer da idade. No entanto, uma criança pode, individualmente, atingir diferentes

etapas de desenvolvimento mais cedo ou mais tarde do que outra criança da mesma faixa etária, não significando, necessariamente, anormalidade. Deve ser, ainda, ressaltado que o comportamento de pessoas que lhes prestam cuidados e o meio ambiente em que a criança está inserida geram experiências que influenciam fortemente no desenvolvimento desta<sup>23</sup>.

Publicações do UNICEF afirmam que o alicerce da vida e sua funcionalidade se estabelecem precocemente na vida, sobretudo até os seis anos de idade. Descobertas recentes mostram registro intraútero no cérebro do feto, formando conexões usadas posteriormente para aquisição de movimentos voluntários<sup>32</sup>. Deste modo, sinaliza-se o rápido crescimento cerebral nos primeiros anos de vida, principalmente no primeiro ano, e a intensa vulnerabilidade às influências do meio<sup>33</sup>.

É importante não esquecer que devido à plasticidade do cérebro, nos primeiros seis anos de vida, principalmente no primeiro ano, a criança melhor responde aos estímulos que recebe do meio ambiente, das pessoas que lhe cercam e às intervenções, quando se apresentam necessárias<sup>3</sup>.

Neste aspecto vale considerar a brincadeira como experiência na qual a criança vivencia normas sociais e exercita a imaginação, a criatividade. Em geral, as famílias não percebem a importância da brincadeira<sup>6</sup>. A brincadeira favorece o equilíbrio afetivo, estimula a socialização ao combinar liberdade e limite, afirmação de si e respeito ao outro, a comunicação e busca de parceria, a organização e respeito a regras de convivência<sup>34</sup>.

É possível concluir que monitorar o desenvolvimento infantil permite identificar precocemente algumas limitações para as quais são propostas intervenções apropriadas. Além disso, é propício para estabelecer as orientações relativas à estimulação, por meio de carinho, conversa, canto, brincadeira.

A abordagem quanto à função neurológica na criança deverá ser global, e não somente observando o item motor, pois linguagem, coordenação motora, relações sociais e psiquismo devem ter peso igual na avaliação. A atenção apenas em algum “marco” pontual pode resultar na incapacidade de identificar processos estruturais que afetem o grau de desenvolvimento da criança como um todo. De igual modo, não se deve valorizar, demasiadamente, atrasos isolados de algum marco.

Por outro lado, não se deve desprezar ou desqualificar a preocupação dos pais, se não coincidam com os achados por meio dos instrumentos de avaliação. É importante escutar, inicialmente, a queixa dos pais, e sem reconsiderá-la na história clínica, juntamente com o exame físico da criança, no contexto de um programa rotineiro de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento.

A padronização do Ministério da Saúde do Brasil é um bom roteiro a ser seguido, quando se deseja realizar abordagem mais completa e, ao mesmo tempo, mais objetiva para avaliar o desenvolvimento da criança. A “Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento” deverá servir como roteiro de observação e identificação de crianças com “prováveis” problemas de desenvolvimento. As orientações contidas na caderneta de saúde da criança sempre deverão ser utilizadas com a família, no diálogo sobre o estímulo ao desenvolvimento infantil<sup>3</sup>.

Destacam-se, ainda, algumas etapas críticas para as quais se atentar quanto à presença de sinais de alerta relacionados ao desenvolvimento infantil<sup>12</sup>:

- Final do primeiro trimestre – olhar vago, ausência do sorriso social e de reações a ruídos fortes, sobressaltos ao menor ruído, mãos persistentemente fechadas;
- Final do primeiro semestre – deficiente controle da cabeça, rigidez dos membros inferiores, lentidão dos movimentos, não reage e não vira a cabeça para localizar sons, não dá risada, apresenta movimentos bruscos (descarga motora);

- Aos nove meses – não senta sem apoio (hipotonia do tronco), hipotonia ou espasticidade dos membros inferiores, ausência de preensão em pinça, mãos persistentemente fechadas, incapacidade de localizar sons, sorriso social pobre, ausência de balbucio, desinteresse no jogo “esconde-achou”;
- Aos doze meses – criança parada, movimentos anormais, ausência de sinergia pés-mãos, cessação de balbucio, não fala sílabas, sorriso social pobre, inércia, irritação.

Outro importante aspecto a ser abordado está relacionado à dentição da criança. A primeira dentição é temporária - a decídua que está composta por vinte dentes conhecidos como dentes de leite, sendo dez na arcada superior e dez na inferior. Tem início em torno dos seis meses e conclusão aos 30 meses de vida da criança (Tabela 1). Preconiza-se exame de inspeção da cavidade bucal do recém-nascido para verificação de fendas palatinas ou outras alterações bucais<sup>35</sup>.

**Tabela 1** Cronologia de erupção dos dentes decíduos<sup>36</sup>

<b>Dentes</b>	<b>Inferiores (em meses)</b>	<b>Superiores (em meses)</b>
Incisivos centrais	8	10
Incisivos laterais	11	13
Primeiro molares	16	18
Caninos	20	22
Segundo molares	28	30

A segunda dentição permanente surge por volta dos cinco-seis anos de idade e se completa aos 13 ou 14 anos, com 28 dentes, ainda que somente aos 18 anos surjam os terceiros molares – dentes do siso, alterando para um total de 32 dentes<sup>35</sup>.

É, de fato, em torno dos seis anos, que se inicia a troca dos dentes de leite pelos dentes permanentes. O primeiro dente permanente a nascer é o primeiro molar, que fica após o último dente de leite. É um dente maior e deve permanecer na boca pelo resto da vida, assim como todos os dentes permanentes (Tabela 2).

**Tabela 2** Cronologia de erupção dos dentes permanentes<sup>37</sup>

<b>Dentes</b>	<b>Inferiores (em anos)</b>	<b>Superiores (em anos)</b>
Incisivo central	6 – 7	10
Incisivo lateral	7 – 8	11
Canino	9 – 10	11 – 12
Primeiro pré-molar	10 – 12	10 – 11
Segundo pré-molar	11 – 12	10 – 12
Primeiro molar	6 – 7	6 – 7
Segundo molar	11 – 13	12 – 13
Terceiro molar	17 – 21	17 – 21

Os dentes de leite são importantes para “guardar” o espaço e preparar o caminho dos dentes permanentes, servindo de guia para que esses dentes se posicionem de forma correta; para a criança se alimentar bem e com

prazer e ter uma mastigação eficiente dos alimentos sem desconforto, é necessário que os dentes estejam em bom estado<sup>30</sup>.

A perda dos dentes de leite antes do tempo pode prejudicar, na criança que está aprendendo a falar, a pronúncia de algumas palavras. Além disso, a criança poderá se sentir diferente do restante do grupo de sua faixa etária, podendo causar problema emocional/social.

A higienização como hábito de limpar a cavidade oral das crianças pode representar ganho expressivo para saúde. Deve-se sanificar a boca da criança antes mesmo do nascimento dos dentes<sup>30, 37</sup>.

Quando começa o nascimento dos dentes, a limpeza dos dentes e da língua deve ser feita com escova de dente pequena. A escova deve ser trocada quando estiver gasta. O uso do fio dental pode ser também indicado. Os adultos devem escovar os dentes das crianças até que elas aprendam a escová-los corretamente.

Crianças menores de seis anos de idade devem utilizar uma pequena quantidade de dentífrico, recomenda-se o uso de uma pequena quantidade, equivalente a um grão de arroz, que deve ser colocada de forma transversal na escova, diminuindo desta maneira a quantidade de dentífrico utilizado. A pequena utilização do dentífrico diminui o risco de fluorose dentária. Recomenda-se que toda criança até os seis anos tenha escovação supervisionada pelos pais ou responsáveis.

É importante ressaltar que os cuidados com a dentição temporária tem significado na prevenção de cárie na dentição permanente<sup>38</sup>.

A caderneta de saúde da criança faz referências a orientações muito importantes sobre a dentição, que devem ser discutidas com familiares e cuidadores das crianças<sup>30</sup>:

1. Mamar no peito, desde o nascimento, faz o bebê crescer forte e saudável e favorece o desenvolvimento da musculatura e ossos da face, evitando problemas no posicionamento dos dentes.
2. Evitar o uso de chupetas, bicos e mamadeiras, pois eles podem deixar os dentes “tortos” e prejudicar a mastigação, a deglutição (ato de engolir), a fala, a respiração e o crescimento da face.
3. Evitar o uso de açúcar nos alimentos oferecidos ao bebê, pois ele aumenta o risco de cárie; muitos alimentos, como as frutas, já contêm açúcar.
4. Usar flúor nos dentes ajuda a protegê-los da cárie. Ele está presente na maioria das pastas de dente e também na água tratada de muitos municípios, inclusive em Fortaleza.

É também importante informar aos pais e familiares sobre a instalação da cárie que é uma doença causada por bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes. A cárie é uma doença infectocontagiosa multifatorial, portanto, as bactérias podem ser transmitidas de uma cavidade oral a outra através do contato direto. Assim, deve-se orientar mães e cuidadores a não soprar a comida do bebê ou experimentar a papinha usando o mesmo talher.

Crianças, principalmente durante o primeiro ano de vida, podem ter um tipo de cárie que evolui muito rápido e pode atingir vários dentes de uma só vez, destruindo-os rapidamente. Para evitar esse tipo de cárie, é importante não oferecer alimentos adoçados e fazer a higiene bucal após alimentação. Desta forma, os pais devem ser esclarecidos para não oferecer para crianças alimentos entre as refeições, principalmente doces, biscoitos, sucos adoçados e refrigerantes, pois esse hábito aumenta, consideravelmente, o risco de cárie.

As dúvidas sobre os cuidados com os dentes da criança devem ser esclarecidas pelos profissionais de saúde, contando com o apoio da equipe de saúde bucal.

**Quadro 4** Surgimento dos primeiros dentes e alterações de comportamento da criança**5 a 6 meses**

Época em que costuma aparecer o primeiro dente de leite. A criança pode apresentar alteração do sono, aumento da salivação, coceira nas gengivas e irritabilidade.

**8 VACINAÇÃO**

O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) publicou uma lista das dez mais relevantes conquistas da saúde pública, nos Estados Unidos, colocando a vacinação em primeiro lugar, considerando as vidas salvas e as incapacidades evitadas e o aumento de cerca de 30 anos na expectativa de vida nos últimos 200 anos<sup>39</sup>.

O calendário atual de vacinação do Ministério da Saúde oferece vacinas que protegem contra inúmeras doenças que podem afetar gravemente a saúde das crianças e dos demais componentes da população. No entanto, é indispensável que os profissionais de saúde informem e orientem as famílias acerca das vantagens deste importante benefício.

Logo após o nascimento, as crianças devem receber as vacinas BCG ID, contra tuberculose em suas formas graves, disseminadas e a vacina contra hepatite B. O registro dessas doses aplicadas deve estar na Caderneta de Saúde da Criança que é garantida a toda criança. A família deve, nesta ocasião, ser reforçada sobre a visita domiciliar realizada durante a primeira semana de vida, receber orientações sobre outras vacinas que a criança receberá ao longo das visitas de puericultura que se efetivarão na Unidade de Atenção Primária à Saúde.

As crianças receberão vacinas conjugada e adsorvida contra meningococo C; vacina pentavalente: adsorvida contra difteria, tétano e coqueluche + vacina recombinante contra hepatite B + vacina conjugada contra *Haemophilus influenzae b*; vacina conjugada pneumocócica 10 valente; vacina oral contra Rotavírus humano; vacina contra poliomielite (vírus atenuados – oral e vírus inativados – intramuscular); vacina tetravalente bacteriana – contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela.

Essas vacinas devem ser aplicadas até os doze meses de vida de toda criança, exceto aquelas que apresentam imunodepressão do sistema imunológico. As crianças também receberão a vacina contra influenza. A vacina contra o HPV será ofertada, inicialmente, para meninas entre onze e treze anos e, posteriormente, a partir dos nove anos<sup>40</sup>.

Gestantes também devem receber vacinas dupla bacteriana (tétano e difteria) ou, a partir de 2014, DTPa para própria proteção e transferência de anticorpos ao feto, uma vez que a coqueluche vem recrudescendo, especialmente entre menores de seis meses, inclusive letalidade importante.

A população indígena infantil recebe vacinas adequadas às suas necessidades específicas. Por exemplo, a vacina contra pneumococos é a 23 valente. É importante lembrar que atualmente há oferta de vacinas para diferentes grupos populacionais - população infantil, de adolescentes, de adulto e idosos e indígena – mostrando a abrangência da oferta de vacinas a toda população brasileira.

Deve ser ressaltada atenção especial para manutenção das vacinas em temperatura adequada e prazo de validade para manter sua potência, bem como garantia do número de doses necessárias para produção adequada de anticorpos. Além disso, é preciso atenção para as contra-indicações verdadeiras e, também, para as falsas. As famílias precisam receber orientações sobre os possíveis eventos adversos, bem como a conduta apropriada em relação aos mesmos.

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações, está sempre comprometido com a oferta desses imunobiológicos. Em 1974, o calendário de vacinas oferecia vacina oral contra pólio, tríplice bacteriana, contra tuberculose e sarampo. Desde então tem evoluído, respeitando critérios que observam a epidemiologia das doenças, eficácia do produto, factibilidade operacional, aceitação da comunidade, alterações climáticas, sustentabilidade.

Assim, são realizados estudos científicos que dão embasamento técnico para adição de uma nova vacina disponível para proteção da saúde das pessoas. O Brasil é o país que disponibiliza o maior número de vacinas na rede do sistema de saúde pública, evitando inúmeras doenças transmissíveis<sup>41, 42</sup>.

Em anexo, o calendário de vacinação do Ministério da Saúde (Anexo 11), lembrando que há recomendações específicas da Sociedade Brasileira de Imunizações e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

## 9 PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Inúmeras mortes e incapacidades são ainda resultados de acidentes que acontecem na vida das crianças e para os quais é possível prevenção.

Durante o seu desenvolvimento, a criança adquire capacidades e curiosidade que as levam a procurar suas descobertas no ambiente em que vive. Entretanto, nem sempre estão, de fato, capazes de executar algumas atividades para as quais se imaginam espertas. Essa busca, explica a maior parte dos riscos de acidentes. Entretanto diversas situações presentes no meio ambiente de vida da criança são também responsáveis por um elevado percentual de riscos da ocorrência de acidentes fase da infância.

Uma permanente supervisão resulta em possibilidades elevadas de prevenção dos acidentes mais comuns na infância. Os acidentes domésticos predominam entre as crianças, diferindo dos acidentes com adolescentes para os quais os mais frequentes são aqueles relacionados ao trânsito<sup>43</sup>.

Logo, adverte-se que se deve antecipar orientações aos pais e cuidadores de crianças sobre situações de risco inerentes a cada faixa etária e fase de desenvolvimento, visando maior segurança do ambiente no qual a criança poderá desenvolver habilidades com menor exposição a fatores de risco<sup>33</sup>.

É importante, portanto, para otimizar a prevenção dos acidentes na infância, que sejam associadas as fases do desenvolvimento com as possibilidades de sua ocorrência, orientando, conforme sugerido a seguir<sup>12</sup>.

### *Lactentes até seis meses*

**Quedas:** proteja o berço e o cercado com grades altas e pequeno espaço entre elas; não deixe a criança sozinha em lugares altos, como em cima de móveis, nem mesmo por instantes, nem sob os cuidados de outra criança; cuidado com o carrinho contendo a criança.

**Queimaduras:** no banho, verifique a temperatura da água (ideal 37°C); não beba, não segure líquidos quentes nem fume enquanto estiver com a criança no colo.

**Sufocação** (aspiração de corpo estranho): nunca use talco; ajuste o lençol do colchão, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros; utilize brinquedos grandes e inquebráveis; não dê alimentos em pedaços duros.

**Intoxicação:** cuidado com uso de gotas nasais e remédios para resfriado – não use medicamentos que não tenham sido prescritos pelo médico; atenção ao uso de inseticidas.

**Afogamento:** nunca deixe a criança sozinha na banheira, em tanques.

**Acidentes no trânsito:** o Código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que a criança, nesta idade, deve ser transportada no bebê-conforto ou conversível – cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás do carro, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante.

### *Lactentes de sete a doze meses*

Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos e acrescentados alguns específicos a essa faixa de idade, quando a criança começa a se locomover sozinha, está mais ativa e curiosa.

**Quedas:** coloque redes de proteção ou grades nas janelas que possam ser abertas; ponha barreiras de proteção nas escadas; certifique-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar que ele caia e machuque a criança; retire móveis com arestas duras.

**Queimaduras:** cerque o fogão com uma grade; use as bocas de trás; deixe os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão; mantenha a criança longe do fogo, do aquecedor e do ferro elétrico; não deixe copos com líquidos quentes ao alcance da criança.

**Sufocação:** afaste da criança sacos plásticos, cordões, fios e objetos pequenos; não use cordão de chupeta no pescoço; não dê alimentos em pedaços duros.

**Afogamentos:** não deixe a criança sozinha perto de baldes, tanques, poços e piscinas, nem mesmo na banheira, por ocasião do banho.

**Choque elétrico:** coloque protetores nas tomadas; evite fios elétricos soltos e ao alcance da criança.

**Intoxicação/envenenamento:** mantenha produtos de limpeza e/ou medicamentos fora do alcance da criança, colocando-os em locais altos e trancados; não diga que remédio é doce.

**Acidentes no trânsito:** não segure a criança no colo; o CTB determina que a criança, nesta idade, deve ser transportada no bebê-conforto ou conversível – cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás do carro, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante.

### *Crianças de 1 a 2 anos*

Devem ser mantidos todos os cuidados anteriores. Lembrar que agora a criança já anda sozinha e gosta de mexer em tudo – são curiosas e ativas, porém, sem noção do perigo.

**Quedas, ferimentos, sufocação, intoxicações, choques elétricos:** coloque barreira de proteção nas escadas e janelas; proteja os cantos dos móveis; coloque obstáculo na porta da cozinha, grades em janelas e mantenha fechada a porta do banheiro; não deixe 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; não diga que remédio é doce; não dê pipoca, amendoim, goma de mascar e balas escorregadias; use copos e pratos de plástico; previna mordedura de animais; não deixe a criança brincar com objetos metálicos que possam ser introduzidos em tomadas e use protetores nas tomadas.

**Atropelamento:** saindo de casa, segure a criança pelo pulso, evitando, assim, que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e próximo à rua); escolha lugares seguros (parques, praças e outros).

**Acidentes no trânsito:** o CTB determina que, nesta fase, a criança deva ser transportada em cadeira especial no banco de trás do carro, voltada para frente, corretamente instalada, conforme orientação do fabricante.

**Quadro 5** - Atenção: acidentes mais frequentes entre crianças de zero a um ano<sup>44</sup>

#### **Crianças de zero a um ano**

Os acidentes domésticos mais frequentes são: asfixias, sufocação, quedas, queimaduras, corpos estranhos, intoxicações e ferimentos, por ordem de ocorrência.

Em 2004, quedas representaram o principal motivo de hospitalização em crianças e adolescentes – 73% das internações por causas externas.

Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria: “cada criança necessita de um tipo de prevenção de acidentes de acordo com alguns fatores que podem interferir”: tipo de casa; redores da casa; nível socioeconômico; com quem fica a criança; trajeto da criança para escola ou creche; como é a escola ou creche que a criança frequenta.

## **10 PROTEÇÃO E CUIDADOS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

As situações de violência se apresentam para Atenção Básica à Saúde em um leque de novos desafios epidemiológicos para saúde da criança, caracterizados por um forte componente psicossocial. Para um enfrentamento eficaz deste novo perfil de morbidade, a unidade básica de saúde precisa desenvolver atenção baseada em trabalho de equipe multiprofissional, com enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e comunidade e forte parceria intersetorial, sob pena de se tornar “gradativamente irrelevante para saúde infantil!”<sup>3</sup>.

Natureza da manifestação da violência:

- Física – quando é empregado o uso da força;
- Psicológica – quando é utilizada forma de desrespeito, depreciação, rejeição;
- Negligência – caracterizada pela omissão de cuidados por parte dos responsáveis pela criança;
- Sexual – abuso de poder para induzir ou forçar práticas sexuais das quais não há compreensão pela criança.

O profissional da Atenção Básica deve estar preparado para:

- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de violências;
- Conhecer as diversas formas de manifestação da violência;
- Identificar os casos suspeitos de violência na comunidade;
- Cuidar de crianças em situação de violência, procurando ampliar a rede de cuidados e de proteção social para tomada de decisões;
- Buscar apoio da rede de cuidados e de proteção social no território, para interromper a violência, especialmente a de repetição, encaminhando as crianças para os serviços especializados identificados como referências no território;

- Realizar o acompanhamento da criança e família, enquanto não houver a alta do serviço de saúde;
- Realizar o seguimento da criança e de sua família em situação de violência para continuidade do cuidado na rede de proteção social;
- Fazer intenso trabalho de articulação em todo este processo, não apenas com os serviços da rede de saúde e das demais políticas públicas (escola, centros de referência de assistência social etc.), mas também com as forças vivas da comunidade, como associações de moradores, organizações não governamentais, sindicatos, igrejas etc.

## 11 COMUNICAÇÃO EFICAZ E RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE

Um aspecto fundamental para qualidade da relação dos profissionais de saúde, com as famílias e as crianças é a comunicação apropriada. Uma boa comunicação influencia no diagnóstico e na adesão ao plano terapêutico – consequência de vínculo e confiança conquistados<sup>45</sup>.

O processo de comunicação se estabelece por meio de atitudes verbalizadas e não verbalizadas. Esta última é representada por gestos - olhar, escuta atenta, respeito ao tempo necessário para que a mãe ou o pai elaborem e expressem pensamentos para informar ou responder às indagações. Incorpora-se, ainda, a movimentação da cabeça, das mãos do corpo e o jeito especial de ler junto e compreender um folheto explicativo ou as orientações prescritas que se somam, favorecendo a eficácia do atendimento. Já a comunicação verbal, por meio do uso das palavras, parece ser mais fácil. Contudo, há de se estar atento à entonação da voz, enfatizando concordância ou discordância, à clareza da linguagem reconhecida pelo ouvinte, ao uso de palavras que estimulem o relato como “continue”, “algo mais”, “pode detalhar mais”, imprescindíveis auxiliares no estabelecimento do vínculo, da confiança<sup>46</sup>.

Um momento em que a comunicação se faz elemento fundamental é quando o profissional exerce delicado e construtivo papel de educador, efetivado em momentos diversos, seja orientando hábitos saudáveis ou prescrição de medicamentos<sup>47</sup>.

O diálogo profissional-paciente pode compreender quatro fases<sup>48</sup>:

- Interrogatório e escuta detalhados sobre a situação da criança em relação aos focos da consulta de puericultura;
- Exame físico acompanhado de explicação sobre os atos, os instrumentos utilizados;
- Formulação de hipóteses diagnósticas, informando sobre as possibilidades existentes;
- Orientações e plano terapêutico, relacionados à puericultura ou a alguma enfermidade identificada.

A habilidade de comunicação para interagir de forma apropriada com a família, mãe, pai e a criança permite ao profissional conhecer melhor o problema e o contexto em que se insere para uma mais adequada decisão.

A atenção à saúde da criança diferencia-se daquela ofertada à saúde do adulto, inclusive e, sobretudo, quanto ao processo da comunicação. Há necessidade de habilidades específicas em busca da compreensão da mãe ou cuidador e da própria criança. É preciso captar os problemas trazidos no diálogo com a pessoa que interpreta o sentimento ou sofrimento do outro e, que está quase sempre camuflado pelo envolvimento afetivo ou pela elevada responsabilidade para com a criança.

Por outro lado, há necessidade de compreender as crianças em diferentes circunstâncias e fases evolutivas, seus medos e suas especificidades comportamentais, visando percepção mais abrangente da situação, do momento em análise<sup>49</sup>.

## **12 ACOLHIMENTO À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

O propósito inicial do acolhimento é estabelecer vínculos sólidos com a população residente no território de abrangência da Unidade de Saúde, bem como humanizar o atendimento aos usuários, reconhecendo as condições e os problemas de saúde da comunidade, firmando-se como porta de entrada do sistema de saúde desde o seu primeiro contato. Para isso, este deve ser feito de forma integral, envolvendo todos os membros da Estratégia Saúde da Família, que inclui desde o Agente Comunitário de Saúde (ACS), peça fundamental na busca ativa e acompanhamento das famílias, passando por todos os funcionários da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) e todos os profissionais de nível Superior, de forma integrada e continuada.

A organização da assistência, que se inicia pela captação precoce, deve, portanto, contemplar uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas e promocionais com as famílias – e também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente. Em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido. As estratégias propostas para essa atividade incluem o acolhimento do binômio mãe-bebê após alta da Maternidade, bem como àqueles que procuram a unidade sem prévio agendamento, por queixas agudas diversas ou para atendimento previamente agendado.

Toda oportunidade de contato com a família e a criança, seja por visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), seja por evento agudo a Unidade Básica de Saúde (UBS), deve ser aproveitada para inscrição no programa e engajamento nas atividades previstas. No intuito de organizar o contato do usuário ao procurar atendimento na atenção primária, separam-se as formas de acesso em Atenção a Eventos Agudos e Atenção Programada.

### ***Acolhimento de Evento Agudo***

Entende-se como Evento Agudo todo atendimento em que o usuário, sem agendamento prévio, procura a UAPS com uma demanda e deseja atendimento, podendo ser desde um simples procedimento (p.ex. vacina, inalação etc.) ou uma consulta com queixa de uma patologia aguda (p. ex.: febre, vômitos, diarreia etc.) ou agudização de uma condição crônica (p.ex.: crise asmática). Nestes casos, a criança será avaliada por profissional da ESF responsável pelo acolhimento deste dia e turno, o qual avaliará o caso definindo a conduta de acordo com o evento, com base na estratificação de risco e sinais de alerta.

Todas as crianças que são levadas à UAPS fora da data agendada para atendimento devem ser acolhidas. Garantindo que situações de emergência sejam prontamente atendidas pela equipe de saúde e as demais sejam agendadas para atendimento de rotina da unidade em sua equipe adscrita.

### ***Acolhimento de Demanda Programada***

Os casos atendidos no acolhimento pelo médico e/ou enfermeiro, bem como as crianças encaminhadas pelo ACS após identificação e cadastro através da busca ativa nas visitas domiciliares que forem avaliados como de atenção programada deverão entrar no fluxo de demanda programada. Serão inscritos de acordo com as diretrizes do protocolo e terão atendimento agendado para acompanhamento em consulta de puericultura de acordo com a estratificação de risco.

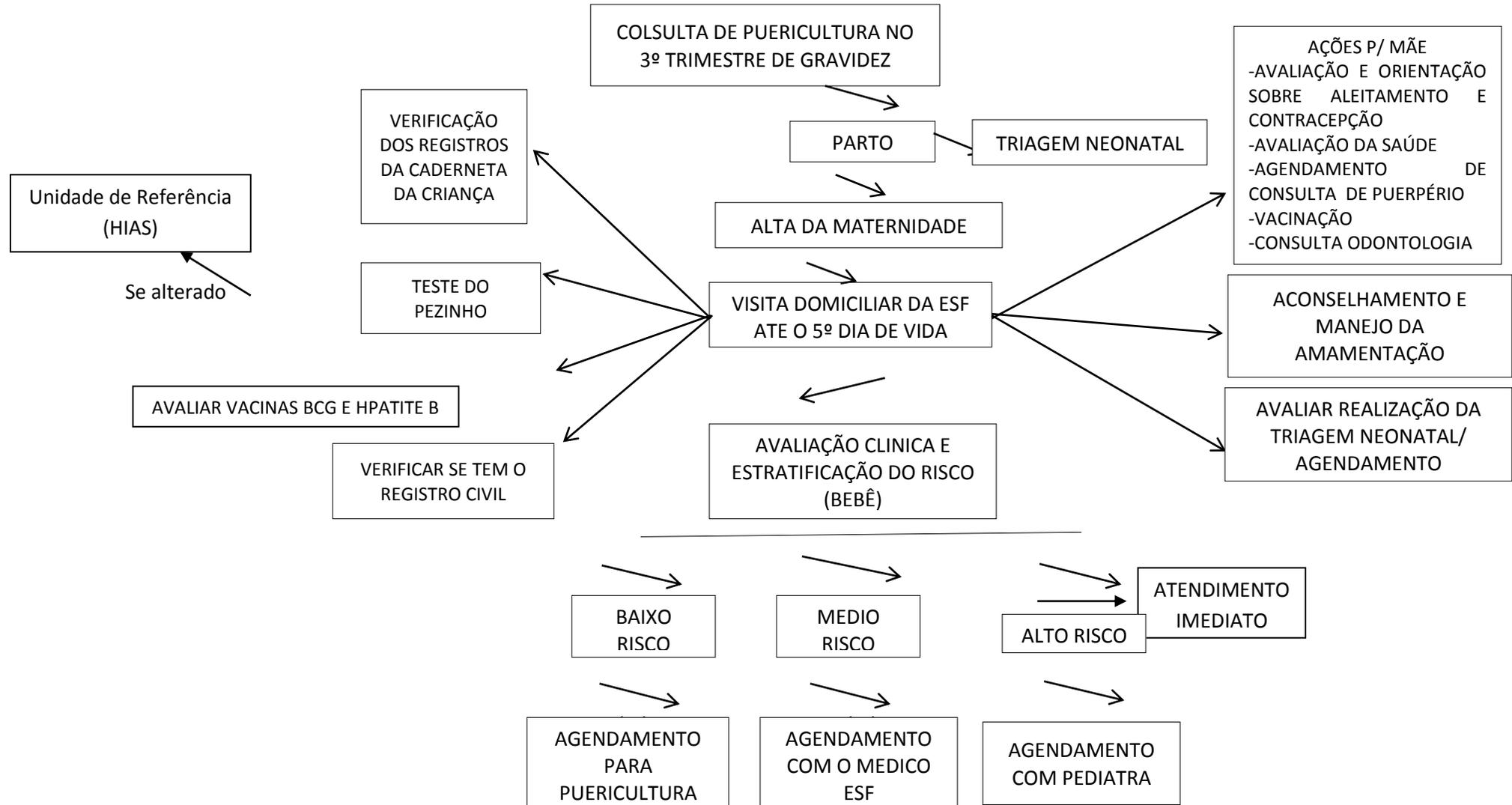
O atendimento deverá ser registrado no prontuário do paciente e deverá ser agendada a próxima consulta para o profissional indicado no fluxograma de atendimento. Caso a criança falte o atendimento, será realizada busca ativa pelo ACS e agendado novo atendimento.

### ***Encaminhamento para Atenção Especializada***

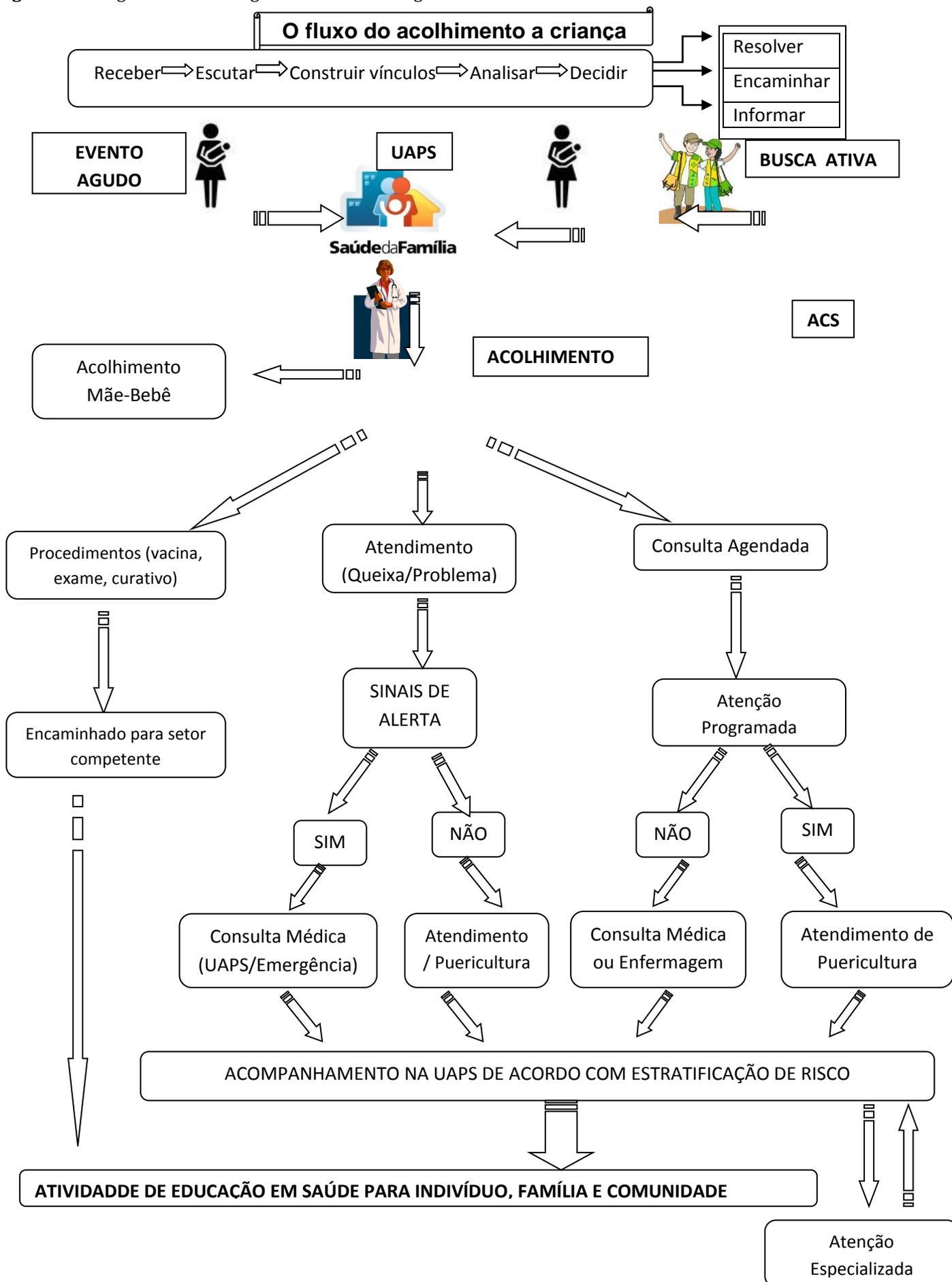
Durante o atendimento de acolhimento de evento agudo ou nos atendimentos de atenção programada poderão ser identificados casos que necessitem de atenção especializada em outro nível de atenção que podem ser para realização de exames específicos para o diagnóstico, bem como necessidade de avaliação com especialista ou ainda de atendimento de emergência.

Em todos os casos, a criança será encaminhada com guia de referência e contrarreferência que deverá ser devidamente preenchido pelas partes envolvidas, no intuito de estabelecer um fluxo adequado de informações acerca da criança e do seu caso específico, garantido atendimento efetivo e facilitando o plano de cuidado do paciente. Nestes casos, o paciente poderá fazer atendimento pontual no serviço de referência, como um exame específico para o diagnóstico ou uma consulta com o especialista para orientar plano de cuidado na UAPS, definido como Interconsulta. Ou será encaminhado para acompanhamento no serviço de referência, sendo o especialista o responsável pelo acompanhamento do paciente por um determinado período de tempo, somente retornando para atenção primária após controle da patologia/condição, com um plano de cuidado para continuidade na Atenção Primária à Saúde (APS), nesse caso denomina-se Referenciamento.

Figura 1 Fluxograma do acolhimento mãe-bebê na Atenção Primária<sup>50</sup>



**Figura 2** Fluxograma - Evento Agudo X Demanda Programada



### 13 CONSULTA DE PUERICULTURA NO 3º TRIMESTRE DA GRAVIDEZ

A assistência à saúde da criança deve se iniciar antes de seu nascimento. O acompanhamento da criança se inicia na gravidez, com a monitorização do seu crescimento intraútero e das condições gerais de saúde. Assim, propõe-se o acolhimento da criança na unidade de saúde, antes do seu nascimento, com a implantação da Consulta de Puericultura no 3º trimestre de Gravidez, na qual a gestante receberá todas as orientações necessárias aos primeiros cuidados com o filho recém-nascido, bem como ao autocuidado<sup>51</sup>.

Na Atenção Primária à Saúde, a consulta será realizada pelo médico da Estratégia Saúde da Família responsável pelo território em que a gestante reside, além de ser orientada pelos outros membros da equipe (enfermeiro, ACS, dentista) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), fortalecendo o vínculo com a equipe.

Estrategicamente, o cuidado com a mãe no último trimestre da gravidez tem o intuito de detectar algum sinal de risco que poderá ocasionar intercorrências futuras, que impõem a necessidade de atenção mais cuidadosa, sendo necessário rever os resultados dos principais exames (anti HIV, VDRL, HbsAg, toxoplasmose, hemograma e EAS) e coletar os dados sobre seu ambiente de convívio familiar e social, enfim saber sobre a saúde materna<sup>52</sup>.

Esse é o momento apropriado para iniciar a discussão sobre as vantagens do aleitamento materno, técnicas, dificuldades e dúvidas sobre amamentação. Também é o momento de esclarecer as principais dúvidas dos pais em relação ao bebê que vai nascer.

#### *Descrição da Consulta da Gestante no 3º trimestre da gravidez*<sup>8,52</sup>

- Conhecer a repercussão do estado gravídico nas emoções da mulher gestante e na família;
- Identificar/registrar e agir sobre possíveis situações de risco e sinais de alarme (AIDPI);
- Verificar o ganho de peso ponderal (Anexo 1);
- Fazer Marcador de Consumo Alimentar (Anexo 2);
- Conforme avaliação do ganho ponderal e do marcador de consumo alimentar, orientar alimentação por meio dos 10 passos da alimentação saudável para adultos e das recomendações gerais (Anexo 3);
- Identificar problemas relacionados ao crescimento fetal;
- Coletar informações sobre a saúde materna (hábitos de vida, tabagismo, uso de álcool ou drogas ilícitas) e o resultado dos principais exames (anti HIV, VDRL, HbsAg, toxoplasmose, hemograma e EAS), além de dados socioeconômicos;
- Orientar sobre a amamentação através dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (Anexo 4);
- Orientar sobre alterações hormonais e emocionais no comportamento da gestante;
- Instruir sobre cuidados gerais e psicológicos para com a criança no período intrauterino e posterior ao nascimento;
- Planejar, se possível, local, tipo de parto e alojamento conjunto;
- Orientar sobre o exame do pezinho.

## 14 ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO, CRONOGRAMA E DESCRIÇÃO DE CONSULTAS – ZERO A DOIS ANOS

São diversos os elementos que podem determinar maior probabilidade de ocorrência de problemas de saúde. Alguns elementos podem ser considerados ainda protetores ao desenvolvimento infantil, como o aleitamento materno.

Entre os primeiros, têm-se os fatores de risco para saúde da criança que resultam de predisposições genéticas, da resposta à interação com o meio ambiente e social, assim como resultante do estilo de vida e, ainda da oferta de serviços do sistema de saúde.

Na verdade, esses fatores de risco ou de proteção encontram-se nos campos que definem o processo saúde-doença. Quando os eventos de risco são mais frequentes, mais presentes que os fatores protetores, pode ser verificada presença de doença maior que de saúde.

Portanto, recomenda-se que sejam identificadas precocemente as crianças a eles submetidas, de modo que possam receber atenção de abrangência e cobertura ampliadas, adequada às necessidades reconhecidas.

Dessa forma, é possível serem identificados grupos de crianças que, às vezes temporariamente e outras vezes de modo permanente, estejam diagnosticadas como:

### ***Baixo Risco***

Nesse grupo, estão incluídas crianças potencialmente livres de riscos referentes aos quatro campos observados na produção de saúde ou de doença:

- ***Fatores relacionados ao campo biológico/estilo de vida***
  - Pré Natal sem intercorrências;
  - Aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade;
  - Peso ao nascer  $\geq 2,5$  kg;
  - Apgar  $\geq 8$ , no 5º min.;
  - Sem reconhecimento de patologia específica.
- ***Fatores relacionados ao campo socioeconômico***
  - Bom suporte familiar;
  - Mãe com mais de oito anos de estudo.
- ***Fatores relacionados à oferta de serviços de saúde***
  - Vacina em dia;
  - RN com triagem neonatal realizada.

**Quadro 6** Cronograma de consultas por profissional – Baixo Risco

Profissional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	24	Nº consultas (1º ano)
Médico	X	X			X					X			X			X	5
Pediatra							X										1
Enfermeiro	X		X			X									X		3
Dentista	X						X						X			X	3
ACS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Grupos				X				X			X						3 grupos

OBS: A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias) ocorrerá na forma de visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).

Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

### ***Médio Risco***

As crianças que compõem esse grupo apresentam vulnerabilidade determinada pela presença de vários fatores negativos inseridos nos campos de saúde, como:

- **Fatores relacionados ao campo biológico/estilo de vida**

- Prematuro limítrofe (37 semanas);
- Mãe soropositiva para HIV, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, com criança negativa para estas patologias;
- Filho de mãe deficiente mental, doença mental ou transtornos psiquiátricos leves;
- Morte materna;
- Filho de mãe com menos de 20 anos e mais de três partos;
- História de óbitos de menores de cinco anos no núcleo familiar da criança;
- Criança manifestamente indesejada;
- Criança menor de seis meses de idade que não se encontra em aleitamento materno exclusivo.

- **Fatores relacionados ao campo socioeconômico**

- Mãe com escolaridade de 3 a 7 anos e 11 meses de estudo;
- Filho de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos e/ou solteira;
- Filho de mãe sem suporte familiar;
- Crianças que vivem em situação de risco e vulnerabilidade;
- Chefe de família sem fonte de renda;
- Filhos de mãe de etnia indígena.

- **Fatores relacionados à oferta de serviços de saúde**

- Vacina atrasada;
- RN sem triagem neonatal.

2 fatores biológicos (B) ou 1 fator biológico e 1 estilo de vida (E) – Obrigatoriamente e 1 dos dois abaixo – Pelo menos 1, obrigatoriamente  
 Relacionado ao campo socioeconômico  
 Fator dependente da oferta de serviços de saúde.

**Quadro 7** Cronograma de consultas por profissional – Médio Risco

Profissional	0	15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	24	Nº consultas (1º ano)
<b>Médico</b>	X	X		X			X					X			X		X	5
<b>Pediatra</b>								X						X				2
<b>Enfermeiro</b>	X		X			X				X			X			X		5
<b>Dentista</b>	X							X						X			X	4
<b>ACS</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Grupos</b>					X				X									2 grupos

OBS: A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias) ocorrerá na forma de visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).

Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

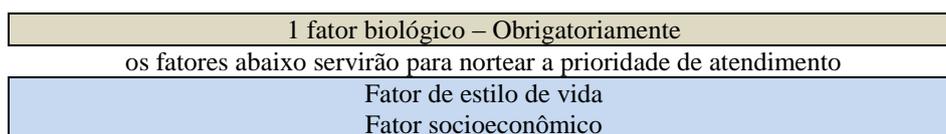
Com vistas à identificação das crianças que receberão atenção diferenciada, pode-se considerar a presença de um fator biológico e um relativo ao estilo de vida ou um relacionado ao campo socioeconômico e, ainda, a presença ou não de um fator dependente da oferta de serviços de saúde.

### ***Alto Risco***

Esse grupo está formado por crianças que se encontram submetidas a fatores de risco oriundos dos quatro campos de saúde, porém, de forma mais intensa e de maior gravidade que no grupo anterior:

- **Fatores relacionados ao campo biológico**
  - Prematuridade (abaixo de 37 s);
  - Má formação congênita;
  - Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar - ASFIXIA GRAVE: Apgar < 7 no 5º min de vida, crianças com prescrição de antibióticos, icterícia (com fototerapia), dentre outros;
  - Filho de mãe soropositiva para HIV, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído;
  - RN com triagem neonatal positiva;
  - RN com deficiência estabelecida desde o nascimento; doenças genéticas ou neurológicas, malformações múltiplas;
  - Filho de mãe com doença exantemática febril na gestação;

- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
  - Desnutrição e obesidade grave;
  - Criança portadora de alergias alimentares;
  - Criança retida nas maternidades após a alta da mãe;
  - Criança egressa de unidades de cuidados intermediários;
  - RN com triagem neonatal positiva;
  - Mãe com transtornos psiquiátricos (moderado a severo); Ex: esquizofrenia, psicose, depressão.
- **Fatores relacionados ao estilo de vida**
    - Mãe portadora de deficiência ou com restrição que impossibilite o cuidado da criança;
    - Criança menores de seis meses que não se encontra em aleitamento materno exclusivo;
    - Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- **Fatores relacionados ao campo socioeconômico**
    - Filho de mães analfabetas.



**Quadro 8** Cronograma de consultas por profissional – Alto Risco

Profissional	0	15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	24	Nº consultas (1º ano)
<b>Médico</b>	X	X			X				X		X					X	X	5
<b>Pediatra</b>			X					X						X				3
<b>Enfermeiro</b>	X			X			X					X			X		X	4
<b>Dentista</b>	X							X						X			X	3
<b>ACS</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Grupos</b>						X				X								2 grupos

OBS: A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias) ocorrerá na forma de visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).

Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

As crianças serão acompanhadas integralmente pela equipe de saúde, com disponibilização de pelo menos sete consultas no primeiro ano de vida, além de duas a três atividades em grupo, as quais contarão com a participação de todos os membros da equipe (médico, enfermeiro, dentista, ACS e NASF)<sup>3</sup>.

Além da equipe que coordena a Estratégia Saúde da Família, tanto as consultas quanto as atividades em grupo contarão com o apoio do pediatra, o qual assumirá o papel de orientador/preceptor, em consonância com as ações de educação permanente prevista no planejamento estratégico da Atenção Primária à Saúde.

De modo a orientar as consultas e ações de educação permanente, estas deverão estar focadas em 14 componentes, definidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria, os quais são<sup>53</sup>:

- I. Avaliação do estado nutricional da criança pelos indicadores clínicos definidos pelo Ministério da Saúde;
- II. Avaliação da história alimentar;
- III. Avaliação da curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos adotados pelo Ministério da Saúde;
- IV. Estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde;
- V. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor;
- VI. Avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola;
- VII. Avaliação do padrão de atividades físicas diárias conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde;
- VIII. Exame da acuidade visual;
- IX. Avaliações das condições do meio ambiente conforme Ministério da Saúde;
- X. Avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança;
- XI. Avaliação do desenvolvimento da sexualidade;
- XII. Avaliação quantitativa e qualitativa do sono;
- XIII. Avaliação da função auditiva;
- XIV. Avaliação da saúde bucal.

## **Descrição das consultas por idade no 1º ano de vida**

### ***1ª Consulta do RN (nos primeiros 7 dias) - Realizada pela Equipe da ESF***

- Fazer Exame físico detalhado do RN (atenção à icterícia, coto umbilical, cavidade oral e genitália), utilizar quadro de sinais de alerta (anexo 5); pesar e medir e registrar nos gráficos apropriados na Caderneta da Criança;
- Avaliar o risco da criança, dependendo de estratificação, três possibilidades de conduta surgirão: encaminhamento imediato para um serviço de maior complexidade, de referência; agendamento de consulta médica tão logo seja possível e antes de um mês de vida; agendamento de acordo com o calendário de atenção à criança;
- Realizar coleta para Teste do Pezinho (entre o 3º. e o 5º. dia de vida);
- Observar e fornecer orientações sobre o banho e higiene em geral: banho diário (higiene genital em toda troca de fraldas), cuidados com coto umbilical (higienização com álcool 70%), cavidade oral (higiene bucal desde o nascimento com gaze úmida);
- Orientar sobre vacinas (BCG e Hepatite B) e triagem neonatal;
- Orientar sobre cólicas, as causas mais comuns: pega inadequada ou intervalos muito curtos de mamada por insuficiência de esvaziamento adequado da mama;
- Aplicar o Marcador de consumo alimentar para menores de 2 anos(SISVAN) e identificar problemas na alimentação do bebê(Anexo 6);
- Utilizar os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (Anexo 4);
- Observar a mamada. Lembrar que nos primeiros dias de vida há perda de peso (fisiológica) e por volta de 10 dias a criança estará com o peso que apresentava ao nascer;
- Orientações sobre o banho de sol de 20 a 30 min, pela manhã, antes das 10h ou à tarde após as 16horas;
- Verificar se tem registro civil;

- Informar sobre a importância do acompanhamento e consultas de puericultura;
- Observar se há obstruções nasais;
- Verificar a saúde da mãe, fazer o marcador de consumo alimentar e fazer orientação da alimentação por meio dos 10 passos da alimentação saudável para adultos e das recomendações gerais (Anexo 3);
- Avaliação do método contraceptivo utilizado;
- Ofertar de método de espera e encaminhamento para grupo de planejamento familiar;
- Verificação da situação vacinal da mãe para tétano e triviral (completar/iniciar esquema vacinal);
- Agendamento para retirada de pontos em caso de cesariana e de consulta odontológica/ avaliação saúde bucal.

### ***2ª Consulta (30 dias)***

- Seguir o roteiro da 1ª consulta do RN;
- Identificar problemas como vômitos/regurgitações;
- Realizar o teste do olhinho (ou o teste do reflexo vermelho);
- Identificar se há secreções oculares por alteração nos ductos lacrimais;
- Verificar marcos do desenvolvimento e estimulação;
- Verificar o crescimento;
- Verificar e orientar vacinas.

### ***Consulta aos 2 meses***

- Anotar dados de desenvolvimento pântero-estatural e neuropsicomotor na Caderneta de Saúde da Criança e prontuário da unidade;
- Aplicar o Marcador de consumo alimentar para menores de dois anos (Anexo 7) e identificar problemas na alimentação do bebê. Observar a mamada;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo (Anexo 4);
- Encaminhar para atualização do calendário de vacinação se necessário, reforçando sua importância;
- Observar relação mãe/família e criança, meio ambiente principalmente na visita domiciliar, detectando situações de violência no domicílio e na consulta por ocasião do exame físico;
- Orientar à mãe ou acompanhante sobre prevenção de acidentes;
- Verificar situações de risco e vulnerabilidades na família;
- Orientar cuidados de higiene corporal, incluindo a cavidade oral após as mamadas;
- Verificar marcos do desenvolvimento e estimulação;
- Verificar o crescimento;
- Verificar e orientar vacinas;
- Orientar sobre estímulo ao desenvolvimento infantil;
- Orientar a mãe sobre sinais de perigo e retorno imediato ao serviço de saúde/hospital;

- Verificar a saúde da mãe, fazer o marcador de consumo alimentar e fazer orientação da alimentação por meio dos 10 Passos da Alimentação Saudável para Adultos e das recomendações gerais (Anexo 3).

### ***Consulta aos 4 meses***

- Seguir o roteiro da consulta até dois meses;
- Verificar se a criança encontra-se em alimentação complementar, orientar alimentação através dos dez passos para alimentação saudável para menores de 2 anos e se em uso de fórmulas não infantis e iniciar suplemento de ferro;
- Orientar cuidados de higiene corporal, incluindo a cavidade oral, após as mamadas, alertando sobre a proximidade do nascimento dos primeiros dentes;
- Alertar mãe ou acompanhante sobre a possibilidade de episódios febris e quanto ao uso indiscriminado de medicamentos.

### ***Consulta aos 6 meses***

- Verificar marcos do desenvolvimento e estimulação;
- Verificar o crescimento e anotar dados de desenvolvimento pômbero-estatural e neuropsicomotor na Caderneta de Saúde da Criança e prontuário da unidade;
- Orientar sobre estímulo ao desenvolvimento infantil;
- Aplicar o Marcador de consumo alimentar para menores de dois anos (Anexo 7) e identificar problemas na alimentação do bebê;
- Orientar alimentação da criança através dos dez passos para alimentação saudável para menores de dois anos (Anexo 6);
- Verificar vacinas e encaminhar para atualização calendário de vacinação se necessário, reforçando sua importância;
- Estimular aleitamento materno, intercalando com alimentação complementar;
- Orientar sobre erupção dentária (sinais e sintomas) e a higiene da cavidade oral;
- Observar relação mãe/família e criança, principalmente na visita domiciliar, detectando situações de violência no domicílio e na consulta por ocasião do exame físico;
- Orientar mãe ou acompanhante sobre prevenção de acidentes;
- Orientar sobre a importância do ambiente familiar no desenvolvimento da criança;
- Orientar mãe sobre contraceptivos;
- Estimular a família a interagir com a criança, participar e valorizar suas conquistas;
- Nunca desestimular a família, sempre elogiar mãe e família;
- Orientar sobre manejo inicial, diarreia, sinais de desidratação, SRO, infecções respiratória;
- Prescrever Vitamina A (100.000U) e orientar que aos 12 meses a criança deverá tomar outra dose;
- Iniciar suplemento de ferro profilático 1 a 2 mg/kg/peso até o 18º mês. Se Prematuros > 1.500g e RN de baixo peso, a partir do 30º dia de vida, na dose de 2 mg de ferro elementar/kg/dia e durante o 1º ano de vida e 1mg/kg/dia até 2 anos;

- Verificar a saúde da mãe, fazer o marcador de consumo alimentar e orientação da alimentação por meio dos 10 Passos da Alimentação Saudável para Adultos e das recomendações gerais (Anexo 3).

### ***Consulta aos 8 meses***

- Seguir o roteiro da consulta aos seis meses;
- Orientar que a criança seja estimulada através de som, cores, carinho;
- Verificar situações de riscos e vulnerabilidades na família, estimulando a família a participar de movimentos de inclusão nas escolas e creches;
- Alertar mãe ou acompanhante sobre a possibilidade de episódios febris e quanto ao uso indiscriminado de medicamentos;
- Continuar a prevenção da anemia.

### ***Consulta aos 9 meses***

- Seguir o roteiro da consulta aos oito meses. Verificar sinais de alerta para o desenvolvimento.

### ***Consulta aos 11 meses***

- Seguir o roteiro da consulta aos oito meses.

### ***Consulta de 1 ano (12 meses)***

- Verificar marcos do desenvolvimento e estimulação;
- Verificar o crescimento e anotar dados de desenvolvimento pômbero-estatural e neuropsicomotor na Caderneta de Saúde da Criança e prontuário da unidade;
- Orientar sobre estímulo ao desenvolvimento infantil;
- Aplicar o Marcador de consumo alimentar para menores de cinco anos (Anexo 7) e identificar problemas na alimentação da criança;
- Orientar alimentação da criança através dos dez passos para alimentação saudável para menores de dois anos(Anexo 6);
- Verificar vacinas e encaminhar para atualização calendário de vacinação, se necessário, reforçando sua importância;
- Orientar cuidados de higiene corporal, incluindo a cavidade oral após as mamadas, e a ingestão de outros alimentos;
- Orientar quanto ao início do controle dos esfíncteres a partir dos 18 meses;
- Observar relação mãe/família e criança, principalmente na visita domiciliar, detectando situações de violência no domicílio e na consulta por ocasião do exame físico;
- Orientar mãe ou acompanhante sobre prevenção de acidentes;

- Orientar sobre a importância do ambiente familiar no desenvolvimento da criança;
- Estimular reconhecimento do corpo;
- Desencorajar uso de andadores (ou andajás);
- Desencorajar o uso de TV;
- Prescrever 200.000UI de Vitamina A e orientar a nova dose com intervalo de seis meses;
- Identificar situações de riscos e vulnerabilidades na família;
- Orientar a mãe quanto aos sinais do retorno imediato ao serviço de saúde/hospital.

A partir desta idade serão ofertadas as consultas semestrais aos 18, 24,30, 36, 42,48, 54, 60, 66 e 72 meses (seis anos) e, em seguida, consultas anuais até os dez anos de idade. Nessas consultas, serão avaliados crescimento, desenvolvimento, relação intrafamiliar e externa, alimentação, escolaridade, vacinação, possibilidade de violência, acidentes, visão, audição e presença de agravos. A escuta eficaz e as orientações pertinentes devem sempre estar contidas na função desempenhada pelo profissional de saúde.

## **15 LINHAS DE CUIDADO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA**

A linha de cuidado integral tem como objetivo delinear os fluxos de atendimento na atenção à criança, apresentando os caminhos a serem percorridos para um cuidado integral à saúde de forma horizontalizada em todos os pontos de atenção, tendo como ponto de partida e de chegada sempre a atenção básica, responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede, garantindo ao usuário assistência segura e efetiva. Estabelece os fluxos, como se desenhasse o percurso a ser realizado dentro da rede de atenção a saúde (RAS), incluindo todos os segmentos envolvidos, não somente os específicos da área de saúde, como também a família e a comunidade e outros segmentos envolvidos no processo de cuidado, prevenção e promoção da saúde, indo muito além dos encaminhamentos com referência e contrarreferência, os quais fazem parte dessa linha de ação, mas não são os únicos. Acolhimento, Vínculo e Responsabilização são diretrizes da Linha do Cuidado.

### ***Ações da saúde da mulher e planejamento familiar***

A saúde da criança se inicia com a saúde da mulher. A promoção da saúde integral da mulher inclui orientações para anticoncepção, para garantir o intervalo interpartal e a prevenção de gravidez indesejada ou de alto risco, bem como identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças/problemas que podem comprometer a saúde da mulher e do recém nato, ou até mesmo alterar a evolução normal de uma futura gestação. Este é ainda momento privilegiado para se incentivar hábitos de vida e nutricional saudáveis, prevenção de tabagismo e uso de drogas, infecções, entre outras, fundamentais para saúde da mulher, da gestante e do bebê.

### ***Assistência qualificada à gestante e ao recém-nascido***

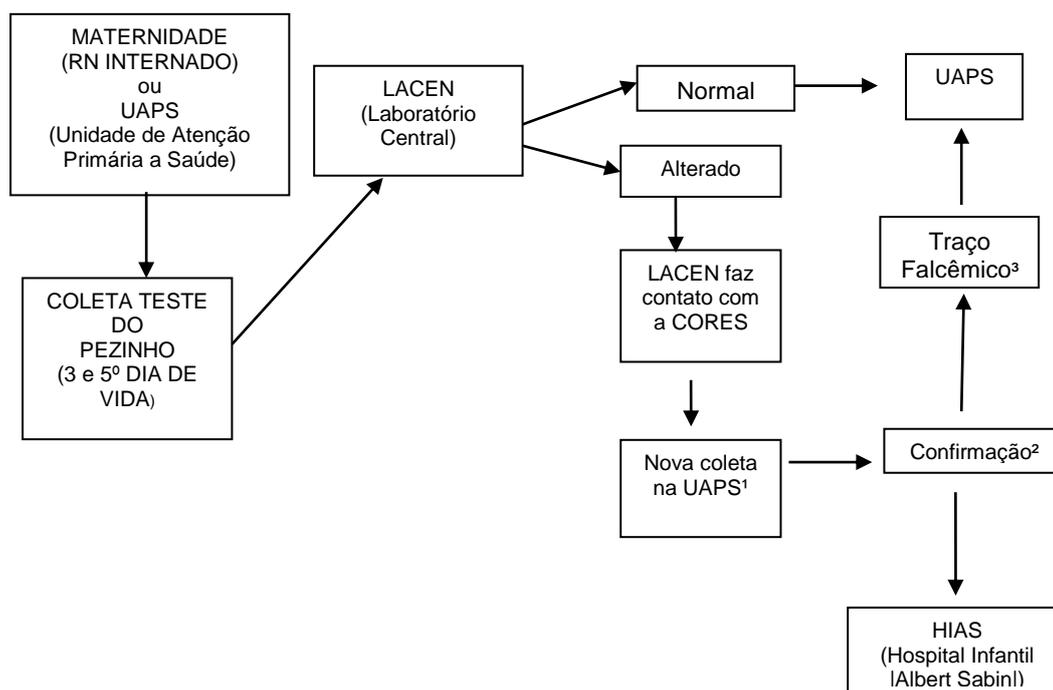
O pré-natal iniciado em momento oportuno, com abordagem integral, qualificada e humanizada, garantindo vida e saúde à gestante e ao bebê. Para tanto, faz-se necessária integração e continuidade da assistência até o final deste ciclo da vida, ou seja, o nascimento para criança e o puerpério para mulher. A porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde é a equipe de atenção básica e a integração com as de média e alta complexidade, formando-se uma rede articulada de assistência que responda à necessidade da gestante e do recém-nascido. A qualidade da assistência ao parto se inicia no estabelecimento do vínculo da gestante à maternidade desde o pré-natal, o acolhimento imediato da gestante e a utilização do partograma com avaliação materna e fetal (conforme protocolo do Ministério da Saúde), com a permissão de acompanhante durante o trabalho de parto e parto. O acesso ao leito de risco para o RN e a puérpera deve ser garantido e disponibilizado.

A UBS deverá acolher e avaliar o RN em toda a sua necessidade, podendo demandar atendimento da maternidade ou serviço de referência nas intercorrências após nascimento, de acordo com fluxo estabelecido. Desde o nascimento, a assistência da criança é responsabilidade integral da UAPS/ESF e, em caso de urgência ou necessidade de realização de exames laboratoriais, seguirá o fluxo de atendimento de urgência existente.

### ***Ações de acolhimento ao binômio mãe-bebê, pós-alta hospitalar***

O pós-parto é outro momento de cuidado especial com a mulher; e os serviços de saúde devem se organizar para garantir a atenção à puérpera. A visita domiciliar da ESF até o 5º dia de vida do RN quando o teste do pezinho é recomendado, é uma estratégia e oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança, em um momento especial e de maior vulnerabilidade na vida. As equipes de saúde devem estar atentas às crianças que não receberam a tal visita e não comparecerem à Unidade de Saúde na 1ª semana de vida. Neste caso, os ACS deverão fazer visita domiciliar e encaminhar a criança e a mãe à Unidade de saúde.

No momento da realização do atendimento, a equipe de saúde deverá atender integralmente à criança e à mulher, com avaliação das condições de saúde da criança, da mãe, incentivo ao aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para puérpera e criança, agendamento da consulta de pós-parto e planejamento familiar para mãe e de controle para criança. O teste do pezinho deverá seguir o fluxograma de acordo com o resultado.

**Figura 3** Fluxograma Teste do Pezinho

1. Sempre deve ser coletada uma 2ª amostra para confirmação diagnóstica. Este segundo exame deve ser realizado preferencialmente entre a 3ª e 4ª semana de vida do RN;

2. As crianças que tiverem a confirmação diagnosticada feita pela nova coleta serão acompanhadas no HIAS. As patologias acompanhadas serão: fenilcetonúria, doença falciforme, hipotireoidismo congênito e fibrose cística.

3. O Traço Falcêmico não é uma doença, ou seja, o portador do traço de HbS ou heterozigoto para HbS, não é anêmico, não tem anormalidades físicas, é saudável, tem uma vida normal. Não é necessário acompanhamento médico, o importante é saber que duas pessoas com traço falciforme podem gerar filhos com anemia falciforme.

### ***Incentivo ao aleitamento materno***

O incentivo ao aleitamento materno deve se iniciar no pré-natal, com orientações à gestante sobre vantagens e cuidados com as mamas. Nas unidades básicas de saúde, o aleitamento materno deve ser sempre avaliado pelas equipes de saúde, em todo atendimento da criança menor de seis meses e da nutriz, ressaltando-se a importância desta abordagem no primeiro mês de vida, quando ocorre a maioria dos problemas que motivam o desmame precoce. A visita domiciliar do ACS, no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança, é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mulher e do bebê e fundamental para o apoio à amamentação.

### ***Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)***

Toda criança deve receber o “Caderneta da Criança” ainda na maternidade. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, que envolve o registro e a avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências (de zero a seis anos), estado nutricional, bem como orientações à mãe/família sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento. A equipe de saúde deve estar capacitada para este acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas, visando estreitar e manter o vínculo da criança/adolescente e da família com os serviços de saúde.

## ***Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil***

Uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno. Além deste incentivo e apoio, a equipe de saúde deve estar preparada para orientar a transição do aleitamento para introdução de novos alimentos (início do desmame), por se tratar de um momento crítico, quando os distúrbios nutricionais acontecem. A avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte de todo o atendimento da criança, no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e nas intercorrências. A abordagem da criança pela equipe de saúde deve destacar a importância dos hábitos alimentares, como meio eficiente de promoção da saúde e prevenção de várias doenças, na infância e vida adulta, como deficiências nutricionais, doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

## ***Imunização***

Para reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação destas doenças. Para isto, as doenças controladas através de imunização devem ser notificadas pela equipe de saúde, para se traçar as medidas de prevenção. A Unidade de Saúde deve garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população. Este é, ainda, espaço privilegiado para abordagem integral da criança. As equipes de saúde devem se organizar para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos.

O acompanhamento proposto do crescimento e desenvolvimento anual da criança/adolescente a partir do terceiro ano de vida possibilita ampliar a cobertura de vacinação em uma faixa etária (principalmente a partir dos 5 anos de vida) difícil de ser atingida pela ação dos serviços de saúde.

## ***Atenção à saúde bucal***

A saúde bucal da criança começa com a linha do cuidado da saúde da mulher. Condições favoráveis antes e durante a gravidez e o aleitamento materno promovem a saúde dos dentes, a prevenção de problemas ortodônticos e da fala. Como ponto de partida, deve-se tentar conhecer, através de trabalhos em grupos, consultas, visitas, observação, a importância atribuída pela gestante à saúde bucal e os hábitos que desenvolve. Este processo de conhecimento é fundamental para construção de vínculo e laços de confiança que possibilitem o desenvolvimento de ações cuidadoras e estímulo à autonomia de mães e crianças em relação à saúde bucal.

Na gestação, são importantes os cuidados com a alimentação, ingestão de medicamentos, consumo de álcool, fumo e drogas e sua relação com o desenvolvimento dos dentes/boca da criança. Após o nascimento, é necessário destacar aspectos como a importância do aleitamento, dos hábitos alimentares (riscos do alto consumo de açúcar), a transmissibilidade da cárie, as doenças que afetam a boca, medicamentos com manifestação sobre as estruturas dentárias (ex.: a tetraciclina), a cronologia da erupção dos dentes e os fenômenos que geralmente os acompanham (incômodos, febre, irritação), o uso excessivo de chupetas. Os cuidados de higiene bucal (uso de panos, gaze, escova e fio dental), o exame da boca (dentes e mucosas) devem ser constantemente estimulados e construídos nas diversas ações das equipes de saúde.

### ***Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência, trabalho infantil***

Ações de saúde e intersetoriais diferentes das tradicionalmente desenvolvidas são necessárias para abordagem de problemas relevantes em saúde pública na atualidade, como a violência urbana, violência doméstica, acidentes domésticos e do trânsito, causas importantes de morbidade na infância e primeira causa de mortalidade a partir de quatro anos. A atenção integral à criança vítima de violência e abuso do trabalho infantil deve compor o cardápio de ações da saúde, com a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável e prevenção de agravos, na detecção oportuna dos problemas e abordagem multiprofissional e intersetorial.

### ***Atenção à criança portadora de deficiência***

Segundo a UNICEF, pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem algum tipo de deficiência – física, mental ou sensorial – com repercussão negativa no desenvolvimento neuropsicomotor. A criança com necessidades especiais merece atenção integral e multiprofissional, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce, de habilitação e reabilitação, promoção de saúde e prevenção de impedimento físico, mental ou sensorial e de agravos secundários, minimizando as consequências da deficiência. A abordagem da criança deve ter como referencial a promoção da sua inclusão e participação social, para a qual é necessária a atuação integrada da equipe de saúde com a família, a comunidade e os equipamentos sociais disponíveis<sup>24</sup>.

Em toda visita domiciliar ou atendimento à criança, a equipe de saúde deve estar atenta a alguns sinais de alerta, como atraso nas aquisições neuropsicomotoras, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente a estímulos do ambiente, dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe e objetos do ambiente, ausência de resposta aos estímulos sonoros, dentre outros. Na presença de qualquer alteração do desenvolvimento neuropsicomotor e/ou algum dos sinais de alerta, a criança deve ser encaminhada à UBS para avaliação com pediatra e equipes de habilitação e reabilitação, se necessário.

### ***Atenção à criança com alergia alimentar***

Segundo Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar da Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>54</sup>, a alergia alimentar é um resultante de reações imunológicas após a ingestão de proteínas alimentares, em indivíduos previamente sensibilizados. Ocorre em cerca de 8% das crianças.

Os alimentos mais frequentemente envolvidos são o leite de vaca, ovo, trigo e soja, sendo responsáveis por cerca de 90% dos casos. A maioria das reações ocorre devido à sensibilização a apenas um ou dois alimentos. A lactose, por ser um carboidrato, não provoca alergia e sim intolerância, por deficiência da enzima de  $\beta$ -lactase<sup>55</sup>.

As reações de hipersensibilidade aos alimentos podem ser classificadas de acordo com o mecanismo imunológico envolvido em<sup>55</sup>:

1. Mediadas por IgE ou imediatas, que ocorrem dentro de minutos até 2 horas após a ingestão do alimento. As manifestações incluem urticária e angioedema, hipersensibilidade gastrointestinal imediata, síndrome oral alérgica e anafilaxia. São as formas mais comuns de alergia alimentar;

2. Não-mediadas por IgE ou tardias, que surgem horas após ingerir o alimento. As manifestações são doença celíaca, enteropatia induzida por proteína, dermatite herpetiforme e síndrome de Heiner;
3. Mistas, cujas manifestações são dermatite atópica, esofagite eosinofílica, gastrite e enterocolite eosinofílicas e asma.

**Quadro 9** Manifestações de alergia alimentar segundo o mecanismo imunológico envolvido<sup>54</sup>

<b>Alteração</b>	<b>Mediada por IgE</b>	<b>Mecanismo Misto IgE e Célula Mediado</b>	<b>Não IgE Mediada</b>
Sistêmica	Choque anafilático Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimento	_____	_____
Cutânea	Urticária, angiodema, rash, mobiliforme, urticária aguda de contato, rubor	Dermatite atópica Dermatite de contato	Dermatite Herpetiforme
Gastrointestinal alérgica induzida	Síndrome de alergia oral, alergia gastrointestinal	Esofagite eosinofílica alérgica e gastroenterite	Proctocolite enterocolite
Cólica do Lactente	Imediata?	_____	_____
Respiratória Pulmonar	Rinoconjutivite aguda Broncoespasmo agudo	Asma	Hemossiderose (SD. Heiner)

Na avaliação diagnóstica das reações adversas ao alimento, a história clínica tem papel fundamental, deve-se questionar que alimento é suspeito, o intervalo entre a ingestão do alimento e o surgimento dos sintomas, os sintomas, se os sintomas ocorrem sempre que o alimento é ingerido, se há melhora ou desaparecimento dos sintomas após a suspensão do alimento suspeito, se há ressurgimento dos sintomas após a reintrodução (acidental ou provocada) do alimento suspeito. E com base nas informações obtidas na anamnese e no exame físico, a investigação laboratorial pode ser implementada<sup>55</sup>.

Como testes laboratoriais, têm-se: a determinação IgE sérica específica que apenas demonstra se o paciente tem IgE específico para determinado alimento; os testes cutâneos, os quais apenas detectam a presença de anticorpos IgE específicos para os alimentos testados, demonstrando sensibilização<sup>54</sup>.

Outro teste para diagnóstico é o teste de provocação oral, considerado o único método fidedigno para se estabelecer o diagnóstico de alergia alimentar. Consistem na oferta de alimentos e/ou placebo em doses crescentes e intervalos regulares, sob supervisão médica, com concomitante monitoramento de possíveis reações clínicas<sup>54</sup>.

O tratamento da alergia alimentar, de forma mais eficaz, é a exclusão total do alimento identificado da dieta do paciente, assim, a orientação nutricional a base do tratamento, considerando, também, a utilização dietas hipoalergênicas e o uso de fórmulas específicas e adequadas em lactentes<sup>55</sup>.

O município do Fortaleza, atualmente, elaborou um fluxo de atendimento para as crianças de zero a três anos de idade com alergia à proteína do leite de vaca, as quais são encaminhadas via central de regulação para os serviços de referência no atendimento às alergias alimentares. A seguir, a descrição informativa do fluxo.

## **16 ATENDIMENTO AO PACIENTE A SER INSERIDO NO PROGRAMA DE ALERGIA ALIMENTAR/PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV) PARA CRIANÇAS MENORES DE TRÊS ANOS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAPS)**

O responsável do paciente se apresenta na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), encaminha-se ao Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) para cadastro no sistema de prontuário eletrônico, portando os seguintes documentos:

- Documento de identificação (RG ou Certidão de Nascimento) do paciente;
- Comprovante de endereço;
- Cartão Nacional de Saúde (caso não possua será emitido no NAC);

No momento do atendimento, será verificado se o paciente tem encaminhamento para o Programa APLV:

- Se o paciente tiver o encaminhamento, será feito o agendamento no NAC para o Programa APLV e oferecer agendamento de consulta médica com o médico da equipe para acompanhamento;
- Se o Paciente não tiver o encaminhamento, deverá ser agendado o atendimento com o médico da UBS para o mesmo dia, com alta prioridade, devido à gravidade dos sintomas, como diarreia severa, podendo acarretar déficit no crescimento e desenvolvimento da criança em longo prazo.

Após avaliação da criança, se necessário, o médico preenche o encaminhamento (Anexo 2) para o Programa de Alergia Alimentar/APLV. O NAC acessa o sistema CMRweb e encaminha para consulta médica em atenção especializada na opção Programa de Alergia Alimentar/APLV.

O médico deverá fazer agendamento de retorno para seguimento ou acompanhamento.

As unidades de referência do Programa de Alergia Alimentar/ APLV, são:

- Hospital Infantil Albert Sabin

Rua Tertuliano Sales nº544- Vila União

Tel: 85 3101 4205

- NAMI – Núcleo de Atenção Médica Integrada

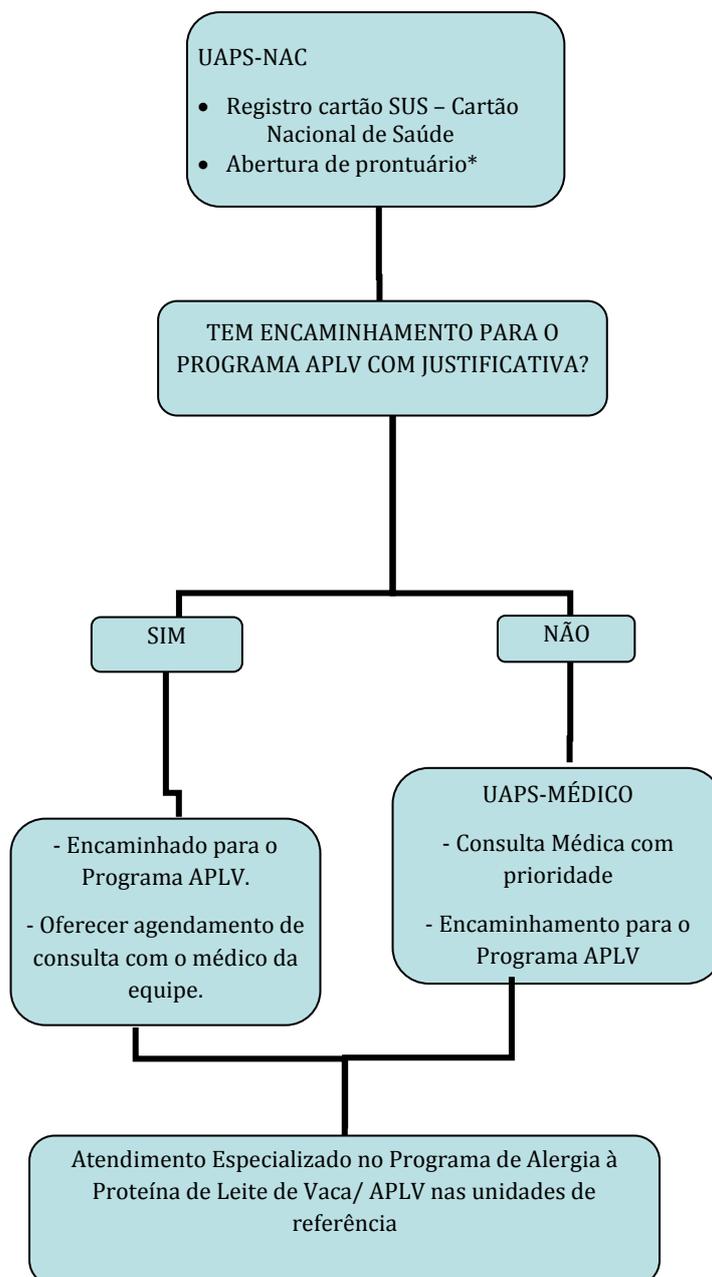
Rua Desembargador Floriano Benevides nº221 – Edson Queiroz

Tel: 85 3477 3621/ 3687

Os pacientes oriundos das Regionais I, III, IV e V deverão ser encaminhados prioritariamente ao Hospital Albert Sabin e os provenientes das Regionais II e VI deverão ser atendidos prioritariamente no NAMI.

A seguir fluxograma de atendimento para melhor entendimento.

**Figura 4** Fluxo atendimento ao paciente a ser inserido no Programa de Alergia Alimentar/APLV (APLV) para crianças menores de três anos nas unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).



\*Abertura de prontuário – o usuário deve ser cadastrado no sistema prontuário eletrônico com documentos (RG ou Cartão de Nascimento) e comprovante de endereço. \*\*Atendimento com alta prioridade, pois se trata de urgência devido a gravidade dos sintomas com diarreia, podendo acarretar déficit no crescimento e desenvolvimento da criança, em longo prazo.\*\*\* Oferecer agendamento de consulta com o médico da equipe para acompanhamento.

**PROGRAMA DE  
ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV)**

(Este documento é válido somente com o comprovante de agendamento realizado na Unidade de Saúde)

**SECRETÁRIA REGIONAL \_\_\_\_**

**Unidade de Atenção Primária à Saúde:**

\_\_\_\_\_  
Nº ID \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nome da mãe \_\_\_\_\_

D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo ( ) M ( ) F

**ENCAMINHAMENTO PARA O PROGRAMA APLV**

**Diagnóstico: Alergia a Proteína do Leite de Vaca**

**Justificativa** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do Médico  
(CARIMBO)**

## 17 ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Antes da abordagem às doenças prevalentes na infância é necessário o fortalecimento de algumas recomendações citadas na parte anterior deste documento que se referem à linha de cuidados perinatais e vigilância à saúde do recém-nascido (RN), como:

- Qualidade, integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado até a resolução completa dos problemas;
- Promoção de vínculo entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, fortalecendo as relações de confiança e de corresponsabilidade, orientando o autocuidado e o reconhecimento de risco;
- Integração da rede de saúde e outros setores de assistência e desenvolvimento social para melhoria das condições de vida da família;
- Acolhimento a todo RN e gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto deve ter prioridade em qualquer ponto de atenção na rede de saúde onde procuram assistência. Acolher o RN e a gestante e responder de forma qualificada é um compromisso de todo profissional e serviço de saúde para prevenção da morbidade e de mortes infantis evitáveis;
- Abordagem de risco garante que a atenção adequada – imediata e continuada – seja destinada a cada criança e mulher, sem perda de oportunidade de ação da saúde.
- Vigilância à saúde do RN começa antes de seu nascimento, com a atenção à saúde da mulher e da gestante.
- O acompanhamento pré-natal iniciado em momento oportuno, com assistência qualificada e humanizada e integração com a atenção de saúde de média e alta complexidade constitui uma rede articulada de assistência para responder às necessidades da gestante e do RN. Ações que devem ser desenvolvidas pelos serviços;
- Busca ativa para captação precoce para início do acompanhamento pré-natal.
- Identificação da gestação de alto risco e referência para atenção especializada, com permanência do acompanhamento pela atenção primária;
- Visita domiciliar/busca ativa da gestante que não comparece às consultas pré-natais e no último mês de gestação;
- Continuidade da assistência até o final da gravidez e o parto, eliminando a “alta do acompanhamento pré-natal”;
- Vinculação da gestante à maternidade desde o acompanhamento pré-natal e acolhimento imediato na maternidade, para evitar peregrinação em busca de vaga hospitalar durante o trabalho de parto e/ou urgências, com atraso da assistência;
- Acesso a leitos de alto risco/cuidado intensivo para a mãe e a criança, acompanhamento adequado do trabalho de parto, utilização do partograma, promoção do trabalho de parto fisiológico, evitando-se intervenções desnecessárias.
- Garantia do direito a acompanhante da gestante e puérpera durante o trabalho de parto e parto - (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005) e alojamento conjunto, inclusive, se for necessária, a internação do RN;
- Promoção do contato mãe-filho imediato após o parto para o RN saudável, evitando-se intervenções desnecessárias de rotina e que interferem nessa interação nas primeiras horas de vida; estímulo ao contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida.

Na maternidade, a mãe/família deve receber a Caderneta de Saúde da Criança para todo RN, contendo registros sobre a história da gravidez e nascimento, Apgar, peso e altura ao nascer, evolução da criança, intercorrências, procedimentos realizados, vacinas aplicadas, condição de alta e recomendações para o cuidado no domicílio. É importante que a mãe seja informada sobre o conteúdo e o uso da Caderneta.

É fundamental que se providencie identificação do RN de risco, notificação da alta, agendamento de consulta na atenção primária, programação de visita domiciliar e agendamento para o ambulatório de seguimento do RN de alto risco.

Visita domiciliar deve ser realizada na primeira semana após o parto, com avaliação global e de risco da criança, apoio ao aleitamento materno e encaminhamento para abordagem global da criança e da mãe nas unidades de atenção primária.

- Primeira consulta na primeira semana ou primeiros quinze dias de vida e marcação de retornos, conforme a necessidade;
- Manutenção do calendário de acompanhamento na atenção primária e visitas domiciliares, de acordo com a necessidade da criança;
- Manutenção do calendário de acompanhamento na atenção primária, para o RN de alto risco, além do acompanhamento na atenção especializada.

### ***As doenças na infância***

Para infância, ainda não há o conhecimento preciso da incidência de muitas doenças mesmo que seja reconhecida a prevalência em várias partes do mundo. Até porque sobre morbidade não há, em todas as partes do mundo, estudos que abordem, de modo tão avançado, quanto sobre mortalidade, uma vez que o sistema de registro para acompanhamento ambulatorial não é tão oportuno e completo e a análise dos dados ainda não tem sido uma rotina dos serviços em algumas localidades.

Estudos pontuais são de elevado significado para trazer informações acerca dessas enfermidades e contribuir com o processo de gestão nos serviços de saúde. Mundialmente, são identificadas como doenças prevalentes na infância: diarreias, anemia ferropriva, doenças do aparelho respiratório, otites, conjuntivites, infecções do trato urinário, dermatoses bacterianas, micóticas, parasitárias e virais.

Estudo realizado no município de Alta Floresta, em 2011, sobre atendimentos por doenças respiratórias no período julho 2006 a junho 2007, mostrou que 77,6% de 11.818 atendimentos eram de vias aéreas superiores e 22,4% de vias aéreas inferiores com picos no período da seca, com a maior incidência, e final das chuvas. Destes relacionados às vias aéreas inferiores no período da seca, 53% era em menores de cinco anos, principalmente asma e pneumonia<sup>56</sup>.

Outros estudos também mostram elevado percentual de ocorrência dessas enfermidades.

No sentido de apoiar a breve descrição de enfermidades, incluindo a conduta diagnóstica e terapêutica, foi realizado levantamento de dados secundários sobre atendimento ambulatorial de crianças menores de dois anos e de dois a menores de dez anos, em 5% das unidades de atenção primária à saúde, em Fortaleza, no período de novembro e dezembro de 2013.

O resultado mostrou que para população menor de dois anos, as doenças respiratórias representaram 72% dos atendimentos, verminoses 6,6%, infecção urinária 4,4%, outras causas representaram 9,3%. Em relação ao grupo etário de dois a menores de dez anos, foram encontrados os seguintes achados: 2,0% tiveram diagnóstico de anemia, 3,6% diarreia, 1,6% infecção urinária, 16,0%, verminoses, 10,8% doenças de pele, 64,0% representaram diagnóstico de doenças respiratórias e apenas 2,5% foram representados por outros diagnósticos.

## **Infecções das vias respiratórias**

### ***Bronquite***

Trata-se de processo inflamatório de brônquios e traqueia, tendo a tosse como manifestação mais comum, muitas vezes exclusivo<sup>48</sup>. Em geral, segue-se a um resfriado que evolui com produção de secreção e apresenta cura espontânea em cerca de dez dias. Duração mais prolongada sugere infecção secundária ou pneumonia.

À ausculta, verificam-se, geralmente, roncos, mas também pode haver sibilos e estertores subcrepitantes.

Tratamento: aumento da quantidade de líquidos ofertados e medicamentos sintomáticos. Se surgirem febre e secreção mucopurulenta, deve ser avaliada prescrição de antibióticos (amoxicilina ou sulfametoxazol trimetoprim), principalmente se isto ocorrer após sete dias de doença. Quando houver sibilos, deve ser orientado o uso de broncodilatadores ou corticosteroides inalatórios. Casos mais severos podem requerer o uso de corticoides<sup>48</sup>.

### ***Pneumonias***

Caracterizam-se pela presença de tosse, febre e taquipneia (frequência respiratória de 60 irpm/min ou mais em crianças menores de dois meses, 50 irpm/min ou mais em crianças entre dois e doze meses ou 40 irpm/min ou mais em crianças de um a cinco anos). A presença de tiragem subcostal demonstra esforço respiratório e está presente em quadros graves.

A ausculta pulmonar revela alterações dos ruídos respiratórios.

Radiografia de tórax é importante para o diagnóstico de derrames pleurais e abscessos.

Os agentes bacterianos são mais frequentes causadores que os virais. Entre os primeiros estão: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*.

No Brasil, em geral, as crianças apresentam, anualmente, quatro a seis episódios de infecção respiratória aguda. Destas, cerca de 3% evoluem para pneumonias e apresentam taxa de letalidade entre 10 e 13%<sup>48</sup>.

Tratamento – amoxicilina (50mg/kg/dia, oral de 12 em 12 horas) ou eritromicina (40 a 50mg/kg/dia, oral de 06/06horas) ou amoxicilina-clavulanato (45mg/kg/dia, oral de 12 em 12 horas) por sete a dez dias. Deve-se orientar retorno em dois dias ou imediato se houver piora. Os casos graves devem ser encaminhados para internação hospitalar.

### ***Faringotonsilites***

São processos inflamatórios, infecciosos virais ou bacterianos que se caracterizam por apresentarem edema e hiperemia da faringe e amígdalas com presença ou não de exsudato purulento.

Podem apresentar-se com dor a deglutição, febre elevada, astenia, mialgia, artralgia e cefaleia. Pode também haver adenomegalia.

Dois terços dos casos têm origem viral e são preponderantes em crianças menores de dois anos. Nestes casos, além da tosse, em geral, há obstrução nasal e rinorreia, lacrimejamento, espirros e febre baixa. Algumas vezes, a diarreia pode estar presente. Agente responsável mais frequentemente é o rinovírus.

Para faringoamigdalites virais, indica-se aumento da ingestão de líquidos, repouso, analgésico e antitérmicos, lavagem nasal com soro fisiológico. Tratamento caseiro como mel, limão.

Nos casos de faringoamigdalites bacterianas, as manifestações clínicas encontradas são febre alta, odinofagia, exsudato purulento e linfadenopatia dolorosa.

Deve-se suspeitar de amigdalite estreptocócica quando o início é agudo e ao exame da orofaringe encontram-se petéquias no palato. Embora o diagnóstico de certeza seja feito pela cultura de material amigdaliano, testes diagnósticos da detecção rápida do *Estreptococo* beta hemolítico do grupo A. O hemograma revela leucocitose com neutrofilia.

Visando prevenção da transmissão de cepas causadoras de febre reumática ou deve-se indicar preferencialmente o tratamento com penicilina.

A penicilina benzatina intramuscular em dose única deve ser usada na dose de 600 000U para crianças com peso até 25kg e 1 200 000U se acima de 25kg.

A amoxicilina 40-50 mg/kg/dia, a cada 8 ou 12 horas, durante dez dias, têm mostrado ser eficaz.

Em pacientes alérgicos às penicilinas, outras opções a serem consideradas: eritromicina 30-50mg/kg/dia durante dez dias; azitromicina 12mg/kg/dia dose única diária por cinco dias; ou cefalosporinas de 1ª geração, como cefadroxil 25-50mg/kg/dia de 12/12 horas por dez dias<sup>57</sup>.

### ***Rinossinusite***

Processo inflamatório da mucosa que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais. É resposta a um agente agressor físico, químico ou biológico (viral, bacteriano ou fúngico) ou decorrente de mecanismos alérgicos.

Entre os agentes causadores bacterianos, estão o *Pneumococo* (45%), o *Haemophilus influenzae* (25%) e *Moxarella catarrhalis* (15%)<sup>48</sup>.

Febre, secreção mucopurulenta, dor de ouvido, obstrução nasal e tosse persistente são manifestações frequentes. Quando há secreção mucopurulenta, mesmo sem febre, deve-se indicar o uso de antibióticos.

A rinossinusite pode ser classificada em: aguda, subaguda e crônica. Na aguda, a duração vai até quatro semanas. Ocorre tosse com agravamento noturno, corrimento nasal e edema periorbital pela manhã. Casos mais severos apresentam-se com febre elevada. Na crônica, os sinais e sintomas perduram por mais de 12 semanas; rinorreia mucopurulenta e obstrução nasal são sintomas comuns. Tosse e dor de garganta também podem ser relatados. No exame externo, pode-se encontrar edema e eritema nas regiões: maxilar, orbital e frontal. Na rinoscopia anterior, pode-se visualizar a concha inferior, que pode estar com hiperemia, edema e aumento da vascularização, além de encontrar secreção mucopurulenta na cavidade nasal proveniente, principalmente, do meato médio. No exame da orofaringe, pode-se encontrar descarga posterior. A endoscopia nasal é uma ferramenta útil no auxílio diagnóstico em pacientes sem alterações no exame físico, na ausência de resposta ao tratamento clínico e em quadros persistentes e recorrentes de rinossinusites. O achado de secreção nasal purulenta no meato médio, superior e recesso esfenoidal pode ser considerado sinal patognomônico de rinossinusite<sup>48</sup>.

A tomografia computadorizada é o melhor exame complementar para diagnóstico de rinossinusite crônica e deve ser solicitada após quatro semanas de uso de antibiótico.

Tratamento: drenagem das secreções. Nos casos crônicos indicar lavagem nasal com solução salina hipertônica.

Indicação de antibióticos: casos não graves - Amoxicilina 70mg/kg/dia cada 8 ou 12 horas por dez dias.

Casos graves - amoxicilina clavulanato 10 dias

Casos crônicos - amoxicilina clavulanato 14 dias e mais duas semanas com sulfa trimetopim. Uso de corticoide tópico nasal por um a dois meses. Para pacientes alérgicos à penicilina, as opções incluem cefalosporinas de 2ª geração (ex.: cefuroximeaxetil, cefprozil), sulfametoxazol-trimetoprima, doxiciclinaemacrolídeos (azitromicina, claritromicina). A azitromicina é usada por cinco dias, na posologia de 10mg/kg no primeiro dia e 5mg/kg nos outros quatro, em dose única diária<sup>30</sup>.

## **Otitis**

A infecção da orelha média, tipo mais comum de otite em crianças, de aparecimento súbito, é quase sempre precedida por infecção das vias aéreas superiores. História de irritabilidade, choro e inapetência, deve ser sempre valorizada.

A incidência é de 1,5 episódio/ano, em crianças menores de dois anos, sendo que cerca de dois terços dessas apresentam, no mínimo, um episódio por ano da doença<sup>58</sup>.

Ao exame otoscópico verifica-se abaulamento da membrana timpânica que é um dado de grande importância diagnóstica, independente de sua coloração ou ausência de transparência da membrana.

Os principais agentes causadores reconhecidos são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus*.

O tratamento inicial de escolha é feito com uso de amoxicilina, que apresenta atividade contra a maioria das cepas do *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Recomenda-se o uso de cefalosporinas de segunda e terceira gerações ou amoxicilina + clavulanato contra micro-organismos produtores de b-lactamase, incluindo o *Staphylococcus aureus*.

Quando há alergia à penicilina, a eritromicina e outros macrolídeos podem ser utilizados.

Na otite média crônica (OMC), há, na maioria dos casos, perfuração da membrana timpânica com ou sem supuração e pode ser decorrente de quadro agudo. Em geral, não há otalgia, mas pode haver perda auditiva. Na otoscopia, verifica-se perfuração de membrana timpânica que pode vir associado à secreção purulenta de odor fétido.

Os agentes causadores mais frequentemente responsáveis nestes casos são: *Proteus* sp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*.

Em relação ao tratamento nos casos de agudização com supuração, utilizam-se soluções tópicas, contendo antibióticos e corticosteroides associado à aspiração da secreção. Em casos mais graves de supuração, pode ser necessária associação com antibióticos sistêmicos.

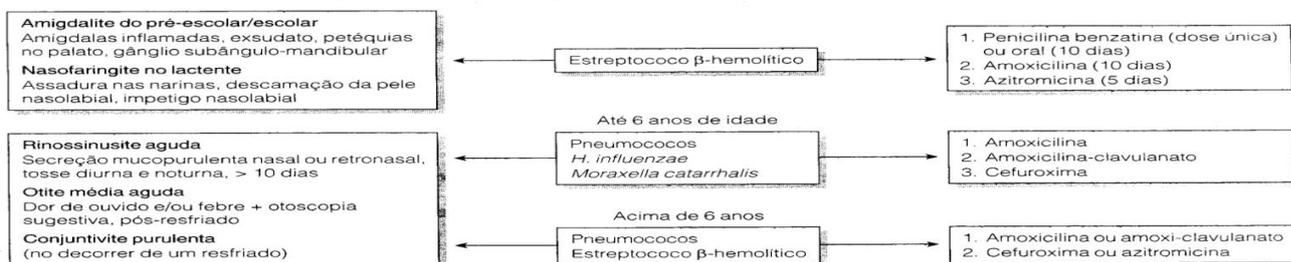
Paracetamol e/ou dipirona podem ser recomendados como analgésicos e antitérmicos.

O tratamento definitivo na OMC é cirúrgico. O procedimento realizado é a timpanoplastia ou timpanomastoidectomia, dependendo do tipo de otite média crônica existente.

Figura 5 Protocolo para diagnóstico de IVAS<sup>12</sup>

PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE IVAS		
IVAS tipo RESFRIADO		
<input type="checkbox"/> Coriza (líquida/mucosa) <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Pouca tosse <input type="checkbox"/> Menos de 1 semana <input type="checkbox"/> Febre até 38,5°C menos de 3 dias	<input type="checkbox"/> Febre – mais de 39°C <input type="checkbox"/> Secreção nasal espessa verde-amarela, mais de 3 dias <input type="checkbox"/> Abatimento <input type="checkbox"/> Febre alta com tremores de frio: bacteriemia	<input type="checkbox"/> Secreção nasal – mais de 10 dias <input type="checkbox"/> Tosse o dia todo e também à noite, mais de 10 dias <input type="checkbox"/> Mau hálito <input type="checkbox"/> Otolgia (otite)
VIRAL	RINOSINUSITE tipo I tipo Resfriado grave	RINOSINUSITE tipo II tipo Resfriado prolongado
CONGESTÃO DA FARINGE/AMÍGDALAS		ROUQUIDÃO/CHIADO
<input type="checkbox"/> Criança menor de 3 anos <input type="checkbox"/> Sinais de resfriado <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Feridas na boca/faringe* <input type="checkbox"/> Febre inferior a 39°C	<input type="checkbox"/> Criança maior de 5 anos <input type="checkbox"/> Secreção nas amígdalas <input type="checkbox"/> Gânglios atrás da mandíbula <input type="checkbox"/> Petéquias no céu da boca <input type="checkbox"/> Febre superior a 38,5°C <input type="checkbox"/> Tremores de frio	<input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Tosse de cachorro <input type="checkbox"/> Febre inferior a 39°C
<input type="checkbox"/> FARINGITE VIRAL <input type="checkbox"/> ESTOMATITE*	AMIGDALITE BACTERIANA	LARINGITE VIRAL <input type="checkbox"/> Tosse madrugada/manhã <input type="checkbox"/> Tosse quando corre <input type="checkbox"/> Chiado atual/no passado BRONQUITE
Assinale o diagnóstico com um ✓ e siga o tratamento padronizado (veja folha própria). Não prescreva antibiótico em doença presumivelmente viral.		

## ORIENTAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NAS IVAS BACTERIANAS



Amoxicilina – 45mg/kg/dia, 12/12h.  
 Amoxil e Amoxi-ped (125, 250 ou 500mg/ml); Hiconcil (125 e 250), Novocilin (250), Amoxil BD (200 e 400); genéricos.  
 Amoxicilina-clavulanato BD – 45mg/kg/dia de amoxicilina, 12/12h: Clavulin BD (200 e 400mg/5ml).  
 Cefuroxima 20 a 30mg/kg/dia, 12/12h: Zinnat (125 e 250mg/5ml; compr: 250, 500mg), genérico.  
 Azitromicina – 1ª dose: 10mg/kg; a seguir, 5mg/kg/dia; Zitromax, Novatrex 200mg/5ml, fr. de 15 e 22,5ml.

Usar amoxicilina dose dobrada se:  
 • Tomou esse antibiótico nos 2 últimos meses.  
 • Creche/escolinha.

## Doenças da pele e do couro cabeludo

### *Miliária ou brotoeja*

Pequenas vesículas pruriginosas que surgem na pele exposta ao sol ou calor intenso.

Oferecer ambiente fresco, roupa leve. Usar pasta d'água 3 a 4 vezes ao dia. Quando o prurido for muito forte deve ser acrescentado o uso de corticoides tópicos e na presença de infecção associada usar antibiótico<sup>55</sup>.

### *Dermatite atópica*

Conhecida também como eczema infantil tem caráter genético, inicia-se com eritema, pápulas e é pruriginosa, apresentando períodos de acalmia e de exacerbação. Em lactentes, manifesta-se na face, seguido de fronte e mento e posteriormente pescoço, tronco, superfície extensora dos membros. Em lactentes, tende a regredir no segundo ano de vida.

O diagnóstico da dermatite atópica é centrado nas manifestações clínicas da doença. O diagnóstico é por meio de Parâmetros.

Presença de prurido cutâneo somado a três ou mais dos critérios a seguir<sup>59</sup>:

1. História de prurido envolvendo áreas flexurais ou cervical;
2. História pessoal de asma ou rinite alérgica ou história familiar de doença atópica em parente de primeiro grau para menores de quatro anos;
3. História de pele seca generalizada no último ano;
4. Dermatite atual envolvendo áreas flexurais (ou região malar/fronte/face externa dos membros em pacientes menores de quatro anos);
5. Início das lesões de pele antes dos dois anos de idade (esse critério somente é aplicado para pacientes com 4 anos ou mais);
6. Presença de um ou mais manifestações atípicas de dermatite atópica<sup>54</sup>.

Tratamento: afastar fatores desencadeantes; reduzir o prurido e resolver a inflamação; hidratar a pele. Utilizar banhos com aveia ou maisena.

Na fase aguda exsudativa, usar corticoide de baixa potencia creme ou loção – hidrocortisona. Se houver infecção, indicar eritromicina ou cefalosporinas de primeira geração por sete dias. Antibiótico local como mupirocina pode ser usado. Se houver infecção fúngica indicar cetoconazol creme. Casos mais severos, prescrever prednisona oral, 2mg/kg/dia no 1º dia e, fazer 1mg/Kg/dia, sete dias, dose única pela manhã.

Na fase crônica, usar sabonetes oleosos, hidratante várias vezes ao dia. De preferência os de aveia. Iniciar corticoide tópico de alta potencia e após melhora trocar para um de baixa potência e em dias alternados até máximo de três semanas. Anti-histamínicos orais reduzem o prurido. Os anti-histamínicos clássicos (dexclorfeniramina, hidroxizina), são preferencialmente recomendados para lactentes e pré-escolares. Outros anti-histamínicos, como a loratadina e a cetirizina, demonstraram também ser eficazes no controle do prurido<sup>55</sup>.

### ***Dermatite de contato***

É uma reação inflamatória em resposta ao contato com agentes externos. Na criança, a maioria é originada por irritante primário, cujo exemplo mais comum é a dermatite da fralda provocada pela umidade prolongada, contato com urina e fezes. Também são irritantes produtos como sabão, detergente em uso direto ou resíduo em fraldas e outras peças de roupa. Salivação, suco de frutas podem ser um desses irritantes.

Tratamento: identificar o agente causal para afastá-lo. Fase aguda: banhos ou compressa com solução de Burow 1:20, 2 vezes ao dia por 20 minutos. Secar bem e aplicar creme de corticoide tipo hidrocortisona até desaparecer a exsudação. Continuar o corticoide, creme duas vezes ao dia até 10 dias e diminuir a frequência gradativamente. Fase crônica – seca: pomada de corticoide e aplicação de emolientes nos intervalos. Anti-histamínico via oral e se necessário corticoide sistêmico como prednisona 2mg/kg/dia no 1º dia e., fazer 1mg/Kg/dia, por cinco dias, reduzindo gradualmente até dez dias. Indicar antibiótico sistêmico (eritromicina), quando houver complicação bacteriana.

### ***Impetigo***

Infecção superficial da pele, muito contagiosa. São agentes causadores os estreptococos e os estafilococos. Surgem como lesões bolhosas e ou crostosas. O não bolhoso caracteriza o impetigo estreptocócico e o bolhoso o impetigo estafilocócico.

Localização frequente em torno das narinas e comissuras labiais.

Tratamento: romper as bolhas e remover crostas com água morna e sabão. Aplicar pomada de neomicina+bacitracinatrês vezes ao dia ou fusidina ou mucopirocina. Quando há resistência ao tratamento local, deve-se indicar antibioticoterapia sistêmica semelhante ao utilizado nos casos de faringoamigdalites.

### ***Furunculose***

É uma infecção que atinge o folículo piloso e a glândula sebácea anexa evolui para necrose, formando nódulo flutuante. Quase sempre o agente causador é o Estafilococo áureo. Em geral, localiza-se no dorso, nuca, axilas e nádegas.

O tratamento é feito com aplicação de calor úmido local e aplicação de antibiótico tópico como mupirocina. A drenagem está indicada quando há flutuação do furúnculo. Quando há lesões múltiplas, é indicado o uso antibioticoterapia sistêmica com cefalosporinas oral por 14 dias como referido anteriormente.

### ***Escabiose***

É uma dermatozoonose caracterizada por lesões papulovesiculares, contagiosa, causada por ácaro *Sarcoptes scabiei* quando afeta humanos. Causa prurido intenso principalmente à noite. As lesões se situam em locais como espaços interdigitais, punho, axilas, abdome, coxas, genitais e região glútea. Nos lactentes, a localização preferencial é palma, planta e cabeça<sup>48</sup>.

Tratamento deve ser aplicado em todas as pessoas da casa: pode ser usada uma das alternativas, Enxofre 5 a 10% em vaselina ou pasta d'água – aplicar uma vez ao dia por três dias. Suspende uma semana e repetir; Benzoato de benzila a 25% em emulsão, diluído ao meio – aplicar e deixar por oito horas em dois períodos de três dias com intervalo de sete dias; na rede há disponível: Permetrina loção a 5% aplicar e deixar por 8 a 12 horas. Permanece ativa na pele por sete dias; Ivermectina 100 a 200mg/kg em dose única via oral, com água. Não é recomendado para menores de cinco anos.

Roupas, toalhas, roupas de cama devem ser lavadas e guardadas sem contato com o doente durante três dias.

### ***Larva migrans***

É conhecida também como bicho geográfico consequente à penetração na pele da larva do ancilostomídeo que é eliminada nas fezes de cães e de gatos<sup>48</sup>. Apresenta-se como um cordão tortuoso, elevado e pruriginoso, iniciado por uma pápula.

Localização: glúteos, mãos e pés.

Tratamento: fricção local com pomada de tiabendazol duas vezes ao dia por duas semanas. Nas formas mais graves, indicar tiabendazol oral 25mg/kg/dia por cinco dias ou Ivermectina oral<sup>48</sup>.

### ***Tungíase ou bicho-de-pé***

Produzido pela penetração da pulga *Tunga penetrans*, caracterizada por pápula amarelada localizada em região periungueal espaços interdigitais nos pés ou nos calcanhares.

Tratamento: extração dos parasitas com agulha esterilizada. Eletrocoagulação. Tiabendazol oral se as lesões são muito numerosas. Acrescentar uso de antibiótico local e sistêmico se houver infecção secundária.

### ***Pediculose***

Lesões produzidas no couro cabeludo de crianças pela picada de piolho causando intenso prurido<sup>48</sup>. Gânglios occipitais estão aumentados. Em faixas etárias mais avançadas, pode ocorrer em outras partes do corpo. Há contágio direto ou indireto. O diagnóstico é feito pela lêndeia visível a olho nu, no fio do cabelo - invólucro do ovo deixado vazio pela ninfa que se torna adulto em um mês. A fêmea reproduz 120 ovos. Também são encontrados os parasitas adultos – pequenos insetos alongados e achatados muito pequenos, no couro cabeludo.

Tratamento: Xampu de piretrina + butóxido; creme rinsepermetrina. Passar pente fino nos cabelos. Repetir diariamente, uma semana. Ivermectina oral em dose única.

### ***Dermatofitoses ou tinhas***

São as micoses superficiais produzidas por fungos em partes queratinizadas da epiderme, unhas e pelos. Sua ocorrência é favorecida por higiene precária e imunossupressão. Caracterizam-se por placas eritemato-escamosas marginadas com crescimento centrífugo. Na criança, são comuns as tinhas do couro cabeludo e do corpo e são extremamente transmissíveis. Também são frequentes em crianças as tinhas de mão e de pé.

Tratamento: local com derivados imidazólicos, três vezes ao dia, durante quatro semanas. O tratamento sistêmico pode ser necessário e a griseofulvina é a droga de escolha na dose de 15 a 20mg/kg/dia, duas vezes ao dia, durante três a seis meses. Pode ser usado cetoconazol, porém é hepatotóxico. Dosagem a partir de dois anos, 4mg/kg/dia uma vez ao dia. Fluconazol é menos tóxico, pode ser usado a partir dos seis meses, 3-6mg/kg uma vez por semana, até quatro semanas. A tinha do couro cabeludo não responde ao tratamento tópico. Orientar higiene pessoal e familiar.

### ***Pitiríase alba***

A Pitiríase alba é caracterizada por presença de manchas brancas levemente descamativas na face, no pescoço e nos membros superiores, homocromáticas redondas ou ovaladas, com 0,5 a 2cm de diâmetro, em número de cinco a vinte. Piora com a exposição ao sol. Não são pruriginosas. Cuidado para não confundir com vitiligo – doença benigna na qual

ocorre perda de pigmento em certas áreas da pele resultando em manchas brancas irregulares ou pitíriase versicolor – tipo de tina que surge no tronco e braços apresentando coloração variável.

Tratamento: em geral, curam espontaneamente após longo período. Evitar excesso de sabonete e exposição solar. Usar protetor solar. Corticoide com iodo-hidroxiquinoleína é indicado na fase inicial, durante cinco a sete dias<sup>48</sup>.

### ***Molusco contagioso***

É uma dermatovirose, caracterizada por pápulas com umbilicação central muito pequenas, podendo alcançar 10 a 15mm de diâmetro, afetando pele e mucosas muito contagioso<sup>48</sup>.

Agente etiológico vírus do grupo poxvirus, frequente entre três e dezesseis anos.

Tratamento: curetagem das lesões, cauterização química com ácido tricloroacético 30 a 50%. Pode haver regressão espontânea.

### **Infecção o trato urinário (ITU)**

Infecção urinária é um processo inflamatório com multiplicação de bactérias em qualquer parte do trato urinário. É a infecção bacteriana mais comum nos primeiros seis meses de vida – 5% das queixas nos ambulatórios. São classificadas em pielonefrite (compromete os rins quando for ITU alta) e cistite (limitada à bexiga). O agente mais frequente é a *Escherichia coli*. Apresentam recidivas em cerca de 20% dos casos no primeiro ano que aumentam o risco de lesão renal irreversível.

Quadro clínico: em lactentes, muitas vezes ocorre apenas a presença de febre, principalmente se durar mais de três dias. Se for acompanhada de tremores de frio, choro à micção, mudança do padrão miccional e urina com mau cheiro. Na criança maior ocorre desconforto ou dor à micção (disúria), incontinência urinária, retenção de urina, urgência para urinar, urina malcheirosa, em geral com febre baixa ou afebril caracterizando a cistite. Já na pielonefrite, há febre elevada, às vezes tremores, dores no flanco, sintomas urinários, vômitos e mal estar.

Urocultura quantitativa é o teste padrão para o diagnóstico de infecção do trato urinário (ITU). ITU é melhor definida como bacteriúria significativa em paciente com leucocitúria (ou seja, evidência de uma resposta inflamatória).

Bacteriúria significativa consiste no termo “bacteriúria significativa”, depende do método de coleta e da identificação do organismo isolado. *Lactobacillus* spp, estafilococos coagulase-negativo e *Corynebacterium* spp não são considerados uropatógenos clinicamente relevantes<sup>60</sup>.

- Amostra pós-miccional-bacteriúria significativa, a partir de uma amostra de urina pós-miccional em crianças, como o crescimento de  $\geq 100,000$  unidades formadoras de colônias (UFC)/mL de uma bactéria uropatogênica;
- Amostra obtida por cateterismo –bacteriúria significativa de espécimes em crianças sondadas como o crescimento de  $\geq 50,000$  UFC / mL de uma uropatogênicas bactérias<sup>60</sup>;
- Amostra suprapúbica - bacteriúria significativa como o crescimento de uma bactéria uropatogênica de amostra obtida a partir de aspiração suprapúbica (o crescimento de uma colônia na placa é equivalente a 1000 UFC/mL).

Falso negativo – Resultado falso negativo em crianças com ITU (ou seja, quando ocorre a falha em preencher os requisitos descritos acima) pode ocorrer nas seguintes circunstâncias<sup>61</sup>:

- Presença de um agente bacteriostático na urina;
- Rápida taxa de fluxo de urina com o tempo de incubação reduzido;

- Obstrução do ureter, interferindo com a eliminação de bactérias para dentro da bexiga.

Na impossibilidade de se obter urocultura, ou enquanto aguarda o resultado, outros exames de apoio diagnóstico podem ser realizados: sedimento urinário para detectar leucócitos >10 leucócitos por campo ou >10.000 por mm<sup>3</sup>; bacterioscopia em esfregaço de urina corado pelo Gram (frequentes bactérias gram-negativas = infecção urinária).

Os objetivos do tratamento das ITU incluem:

- Eliminação da infecção e prevenção de urosepse;
- Prevenção da recorrência e das complicações de longo prazo, incluindo hipertensão, cicatrizes renais e perda do crescimento e da função renal;
- Alívio dos sintomas agudos (febre, disúria, frequência urinária).

O manejo agudo da ITU em crianças consiste em terapia antimicrobiana para tratar a infecção aguda e investigação de possíveis fatores predisponentes (ex, anormalidades urológicas). O manejo de longo prazo é focado na prevenção da recorrência e de complicações.

Decisão de encaminhar para hospitalização - a maioria das crianças acima de dois meses de idade pode ser conduzida ambulatorialmente, desde que o acompanhamento seja o mais próximo possível.

Indicações comuns de hospitalização e/ou tratamento parenteral:

- Idade menor do que dois meses;
- Urosepse clínica (toxemia, hipotensão, perfusão capilar ruim);
- Paciente imunocomprometido;
- Vômitos persistentes ou intolerância à medicação oral;
- Impossibilidade de acompanhamento ambulatorial (ex.: baixas condições socioeconômicas, dificuldade de acesso e comunicação, etc.);
- Falha no tratamento ambulatorial.

Tratamento: iniciar com ceftriaxona 40-50mg/kg e seguir 24 horas depois com cefadroxil 30mg/kg/dia fracionada de 12 em 12 horas ou cefalexina de seis em seis horas ou amoxicilina-clavulanato BD 45mg/kg/dia dividida de 12 em 12 horas. A duração do tratamento é de dez dias para crianças com ITU febril e 3 a 5 dias para ITU com ausência de febre.

Atenção: investigar o trato urinário: IU em menores de seis meses; IU grave com sepsis; ausência de resposta aos antibióticos usuais; presença de tumoração abdominal palpável; 2ª ITU em diante. Solicitar US renal logo após a IU. Após seis meses solicitar cintilografia renal por DMSA (detectar sequela) e se for positivo fazer uretrocistografia miccional<sup>48</sup>.

## ***Diarreia***

Diarreia é uma alteração do hábito intestinal, por aumento do teor de água nas fezes, resultando em redução da consistência das fezes e, em geral, aumento do número de evacuações. É consequência de má absorção e/ou secreção de água e eletrólitos. A diarreia aguda instala-se subitamente e dura até duas semanas. Apresenta evolução autolimitada, mas pode se prolongar sendo denominada diarreia persistente ou tornar-se grave – diarreia protraída.

A criança pode apresentar, náuseas, vômitos, dor abdominal e ao evacuar, redução do apetite, mal-estar e febre (estado infeccioso). As consequências severas são a desnutrição e a desidratação.

É importante pesquisar presença de bactérias, vírus ou protozoários. Protoparasitológico de fezes, leucócitos nas fezes são exames subsidiários que auxiliam a conduta terapêutica que também é apoiada pela presença de sangue nas fezes indicando disenteria.

Tratamento – dieta livre com alimentos que a criança aceitar. Hidratação oral preventiva ou de recuperação com solução de reidratação oral – preparar um pacote para 1l de água. Administrar 30 a 60ml após evacuações. Para criança desidratada (ausência ou redução da urina, sede intensa, boca seca, olhos fundos, fontanela deprimida, prega cutânea se desfaz lentamente), oferecer a solução continuamente. Se a desidratação for grave, com choque, vômitos incoercíveis, insucesso da reidratação oral, deve ser indicada hidratação venosa em hospital.

Antibióticos devem ser usados em casos de disenteria em geral causada por *Shigella*: ceftriaxona 50mg/kg IM ou IV duas aplicações com intervalo de 24 horas; se o sangue surge no 3º dia (*Campylobacter*): usar azitromicina ou claritromicina.

Nos casos de diarreia prolongada, crônica é aconselhável procurar ajuda de especialistas.

## **Anemia ferropriva**

É a mais frequente das carências nutricionais. Observa-se palidez cutâneo-mucosa, mais frequente entre seis meses e três anos e, também em adolescentes do sexo feminino. A confirmação pode ocorrer pela dosagem de hemoglobina abaixo de 11,0g/dL ou pelo eritrograma.

Tratamento: orientação dietética - carne, fígado, vegetal verde escuro, beterraba, suco de laranja ou limão. Diagnosticar e tratar ancilostomíase. Prescrever sulfato ferroso – 3 a 5mg/kg/dia, via oral, dose máxima 200mg. Para lactentes, indicar dose única e pré-escolares e escolares, fracionar em duas tomadas ao dia, durante três a quatro meses. A vitamina C otimiza a absorção do ferro.

## **Parasitoses intestinais**

As parasitoses intestinais, em geral, apresentam sintomas, como dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia ou intestino preso, prurido anal, presença de sangue nas fezes, eliminação de parasitas. Também podem estar presentes: irritabilidade, alterações do comportamento, do sono e humor, prurido vulvar, tosse, chiado no peito.

São muito frequentes na infância, sendo consideradas problemas de saúde pública. A transmissão depende das condições sanitárias e de higiene das pessoas. Podem estar relacionadas à desnutrição, ao déficit no desenvolvimento físico e cognitivo<sup>62</sup>.

A prevenção é feita pela higiene pessoal e dos alimentos. Estes devem ser bem cozidos. Uso de água tratada. É importante que os profissionais exerçam papel educador junto às famílias e, quando possível, integrados às equipes de professores nas escolas.

A seguir, apresenta-se quadro resumo dos principais parasitas e indicação terapêutica. Sugere-se revisão do quadro clínico.

**Quadro 10** Resumo dos principais parasitas e indicação terapêutica

<b>Parasita</b>	<b>Indicação terapêutica</b>	<b>Dose</b>
<i>Ascaris lumbricoides</i>	<i>Mebendazol</i>	200mg 2 x dia – 3 a 6 dias
	<i>Albendazol</i>	400mg 1 x dia. Repetir com 7 dias
<i>Ancilostomaduodenalis</i>	<i>Mebendazol</i>	600mg 1 x dia. Repetir com 7 dias
	<i>Albendazol</i>	400mg 1 x dia. Repetir com 7 dias
<i>Trichuristrichiura</i>	<i>Mebendazol</i>	500mg 1 x dia. Repetir com 14 dias
	<i>Albendazol</i>	400mg 1 x dia. Repetir com 7 dias
<i>Oxiurusvermicularis</i>	<i>Mebendazol</i>	500mg 1 x dia. Repetir com 14 dias
	<i>Albendazol</i>	10mg/kg/dia. Dose única
<i>Strongiloidesstercoralis</i>	<i>Tiabendazol</i>	25mg/kg/dia 2 x dia – 3 dias (após refeição)
	<i>Albendazol</i>	400mg 1 x dia – 3 dias
	<i>Ivermectina</i>	200ug/kg/dia. Dose única
<i>Entamoebahistolytica</i>	<i>Secnidazol</i>	30mg/kg/d 1 x dia. (Maximo 2g)
	<i>Metronidazol</i>	35mg/kg/dia 3 x dia – 5 dias
<i>Giardialamblia</i>	<i>Tinidazol</i>	50mg/kg/dia. Dose única
	<i>Secnidazol</i>	30mg/kg/d 1 x dia. (Máximo 2g)
	<i>Metronidazol</i>	20mg/kg/dia 3 x dia – 7 dias
	<i>Medendazol</i>	200mg 3 x dia – 3 a 5 dias
<i>Taeniasolium ou saginata</i>	<i>Praziquantel</i>	25mg/kg/dia. Dose única. Repetir com 10 dias
	<i>Mebendazol</i>	100mg 2 x dia – 3 dias. Repetir com 7 dias

## Obstrução do canal lacrimal

Ocorre em cerca de 6% dos recém-nascidos. Surge aproximadamente no final da primeira semana de vida, como um verdadeiro lago de lágrimas na pálpebra inferior, lacrimejamento permanente, material mucoso, acumulado no canto interno do olho. Pode haver infecção leve ou intensa. A cura, em geral, é espontânea entre nove e dezoito meses. Deve ser feita massagem com a ponta do dedo, iniciando no canto do olho e descendo e pressionando até o canto do nariz, duas a seis vezes ao dia. Fazer limpeza com soro fisiológico ou água filtrada. Pingar leite de peito oferece boa proteção. O processo infeccioso é tratado com pomada oftálmica de antibiótico, três vezes ao dia por 10 a 15 dias<sup>48</sup>.

## Conjuntivite

Processo inflamatório dos olhos caracterizado por hiperemia, secreção ocular em geral purulenta. Pode haver dor, edema e prurido e, ainda, visão turva.

Tratamento: compressas geladas, colírios de vasoconstritores. Em casos de conjuntivite purulenta (bacteriana), está indicada limpeza com água fervida e colírio de antibiótico (gentamicina, tobramicina ou cloranfenicol) de duas em duas horas, durante o dia, e pomada oftálmica de antibiótico à noite. Após melhora, mudar para quatro em quatro horas, usar por sete dias. Nos casos de conjuntivite alérgica, pode ser indicado anti-histamínico oral ou colírio de olopatadina ou cetotifeno – uma gota duas a quatro vezes ao dia.

## Sopro cardíaco inocente

Sopros funcionais ou inocentes ocorrem na ausência de anormalidades orgânicas do coração<sup>48</sup>. Os sopros inocentes sistólicos são mesossistólicos, começam depois da primeira bulha e terminam antes da segunda bulha. Podem ser: do tipo vibratório, localizados no foco pulmonar, no foco aórtico, na fossa supraclavicular.

O sopro inocente mais comum é o sopro contínuo – sopro de piorra. Sua intensidade máxima é na fossa supraclavicular, frequentemente bilateral. É ouvido melhor ao exame do paciente sentado e desaparece com paciente em decúbito dorsal. É abolido pela compressão da jugular

**Quadro 11** Características do sopro funcional e do sopro patológico

Sopro funcional	Sopro patológico
<p>Ápice do coração e ao longo da parte inferior da borda E do esterno</p> <p>Mesossistólico</p> <p>Intensidade moderada (até 3 em 6)</p> <p>Musical ou levemente rude</p> <p>Tom baixo a médio</p>	<p>Parte superior da borda E do esterno</p> <p>Pansistólico</p> <p>Intenso (mais de 3 em 6)</p> <p>Rude</p> <p>Clique no início ou meio da sístole</p>

Em casos de sopros com características patológicas, encaminhar logo ao cardiologista pediátrico.

Sopros funcionais: registrar na ficha/prontuário e caderneta de saúde da criança. Informar à família que nesta fase do desenvolvimento, a criança pode apresentar um sopro cardíaco normal.

**Atenção:** As orientações contidas nos quadros do manual do AIDPI (anexos) serão usadas para orientar avaliação, exame físico, classificação e conduta terapêutica, retorno e outras explicações pertinentes a cada caso.

A seguir, quadro com os antibióticos mais comumente utilizados em pediatria, disponíveis na APS, com dose usual e principais indicações clínicas.

**Quadro 12** Antibióticos mais comumente utilizados em pediatria disponíveis nas UAPS<sup>55</sup>

Item	Droga/apresentação	Dose usual(mg/kg/dose)	Principais Indicações Clínicas
01	Amoxicilina 250 mg/ 5ml ou 50 mg/ml ou 500 mg/cápsulas	20-50mg/kg/dia; VO de 8/8h ou 12/12h	infecções leves a moderadas tais como otite média aguda, sinusite aguda, bronquite, pneumonia comunitária e faringo-amigdalite estreptocócica.
02	Amoxicilina 500 mg - Clavulanato de potássio 125 mg/comp. ou 50 mg + 12,5 mg/ml suspensão oral	20 -50mg/kg/dia; VO de 8/8h ou de 12/12h (Infecções leves a moderadas, causadas por bactérias cuja resistência à amoxicilina decorre da produção de beta lactamases)	Infecções do trato respiratório (otite média, sinusite, celulite retro-orbitária), geniturinário (infecção urinária) ou em pele e subcutâneo (celulite hematogênica em face ou extremidades, sem porta de entrada na pele; mordedura humana ou de animais infectada).
03	Azitromicina 40 mg/ml ou 500mg comp.	10mg/kg/dia 1x dia por 3dias VO ou 10mg/kg/dia no primeiro dia seguido de 5mg/kg/dia 1x dia por 4 dias - 1 x dia (24/24h) (Para a pneumonia atípica, é o tratamento de escolha)	Faringo-amigdalite estreptocócica (alternativa à penicilina), otite média aguda, rinosinusite aguda e pneumonia comunitária em crianças > 5anos (alternativa à amoxicilina, combinada ou não com clavulanato) e infecção não complicada de pele e tecido subcutâneo (em substituição à penicilina, ampicilina ou cefalosporina de primeira geração).
04	Benzilpenicilinabenzatina 1.200.000 UI ou 600.000UI	50.000 U/kg em crianças até 25 kg; Se > 25kg - 1.200.000UI - exclusivamente para uso IM	Faringo-amigdalite estreptocócica, impetigo, sífilis primária latente precoce (com menos de um ano de duração) e na profilaxia de infecção estreptocócica ou pneumocócica
05	Benzilpenicilina potássica associada à penicilina procaína 100.000 + 300.000	25.000 a 50.000 U/kg/dia ÷ de 12/12h ou 24/24h por via IM	indicada para infecções leves ou moderadas, quando a via oral não pode ser utilizada
06	Cefalexina 50 mg/ml ou 500mg/comp.	infecções leves a moderadas: 25 a 50mg/kg/dia; casos mais graves 50 a 100mg/kg/dia VO ÷ de 6/6h ;	Em infecção de pele, como impetigo e piodermites e subcutâneo, como a celulite com porta de entrada na pele e em infecção urinária não complicada
07	Ceftriaxona 250mg ou 1g - IM	50 a 100mg/kg/dia de 12/12 ou de 24/24h IM ou EV (Infecções gonocócicas não complicadas em crianças e neonatos dose única de 25 a 50 mg/kg (máximo de 125 mg. A conjuntivite e a doença disseminada devem ser tratadas com essa dose por 7 a 10 dias.)	Droga de escolha para tratamento parenteral da doença gonocócica, devido à alta prevalência de cepas penicilino-resistentes (vaginite purulenta, conjuntivite. Na otite média refratária, em crianças que não toleram medicação oral. A dose única de 50 mg/kg (máximo de 500 mg) pode ser repetida a cada 24 horas, por até três dias.
08	Claritromicina 500 mg comprimido	15mg/kg/dia de 12/12h Também medicamento de escolha para a pneumonia atípica (preferir azitromicina)	Infecções respiratórias (otite média aguda, rinosinusite aguda, faringo-amigdalite estreptocócica, pneumonia comunitária em crianças > 5a) e as infecções de pele e tecido subcutâneo (alternativa à penicilina ou amoxicilina).

Item	Droga/apresentação	Dose usual(mg/kg/dose)	Principais Indicações Clínicas
09	Eritromicina (estearato) 50 mg/ml suspensão ou (estolato) 500 mg/comp.	30 a 50mg/kg/dia ÷ de 6/6h(estearato); 8/8h(estolato) VO (Antibiótico de escolha em pacientes alérgicos à penicilina)	Infecções leve a moderada do trato respiratório (faringo-amigdalite estreptocócica) ou em pele e tecido subcutâneo (impetigo ou celulite com porta de entrada na pele) Coqueluche, difteria, legionelose, pneumonia atípica e gastroenterite.
10	Metronidazol 40 mg /ml suspensão oral ou 250 e 400mg/comp.	15 a 30mg/Kg/dia de 8/8h ou 12/12h VO (Onde haja provável participação de anaeróbios, especialmente do Bacteroides fragilis)	Infecções intrabdominais, infecções pélvicas, infecções odontogênicas, infecções pleuropulmonares
11	Penicilina G cristalina - Frasco-ampola de 5.000.000UI	100.000 - 400.000U/Kg/dia EV de 4/4h ou 6/6h EV	infecções moderadas ou severas, como pneumonia, endocardite, meningite ou sepse
12	Nitrofurantoína 100 mg	5 a 7mg por kg de peso/dia, divididos em 4 vezes por dia, durante 7 a 10 dias; não usar em < 1ano.	Tratamento das infecções urinárias agudas e crônicas, não complicadas. Espectro de ação: E. coli e enterococos
13	Sulfametoxazol + trimetoprima 400 + 80 mg comprimido ou 40mg + 8mg/ml suspensão oral	20-40mg/kg/dia de 12/12h VO	Infecção urinária não complicada, gastroenterite aguda, infecções respiratórias agudas leves (otite média aguda, sinusite aguda)

Fonte: Adaptado pelo autor

## **18 EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO PARA CRIANÇAS**

Serão disponibilizados exames laboratoriais e de imagem no acompanhamento da criança no programa de puericultura, bem como para apoio diagnóstico, conforme necessidade identificada.

- Exame de triagem neonatal (teste do pezinho, da orelhinha, do olhinho e do coraçãozinho) será realizado a partir de 48 horas do nascimento e, preferencialmente, ainda no hospital e na 1ª consulta na APS;
- Independente da Estratificação de Risco, será garantida realização de Hemograma completo e parasitológico de fezes para todas as crianças entre 9 e 12 meses;
- De acordo com as informações sobre as enfermidades que acometem a população infantil; é possível programar a oferta de exames.

## **19 MEDICAMENTOS PROGRAMADOS**

A programação de medicamentos deve sempre ser baseada na verificação da ocorrência das enfermidades e nas orientações para o tratamento destas, de modo a assegurar o melhor atendimento às crianças. Ao final lista anexa com medicamentos disponíveis na APS.

## **20 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA APS**

São atribuições comuns a todos os profissionais, conforme Portaria Ministerial N°2.488, de 21 de outubro de 2011:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Realizar ações de atenção à saúde, conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- Garantir da atenção à saúde, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Participar do acolhimento dos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- Realizar reuniões de equipes, a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

### ***Atribuições específicas***

#### ***Médico(a) da Estratégia Saúde da Família***

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações e outros);
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB;
- Acolher a mãe, estabelecendo vínculo com a mesma;
- Incentivar aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, sempre que possível;
- Detectar risco de desmame precoce;
- Identificar dúvidas e dificuldades da mãe, procurando esclarecê-la;
- Solicitar agendamento de retornos, conforme risco da criança e de acordo com o protocolo;
- Preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança.

#### ***Enfermeiro(a) da estratégia saúde da família***

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações e outros), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
- Acolher a mãe, estabelecendo vínculo com a mesma;
- Incentivar aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, sempre que possível;
- Detectar risco de desmame precoce;
- Realizar o 1º atendimento de puericultura, de preferência, até o 5º dia após o nascimento;
- Identificar dúvidas e dificuldades da mãe, procurando esclarecê-la;
- Identificar dificuldades no aleitamento materno;
- Realizar visita domiciliar para acompanhamento dos recém-nascidos e consulta puerperal;
- Identificar os faltosos do programa e solicitar a busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Encaminhar para administração de vacinas conforme o calendário;
- Calcular cobertura vacinal;
- Conferir se a mãe realizou ou agendou consulta de revisão puerperal;
- Verificar estado vacinal da mãe e da criança;
- Verificar se foi realizado o teste do pezinho, do contrário, encaminhar para coleta;
- Preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança.

### ***Agente comunitário de saúde***

- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- Cadastrar todas as pessoas da micro área e manter os cadastros atualizados;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando promoção da saúde, prevenção das doenças e acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe;
- Realizar a busca dos faltosos ao programa;
- Preencher o cartão sombra para acompanhamento do peso e imunização. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

### ***Auxiliar de enfermagem da estratégia saúde da família***

- Participar das atividades de atenção, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente;
- Colher o Teste do Pezinho;
- Encaminhar à consulta médica ou de enfermagem ao identificar situação de risco.

### ***Cirurgião(ã)-Dentista da estratégia saúde da família***

- Realizar diagnóstico, com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar a atenção à saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;
- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB);
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

### ***Técnico(a) em Saúde Bucal (TSB)***

- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- Participar das ações educativas, atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- Participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológicas, exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- Proceder à limpeza e antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

#### ***Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)***

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Processar filme radiográfico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Manipular materiais de uso odontológico;
- Participar de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos Demográficos [Internet]. [citado 2013 mar 3]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuas\\_abreviadas\\_mortalidade/2010/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuas_abreviadas_mortalidade/2010/).
2. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: 2009.
3. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Caderno de Atenção Básica nº 33. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
4. Rasella D, Aquino R, Barreto ML Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics*. 2010; 126:534-40.
5. Victora CG, Leal MC, Barreto ML, Schmidt M, Monteiro CA, organizadores. Saúde no Brasil: A série The Lancet. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
6. Correia LL, Silveira DMI, Campos JS, Silva AC, Andrade FMO, Horta BL. Competências Familiares para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil: um estudo de 2 600 famílias no Ceará. *Cadernos ESP*. 2005; 1(1):60-72.
7. Horta BL, Victoria CG, Girade HA, César JA, Segone M. Como avaliar as competências familiares na atenção às crianças de até 6 anos. Brasília: UNICEF; 2005.
8. Secretaria da Saúde do Estado. Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária. Módulo I: Puericultura. Fortaleza: SESA, 2002.
9. Acevedo BM. Puericultura pré concepcional. In: Acevedo BM. Puericultura: el arte de lacrianza. Bogotá: Editorial Medica Internacional; 2001.
10. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Periodistas y médios de comunicación – ayudando a crecer. Información de referencia sobre el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años. Washington: OPS; 2003.
11. UNICEF. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. São Paulo: Globo, 2011.
12. Murahovschi J. Puericultura no ambulatório e no consultório. In: Murahovschi J. *Pediatria. Diagnóstico + Tratamento*. São Paulo: SARVIER; 2003.
13. Farhat CK, Sato HK, Martins RM. Imunização. In: Lopez FA, Campos Júnior D, organizadores. *Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria*. 2ª ed. Barueri, SP: Manole; 2010.
14. Crespin, J. Puericultura: ciência, arte e amor. #ª ed. São Paulo: Roca, 2007.
15. Marcondes E. Ser Puericultor. In: Issler H, Leone C, Marcondes E, coordenadores. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: SARVIER; 2002; p.33-48.
16. Green M, Palfrey IS, Bright F. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 2ª ed. Arlington, V A: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002.
17. Druss BG, Marcus SC, Olfson M, Tanielian T, Pincus HA. Trends in care by nonphysician clinicians in the United States. *N Engl J Med*. 2003; 348:130-7.
18. Bezerra DF. Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor: Aspectos Práticos na Atenção Primária. Santo André; 2009.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Institui o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2008 jan. 25; Seção 1.

20. Prefeitura Municipal de Fortaleza (CE). Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Municipal de Saúde Escola. Linhas de Cuidado na Atenção à Saúde da Criança. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza; 2012.
21. Organização Panamericana de Saúde. Atenção Integrada às doenças Prevalentes na Infância (AIDPI): Manual para capacitação de profissionais da atenção primária. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2005.
22. UNICEF. Almanaque da Família Brasileira. Garantindo os direitos da primeira infância. / Ziraldo. São Paulo: Globo, 2008.
23. Campos, J. S. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente: A Família e o Desenvolvimento Infantil. In LOPEZ, F. A., Campos Junior, D. (Organizadores). Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria. 3ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
24. UNICEF. Família Brasileira Fortalecida – 5 álbuns seriados. UNICEF. Ipê Amarelo / Crianças Criativas. Rio de Janeiro: Cromos Editora e Indústria Gráfica, 2004.
25. Campos, J. S., Mello Jorge, M. H. P. de Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no município de Fortaleza – CE. Cadernos ESP. V6, n. 1 (jan/jul 2012. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2012.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
27. Vieau D. Perinatal nutritional programming of health and metabolic adult disease. World J Diabetes. 2011; 2(9):133-6.
28. Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 1989; 2: 577–580.
29. Mckay JA, Mathers JC. Diet induced epigenetic changes and their implications for health. *Acta Physiol (Oxf)*. 2011; 202(2):103-18.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança – passaporte de cidadania. 8ª ed. Brasília, 2013.
31. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária. Modulo I: Puericultura. Fortaleza: SESA, 2002.
32. Dobbing J. Vulnerable, periods in developing brain. Oxford Blackwell: Ed Applied neuro chemistry; 1968.
33. Campos, J. S., Cavalcante e Silva, A., Leite, A. J. M. Crescimento e Desenvolvimento Infantil. In: Campos, J. S., Cavalcante e Silva, A., Carvalho, H. M. B., Sampaio, T. C. (Organizadores) Livro do Médico de Família. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
34. Wajskop G. Brincar na pré-escola. São Paulo: Cortez; 1997.
35. Nobre LLN, Lessa CFM. Saúde Bucal. In: Campos JS, Cavalcante e Silva A, Carvalho HMB, Sampaio TC, organizadores. Livro do Médico de Família. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008
36. Correa, M. S. N. P.; Dissenha, R. M. S.; Weffort, S. Y. K. Saúde Bucal do Bebe ao Adolescente – Guia de Orientação. Santos Editora, 2005.
37. Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo: Editora Santos; 2007.
38. Calvo, M. C. M., Schneider Filho, D. A. A Saúde e as Doenças Bucais. In: SUCUPIRA, A. C. L. et. al (Coordenadores) Pediatria em Consultório. 4ª ed. São Paulo: SARVIER, 2000.
39. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Ten great public health achievements, 1990-1999: impact of vaccines universally recommended for children. *MMWR*. 1999; 241:243-8.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS - CONITEC - 82). Relatório Recomendação da vacina tetravalente contra HPV, 2012.

41. Campos, J. S., Cavalcante e Silva, A., Maluf, E. C., Nunes, N. M. Vacinação – uma medida de proteção. In: Campos, J. S., Cavalcante e Silva, A., Carvalho, H. M. B., Sampaio, T. C. (Organizadores) Livro do Médico de Família. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC). Relatório nº 46. Recomendação da vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) – dTpa para vacinação de gestantes. 2012.
43. Sampaio, M. J. A. Q., Amorim, M. L. P., Pessoa, Z. F. C. Acidentes comuns na infância e adolescência. In: FIGUEIRA, F. Pediatría. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
44. Paes, C. E. N., Maciel, W. Injúrias Não intencionais (Acidentes): Riscos no Ambiente Doméstico, In: Lopez, F. A., Campos Junior, D. (Organizadores). Tratado de Pediatría Sociedade Brasileira de Pediatría. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2010
45. Valente, M. H. Técnicas de Comunicação em Saúde. In: Grisi, S., Okay, Y., Speroto, G., (Coordenadores) Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância AIDPI. Organização Pan-Americana da Saúde. Departamento de Pediatría. Faculdade e Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
46. Campos, J. S., Cavalcante e Silva, A., Amaral, J. J. F. Promoção da Saúde da Criança – Uma Decisão em Defesa da Vida. In Lopez, F. A., Campos Junior, D. (Organizadores). Tratado de Pediatría Sociedade Brasileira de Pediatría. 3ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
47. Mascaretti, L. A. S. Educação em Saúde. In: Grisi, S., Okay, Y., Speroto, G., (Coordenadores) Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância AIDPI. Organização Pan-Americana da Saúde. Departamento de Pediatría. Faculdade e Medicina. Universidade de São Paulo, 2004.
48. Murahovschi, J. Pediatra *in* Coletânea dos melhores textos de todos os tempos. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2013. 1ª edição – 152p.
49. Leite, A. J. M. Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In: Campos, J. S., Cavalcante E Silva, A., Carvalho, H. M. B., Sampaio, T. C. (Organizadores) Livro do Médico de Família. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
50. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
51. Campos Junior, D. Atendimento pediátrico a gestantes (3º. Trimestre). SBP – Sociedade Brasileira de Pediatría, 2005. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>> Acesso em 29 de out de 2013.
52. Campos Junior, D. Papel da puericultura no século XXI. SBP – Sociedade Brasileira de Pediatría, 2008. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>> Acesso em 23 de out de 2014.
53. Campos, J. S., Cavalcante e Silva, A., Carvalho, H. M. B., Sampaio, T. C. (Organizadores) Assistência evolutiva na criança nos seus primeiros dez anos de vida. Livro do Médico de Família. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
54. Sociedade Brasileira de Pediatría e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar. Rio de Janeiro, 2007.
55. Sociedade Brasileira de Pediatría. Alergia Alimentar: Abordagem prática. Disponível em: <[www.sbp.com.br/pdfs/alergia\\_alimentar.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/alergia_alimentar.pdf)> Acesso em: 05 de setembro de 2014.
56. Pereira, V. S et al. Análise dos atendimentos ambulatoriais por doenças respiratórias no município de Alta Floresta – Mato Grosso – Amazônia Brasileira: Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20 (3): 393-400, jul-set, 2011.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Atualização do Informe Técnico após introdução da vacina tetra viral na rede do SUS – sarampo, caxumba, rubéola e varicela atenuada. 2ª versão. 2013.

58. Mocellin, L. Como diagnosticar e tratar infecções das vias aéreas superiores. Ver. Bras. Med. Dez 11, V68 n12 p82-87, 2010.
59. Willians, H., et al. Is eczema really on the increase World wide ? J Allergy Clin Immunol. 2008;121(4):947-54.
60. Roberts K. B. The AAP practice parameter on urinary tract infections in febrile infants and young children. American Academy of Pediatrics. Am Fam Physician. 2000 Oct 15; 62(8):1815-22.
61. Hoberman A, Wald ER, Reynolds EA, PENCHANSKY L, CHARRON M. Pyuria and bacteriuria in urine specimens obtained by catheter from young children with fever. J Pediatr. 1994;124(4):513-519.
62. Bresolin, A. M. B.; Zuccolotto, S. C. Parasitoses Intestinais. In: MARCONSEDES, E.; et al. Pediatria básica. São Paulo, SP: Sarvier, 2003. p. 264-279.

## ANEXOS

### ANEXO 1 RECOMENDAÇÕES DE GANHO PONDERAL NA GRAVIDEZ

<b>Grupo</b>	<b>IMC</b>	<b>Ganho Ponderal (kg)</b>	<b>Taxas de ganho ponderal no 2º e no 3º trimestres</b>
Baixo peso	< 19,8	12,5 a 18	Pouco mais de 0,5 kg/semana
Peso Normal	19,8 a 25	11,5 a 16	0,5 kg/semana
Sobrepeso	25 a 29	7 a 11,5	0,3 kg/semana
Obesidade	> 29	> 6	Objetivar taxa estável de ganho ponderal
<b>Recomendações de ganho ponderal para gestação multifetais</b>			
Gestação gemelar, qualquer IMC		16 a 20kg	
Gestação trigemelar, qualquer IMC		22,5kg	

## ANEXO 2 MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR PARA MAIORES DE 5 ANOS

	<b>Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGAN</b> <b>SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL</b>	
	Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde		
Nome completo*		Data de nascimento:*
Endereço completo*		/ /
Documentação (tipo, número e outras especificações)*		Data de preenchimento:*
		/ /

\* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

### FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - INDIVÍDUOS COM 5 ANOS DE IDADE OU MAIS -

Nos últimos 7 dias, <u>em quantos dias</u> você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								

## ANEXO 3

### OS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA ADULTOS

- PASSO 1 - Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
- PASSO 2 - Inclua diariamente 6 porções do grupo do cereais(arroz, milho, trigo pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- PASSO 3 - Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- PASSO 4 - Coma feijão com arroz todos os dias ou , pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- PASSO 5 - Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
- PASSO 6 - Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
- PASSO 7 - Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
- PASSO 8 - Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.
- PASSO 9 - Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- PASSO 10 - Tome sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.
  - Distribuir a alimentação, de forma que 80 a 85% dos alimentos ingeridos em um dia sejam vegetais e somente 15 a 20% sejam de origem animal (carne/leite/ovos);
  - Procurar variar o cardápio de um dia para o outro, evitando a monotonia alimentar;
  - Comer devagar, mastigando e saboreando bem os alimentos;
  - Evitar o excesso de açúcar, de sal e de bebidas alcoólicas;
  - Fazer diversas refeições por dia, evitando comer muito em uma só refeição.

## **ANEXO 4 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO**

### **Passo 1 - Acredite que não existe leite fraco**

Todo leite materno é forte e adequado para o melhor crescimento e desenvolvimento do bebê até 4 ou 6 meses de vida. Nessa fase, não precisa dar outro alimento. No primeiro dia, a produção de leite é pequena. Esse leite, chamado colostro, é transparente ou amarelado, tem alto valor nutritivo, é suficiente para as necessidades do bebê e age como uma vacina, protegendo-o contra doenças. “Se eu chorar, verifique se estou com fome, molhado ou se necessito de colo e carinho”.

### **Passo 2 - Saiba que quanto mais o bebê mama, mais leite você produz**

Sugar o peito é o que estimula a produção de leite. Por isso, não dê ao filho chás, água, sucos ou outro leite, nos primeiros 4-6 meses de vida.

Começar a mamar desde a sala de parto facilita a descida mais rápida do leite. Procure manter o bebê ao seu lado, do nascimento até a alta. A criança que mama no peito várias vezes, dia e noite, de acordo com a vontade do bebê, não necessita de mais nada. Dê os dois peitos a cada mamada.

### **Passo 3 - Coloque o bebê na posição correta para mamar**

Para que o bebê sugue bem, ele deve estar em posição de poder abocanhar não só o mamilo (bico do peito), mas grande parte da aréola (parte escura do peito), com o corpo totalmente voltado para o da mãe (barriga com barriga). Quando a criança pega o peito corretamente, com a boca bem aberta, o leite sai em quantidade suficiente, o bebê engole tranquilamente e a mãe não sentirá dor.

### **Passo 4 - Cuide adequadamente das mamas**

Para evitar rachaduras, não lave os mamilos antes e depois das mamadas. Basta o banho diário, evitando uso de sabonete nos mamilos. O próprio leite protege a pele, evitando infecções. Não use pomadas nem cremes nos mamilos. A exposição das mamas ao sol durante 15 minutos pela manhã também ajuda a prevenir rachaduras. Troque o sutiã quando estiver molhado.

### **Passo 5 - Retire leite quando for necessário (ordenha)**

Evite que a mama fique muito cheia e pesada. Se isto acontecer, lave bem as mãos, faça massagens circulares com as pontas dos dedos, pressionando as mamas do mamilo para a base. Depois, coloque os dedos onde termina a aréola e aperte com cuidado até o leite sair. Guarde o leite em frasco fervido por dez minutos, na geladeira (24 horas) ou freezer (15 dias) ou doe a um Banco de Leite Humano. Para aquecer o leite, use banho-maria. Na falta de geladeira, o leite poderá ser guardado até 2 horas em local fresco e dado ao bebê de copinho ou colher, quando a mãe não estiver em casa.

### **Passo 6 - Nunca use bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras**

O uso de bicos, chupetas ou mamadeiras deve ser evitado, pois prejudica a amamentação. Os bebês que fazem uso de mamadeira acabam largando o peito.

### **Passo 7 - Tome líquidos, alimente-se e descanse sempre que possível**

A mãe que amamenta deve tomar líquidos em abundância, melhorar sua alimentação e dormir ou descansar sempre que possível.

### **Passo 8 - Só tome medicamentos com ordem médica**

A mãe só deverá tomar medicamentos quando orientada pelo médico ou profissional de saúde habilitado.

### **Passo 9 - Continue a amamentação, se possível, até os 2 anos de idade**

A ciência hoje recomenda que todo bebê deve ter amamentação exclusivamente no peito até 4-6 meses de vida e continuar mamando até 2 anos de idade, ao mesmo tempo em que são introduzidos novos alimentos adequados para criança.

### **Passo 10 - Conheça os direitos da mãe trabalhadora**

A mãe que trabalha fora tem direito:

- À licença gestante de 120 dias;
- A dois descansos remunerados de meia hora por dia, quando retornar ao trabalho, para amamentar seu filho, até 6 meses de idade;
- A berçário ou creches nos locais de trabalho, sempre que a empresa tiver 30 ou mais mulheres trabalhando.

Atenção: se por algum motivo você não puder amamentar o seu filho, não ofereça o peito de outra mãe. Procure um bom banco de leite humano ou um profissional de saúde para orientá-la.

**ANEXO 5 SINAIS DE ALERTA PARA CRIANÇAS DE 0 A 2 MESES E MENORES DE 5 ANOS**

<b>SINAIS DE ALERTA</b>	
<b>Menores de 5 anos</b>	
<b>Gerais:</b> febre ou hipotermia (<35,5 em < 2 meses), vômitos incoercíveis, recusa alimentos e líquidos, convulsões, letargia/inconsciência, palidez cutâneo mucosa intensa, rigidez de nuca	
<b>Respiratórios:</b> Taquipneia; tiragem subcostal, estridor em repouso, batimento de asa de nariz	
<b>Diarreia com sinais de desidratação importante:</b> olhos fundos, sinal da prega, sangue nas fezes,	
<b>Outros:</b> secreção purulenta ou tumefação dolorosa ao toque no ouvido/orelha; emagrecimento acentuado; pústulas grandes ou extensas, petéquias	
<b>Menores de 2 meses:</b> não consegue mamar; abaulamento de fontanela, respiração rápida (> 60mrm); cianose ou palidez importante; gemidos; choro intenso; umbigo hiperemiado	
<b>*Menores de 2 meses mesmo sem queixas ou problemas identificados</b>	- Será sempre garantido o atendimento;
<b>*Crianças até 5 anos com 1 ou mais sinais de alerta</b>	- Consulta imediata;
<b>*Crianças sem sinais de alerta</b>	- Agendamento de Puericultura

## ANEXO 6 DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

### *Do nascimento até os 6 meses de vida*

**Passo 1** - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- O leite materno contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas muito quentes.
- A oferta de água, chás ou qualquer outro alimento sólido ou líquido, aumenta a chance do bebê adoecer, além de substituir o volume de leite materno a ser ingerido, que é mais nutritivo.
- O tempo para esvaziamento da mama depende de cada bebê; há aquele que consegue fazê-lo em poucos minutos e aquele que o faz em trinta minutos ou mais.
- Ao amamentar: a) a mãe deve escolher uma posição confortável, podendo apoiar as costas em uma cadeira confortável, rede ou sofá e o bebê deve estar com o corpo bem próximo ao da mãe, todo voltado para ela. O uso de almofadas ou travesseiros pode ser útil; b) o bebê deve estar com a boca bem aberta, o queixo tocando o seio da mãe, lábio inferior para fora; c) ela não deve sentir dor, se isso estiver ocorrendo, significa que a pega está errada.
- A mãe que amamenta precisa ser orientada a beber no mínimo um litro de filtrada e fervida, além da sua ingestão habitual diária, considerando que água são necessários aproximadamente 900 ml de água para a produção do leite. É importante também estimular o bebê a sugar corretamente e com mais frequência (inclusive durante a noite).
- A alimentação da nutriz deve ser igual à da mulher adulta normal. Assim, sugerem-se as recomendações válidas para qualquer pessoa adulta normal, que são:
  - ✓ Comer principalmente alimentos não industrializados.
  - ✓ Distribuir a alimentação de forma que 80 a 85% dos alimentos ingeridos num dia sejam vegetais e somente 15 a 20% sejam de origem animal (carne/ leite/ovos).
  - ✓ Procurar variar o cardápio de um dia para o outro, evitando a monotonia alimentar.
  - ✓ Comer devagar, mastigando e saboreando bem os alimentos.
  - ✓ Evitar o excesso de açúcar e sal.
  - ✓ Não ingerir bebidas alcoólicas.
  - ✓ Fazer diversas refeições por dia, evitando comer muito em uma só refeição.

### *A partir dos seis meses de vida*

**Passo 2** – A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual. A mãe deve ser informada de que a criança tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimentos(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor.
- A alimentação deve complementar o leite materno e não substituí-lo. Portanto, a introdução das refeições não deve substituir as mamadas no peito. Há crianças que se adaptam facilmente e aceitam muito bem os novos alimentos. Outras precisam de mais tempo, não devendo esse fato ser motivo de ansiedade e angústia para as mães. No início da introdução dos alimentos, a quantidade que a criança ingere pode ser pequena. Após a refeição, se a criança demonstrar sinais de fome poderá ser amamentada.
- A partir da introdução dos alimentos complementares é importante oferecer água à criança, a mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida).
- As frutas, legumes e verduras produzidas na sua região apresentam na sua composição importantes vitaminas e minerais que contribuem para o crescimento das crianças.

**Passo 3** – Após seis meses, dar alimentos complementares(cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) 3 vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e 5 vezes ao dia, se estiver desmamada.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- A introdução dos alimentos complementares deve ser feita com colher ou copo, no caso da oferta de líquidos.
- As carnes são importante fonte de ferro e a partir dos 6 meses, sempre que possível, devem estar presente nas papas salgadas.
- O ovo inteiro e cozido pode ser introduzido ao completar 6 meses.
- Alimentos como laranja, limão, tomate, abacaxi, acerola, goiaba, kiwi, manga são importantes fontes de vitamina C e devem ser oferecidas junto à refeição principal ou após a refeição para aumentar a absorção do ferro.
- Ao completar 6 meses a mãe deve oferecer 3 refeições/dia com alimentos complementares. Essas refeições constituem-se em duas papas de frutas e uma salgada, preparada com legumes e verduras, cereal ou tubérculo, alimento de origem animal (carne, vísceras, miúdos, frango, ovo) e feijões.
- Ao completar 7 meses, essas refeições constituem-se em duas papas salgadas e duas de fruta.
- Ao completar 12 meses recomenda-se que a criança tenha três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches (frutas ou cereais ou tubérculos).

**Passo 4** – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- É necessário saber distinguir o desconforto da criança por fome de outras situações como, sede, sono, frio, calor, fraldas molhadas ou sujas, e não oferecer comida ou insistir para que a criança coma, quando ela não está com fome.
- É recomendável oferecer a alimentação complementar, sem rigidez de horários, com intervalos regulares para que a criança sinta a necessidade de se alimentar (fome). Nos primeiros dias de oferta de alimentos complementares a mãe pode oferecer leite materno, caso a criança demonstre que não está saciada.
- São desaconselháveis práticas nocivas de gratificação (prêmios) ou coercitivas (castigos) para conseguir que as crianças comam o que eles (os pais ou cuidadores) acreditam que seja o necessário para ela.
- Algumas crianças precisam ser estimuladas a comer, nunca forçadas.

**Passo 5**- A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (purê) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela. Os alimentos devem ser bem cozidos. Nesse cozimento deve sobrar pouca água na panela, ou seja, os alimentos devem ser cozidos em água suficiente para amaciá-los.
- Nesta fase os alimentos devem ser amassados com o garfo. A consistência terá o aspecto pastoso (purê). A utilização do liquidificador e da peneira é totalmente contraindicada, porque a criança está aprendendo a distinguir a consistência, sabores e cores dos novos alimentos. Além do que, os alimentos liquidificados não vão estimular o ato da mastigação.
- A partir dos 8 meses, algumas preparações da casa como o arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos à criança, desde que amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com condimentos (temperos) picantes e excessivos.
- Não oferecer, como refeição, alimentos líquidos de baixa densidade energética do tipo sopas, caldos e sucos.

**Passo 6** – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- Oferecer duas frutas diferentes por dia, selecionando as frutas da estação, principalmente as ricas em vitamina A, como as amarelas ou alaranjadas e que sejam cultivadas localmente.

A comida pastosa deve conter um alimento de cada grupo: cereais ou tubérculos, leguminosas, legumes e verduras e carne ou ovo. A cada dia ela deverá escolher um novo alimento de cada grupo para compor a papa.

- Para que o ferro presente nos vegetais folhosos e feijão seja melhor absorvido, os mesmos têm que ser consumidos com algum alimento rico em vitamina C e/ou carnes. As carnes também aumentam a absorção do ferro dos outros alimentos.

- Sempre que possível, procure oferecer carne nas refeições e, no mínimo uma vez na semana, oferecer vísceras ou miúdos que são boas fontes de ferro.

**Passo 7** – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- Se a criança recusar determinado alimento, procure oferecer novamente em outras refeições. Lembrar que são necessárias em média, oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança.
- No primeiro ano de vida não se recomenda que os alimentos sejam muito misturados, porque a criança está aprendendo a conhecer novos sabores e texturas dos alimentos.
- Ao oferecer a alimentação que não necessite de uma preparação mais elaborada os alimentos devem ser amassados e colocados em porções separadas no prato da criança.
- Quando a criança já senta à mesa, o exemplo do consumo desses alimentos pela família vai encorajá-la a consumi-los.
- As refeições, almoço e jantar, não devem ser substituídas por refeições lácteas ou lanches. A criança deve receber uma preparação mais elaborada, por exemplo: a alimentação salgada ou comida de panela.

**Passo 8** – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, bombons, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- O valor de oferecer alimentos in natura, sem adição de açúcar;
- O consumo de alimentos não nutritivos (ex.: refrigerantes, açúcar, frituras, achocolatados e outras guloseimas) está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares.
- A criança pequena não pode “experimentar” todos os alimentos consumidos pela família, por exemplo, iogurtes industrializados, queijinhos petitsuisse, macarrão instantâneo, bebidas alcoólicas, salgadinhos, refrigerantes, doces, sorvetes, biscoitos recheados, entre outros). Orientar os irmãos maiores e familiares para não oferecerem esses alimentos para a criança.
- A importância da leitura do rótulo dos alimentos infantis antes de comprá-los, evitando oferecer à criança alimentos que contenham aditivos e conservantes artificiais.

**Passo 9** – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- É recomendável oferecer água o mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida) para a criança beber. O mesmo cuidado deve ser observado em relação à água usada para preparar os alimentos.
- As mãos devem ser bem lavadas com água e sabão, toda vez que for preparar ou oferecer o alimento à criança.
- É importante que as frutas, legumes e verduras sejam levados em água corrente e colocados de molho por dez minutos, em água clorada, utilizando produto adequado para esse fim (ler rótulo da embalagem) na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois enxaguar em água corrente, antes de serem descascados, mesmo aqueles que não sejam consumidos com casca.
- Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.

Os alimentos devem ser bem cozidos e oferecidos em recipientes limpos e higienizados.

- Recomenda-se preparar a porção (quantidade de alimento) que normalmente a criança ingere. Se, após a refeição, sobrar alimentos no prato (restos), eles não podem ser oferecidos posteriormente.
- Toda a família, principalmente as crianças, não deve abrir o refrigerador a todo o momento. Certificar-se de que está sempre fechado e que a porta apresenta boas condições de vedação.
- Se a família não tiver refrigerador ou este não apresentar condições de temperatura adequada, os alimentos da criança devem ser preparados próximos ao horário de cada refeição.

**Passo 10** – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- Se a criança estiver sendo amamentada exclusivamente no peito, pode-se aumentar a frequência das mamadas. O leite materno é, em geral, o alimento que a criança doente aceita melhor. Muitas vezes a criança doente cansa-se mais e precisa mamar mais vezes.
- Estimular a criança a sugar o peito, mexendo em seu rosto quando ela estiver abocanhada à mama sem sugar.
- Entre os alimentos saudáveis, deve-se oferecer para a criança os de sua maior preferência, em quantidades pequenas e com maior frequência. A criança pode ter o apetite diminuído quando está doente.
- Se a criança já estiver recebendo a alimentação da família, utilizar as preparações em forma de purê ou papas nas refeições, que são de mais fácil aceitação pela criança.
- Se a criança aceitar bem apenas um tipo de preparação saudável, mantê-la até que a criança se recupere.
- Nos casos das crianças febris e/ou com diarreia, a oferta de líquidos e água deve ser aumentada. Esses líquidos devem ser oferecidos no intervalo das refeições e, de preferência, em xícaras ou copos. O uso de mamadeira aumenta o risco de infecção e diarreia.

## ANEXO 7 MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR PARA MENORES DE 5 ANOS

	<b>Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGAN</b> <b>SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL</b>	
	Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde		
Nome completo*		Data de nascimento:*/ /
Endereço completo*		
Documentação (tipo, número e outras especificações)*		Data de preenchimento:*/ /

\* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

### FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE -

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES
1. A criança <b>ontem</b> recebeu leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não
2. <b>Se não</b> , até que idade seu filho mamou no peito? <input type="checkbox"/> Nunca ____ meses <b>OU</b> ____ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: <b>aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos</b> ) <input type="checkbox"/> <1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo
4. A criança <b>ontem</b> recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa) <input type="checkbox"/> Leite do peito <input type="checkbox"/> Chá/água <input type="checkbox"/> Leite de vaca <input type="checkbox"/> Fórmula infantil <input type="checkbox"/> Suco de fruta <input type="checkbox"/> Fruta <input type="checkbox"/> Papa salgada <input type="checkbox"/> Outros
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 6 MESES E MENOS DE 2 ANOS
1. A criança <b>ontem</b> recebeu leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não
2. <b>Se não</b> , até que idade seu filho mamou no peito? <input type="checkbox"/> Nunca ____ meses <b>OU</b> ____ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: <b>aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos</b> ) <input type="checkbox"/> <1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> até 6 meses <input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo
4. <b>Ontem</b> , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) <input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras)
5. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> feijão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> assistindo televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura <b>antes de 6 meses de idade</b> , consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) <b>antes de 6 meses de idade</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) <b>no último mês</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. A criança tomou refrigerante <b>no último mês</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha <b>ontem</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 2 ANOS E MENOS DE 5 ANOS
1. <b>Ontem</b> , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) <input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras)
2. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos, ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> assistindo televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. <b>Ontem</b> , a criança <b>comeu</b> comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Com que frequência a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas com açúcar/rapadura/mel/melado? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7 x por semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x por semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
8. Com que frequência a criança toma refrigerantes? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7 x por semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x por semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
9. Com que frequência a criança come salgadinho de pacote (aqueles industrializados feitos para crianças)? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7 x por semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x por semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
10. Com que frequência a criança come biscoito ou bolacha recheados? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7 x por semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x por semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
11. Com que frequência a criança come frutas ou bebe suco de frutas frescas? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7 x por semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x por semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca
12. Com que frequência a criança come feijão? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7 x por semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x por semana) <input type="checkbox"/> Às vezes (2x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca

## ANEXO 8 ROTEIRO DE ATIVIDADES DO ACOLHIMENTO MÃE – BEBÊ

Nome da Unidade \_\_\_\_\_

### Dados gerais de identificação

Nome mãe: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_ Pront. \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_

Nome do(a) RN: \_\_\_\_\_ Pront. \_\_\_\_\_

Local do Parto \_\_\_\_\_ Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) fórcepe ( ) cesáreo

Data parto \_\_/\_\_/\_\_ Data alta \_\_/\_\_/\_\_ Data acolhimento \_\_/\_\_/\_\_

Registro de Nascimento ( ) Sim ( ) Não

### Avaliação do(a) RN

RNR (RN de Risco): ( ) Sim Código: \_\_\_\_\_ ( ) Não Queixas: \_\_\_\_\_

Ictericia? ( ) Sim ( ) Não Lesão de pele: ( ) Sim ( ) Não

Coto umbilical: ( ) secreção ( ) eritema ( ) sem alterações

Aleitamento materno: ( ) somente leite materno(LM) ( ) LM+ água, chá ou suco

( ) LM + outro leite ( ) Somente outro leite

Avaliação da mamada: mamilos, pega e posição – Alterações: ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_

Encaminhada para apoio ao AM? ( ) Sim ( ) Não Onde? \_\_\_\_\_

Vacinas aplicadas na maternidade: ( ) BCG ( ) Hepatite B

Pai tem contato com a criança? ( ) Sim ( ) Não

Quem ajuda você com o bebê? ( ) Pai ( ) Ninguém ( ) Outro: \_\_\_\_\_

### Avaliação da Mãe

Relação com o bebê: ( ) tranquila ( ) conflituosa

Relação com o parceiro: ( ) tranquila ( ) conflituosa

Queixa: \_\_\_\_\_

Boas condições gerais de saúde? ( ) Sim ( ) Não Por quê? \_\_\_\_\_

Cicatriz cirúrgica em boas condições? ( ) Sim ( ) Não - Febre? ( ) sim ( ) não

Sangramento normal? ( ) Sim ( ) Não - Evacuação e micção s/ alteração? ( ) Sim ( ) Não

Mamas com alteração? ( ) Sim ( ) Não - Qual? \_\_\_\_\_

Encaminhada para o planejamento familiar? ( ) Sim ( ) Não, por quê? \_\_\_\_\_

Fornecido método contraceptivo de espera? ( ) Sim ( ) Não

Desde que o bebê nasceu, você tem se sentido triste ou deprimida na maior parte do tempo? ( ) Sim ( ) Não

Desde que o bebê nasceu, você tem se sentido incapaz de sentir prazer nas atividades que antes eram prazerosas para você?  
( ) Sim ( ) Não

Caso a paciente seja Rh (-), foi administrado imunoglobulina anti-Rh no pós-parto imediato?

( ) Sim ( ) Não. Caso não, encaminhar com urgência para maternidade de origem.

### Ações de saúde realizadas no acolhimento

#### Para o bebê

( ) teste do pezinho ( ) BCG ( ) apoio aleitamento materno

Encaminhado para atendimento de urgência? ( ) Sim, por que? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Agendada consulta p/acompanhamento do crescimento/desenvolvimento \_\_/\_\_/\_\_

Outras? Quais? \_\_\_\_\_

#### Para a Mãe

( ) recepção ( ) informação ( ) vacina para rubéola ( ) dT

( ) retirada de pontos - data \_\_/\_\_/\_\_

Encaminhada para atendimento de urgência? ( ) Sim, por que? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Agendada consulta de puerpério para \_\_/\_\_/\_\_

Agendada na saúde bucal para \_\_/\_\_/\_\_

Se < 15anos: agendada consulta na Clínica de Adolescente? ( ) Sim \_\_/\_\_/\_\_ ( ) Não

Nome do Profissional \_\_\_\_\_ Categoria funcional \_\_\_\_\_

## ANEXO 9 QUADROS DE PROCEDIMENTO - AIDPI NEONATAL

## AVALIAR E DETERMINAR O RISCO DURANTE A GESTAÇÃO

PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR	CLASSIFICAR	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual a sua idade?</li> <li>Quando foi a última menstruação?</li> <li>Faz controle pré-natal? Quando começou o pré-natal? Quantas consultas?</li> <li>Quando foi seu último parto?</li> <li>Já realizou alguma cirurgia sobre o útero (cesárea, retirada de mioma, perfuração uterina etc)? Há quanto tempo?</li> <li>Quantas gestações já teve?</li> <li>Teve filhos com baixo peso e/ou prematuros?</li> <li>Teve filhos malformados?</li> <li>Teve abortos (gestação menor que 5 meses) e/ou morte de filhos antes de nascer ou na primeira semana de vida?</li> <li>Está tendo dor de parto?</li> <li>Sente os movimentos fetais?</li> <li>Tem tido febre?</li> <li>Tem alguma doença? Qual?</li> <li>Está tomando algum medicamento? Qual?</li> <li>Tem ou teve sangramento vaginal?</li> <li>Tem ou teve perda de líquido pela vagina? Qual a cor? Há quanto tempo?</li> <li>Tem corrimento?</li> <li>Tem dor de cabeça forte?</li> <li>Tem visão turva? Tem convulsões? Tem perda de consciência?</li> <li>Fuma, bebe ou consome drogas?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data provável do parto/idade gestacional</li> <li>Peso/Altura/IMC</li> <li>Pressão arterial</li> <li>Temperatura</li> <li>Altura uterina</li> <li>Batimento cardíaco fetal (BCF)</li> <li>Apresentação fetal</li> <li>Presença de contrações uterinas</li> <li>Gestação múltipla</li> <li>Se fez cesárea anterior</li> <li>Se tem palidez palmar intensa</li> <li>Se tem edema de face, mãos e/ou pernas</li> <li>Se tem ou teve sangramento vaginal</li> <li>Se tem corrimento vaginal</li> <li>Sinais de doença sistêmica e/ou infecções de transmissão sexual (ITS)</li> <li>Saúde bucal: dor, sangramento, inflamação, halitose, cárie, peças dentárias incompletas</li> <li>Se o calendário vacinal está completo e atualizado (Tetano, Coqueluche, Hepatite B e Influenza).</li> </ul>	CLASSIFICAR	<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trabalho de parto em curso &lt; 37 semanas</li> <li>Gestação &gt; 41 semanas</li> <li>Diminuição (menor que 6 em 1 hora) ou ausência de movimentos fetais</li> <li>Doença sistêmica grave</li> <li>Infecção urinária com febre</li> <li>Diabetes não controlada</li> <li>Sangramento vaginal</li> <li>Rotura prematura de membranas &gt; 12 horas</li> <li>Hipertensão não controlada e/ou presença de convulsões, visão turva, perda de consciência ou cefaleia intensa</li> <li>Alteração da frequência cardíaca fetal (&lt; 120 ou &gt; 160)</li> <li>Apresentação anormal com trabalho de parto</li> <li>Palidez palmar intensa e/ou Hb &lt; 7g/dL</li> <li>Edema de face, mãos e pernas</li> </ul>	<b>GESTAÇÃO COM RISCO IMINENTE</b>	<p>Estabilizar e referir URGENTEMENTE ao hospital segundo normas de referência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar em decúbito lateral esquerdo</li> <li>Prevenir hipotensão</li> <li>Tratar hipertensão arterial segundo protocolo do Ministério da Saúde</li> <li>Se trabalho de parto prematuro, inibir contrações e administrar corticóide (se TPP &lt; 35 semanas)</li> <li>Se rotura prematura de membranas &gt; 12 horas e/ou infecção urinária com febre administrar a primeira dose do antibiótico recomendado</li> <li>Administrar oxigênio, se necessário</li> </ul>	
			<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 15 ou &gt; 35 anos</li> <li>Primigesta ou grande multigesta (&gt; 5 gestações)</li> <li>Sem pré-natal</li> <li>Intervalo entre as gestações &lt; 2 anos</li> <li>Altura uterina sem correlação com a idade gestacional</li> <li>Cirurgia anterior sobre o útero &lt; 2 anos</li> <li>Antecedentes de prematuros, de baixo peso ao nascer ou malformados</li> <li>Antecedentes de abortos, morte fetal e /ou neonatal precoce</li> <li>Doença sistêmica controlada (diabetes, hipertensão etc)</li> <li>Infecção urinária sem febre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Palidez palmar moderada e/ou Hb entre 7 - 10 g/dL</li> <li>Corrimento vaginal</li> <li>Drogas teratogênicas</li> <li>Alcoolismo, tabagismo ou drogas</li> <li>Gainho inadequado de peso</li> <li>Apresentação anormal gestacional</li> <li>Gestação de mãe Rh negativo</li> <li>VDRL, HIV, HTLV, HPV, Hepatite B/C, Toxoplasmose (IgM), EGB e/ou CMV (IgM) positivos</li> <li>Gestação múltipla</li> <li>Problemas de saúde bucal</li> </ul>	<b>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b>	<p>Referir para consulta com especialista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestação múltipla referir antes de 30 semanas</li> <li>VDRL +, sem tratamento prévio adequado, tratar conforme protocolo do Ministério da Saúde. Investigar/Tratar o parceiro</li> <li>Toxoplasmose IgM + ou viragem sorológica durante a gravidez, conduzir conforme protocolo do Ministério da Saúde.</li> <li>Tratar e controlar infecção urinária</li> <li>Recomendar à mãe que continue com o tratamento instituído</li> <li>Administrar ferro, ácido fólico e polivitaminas</li> <li>Em zonas de alta prevalência de parasitose, administrar Albendazol (2º e 3º trimestres)</li> <li>Administrar vacinas (Tetano, Coqueluche, Hepatite B e Influenza) se necessário</li> <li>Orientação para ITS/SIDA</li> <li>EGB positivo orientar profilaxia periparto</li> <li>Orientar nutrição, saúde bucal, cuidados com a gestação, puerpério, aleitamento materno, vacinas e cuidados com o RN</li> <li>Ensinar sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>Organizar com a família referência antes do parto de acordo com os fatores de risco e capacidade resolutiva</li> <li>Marcar retorno</li> </ul>
			<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestação sem risco iminente ou alto risco</li> </ul>	<b>GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento até o final da gestação com o pré-natal</li> <li>Orientar nutrição, saúde bucal, cuidados com a gestação, puerpério, aleitamento materno, vacinas e cuidados com o RN</li> <li>Orientação para ITS/SIDA</li> <li>Recomendar à mãe que continue com o tratamento instituído</li> <li>Administrar ferro, ácido fólico e polivitaminas</li> <li>Em zonas de alta prevalência de parasitose, administrar Albendazol (2º e 3º trimestres)</li> <li>Administrar vacinas (Tetano, Coqueluche, Hepatite B e Influenza) se necessário</li> <li>Ensinar sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>Organizar com a família a referência antes do parto</li> <li>Marcar retorno</li> </ul>	

**SE EXISTIR POSSIBILIDADE DETERMINE:**

1º consulta ou 1º trimestre: hemograma, tipagem sanguínea, fator RH, prova de Coombs indireto (se mãe RH negativo), glicemia em jejum, VDRL ou teste rápido para sífilis, teste rápido diagnóstico anti HIV, toxoplasmose (IgM e IgG), AgHBs, citomegalovírus (IgG e IgM), exame de urina, urocultura, ultrassom obstétrico, citopatológico de colo de útero SN e parasitológico de fezes.

2º trimestre: prova de Coombs indireto (se mãe RH negativo), glicemia, VDRL, exame de urina, ultrassom obstétrico, HTLV, CMV e Hepatite C.

3º trimestre: Hemograma, prova de Coombs indireto (se mãe RH negativo), glicemia em jejum, VDRL, anti HIV, toxoplasmose (se IgG não foi reagente), AgHBs, citomegalovírus (se IgG não foi reagente), exame de urina, urocultura, cultura vaginal e anorretal para estreptococo do grupo B (EGB) entre 35 e 37 semanas. Ultrassonografia Obstétrica.

**SE NÃO FOR POSSÍVEL REFIRA PARA EXAMES**

**PERGUNTE A TODAS AS MÃES SE POSSUEM O CARTÃO DA GESTANTE E ANOTE SUA CONDUTA NO MESMO**

## AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DE 0 A 2 MESES DE IDADE

### DETERMINAR PRESENÇA DE DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA

Determinar se é a primeira consulta por este problema ou se é uma consulta para uma reavaliação do caso

- Se for uma consulta de reavaliação seguir as instruções para "Seguimento e Reavaliação"
- Se é primeira consulta, examinar a criança do seguinte modo:

PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como está seu bebê?</li> <li>• Pode mamar no peito ou tomar leite?</li> <li>• Tem tido vômitos?</li> <li>• Tem dificuldade para respirar?</li> <li>• Tem tido febre ou hipotermia?</li> <li>• Tem tido convulsões ou movimentos anormais?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia, inconsciência, flacidez, irritabilidade ou "não vai bem"</li> <li>• Vômitos</li> <li>• Tiragem subcostal grave</li> <li>• Apneia</li> <li>• Batimentos de asas do nariz</li> <li>• Gemido, estridor ou sibilância</li> <li>• Cianose, palidez ou icterícia</li> <li>• Pústulas ou vesículas na pele</li> <li>• Equimoses, petéquias ou hemorragia</li> <li>• Secreção purulenta no umbigo, olhos ou ouvidos</li> <li>• Distensão abdominal</li> <li>• Convulsões ou movimentos anormais</li> <li>• Placas brancas na boca</li> <li>• Enchimento capilar lento (&gt; 2 seg.)</li> <li>• Outros problemas (ex: anomalias congênicas)</li> <li>• Peso</li> <li>• Frequência respiratória</li> <li>• Temperatura axilar</li> </ul>

CLASSIFICAR

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Não vai bem", irritada</li> <li>• Não consegue mamar ou beber nada</li> <li>• Vomita tudo</li> <li>• Temperatura axilar &lt; 36° ou ≥ 37,5°C</li> <li>• Convulsões/ movimentos anormais</li> <li>• Letargia/inconsciência ou flacidez</li> <li>• Tiragem subcostal grave</li> <li>• Apneia</li> <li>• Batimentos de asas do nariz</li> <li>• Gemido, estridor ou sibilância</li> <li>• Cianose central</li> <li>• Palidez palmar intensa</li> <li>• Icterícia abaixo do umbigo e/ou de aparecimento antes de 24 horas de vida</li> <li>• Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias</li> <li>• Secreção purulenta no ouvido ou nos olhos (abundante e com edema palpebral) ou no umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor)</li> <li>• Distensão abdominal</li> <li>• Frequência respiratória ≥ 60 ou &lt; 30rpm</li> <li>• Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas)</li> <li>• Enchimento capilar lento (&gt; 2seg)</li> <li>• Anomalias congênicas maiores</li> </ul>	<p><b>DOENÇA GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital segundo as normas de estabilização e transporte</li> <li>• Dar a primeira dose via parenteral dos antibióticos recomendados, exceto em anomalias congênicas sem exposição de vísceras e icterícia</li> <li>• Administrar oxigênio se houver cianose central</li> <li>• Prevenir, controlar e, se necessário, tratar a hipoglicemia</li> <li>• Dar acetaminofen para febre &gt; 38°C</li> <li>• Tratar convulsões</li> <li>• Prevenir a hipotermia (manter a criança aquecida)</li> <li>• Recomendar à mãe que continue a amamentação, se possível</li> </ul>
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção purulenta nos olhos</li> <li>• Umbigo com secreção purulenta e/ou eritema sem estender-se para a pele ao redor</li> <li>• Pústulas na pele (poucas ou localizadas)</li> <li>• Placas brancas na boca</li> </ul>	<p><b>INFECÇÃO LOCALIZADA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar antibiótico recomendado por 7 dias ou Nistatina segundo o sinal observado. Se monilíase oral tratar o mamilo da mãe</li> <li>• Aplicar tratamento local (antibiótico tópico)</li> <li>• Ensinar à mãe a tratar as infecções localizadas em casa</li> <li>• Ensinar à mãe medidas preventivas e sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>• Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo</li> <li>• Fazer o seguimento em 2 dias</li> </ul>
<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhum dos sinais anteriores</li> </ul>	<p><b>SEM DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo</li> <li>• Nenhum tratamento adicional</li> <li>• Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>• Orientar a mãe quanto ao retorno para nova consulta</li> </ul>

Lavar as mãos antes e depois de examinar a criança

## EM SEGUIDA, PERGUNTAR SE A CRIANÇA TEM DIARREIA

SE A RESPOSTA É POSITIVA, PERGUNTAR:	OBSERVAR E DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Há quanto tempo?</li> <li>Tem sangue nas fezes?</li> <li>A criança está sugando bem?</li> </ul>	<b>Sinais de desidratação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Letárgico ou inconsciente</li> <li>Inquieto ou irritado</li> <li>Olhos fundos</li> <li>Sinal de prega cutânea</li> <li>Sucção débil ou não consegue mamar</li> </ul>

C  
L  
A  
S  
S  
I  
F  
I  
C  
A  
R

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<b>Dois dos seguintes sinais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Letárgico ou inconsciente</li> <li>Inquieto ou irritado</li> <li>Tem olhos fundos</li> <li>Sinal de prega cutânea</li> <li>Sucção débil ou não consegue mamar</li> </ul>	<b>DESIDRATAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir, <b>URGENTEMENTE</b>, ao hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde oferecendo soro oral frequentemente durante o caminho</li> <li>Dar líquidos para desidratação: <b>PLANO C*</b></li> <li>Aconselhar a mãe que continue dando o peito</li> </ul>
<b>Se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação</li> </ul>	<b>SEM DESIDRATAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar líquidos para prevenir a desidratação em casa: <b>PLANO A</b></li> <li>Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>Retornar em 2 dias</li> </ul>
<b>Se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tem diarreia há 7 dias ou mais</li> </ul>	<b>DIARREIA PROLONGADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir, <b>URGENTEMENTE</b>, ao hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde oferecendo soro oral frequentemente durante o caminho</li> <li>Aconselhar a mãe que continue dando o peito, se possível</li> </ul>
<b>Se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tem sangue nas fezes</li> </ul>	<b>DIARREIA COM SANGUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir, <b>URGENTEMENTE</b>, ao hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde oferecendo soro oral frequentemente durante o caminho</li> <li>Aconselhar a mãe que continue dando o peito se a criança aceitar</li> <li>Administrar uma dose de 1 mg de vitamina K por via intramuscular</li> <li>Administrar a primeira dose dos antibióticos recomendados via parenteral</li> </ul>

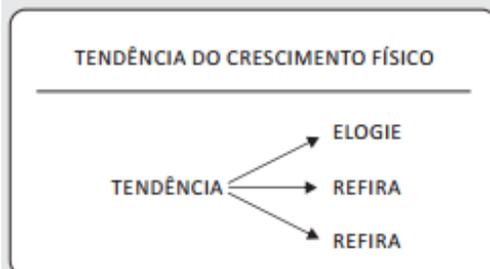
Lavar as mãos antes e depois de examinar a criança

\* Antes de referir, quando há condições de aplicar o PLANO C e não tem outra classificação grave.

## DEPOIS AVALIAR PROBLEMA DE NUTRIÇÃO OU ALIMENTAÇÃO

PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deixou de comer? Desde quando?</li> <li>Mama no peito? Quantas vezes por dia?</li> <li>Recebe outros alimentos? Quais e com que frequência?</li> <li>Toma outro tipo de leite? Qual? Como é preparado esse leite?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O peso para a idade usando as curvas de crescimento propostas pelo Ministério da Saúde.</li> <li>A pega e a posição na amamentação.</li> <li>Dificuldade para alimentar-se.</li> </ul>

CLASSIFICAR



AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de peso &gt; 10% na primeira semana de vida</li> </ul>	<p><b>PROBLEMA GRAVE DE NUTRIÇÃO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital segundo as normas de estabilização e transporte</li> <li>Prevenir hipoglicemia</li> <li>Prevenir hipotermia</li> </ul>
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tendência de crescimento horizontal ou em declínio ou baixo ganho ponderal (&lt; 600g/mês)</li> <li>Peso/idade abaixo de - 2 escores Z (ou P3)</li> <li>Pega incorreta</li> <li>Não mama bem</li> <li>Não mama sob livre demanda</li> <li>Recebe outros alimentos ou líquidos</li> <li>Recebe outro leite</li> </ul>	<p><b>PROBLEMA DE NUTRIÇÃO OU DE ALIMENTAÇÃO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se peso/idade na curva de peso está abaixo de -2 escores Z ou tendência horizontal, ou em declínio, ou baixo ganho ponderal (&lt; 600g/mês), referir para consulta com pediatra</li> <li>Aconselhar a mãe que dê o peito sempre que a criança quiser e pelo tempo que quiser, de dia e de noite, ao menos 8 vezes ao dia</li> <li>Se a criança tem pega incorreta ou não mama bem, orientar a mãe quanto a pega e posição corretas</li> <li>Se recebe outros alimentos ou líquidos, aconselhar a mãe que lhe dê o peito mais vezes, e vá reduzindo os outros alimentos e líquidos até eliminá-los completamente, e que não use mamadeira</li> <li>Se a criança não se alimenta ao peito, encaminhar para orientação sobre aleitamento materno e possível relactação</li> <li>Iniciar suplemento vitamínico, se recomendado</li> <li>Caso necessário, orientar a mãe sobre o preparo correto dos outros leites e a usar o copinho</li> <li>Fazer o seguimento para qualquer problema de alimentação 2 dias depois</li> <li>Fazer o seguimento de peso no 7º dia</li> <li>Se a mãe apresentar algum problema nas mamas, orientar o tratamento</li> <li>Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>Elogiar a mãe pelo que está fazendo de correto</li> </ul>
<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso/idade normal e não há nenhum problema de alimentação</li> <li>Tendência ascendente da curva de crescimento</li> </ul>	<p><b>NÃO TEM PROBLEMA DE NUTRIÇÃO OU DE ALIMENTAÇÃO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a mãe por estar alimentando bem seu filho (a)</li> <li>Fazer o seguimento segundo normas estabelecidas para vigilância do crescimento e do desenvolvimento</li> <li>Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> </ul>

No RN prematuro, utilizar a curva de crescimento pós-natal

## VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES DE IDADE (sempre que não houver uma classificação grave que necessite referir ao hospital)

PERGUNTAR	OBSERVAR		AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizou pré-natal?</li> <li>Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho?</li> <li>Nasceu prematuro?</li> <li>Quanto pesou ao nascer?</li> <li>Seu filho teve icterícia ou alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões?</li> <li>A senhora e o pai da criança são parentes?</li> <li>Existe algum caso de deficiência na família?</li> <li>O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho?</li> </ul> <p><b>FAZER PERGUNTAS ADICIONAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo etc.?</li> </ul> <p><b>LEMBRE-SE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação dessa criança</li> </ul>	<p><b>MARCOS NO MENOR DE 1 MÊS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Postura (barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada)</li> <li>Observa um rosto</li> <li>Reage ao som</li> <li>Eleva a cabeça</li> </ul> <p><b>MARCOS DE 1 MÊS A &lt; 2 MESES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Emitir sons</li> <li>Movimenta ativamente os membros</li> <li>Abre as mãos</li> <li>Sorriso social</li> </ul> <p><b>ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perímetro cefálico acima de + 2 escores Z ou abaixo de - 2 escores Z</li> <li>Presença de alterações fenotípicas:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Fenda palpebral oblíqua</li> <li>Olhos afastados</li> <li>Implantação baixa de orelhas</li> <li>Lábio leporino</li> <li>Fenda palatina</li> <li>Pescoço curto e/ou largo</li> <li>Prega palmar única</li> <li>5º dedo da mão curto e recurvado</li> </ul> </li> </ol>	<b>C L A S S I F I C A R</b>	<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PC acima de +2 escores Z ou abaixo de - 2 escores Z</li> </ul> <p><b>e/ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas</li> </ul> <p><b>e/ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de um ou mais marcos, para a faixa etária anterior, nas crianças de 1 mês à &lt; 2 meses. Nas crianças menores de 1 mês, ausência de 1 ou mais marcos para a sua faixa etária.</li> </ul>	<p><b>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto</li> <li>Referir para avaliação neuropsicomotora</li> </ul>
			<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de um ou mais marcos, para a sua faixa etária, nas crianças de 1 mês à &lt; 2 meses</li> </ul> <p>.....</p> <p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presença de todos os marcos para a sua faixa etária, mas existe um ou mais fatores de risco</li> </ul>	<p><b>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO</b></p> <p>.....</p> <p><b>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto</li> <li>Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho</li> <li>Marcar consulta de retorno em 30 dias</li> </ul>
			<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presença de todos os marcos para a sua faixa etária e ausência de fatores de risco</li> </ul>	<p><b>DESENVOLVIMENTO NORMAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto</li> <li>Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho</li> <li>Retornar para acompanhamento conforme a rotina do seu serviço de saúde</li> </ul>

No RN prematuro, o desenvolvimento deve ser avaliado, com base na idade gestacional corrigida

## ANEXO 10 RELAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Item	Especificação	Apresentação
1	Aciclovir 200 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
2	Ácido Acetilsalicílico 100 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
3	Ácido Acetilsalicílico 500 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
4	Ácido Fólico 5 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
5	Ácido Valproico 50 mg/ml xarope, frasco com 100 ml acompanhado de copo medida ou equivalente - Portaria 344/98 - Lista C1	Frasco
6	Ácido Valproico 500 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
7	Albendazol 40 mg/ml suspensão oral - frasco com 10 ml	Frasco
8	Albendazol 400 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
9	Alendronato 70 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
10	Alopurinol 300 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
11	Amiodarona (cloridrato) 200 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
12	Amitriptilina 25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
13	Amoxicilina 250 mg/ 5ml ou 50 mg/ml - pó para suspensão oral - frasco com 150 ml acompanhado de copo medida ou equivalente	Frasco
14	Amoxicilina 500 mg associada a clavulonato de potássio 125 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
15	Amoxicilina 500 mg embalagem primária: cápsula ou comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Cápsula ou comprimido
16	Amoxicilina associada a clavulanato 50 mg + 12,5 mg/ml suspensão oral - frasco com 75 ml acompanhado de copo medida ou equivalente	Frasco <sup>113</sup>
17	Anlodipino (besilato) 5 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
18	Atenolol 50 mg- embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
19	Azitromicina 40 mg/ml - pó para suspensão oral - frasco com 15 ml, acompanhado de copo medida ou equivalente	Frasco
20	Azitromicina 500 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
21	Beclometasona (dipropionato) 250 mcg/ dose, spray oral, frasco dosador com bocal aerogador com 200 doses	Frasco
22	Beclometasona (dipropionato) 50 mcg/dose, spray nasal - frasco dosador com aerogador nasal com 200 doses	Frasco
23	Benzilpenicilinabenzatina 1.200.000 UI, pó para suspensão injetável, acompanhado de diluente	Frasco-ampola
24	Benzilpenicilinabenzatina 600.000UI injetável - frasco ampola	Frasco ampola
25	Benzilpenicilina potássica associada à penicilina procaína 100.000 + 300.000 UI, pó para suspensão injetável, acompanhado de diluente	Frasco-ampola
26	Benzilpenicilina potássica associada à penicilina procaína 100.000 + 300.000 UI, pó para suspensão injetável, acompanhado de diluente	Frasco-ampola
27	Benzoilmetronidazol 40 mg/ml suspensão oral - frasco acompanhado com copo medida, seringa dosadora ou equivalente	Frasco com no mínimo 80 ml
28	Biperideno (cloridrato) 2 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
29	Biperideno 4 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido

Item	Especificação	Apresentação
30	Bupropiona (cloridrato) 150 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
31	Captopril 25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
32	Carbamazepina 20 mg/ml- suspensão oral - frasco com 100 ml - acompanhado de copo medida ou equivalente - Medicamento Portaria 344/98	Frasco
33	Carbamazepina 200 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98	Comprimido
34	Carbonato de cálcio 1250 mg (equivalente a 500 mg de Ca ++)- embalagem primária:comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
35	Carbonato de cálcio 600mg +colecalfiferol 400 UI- embalagem individualizada em envelopes ou blisters .	Comprimido
36	Carbonato de lítio 300mg- embalagem individualizada em envelopes ou blisters .	Comprimido
37	Carvedilol 25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
38	Carvedilol 6,25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
39	Cefalexina 50 mg/ml - pó para suspensão oral - frasco com 60 ml acompanhado de copo medida ou equivalente	Frasco
40	Cefalexina 500 mg - embalagem primária: comprimidos/ drágeas individualizados em envelopes/ blisters	Cápsula ou drágea
41	Ciprofloxacino 500 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
42	Claritromicina 250 mg comprimido - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
43	Clomipramina (cloridrato) 25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
44	Cloreto de sódio 0,9% ( 9 mg/ml) solução fisiológica nasal - frasco gotas com no mínimo 30 ml	Frasco
45	Cloreto de sódio 0,9% solução injetável 500 ml (equivalente a 0,154 mEq/ml) -sistema fechado - frasco plástico transparente com escala graduada, com escoamento total da solução, contendo dois sítios, sendo um autovedável para adição de soluções ao interior do frasco e outro protegido por membrana e lacre de esterilidade. Embalagem contendo dados de identificação, procedência, número de lote, data de fabricação e validade	Bolsa
46	Clorpromazina 100 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
47	Clorpromazina 25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
48	Clorpromazina 40 mg/ml solução oral - frasco gotas com 20 ml - Lista C1	Frasco
49	Clorpromazina 5 mg/ml solução injetável- ampola com 5 ml - Lista C1	Ampola
50	Dexametasona 0,1 mg/ml elixir- frasco com no mínimo 100 ml, acompanhado de copo medida ou equivalente	Frasco
51	Dexametasona 0,1% creme - bisnaga com 10 g	Bisnaga
52	Dexametasona 4 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
53	Diazepam 5 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista B1	Comprimido
54	Diazepam 5 mg/ml solução injetável - ampola com 2 ml - Lista B1	Ampola
55	Digoxina 0,05 mg/ml elixir - frasco com 60 ml	Frasco
56	Digoxina 0,25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
57	Dipirona 500 mg comprimido - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
58	Dipirona 500 mg/ml solução oral -frasco com 20 ml	Gotas
59	Dipirona 500mg /ml solução injetável -ampola c/ 2ml.	Ampola
60	Doxiciclina 100 mg - embalagem primária: comprimidos/ drágeas individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido ou Drágea

Item	Especificação	Apresentação
61	Enalapril (maleato) 05 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
62	Enalapril (maleato) 20 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
63	Eritromicina (estearato) 50 mg/ml suspensão - frasco com 60 ml acompanhado de copo medida ou equivalente	Frasco
64	Eritromicina (estolato) 500 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/	Comprimido
65	Espiramicina 500 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
66	Espironolactona 100 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters	Comprimido
67	Espironolactona 25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
68	Estriol 1 mg/g, creme vaginal - bisnaga 50 g	Bisnaga
69	Fenitoina 100 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
70	Fenitoina 25 mg/ml solução oral - Lista C1	Frasco
71	Fenobarbital 100 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista B1	Comprimido
72	Fenobarbital 40 mg/ml solução oral - frasco com 20 ml - Lista B1	Frasco
73	Fenofibrato 200 mg - cápsula gelatinosa dura - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
74	Fluconazol 150 mg - embalagem primária: cápsulas individualizadas em envelopes/ blisters	Cápsulas
75	Fluoxetina 20 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido ou cápsula
76	Furosemida 40 mg- embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Comprimido
77	Glibenclamida 5 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
78	Gliclazida 30 mg comprimido de liberação controlada - embalagem primaria individualizados em envelopes /blisters de alumínio /plástico.	Comprimido de liberação controlada
79	Haloperidol 1mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
80	Haloperidol 2 mg/ml solução oral frasco com 10 ml - Lista C1	Frasco
81	Haloperidol 5 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98 - Lista C1	Comprimido
82	Haloperidol 5 mg/ml solução injetável - ampola com 1 ml - Lista C1	Ampola
83	Haloperidoldecanoato 50 mg/ml - solução injetável ampola 1 ml (Medicamento da Portaria 344/98)	Ampola
84	Hidroclorotiazida 25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Comprimido
85	Ibuprofeno 20 mg/ml suspensão oral -frasco com 50 ml	Frasco
86	Ibuprofeno 200 mg comprimido - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
87	Ibuprofeno 300 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
88	Ibuprofeno 600 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Comprimido
89	Ipratrópio brometo 0,25 mg/ml solução para inalação - frasco com 20 ml	Frasco
90	Isossorbida (mononitrato) 40 mg comprimido ou cápsula - embalagem primária: comprimidos /cápsulas individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
91	Itraconazol 100 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido

Item	Especificação	Apresentação
92	Levodopa + benserazida 100 + 25 mg cápsula - embalagem individualizada em envelopes ou blisters. Medicamento da Portaria 344/1998	Cápsula
93	Levodopa + benserazida 100 + 25 mg comprimido dispersível - embalagem individualizada em envelopes ou blisters. Medicamento da Portaria 344/1998	Comprimido dispersível
94	Levodopa + benserazida 200 + 50 mg comprimido - embalagem individualizada em envelopes ou blisters. Medicamento da Portaria 344/1998	Comprimido
95	Levodopa + carbidopa 200 + 50 mg comprimido - embalagem individualizada em envelopes ou blisters. Medicamento da Portaria 344/1998	Comprimido
96	Levodopa + carbidopa 250 mg + 25 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
97	Levotiroxina 100 mcg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
98	Levotiroxina 25 mcg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
99	Lidocaína (cloridrato) 2% geléia - bisnaga com 30 g	Bisnaga
100	Loratadina 1 mg/ml xarope - frasco com 100 ml	Frasco
101	Loratadina 10 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Comprimido
102	Losartana 50 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Comprimido
103	Medroxiprogesterona 10 mg comprimido - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
104	Medroxiprogesterona 2,5 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
105	Metformina 500 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Comprimido
106	Metildopa 250 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Comprimido
107	Metoclopramida 10 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters .	Comprimido
108	Metoclopramida 4 mg/ml solução oral - embalagem primária: frasco de vidro âmbar ou plástico opaco gotejador com no mínimo 10 ml	Frasco com 10ml
109	Metoclopramida 5 mg/ml solução injetável - ampola com 1ml	Ampola com 2ml
110	Metronidazol 40 mg /ml suspensão oral - frasco com 80 ml	Frasco
111	Metronidazol 100 mg/g - geleia vaginal - acompanhado de aplicador vaginal	Bisnaga
112	Metronidazol 250 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
113	Metronidazol 400 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Comprimido
114	Miconazol (nitrato) 2% ou 20 mg/g - creme dermatológico- bisnaga com no mínimo 20 g .	Bisnaga
115	Miconazol (nitrato) 2% ou 20 mg/g - creme vaginal	Bisnaga com no mínimo 20 g
116	Nistatina 100.000 UI/ ml suspensão oral - frasco com 50 ml	Frasco com 50 ml
117	Nitrofurantoína 100 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes /blisters de alumínio/ plástico	Cápsula
118	Nortriptilina (cloridrato) 25 mg - embalagem primária: cápsulas individualizadas em envelopes/ blisters - Medicamento Portaria 344/98	Cápsula
119	Óleo mineral, frasco com 100 ml	Frasco
120	Omeprazol 20 mg cápsula - embalagem primária: cápsulas individualizadas em envelopes/ blisters	Cápsula
121	Paracetamol 200 mg/ml - solução oral - frasco gotas com 15 ml	Frasco
122	Paracetamol 500 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
123	Permetrina 1% ou 10 mg/ml loção - frasco com 60 ml	Frasco

Item	Especificação	Apresentação
124	Permetrina 5% 5 mg /ml loção-frasco com 60 ml	Frasco
125	Pirimetamina 500mg- embalagem individualizada em envelopes ou blisters .	Comprimido
126	Prednisolona 3 mg/ml solução oral – frasco com 60 ml, acompanhado de copo medida ou equivalente	Frasco
127	Prednisona 20 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
128	Prednisona 5 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
129	Prometazina 25 mg comprimido - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
130	Prometazina 25 mg/ml solução injetável – ampola com 2 ml	Ampola
131	Propiltiouracil 100 mg comprimido - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
132	Propranolol 40 mg comprimido - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
133	Ranitidina 150 mg comprimido - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
134	Risperidona 1 mg /ml suspensão oral –frasco com 30 ml	Frasco
135	Risperidona 1 mg –embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
136	Risperidona 3 mg – embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
137	Sais para reidratação oral – pó para solução oral. Composição por litro após preparo: cloreto de sódio 2,6 g (75 mmol de sódio), glicose anidra 13,5 g (75 mmol de glicose), cloreto de potássio 1,5 g (20 mmol de potássio e 65 mmol de cloreto), citrato de sódio diidratado 2,9 g (10 mol de citrato). Envelope com 27,9g.	Envelope
138	Salbutamol (sulfato) 6 mg/ml solução para nebulização – frasco com 10 ml	Frasco
139	Salbutamol sulfato aerosol 100 mcg /dose-frasco com 200 doses	Frasco
140	Sinvastatina 10 mg comprimido - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
141	Sinvastatina 20 mg comprimido - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
142	Sinvastatina 40 mg comprimido - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
143	Succinato de hidrocortisona 500 mg pó para suspensão injetável- ampola 2 ml	Frasco ampola
144	Sulfadiazina de prata 1% ou 10 mg/g creme dermatológico – bisnaga com 50 g	Bisnaga
145	Sulfadiazina de prata 500 mg – embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
146	Sulfametoxazol + trimetoprima 400 + 80 mg comprimido - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
147	Sulfametoxazol +trimetoprima 40mg + 8mg/ml suspensão oral frasco com 50 ml acompanhado com medida dosadora	Frasco
148	Sulfato ferroso 25 mg/ml solução oral – frasco gotas com 30 ml	Frasco
149	Sulfato ferroso 40 mg - embalagem individualizada em envelopes ou blisters	Comprimido
150	Tiamina 300 mg - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido
151	Timolol (maleato) 0,5% - solução oftálmica – frasco gotas com 5 ml	Frasco
152	Varfarina 5 mg comprimido - embalagem primária: comprimidos individualizados em envelopes/ blisters	Comprimido

## ANEXO 12 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA - 2014

Idade	Vacina	Dose	Doenças evitadas	Via	Dose
Ao nascer	BCG-ID (1)	Dose única	Formas graves da Tuberculose	ID	0,1
	Contra Hepatite B (2)		Hepatite B	IM	0,5
2 meses	Pentavalente (DTP + Hib + Hep.B) (3)	1ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b e Hepatite B	IM	0,5
	VIP (Vacina Inativada contra a Poliomielite) (4)	1ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil	IM	0,5
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (5)	1ª dose	Diarreia por Rotavírus	Oral	U
	Pneumocócica 10 valente (6)	1ª dose	Invasivas (pneumonias bacterêmicas, meningite, sepse e artrite) e não invasivas (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia)	IM	0,5
3 meses	Meningocócica (quadrivalente) (7)	1ª dose	Doenças provocadas pela bactéria Neisseria Meningitidis do sorogrupo C, esta bactéria pode ser a causa de infecções graves, as vezes, ate fatais, como a meningite e a sepse.	IM	0,5
4 meses	Pentavalente (DTP + Hib + Hep.B)	2ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b e Hepatite B	IM	0,5
	VIP (Vacina Inativada contra a Poliomielite)	2ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil	IM	0,5
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	2ª dose	Diarreia por Rotavírus	Oral	U
	Pneumocócica 10 valente	2ª dose	Invasivas (pneumonias bacterêmicas, meningite, sepse e artrite) e não invasivas (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia)	IM	0,5
5 meses	Meningocócica (quadrivalente)	2ª dose	Doenças provocadas pela bactéria Neisseria Meningitidis do sorogrupo C, esta bactéria pode ser a causa de infecções graves, as vezes, ate fatais, como a meningite e a sepse.	IM	0,5
6 meses	Pentavalente (DTP + Hib + Hep.B)	3ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b e Hepatite B	IM	0,5
	VOP (Vacina Oral contra a Poliomielite) (8)	3ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil	Oral	2gts
	Pneumocócica 10 valente	3ª dose	Invasivas (pneumonias bacterêmicas, meningite, sepse e artrite) e não invasivas (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia)	IM	0,5
9 meses	Contra Febre Amarela (9)	Dose inicial	Febre Amarela	SC	0,5
12 meses	SCR (Tríplice Viral) (10)	DU	Sarampo, Caxumba e Rubéola	SC	0,5
	Pneumocócica 10 valente	Reforço	Invasivas (pneumonias bacterêmicas, meningite, sepse e artrite) e não invasivas (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia)	IM	0,5
	Contra Hepatite A (12)	DU	Hepatite A	IM	0,5
15 meses	DTP (Tríplice Bacteriana)	1º reforço	Difteria, Tétano, Coqueluche	IM	0,5
	VOP (Vacina Oral contra a Poliomielite)	Reforço	Poliomielite ou Paralisia Infantil	Oral	2gts
	Meningocócica (quadrivalente)		Doenças provocadas pela bactéria Neisseria Meningitidis do sorogrupo C, esta bactéria pode ser a causa de infecções graves, as vezes, ate fatais, como a meningite e a sepse.	IM	0,5
	SCRv (Tetraviral) (11)		DU	Sarampo, Caxumba e Rubéola	SC
4 Anos	DTP (Tríplice Bacteriana)	2º reforço	Difteria, Tétano, Coqueluche	IM	0,5
	VOP (Vacina Oral contra a Poliomielite)		Poliomielite ou Paralisia Infantil	Oral	2gts
10 anos	Contra Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela	SC	0,5

## ANEXO 13 FICHA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO SAÚDE DA CRIANÇA

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Equipe: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

Bolsa Família: ( ) Sim ( ) Não

### Baixo Risco

- Pré-natal sem intercorrências;
- Aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade;
- Peso ao nascer  $\geq 2,5$  kg;
- Apgar  $\geq 8$ , no 5º min.;
- Sem reconhecimento de patologia específica;
- Bom suporte familiar;
- Mãe com mais de oito anos de estudo;
- Vacina em dia;
- RN com triagem neonatal realizada

### Médio Risco

- Prematuro limítrofe (37 semanas);
- Mãe soropositiva para HIV, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, com criança negativa para estas patologias;
- Filho de mãe deficiente mental, doença mental ou transtornos psiquiátricos leves;
- Morte materna;
- Filho de mãe com menos de 20 anos e mais de três partos;
- História de óbitos de menores de 5 anos no núcleo familiar da criança;
- Criança manifestamente indesejada;
- Criança menor de 6 meses de idade que não se encontra em aleitamento materno exclusivo;
- Mãe com escolaridade de 3 a 7 anos e 11 meses de estudo;
- Filho de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos e ou solteira;
- Filho de mãe sem suporte familiar;
- Crianças que vivem em situação de risco e vulnerabilidade;
- Chefe de família sem fonte de renda;
- Filhos de mãe de etnia indígena;
- Vacina atrasada;
- RN sem triagem neonatal.

### Alto Risco

- Prematuridade (abaixo de 37 s);
- Má formação congênita;
- Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar - ASFIXIA GRAVE: Apgar <7 no 5º min. de vida, crianças com prescrição de antibióticos, icterícia (com fototerapia), dentre outros;
- Filho de mãe soropositiva para HIV, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído;
- RN com triagem neonatal positiva;
- RN com deficiência estabelecida desde o nascimento; doenças genéticas ou neurológicas, malformações múltiplas;
- Filho de mãe com doença exantemática febril na gestação.
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Desnutrição e obesidade grave;
- Criança portadora de alergias alimentares;
- Criança retida nas maternidades após a alta da mãe;
- Criança egressa de unidades de cuidados intermediários;
- RN com triagem neonatal positiva;
- Mãe com transtornos psiquiátricos (moderado a severo); Ex: esquizofrenia, psicose, depressão;
- Mãe portadora de deficiência ou com restrição que impossibilite o cuidado da criança;
- Criança menores de seis meses que não se encontra em aleitamento materno exclusivo;
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas;
- Filho de mãe analfabeta.