

PROTOCOLO
VITÓRIA DA VIDA
2009



Prefeitura Municipal
de Vitória

ATENÇÃO
À SAÚDE
DA CRIANÇA

0 A 10 ANOS

PROTOCOLO
VITÓRIA DA VIDA

ATENÇÃO
À SAÚDE
DA CRIANÇA

0 A 10 ANOS

2009



Prefeitura Municipal
de Vitória

© 2009 PMV/SEMUS

É permitida sua reprodução parcial ou total desde que citada a fonte. Também é permitida a adaptação do material para uso em outros estados do país, quando autorizada previamente pela chefia da Área Técnica Saúde da Criança.

Tiragem: 1000 exemplares

Projeto Gráfico e diagramação:

Link Editoração 27 3337.7249

Produção, distribuição e informações:

Prefeitura Municipal de Vitória

Secretaria Municipal de Saúde

Gerência de Atenção à Saúde – Área Técnica Saúde da Criança

Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 1185 – Forte São João

– CEP 29017-010 – Vitória-ES

Telefone/Fax: 27 3132.5054

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

FICHA CATALOGRÁFICA

Protocolo Vitória da Vida – Atenção à Saúde da Criança; 2009 / Área Técnica Saúde da Criança.

Prefeitura de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, GAS. Vitória: SEMUS, 2009. (232 p.)

Bibliografia: p. 221 – 227

1 - Assistência à Criança; 2 - Problemas de Saúde mais Frequentes; 3 – Violência; 4 - Intoxicações Agudas na Criança; 5 - Fitoterapia para crianças de 0 a 10 anos; 6 - Organização do Processo de Trabalho; 7 - Prevenção e Estudo da Mortalidade Infantil; 8 - Anexos.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

PREFEITO | **João Carlos Coser**

Secretaria Municipal da Saúde

SECRETÁRIO | **Luiz Carlos Reblin**

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE | **Sonia Maria da Silva Balestreiro**

CHEFE DE ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA CRIANÇA | **Renilsa Silveira Amorim Souza**

COORDENAÇÃO DO PROTOCOLO SAÚDE DA CRIANÇA | **Ana Maria Vasconcelos Guio**

Vitória, 2009

AGRADECIMENTO

Agradecemos a todos os servidores da Secretaria Municipal da Saúde que participaram da concepção deste Protocolo, trabalhando intensivamente para sua concretização. Em especial à equipe técnica e colaboradores, que contribuíram de forma incansável em todas as fases da construção.

Às sociedades científicas, universidades e profissionais de saúde, bem como ao Conselho Municipal de Saúde, parceiros que permitiram esta realização, nosso reconhecimento.

Às crianças que na sua fragilidade, pureza e naturalidade nos estimulam a promover uma atenção humanizada e de qualidade para o seu cuidado.

Equipe Área Técnica Saúde da Criança



APRESENTAÇÃO

“Mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum” (Toro, 1995).

A mobilização ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade, uma sociedade decide e age com um objetivo comum, buscando, cotidianamente, os resultados desejados por todos.

Pressupõe uma convicção coletiva de relevância, orientada para a construção de um projeto futuro, pois requer dedicação contínua e deve produzir resultados no dia a dia.

Vitória da Vida é a explicitação do propósito da mobilização pela redução da mortalidade infantil com o estabelecimento de metas para a melhoria da qualidade de vida da população infantil de Vitória.

Apesar dos avanços no Sistema Único de Saúde, existem desafios que devem ser enfrentados, pois impactam na mortalidade infantil. Para este enfrentamento destes problemas, o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança propõe um conjunto de ações, procedimentos técnicos e reorganização do processo de trabalho centrado na criança.

O sucesso será plenamente alcançado com o comprometimento dos profissionais de saúde e serviços, envolvidos no processo de desenvolvimento de uma rede segura que acolha as nossas crianças.

Luiz Carlos Reblin
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil - TMI é considerada mundialmente como um dos indicadores mais sensíveis para a medida da qualidade de saúde das populações. O decréscimo rápido de TMI é resultado de ações diretamente relacionadas às políticas de saúde e sociais.

As ações relacionadas à saúde traduzem-se pela melhoria de acesso aos serviços, imunização, terapia de hidratação oral, aleitamento materno, prevenção de acidentes, violência e cuidados com a criança enferma. Quanto às relacionadas a outros setores, salienta-se a extensão de abastecimento de água tratada, saneamento básico e o grau de escolaridade materna, com forte impacto no componente pós-neonatal da mortalidade infantil.

Por outro lado, a desaceleração da mortalidade infantil é menos acentuada no período perinatal, uma vez que as causas de óbitos exigem além de um pré-natal de qualidade, com medicamentos e exames complementares, estruturas mais complexas, como leitos hospitalares para gestantes de alto risco e UTI neonatais.

Em Vitória, o trabalho do Comitê de Prevenção e Estudos da Mortalidade Materna e Infantil, monitorando o perfil da mortalidade vem sendo de grande valia. A perfilização da mortalidade vem orientando as ações de promoção à saúde, de prevenção e controle dos agravos mais frequentes, permitindo apontar a necessidade de redirecionamento das ações em andamento.

Assim, a Área Técnica Saúde da Criança, desenvolve estratégias que objetivam acolher todas as crianças de 0 a 10 anos, residentes em Vitória, prestando assistência à saúde de forma integrada, acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento e as doenças prevalentes na infância, monitorando os fatores de risco, a fim de garantir um atendimento de excelência.

Por fim, com o objetivo de reduzir ainda mais a mortalidade infantil, por causas evitáveis, e promover a saúde da **crianças de 0 a 10 anos** de Vitória, a SEMUS, reedita este Protocolo, revisado e atualizado, e convoca os profissionais de saúde, entidades de classe, instituições formadoras e sociedade civil a potencializarem esforços em prol da população infantil.



SUMÁRIO

1 ASSISTÊNCIA À CRIANÇA	19
1.1 OBJETIVOS	20
1.2 METAS	20
1.3 POPULAÇÃO ALVO	20
1.3.1 POPULAÇÃO DE RISCO	20
1.3.2 RISCO AO NASCER	20
1.3.3 RISCO ADQUIRIDO	21
1.4. ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO (RN)	21
1.4.1 CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO QUANTO AO PESO DE NASCIMENTO E IDADE GESTACIONAL	22
1.4.2 MONITORAMENTO DO RN COM BAIXO PESO AO NASCER	22
1.4.3 TRIAGEM NEONATAL	23
1.4.3.1 TESTE DO OLHINHO (TESTE DO REFLEXO VERMELHO OU TESTE DO REFLEXO DE BRUCKER)	23
1.4.3.2 TESTE DA ORELHINHA	23
1.4.3.3 TESTE DO PEZINHO IMPORTÂNCIA DE FAZER O TESTE DO PEZINHO	24
1.4.4 PARTICULARIDADE DO EXAME FÍSICO	25
1.4.5 RN COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	27
1.4.6 RN COM ICTERÍCIA	27
1.4.7 RN COM TREMORES, CONVULSÕES E EQUIVALENTES	28
1.4.8 RN COM SEPTICEMIA	28
1.4.9 INFECÇÃO PERINATAL CRÔNICA	29
1.4.10 INFECÇÕES CONGÊNITAS	29
1.4.10.1 CITOMEGALIA CONGÊNITA	29
1.4.10.2 SÍFILIS CONGÊNITA	30
1.4.10.3 TOXOPLASMOSE CONGÊNITA	35
1.4.10.4 TRASMISSÃO VERTICAL DO HIV	39
1.5 CONSULTAS DE PUERICULTURA	43
1.5.1 CRONOGRAMA DAS CONSULTAS DE PUERICULTURA – MÉDICAS E DE ENFERMAGEM – PARA CRIANÇAS BAIXO RISCO	44
1.5.2 CRONOGRAMA DE CONSULTAS DE PUERICULTURA PARA RN OU CRIANÇA DE RISCO	44
1.5.3 CHECK-LIST DA CONSULTA DE PUERICULTURA	45
1.6 ALIMENTAÇÃO	46
1.6.1 ALEITAMENTO MATERNO	48
1.6.2 ORIENTAÇÕES PARA CRIANÇAS TOTALMENTE DESMAMADAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	50
1.7 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	51
1.7.1 AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO	51
1.7.1.1 TÉCNICAS DE MEDIÇÃO - ANTROPOMÉTRICA	51
1.7.1.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	52
1.7.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	54
1.7.2.1 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO	54
1.7.2.2 MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	55

1.7.2.3 INDICADORES DE RISCO PARA DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO	57
1.7.2.4 CONDUTAS FRENTE AO ATRASO DO DESENVOLVIMENTO	58
1.8 IMUNIZAÇÃO NA CRIANÇA	58
1.8.1 CONTRA-INDICAÇÕES GERAIS DAS VACINAS	59
1.8.2 EVENTOS ADVERSOS	59
1.8.3 SITUAÇÕES QUE INDICAM O ADIAMENTO DA VACINAÇÃO	60
1.8.4 IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS	61
1.8.5 FLUXOGRAMA PARA DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS	63
1.8.6 OBSERVAÇÕES:	63
1.8.7 CALENDÁRIO VACINAL BÁSICO	64
1.8.8 CALENDÁRIO VACINAL SUGERIDO PELA SBP	65
1.9 CUIDADOS COM A HIGIENE	66
1.9.1 HIGIENE DO BEBÊ	66
1.9.2 HIGIENE DA CRIANÇA	66
1.9.3 HIGIENE ORAL	66
1.9.4 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	66
1.9.5 CUIDADOS COM O AMBIENTE	67
1.10 PREVENÇÃO DE ACIDENTES	67
1.10.1 ORIENTAÇÕES PARA SEREM REPASSADAS AS FAMÍLIAS	67
1.11 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS	68
1.11.1 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA	70
1.11.2 ALGUMAS ORIENTAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	72
1.11.2.1 O BRINCAR	73
1.11.2.2 A COMPANHIA DE OUTRAS CRIANÇAS	74
1.11.2.3 NASCIMENTO DO IRMÃO MAIS NOVO	74
1.11.2.4 A ESCOLA	75
1.11.2.5 A SEXUALIDADE	75
1.11.3 ALGUNS SINAIS INDICATIVOS DE NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	76
1.12 PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE ESCOLAR	76
1.12.1 DEFINIÇÃO DE TERMO:	76
1.12.2 MEDIDAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	76
1.12.2.1 PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS ALUNOS DA PRIMEIRA SÉRIE	76
1.12.2.2 SORRIA VITÓRIA	78
1.12.2.3 DE OLHO NO PIOLHO	78
1.12.3 PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM	79
2 PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS FREQUENTES	83
2.1 AFECÇÕES CIRÚRGICAS	84
2.1.1 DA REGIÃO CERVICAL	84
2.1.2 DA PAREDE ABDOMINAL	84
2.1.3 DA GENITÁLIA	86
2.2 EMERGÊNCIAS ABDOMINAIS	86
2.3 ANEMIAS	87

2.3.1 ANEMIAS MAIS FREQUENTES	89
2.3.1.1 ANEMIA FISIOLÓGICA DO LACTENTE	89
2.3.1.2 ANEMIA FERROPRIVA	89
2.3.1.3 ANEMIA FALCIFORME	91
2.4 ASMA BRÔNQUICA	95
2.5 DERMATOSES DE INTERESSE PEDIÁTRICO NA ATENÇÃO BÁSICA	98
2.5.1 DERMATOZOONOSES	98
2.5.1.1 ESCABIOSE	98
2.5.1.2 PEDICULOSE	100
2.5.1.3 LARVA MIGRANS	100
2.5.1.4 TUNGUÍASE	100
2.5.1.5 MIÍASE	100
2.5.2 MICOSES SUPERFICIAIS	101
2.5.2.1 CERATOFITOSES	101
2.5.2.2 CUTÂNEAS E CUTANEOMUCOSAS	101
2.5.3 DERMATITES OU ECZEMAS	103
2.5.3.1 DERMATITE ATÓPICA	103
2.5.3.2 DERMATITE SEBORRÉICA	104
2.5.3.3 DERMATITE DE FRALDAS	104
2.5.3.4 DERMATITE DE CONTATO	104
2.5.4 DERMATOVIROSES	105
2.5.4.1 MOLUSCO CONTAGIOSO	105
2.5.4.2 VERRUGAS	105
2.5.4.3 HERPES SIMPLES	105
2.5.4.4 HERPES ZOOSTER	105
2.5.5 PIODERMITES	105
2.5.5.1 IMPETIGO	106
2.5.5.2 ECTIMA	106
2.5.5.3 ERISPELA	106
2.5.5.4 CELULITE	106
2.5.5.5 INFECÇÃO DOS FOLÍCULOS PILOSOS	107
2.5.6 REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE	107
2.5.6.1 ESTRÓFULO OU PRURIGO AGUDO INFANTIL	107
2.5.6.2 URTICÁRIA	108
2.6 DESNUTRIÇÃO	108
2.6.1 PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO AMBULATÓRIO E DOMICÍLIO	109
2.7 DIARRÉIA AGUDA	115
2.8 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS	121
2.8.1 SARAMPO	121
2.8.2 RUBÉOLA	123
2.8.3 EXANTEMA SÚBITO	126
2.8.4 ERITEMA INFECCIOSO	127
2.8.5 DENGUE	128
2.8.6 ENTEROVIROSES NÃO-PÓLIO	130

2.8.7 ESCARLATINA	132
2.8.8 MONONUCLEOSE INFECCIOSA	133
2.8.9 VARICELA (CATAPORA)	134
2.9 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA INFÂNCIA	135
2.9.1 INTRODUÇÃO:	135
2.9.2 DEFINIÇÕES	135
2.9.3 QUANDO MEDIR PA EM < 3 ANOS?	135
2.9.4 MEDIDA CORRETA	135
2.9.4.1 ERROS NA MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL	136
2.9.5 ESTÁGIOS DA HIPERTENSÃO:	136
2.9.6 SINAIS E SINTOMAS	136
2.9.7 CAUSAS	136
2.9.7.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL PERSISTENTE POR FAIXA ETÁRIA	136
2.9.7.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL TRANSITÓRIA NA INFÂNCIA	136
2.9.8 ABORDAGEM	137
2.9.8.1 ABORDAGEM INICIAL	137
2.9.8.2 ABORDAGEM COMPLEMENTAR	137
2.9.9 RECOMENDAÇÕES	137
2.9.10 TRATAMENTO	137
2.9.10.1 NÃO FARMACOLÓGICO	137
2.9.10.2 FARMACOLÓGICO	137
2.9.10.3 URGÊNCIA HIPERTENSIVA	137
2.9.10.4 MEDICAMENTOS ORAIS MAIS UTILIZADOS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA PEDIÁTRICA	138
2.9.10.5 PRINCIPAIS MEDICAMENTOS E DOSES PEDIÁTRICAS UTILIZADAS PARA CONTROLE DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA	138
2.9.10.6 DROGAS APROVADAS PELO FDA	138
2.10 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS – IRAS	139
2.10.1 PNEUMONIA	143
2.10.2 RINOFARINGITE AGUDA	144
2.10.3 SINUSITE AGUDA	144
2.10.4 FARINGOAMIGDALITE ESTREPTOCÓCICA (FAE)	145
2.10.5 LARINGITE VIRAL AGUDA	146
2.10.6 OTITE MÉDIA AGUDA	146
2.11 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA INFÂNCIA – ITU	148
2.11.1 PREVALÊNCIA	148
2.11.2 ETIOLOGIA	148
2.11.3 QUADRO CLÍNICO	148
2.11.4 DIAGNÓSTICO	149
2.11.5 MÉTODOS DE COLETA DE URINA PARA UROCULTURA	149
2.11.6 INVESTIGAÇÃO DO TRATO URINÁRIO	150
2.11.6.1 ULTRASSONOGRAFIA DO TRATO URINÁRIO	150
2.11.6.2 URETROCISTOGRAFIA OU CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL	150
2.11.6.3 CINTILOGRAFIA RENAL	150
2.11.6.4 UROGRAFIA EXCRETORA	150

2.11.6.5 URODINÂMICA	150
2.11.6.6 TOMOGRAFIA DE ABDOME	150
2.11.7 TRATAMENTO	150
2.11.8 PROFILAXIA	151
2.11.9 CONCLUSÃO	151
2.12 OBESIDADE INFANTIL	151
2.12.1 INTRODUÇÃO	151
2.12.2 CAUSAS SECUNDÁRIAS DE OBESIDADE:	152
2.12.3 CONSEQÜÊNCIAS DA OBESIDADE	152
2.12.4 DIAGNÓSTICO	152
2.12.5 TRATAMENTO E PREVENÇÃO	152
2.13 PARASITOSSES INTESTINAIS	154
2.14 PUBERDADE	157
2.14.1 ESTÁGIOS DE TANNER	158
2.14.2 QUANDO E COMO ENCAMINHAR	158
2.15 REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO E DOENÇA DO REFLUXO	159
2.15.1 DIAGNÓSTICO	159
2.15.2 TRATAMENTO	159
2.16 TUBERCULOSE	161
2.16.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	161
2.16.2 DISTRIBUIÇÃO DA DOENÇA POR FAIXA ETÁRIA	161
2.16.3 APRESENTAÇÃO CLÍNICA	162
2.16.4 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR	162
2.16.5 DIAGNÓSTICO	162
2.16.6 PREVENÇÃO	163
2.16.7 TRATAMENTO	164
3 VIOLÊNCIA	167
3.1 CATEGORIAS DA VIOLÊNCIA	168
3.2 SINAIS DE ALERTA	168
3.3 ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	169
3.4 REDE DE PROTEÇÃO EXISTENTE NA CIDADE	170
3.5 NOTIFICAÇÃO	171
4 INTOXICAÇÕES AGUDAS NA CRIANÇA	173
4.1 INTRODUÇÃO	174
4.2 EPIDEMIOLOGIA	174
4.3 QUANDO SUSPEITAR	175
4.4 CONCEITOS BÁSICOS	175
4.5 MEDIDAS GERAIS	175
4.5.1 IDENTIFICAÇÃO DO TÓXICO	175
4.5.2 MEDIDAS DE SUPORTE	176
4.5.3 PREVENÇÃO DA ABSORÇÃO	176

4.5.3.1 DESCONTAMINAÇÃO CUTÂNEA	176
4.5.3.2 DESCONTAMINAÇÃO OCULAR	176
4.5.3.3 DESCONTAMINAÇÃO GASTRINTESTINAL	176
4.5.4 AUMENTO DA ELIMINAÇÃO	176
4.6 PRINCIPAIS SÍNDROMES TÓXICAS	176
4.6.1 SÍNDROME COLINÉRGICA	176
4.6.2 SÍNDROME ANTICOLINÉRGICA	176
4.6.3 SÍNDROME OPIÓIDE, SEDATIVA	177
4.6.4 SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL	177
4.6.5 SÍNDROME SIMPATOMIMÉTICA	177
4.6.6 SÍNDROME DE METEMOGLOBINEMIA	177
4.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
5 FITOTERAPIA PARA CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS	179
5.1 FLUXOGRAMA DA PRESCRIÇÃO DE FITOTERÁPICOS NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES NAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS LEVES	180
5.2 ORIENTAÇÃO SOBRE O USO E PREPARO DE CHÁS E XAROPES CASEIROS	182
5.2.1 PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES:	182
5.2.2 DOSAGENS DE CHÁS E XAROPES	183
6 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	185
6.1 ACOLHIMENTO	186
6.2 UNIDADE DE SAÚDE	186
6.2.1 COMPETÊNCIAS	186
6.2.2 EQUIPE DE SAÚDE	187
6.2.2.1 RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE	187
6.2.2.2 CUIDADOS BÁSICOS COM A CRIANÇA	188
6.2.3 COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM	191
6.2.4 FLUXOGRAMA	192
6.2.5 INFRA-ESTRUTURA	193
6.2.6 RECURSOS HUMANOS MUNICIPAIS PARA A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA	193
6.3 COMPETÊNCIA DOS DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO	193
6.3.1 SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO	193
6.3.2 HOSPITAIS DE REFERÊNCIA EM PEDIATRIA	193
6.3.3 AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADE PEDIÁTRICA	194
6.3.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO	194
6.3.5 CENTROS DE REFERÊNCIA	194
6.3.6 COMITÊ DE PREVENÇÃO E ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL (COPEMI)	194
7 PREVENÇÃO E ESTUDO DA MORTALIDADE INFANTIL	197
7.1 INTRODUÇÃO	198
7.2 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL	198
7.3 OBJETIVOS DO COPEMI	199
8 ANEXOS	201
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221



1 ASSISTÊNCIA À **CRIANÇA**

1.1 OBJETIVOS

GERAL:

Acolher a todas as crianças de 0 a 10 anos, residentes em Vitória, prestando assistência de forma integrada, acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento e as doenças prevalentes na infância, monitorando os fatores de risco, garantindo um atendimento de excelência.

ESPECÍFICOS:

- Desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças ou agravos, para as crianças residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde, através das consultas de puericultura;
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, complementado com alimentação até os dois anos de idade;
- Garantir a aplicação das vacinas do esquema básico de imunização;
- Monitorar a saúde das crianças residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde, em especial daquelas que apresentam situações de risco;
- Detectar, tratar e encaminhar para tratamento precoce as crianças com patologias ou agravos que venham a incidir nesta faixa etária, através de consultas de rotina ou eventuais;
- Encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário;
- Realizar visita domiciliar rotineira ou eventual às crianças residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

1.2 METAS

- Monitorar 100% das crianças, menores de 1 ano, residentes na área de abrangência da US, que apresentam situações de risco;
- Realizar visita domiciliar precoce a 100% dos recém nascidos com alta hospitalar, na primeira semana de vida;
- Agendar consulta médica para 100% dos recém nascidos, até o décimo dia vida;
- Realizar visita domiciliar precoce a 100% das

crianças < de 05 anos que passaram por internamento hospitalar, nos primeiros 07 dias pós-alta;

- Agendar consulta médica para 100% das crianças < de 01 ano, que tiveram internamento, na primeira semana pós-alta hospitalar;
- Acompanhar 100% das crianças de 0 a 03 anos, residentes na área de abrangência da US, conforme as rotinas do Protocolo, com prioridade para as crianças menores de 12 meses;
- Garantir ação educativa a 100% das famílias com crianças de 0 a 03 anos residentes na área de abrangência das US;
- Vacinar no mínimo 95% das crianças menores de 1 ano da área de abrangência;
- Garantir consultas médicas e de enfermagem, de rotina e eventuais para as crianças residentes na área de abrangência;
- Realizar visita domiciliar a 100% das crianças de 0 a 03 anos, com prioridade para as de risco e às faltosas ao programa de imunização e aos atendimentos de puericultura.

1.3 POPULAÇÃO ALVO

- Crianças de 0 a 10 anos, de ambos os sexos, residentes no município de Vitória.

1.3.1 POPULAÇÃO DE RISCO

A criança, tradicionalmente, tem recebido atenção especial dos serviços de saúde por constituir um grupo vulnerável. A identificação, dentro do universo de crianças, de grupos de maior risco para a morbimortalidade infantil propicia a operacionalização de ações para minimizar estes riscos.

A estratégia do enfoque de risco, com identificação e priorização de grupos vulneráveis, mostra-se um caminho na racionalização e otimização, do atendimento à criança.

1.3.2 RISCO AO NASCER

São consideradas como população de risco ao nascer:

- Recém nascido com peso ao nascer < 2.500 g; quanto maior o peso, menor o risco

- Recém nascido com alta pós-materna do berçário. Incluídos nesse item: prematuridade, infecção congênita ou adquirida, afecção respiratória com necessidade de uso de oxigênio, hiperbilirrubinemia grave, anóxia grave com ou sem convulsões, malformações congênitas graves e cirurgia de emergência nas primeiras 48 horas de vida.
- Filhos de mães < 15 anos ou adolescentes sem estrutura familiar de apoio;
- Morte de irmão < 5 anos por causa evitável;
- Filhos de pais desajustados, usuários de drogas lícitas ou ilícitas.

1.3.3 RISCO ADQUIRIDO

São consideradas como população de risco adquirido aquelas que apresentam no decorrer do primeiro ano de vida alguns dos seguintes fatores:

- Internação Hospitalar devido a doenças passíveis de prevenção seja por: imunização, alimentação adequada, acompanhamento e intervenção precoce; (exemplo: sarampo, gastroenterites, pneumonias, etc.);
- Risco Social: pais desempregados, ausência de saneamento, precárias condições de moradia e higiene, pais ou responsáveis usuários de drogas, baixa escolaridade de pais ou responsáveis.
- Outros fatores percebidos pela Equipe de Saúde: resistência ao acompanhamento de saúde, falta às consultas sem justificativa, resistência aos seguimento de orientações básicas como imunização, aleitamento, higiene.

1.4. ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO (RN)

*Adaptação do Livro "Pediatria Ambulatorial",
Enio Leão, Cap. 26*

Recém-Nascido (RN): É a criança nos seus primeiros 28 dias.

- **Período Perinatal:** Compreende o período que se inicia na 22ª semana de gestação e termina no 7º dia de vida pós-natal. O contato mãe- RN, já na sala de parto, permite a continuidade de um processo de ligação

afetiva entre eles, que se refletirá positivamente na amamentação e, mais tarde, nos cuidados materno à criança. A sucção do mamilo nesse momento, ainda sem finalidade nutritiva, estimula a produção do colostro, promove a contração uterina e é gratificante para a mãe ao perceber a vitalidade do seu filho.

- **Alojamento conjunto:** Recomenda-se para toda mãe e RN sem intercorrências devam ser encaminhados ao alojamento conjunto, orientando e dando condições a mãe para que possa realizar o aleitamento materno exclusivo, e prestar os cuidados necessários ao bebê e a si mesma;
- **Prevenção da Oftalmia Gonocócica e da Doença Hemorrágica do RN:** Devem ser realizado na maternidade: a prevenção da oftalmia gonocócica com nitrato de prata a 1% nos olhos do RN e a profilaxia da doença hemorrágica do RN com a administração de vitamina K intra –muscular.
- **Aleitamento Materno:** Orientações sobre o aleitamento materno: Ver capítulo específico.
- **Umbigo:** O coto umbilical se desprenderá espontaneamente entre o quinto e o 10º dia de vida. Alguns RN apresentam o coto grosso e gelatinoso, o que poderá retardar sua queda até em torno de 25 dias, não necessitando conduta especial. Recomenda-se usar álcool a 70% após o banho. Não é necessário cobrir o coto. Discreto sangramento se observa com frequência, após a queda do cordão, não exigindo cuidados especiais. O umbigo cutâneo se apresenta como um excesso de pele que forma um pedículo na base do cordão umbilical. É de ocorrência comum e não necessita tratamento. O aspecto estético melhora com o crescimento da criança.
- **Soluços e Espirros:** são frequentes neste período e não indicam doenças.
- **Funcionamento Intestinal:** O RN elimina fezes inicialmente meconiais, que se tornam depois esverdeadas, escuras com muco (fezes de transição) e, progressivamente, amareladas e pastosas. Crianças amamentadas ao seio habitualmente apresentam várias evacuações ao dia, com fezes líquidas, sem repercussão sobre o estado geral e de hidratação, podendo, em outros casos, evacuar a cada 3 a 6 dias. São situações normais que não necessitam tratamento.

■ **Sono:** Neste período o bebê poderá trocar o dia pela noite. Neste caso deve-se interromper o sono no período vespertino até que ocorra a adaptação aos horários habituais. O bebê dorminhoco, deverá ser acordado a cada 3 horas durante o dia para amamentação.

■ **Choro e cólica:** o choro é a expressão de algum desconforto. Fome, sede, frio, fraldas molhadas, roupas apertadas e incômodas, pruridos, cólicas ou irritabilidade por excesso de estímulos ambientais são causas frequentes de choro. É importante distinguir o choro normal daquele choro diferente encontrado em certas doenças, como, por exemplo, o choro gritando da criança com distúrbio neurológico, o choro rouco na laringite e no hipotireoidismo, o gemido da criança com dificuldade respiratória, etc. A cólica constitui uma das causas mais comuns de choro durante os primeiros 3 meses. Ocorre geralmente entre às 18 e às 22 horas. Durante a crise a criança chora, fica com a face congestionada, contrai os músculos abdominais e encolhe as pernas. O choro persiste por algum tempo, cessa espontaneamente, mas pouco tempo depois pode ocorrer nova crise. As causas mais comuns são técnica incorreta de amamentação, deglutição de ar, uso incorreto de fórmula láctea e distonia neurovegetativa. A conduta consiste em massagem abdominal para expelir os gases, boa técnica alimentar, investigação da possível causa e, eventualmente, prescrição de antiespasmódicos. Orientar e tranquilizar a família quanto ao aspecto benigno e passageiro da cólica.

■ **Regurgitação:** é muito comum no RN e consiste na devolução freqüente de pequeno volume alimentar logo após a mamada. Quase sempre o leite volta sem ter sofrido alteração do suco gástrico. A família deve ser tranquilizada, se a evolução ponderal da criança é satisfatória.

1.4.1 CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO QUANTO AO PESO DE NASCIMENTO E IDADE GESTACIONAL

■ **RN de baixo peso:** é o que tem menos que 2500 gramas (g) ao nascer, independente da

idade gestacional. A Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão, os classifica em dois sub-grupos:

- P07.0 – RN de peso extremamente baixo ao nascer: menos de 1000 g
- P07.1 – Outros recém – nascidos de peso baixo: peso ao nascer de 1000 a 2499 g;
- Peso muito baixo ao nascer: menos de 1500 g (até 1499 g inclusive).

■ **RN de peso elevado:** A CID subdivide esse grupo em dois:

- P08.0 – RN de tamanho excessivo: peso igual ou superior a 4500 g;
- P08.1 – Outros RN grandes para idade gestacional.

CLASSIFICAÇÃO DO RN DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL

- **RN pré-termo ou prematuro:** menos de 37 semanas completas;
- **RN a termo:** é o que tem idade gestacional de 37 semanas a menos de 42 semanas completas de gestação;
- **RN pós-termo:** é o que tem idade gestacional de 42 semanas completas ou mais de gestação.

CLASSIFICAÇÃO DO RN QUANTO À RELAÇÃO PESO E IDADE GESTACIONAL

O RN pode ser classificado em grande para a idade gestacional (GIG) se acima do percentil 90, apropriado para a idade gestacional (AIG) ou pequeno para a idade gestacional (PIG) se abaixo do percentil 10.

1.4.2 MONITORAMENTO DO RN COM BAIXO PESO AO NASCER

BAIXO PESO AO NASCER

- O peso de nascimento menor de 2500 g - Baixo Peso ao Nascer – é indicador de risco para crescimento;
- A criança com baixo peso ao nascer deve ser considerada como de risco nutricional e, portanto, deve ser priorizada pela Unidade de Saúde, principalmente no primeiro ano de vida.

PESO AO NASCER	1º CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	CONDUTAS
< 2.500 g	<ul style="list-style-type: none"> • Até 7º dia após alta hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Semanais até atingir 2.500 g, • Quinzenal até atingir 3.000 g, • Mensal a partir dos 3.000 g. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo ao aleitamento materno exclusivo • Relactação quando possível, • Orientação sobre Cartão da Criança, • Cuidados com o coto umbilical e com o recém nascido, • Orientar sobre vacinação, • Cuidados com a mama, • Avaliar intercorrências, • Acompanhamento prioritário até o primeiro ano de vida.

■ Para avaliar o ganho de peso inicial, nas consultas realizadas em intervalos semanais, é possível utilizar o recurso do ganho de peso diário ou mensal, conforme tabela abaixo:

Trimestre	g/dia	g/mês
1º	25-30	700
2º	20	500
3º	15	400
4º	10	350

1.4.3 TRIAGEM NEONATAL

1.4.3.1 TESTE DO OLHINHO (TESTE DO REFLEXO VERMELHO OU TESTE DO REFLEXO DE BRUCKER)

Finalidade:

- Detecção precoce, com intervenção oportuna para as anormalidades do segmento posterior do olho suas opacidades, evitando-se comprometimento e perda da visão.
- Pode-se detectar precocemente: catarata congênita, glaucoma congênito, retinopatia da prematuridade, retinoblastoma (tumores), infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Herpes, CMV, Sífilis), Traumas e Malformações.
- A visão é muito importante para o desenvolvimento global da criança, e para que haja percepção visual adequada no córtex occipital é necessário que ocorra estímulos elétricos e fenômenos fotoquímicos desencadeados pela propagação da luz até a retina, passando pelos meios ópticos íntegros.

Teste:

- Consiste na emissão de luz sobre a pupila do

bebê, utilizando-se um oftalmoscópio (fonte luminosa) próximo ao olho do examinador, a um braço de distância do olho da criança (1m). A luz emitida deve projetar um reflexo vermelho ou alaranjado, indicando que as principais estruturas internas do olho (córnea, câmara anterior, íris, pupila, cristalino, humor vítreo), estão transparentes e permitem que a retina seja atingida pela luz.

- O exame é rápido e simples, sem contra-indicação.
- Deve ser realizado por médicos devidamente treinados.
- Deve ser encaminhado obrigatoriamente ao oftalmologista quando:

1. O reflexo não for observado ou sua qualidade for ruim (esbranquiçado/amarelado)
2. O reflexo for assimétrico nos dois olhos.
3. O RN apresentar idade gestacional abaixo de 32 semanas, peso inferior a 1500 gramas e que tenha recebido oxigênio por tempo prolongado.

1.4.3.2 TESTE DA ORELHINHA

Finalidade:

- Detectar precocemente (antes dos 3 meses de vida) e realizar Atendimento Apropriado (antes dos 6 meses de vida), para diminuir o impacto direto na aquisição da linguagem e do desenvolvimento da fala.
- O atraso na intervenção acarretará prejuízos também nas áreas emocional,, social e cognitiva.
- A incidência da perda auditiva varia de 1 a 3/1000 nascidos vivos normais e varia de 2 a 4/1000 RN atendidos em UTI Neonatal.

Teste:

- Pode ser realizado por meio de Emissões Otoacústicas ou Potenciais auditivos evocados do tronco-cerebral.
- Pode ser realizado no berçário (48h de vida) com o bebê quieto e dormindo.
- Não provoca desconforto e não tem contra-indicação.
- Se o teste não apresentar as respostas esperadas, outros exames devem ser realizados e concluídos antes dos 3 meses de idade.
- Quando há comprometimento da audição a estimulação deve ser iniciada até o 6º mês de vida.
- O teste será realizado na APAE Vitória até o 3º mês de vida, utilizando-se o teste de emissões

otoacústica evocadas, por profissionais competentes.

Teste:

1. Emissões otoacústicas (EOA): é o registro da energia sonora geradas pelas células da cóclea, em resposta a sons emitidos no conduto auditivo externo do RN. A triagem é inicialmente realizada pela EOA evocada que encontra-se ausente nas perdas auditivas neurosensoriais maiores que 50-60 decibéis.
2. BERA: é o registro das ondas eletrofisiológicas geradas em resposta a um som apresentado e captado por eletrodos colocados na cabeça do RN. Ele avalia a integridade neural das vias auditivas até o tronco-cerebral.

AVALIAÇÃO	EOA	BERA
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Teste objetivo, rápido e barato • Não necessita de sedação • Não necessita de colaboração da criança • Realizado durante o sono fisiológico • Avalia a frequência entre 1000-6000 (abrange a faixa de maior incidência do RN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia a integridade neural das vias auditivas até o tronco-cerebral.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia apenas o sistema pré -neural 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessita pessoal treinado • Necessita, na maioria, de sedação • É mais demorado • Avalia somente na frequência de 2000-4000 (RN=6000) • Grande número de falsos + até o 4º mês
Falso +	<ul style="list-style-type: none"> • Logo após o nascimento, a presença de secreções/vernizes no canal auditivo do RN 	<ul style="list-style-type: none"> • Por imaturidade do SNC até o 4º mês

1.4.3.3 TESTE DO PEZINHO**IMPORTÂNCIA DE FAZER O TESTE DO PEZINHO**

O teste do pezinho (nome popular para a Triagem Neonatal) é uma medida de segurança para o recém-nascido. Isso porque o teste é capaz de detectar uma série de doenças que podem ser identificadas e suas consequências prevenidas, se tratadas precocemente.

No Brasil, o Teste do pezinho foi introduzido na década de 70, para diagnosticar duas doenças: a fenilcetonúria e o hipotireoidismo. A portaria 822, de 6 de junho de 2001, criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que estabeleceu que todo recém nascido tem direito a fazer o exa-

me, confirmar o diagnóstico, receber tratamento e acompanhamento em serviços especializados e também inclui a pesquisa de outras doenças.

Quando realizar o exame

O ideal é realizar o exame na primeira semana de vida (entre o segundo e oitavo dia de vida).

*** DOENÇAS PESQUISADAS****Fenilcetonúria**

É um erro inato do metabolismo, devido a deficiência na atividade da enzima fenilalanina hidroxilase que leva ao acúmulo do aminoácido fenilalanina no organismo. O excesso de fenilalanina é tóxico para o sistema nervoso. Doença com

herança genética autossômica recessiva. O tratamento é através de dieta com baixos níveis de fenilalanina.

Hipotireoidismo Congênito

É causado pela produção deficiente de hormônios da tireóide, geralmente devido a um defeito na formação da glândula, ou a um problema bioquímico na síntese dos hormônios a nível celular.

Anemia falciforme

Doença hereditária (autossômica recessiva) do sangue em que a hemoglobina é anormal. Essa alteração acarreta problemas de saúde dentre eles: anemia, infecções, febre, dores. O tratamento preventivo melhora a qualidade de vida dos pacientes. O traço falcêmico é uma característica hereditária e não tem indicação de tratamento.

Exames confirmatórios e avaliação clínica são obrigatórios para confirmação do diagnóstico, nos casos de resultados anormais.

INSTRUÇÕES PARA COLETA

- Antes de iniciar a coleta identificar o papel filtro e o envelope, preenchendo todos os dados constantes no envelope.
- Realizar assepsia do calcanhar do bebê com álcool absoluto e deixe secar
- Ordenhar o sangue no sentido do pé/calcanhar
- Puncionar, com lanceta, a parte lateral plantar do calcanhar
- Limpe a 1ª gota com gaze esterilizada e permita a formação de uma segunda grande gota.
- Encoste a gota de sangue no centro do círculo do papel filtro e observe a parte reversa do papel para ter a certeza de que foi embebido.
- Preencha todos os círculos
- Deixe secar em temperatura ambiente durante aproximadamente 2 horas, longe da luz do sol
- Após secar colocá-los em envelopes e guardar na geladeira, agrupados em saco plástico para proteger da umidade
- Enviar amostras semanalmente para a APAE Vitória.

Observação:

atenção na técnica de coleta dos exames, é im-

portante para realização das dosagens que o laboratório receba as amostras com boa qualidade.

Preencha os dados com letra legível.

A criança poderá ser reconvocada, para confirmação do exame, devendo portanto ser realizado o mais precoce possível.

1.4.4 PARTICULARIDADE DO EXAME FÍSICO

Antes de iniciar o exame físico do RN, é necessário que todas as informações sobre a evolução e intercorrência no pré-natal, no parto e período neonatal sejam colhidas.

A mãe também será consultada sobre sua impressão geral com relação ao RN, sobre a sucção e apojadura, funcionamento intestinal e eventualidades ou dificuldades surgidas no período de convivência.

ASPECTO GERAL

Deve ser avaliado em primeiro lugar, observando a presença de cianose, obstrução respiratória, retrações intercostais, atividade espontânea, tônus muscular, tipo do choro e sinais vitais (batimentos cardíacos, frequência respiratória, perfusão capilar, temperatura, etc.). Rotineiramente mede-se peso, estatura e perímetro cefálico.

PELE

- **Tocotraumatismos:** escoriações, lacerações, edema, hematomas e lesões cortos contusas podem ocorrer como consequência traumática do parto natural ou instrumental.
- **Eritema tóxico:** é uma lesão eritematosa maculo-papular, semelhante a picada de inseto. Desaparece espontaneamente não necessitando de cuidados especiais.
- **Manchas mongólicas:** são manchas de coloração arroxeadas que se localizam principalmente na região sacral e nas nádegas. Regredem espontaneamente nos primeiros anos.
- **Manchas Salmão:** caracteriza por lesão planas, róseas ou avermelhadas, muitas vezes telangectásicas, de localização preferencial na nuca, pálpebras, glabella e região naso-labial. A maioria regride espontaneamente no primeiro ano. As localizadas na região da nuca, podem persistir até a idade adulta em até 50% dos casos.

■ **Hiperplasia Sebácea:** são pequenos pontos esbranquiçados ou amarelos, localizados mais comumente no dorso do nariz. Desaparecem nas primeiras semanas de vida.

■ **Milio:** São pápulas brancas, peroladas de um a dois milímetros de diâmetro, localizadas com frequência na face. Não têm significado clínico e desaparecem nas primeiras semanas.

■ **Miliária:** é um eritema papulovesiculososo causada pelo aumento de secreção de glândulas sudoríparas, no pescoço, face, dorso e superfície de flexão dos membros. O tratamento consiste em usar roupas leves, dar vários banhos por dia e enxugar bem a criança.

CABEÇA

■ **Cavalgamento de suturas:** superposição de bordas ósseas com desaparecimento das sutura correspondente, que regride com o crescimento do encéfalo.

■ **Bossa serossanguínea:** tumefação difusa edematosa localizada no subcutâneo do couro cabeludo. Não necessita de nenhum tratamento, desaparecendo em poucos dias. Pode ser causa de anemia e icterícia.

■ **Céfalo-hematoma:** tumefação de consistência elástica, bem delimitada, não ultrapassando as sutura óssea por ser uma coleção sanguínea subperióstica. Não deve sofrer nenhum tratamento, contra indicando-se punção esvaziadora pelo grande risco de infecção. Pode ser causa de anemia e icterícia.

OLHOS

■ **Conjuntivite neonatal:** Nas 48 horas seguintes ao nascimento pode aparecer reação conjuntival com pouca secreção e edema discreto, pelo efeito irritativo do nitrato de prata.

■ **Hemorragia subconjuntival:** é reabsorvido espontaneamente, não necessitando de cuidados especiais.

BOCA

■ **Cistos na cavidade oral:** são cistos de cor esbranquiçada, encontrados no palato e na gengiva (pérolas de Epstein e cistos de Bohn respectivamente), desaparecem espontaneamente com poucas semanas de vida.

■ **Calos de sucção:** placas elevadas nos lábios que regridem espontaneamente.

UMBIGO

Após a queda do coto, é comum a queixa de secreção no local. A maioria das vezes, a situação é resolvida com a limpeza da cicatriz, afastando-se a borda e aplicando álcool 70%.

■ **Granuloma umbilical:** secreção persistente com um tecido de granulação avermelhado, com secreção serosa, as vezes, hemorrágica. O tratamento é feito com cauterização pelo lápis de nitrato de prata, 3 vezes ao dia até o desaparecimento.

■ **Onfalite:** é caracterizada pela presença de odor fétido, edema, hiperemia periumbilical e secreção purulenta no umbigo. É indicada a internação da criança. Quando ocorre secreção com odor fétido sem celulite periumbilical, fazer tratamento local com neomicina ou gentamicina pomada 3 vezes ao dia.

GENITAIS

■ **Corrimento vaginal:** a genitália da menina pode apresentar-se com edema de grandes lábios e corrimento leitoso ou, mais raramente, hemorrágico. A hemorragia desaparece em 2 ou 3 dias e o corrimento, em poucas semanas.

■ **Testículos fora da bolsa:** encaminhar ao cirurgião pediátrico para avaliação.

■ **Fimose:** Não há necessidade de cuidados especiais nesta fase.

PARALISIAS

■ **Paralisia facial:** o diagnóstico é feito pela assimetria facial durante o choro, com desvio da comissura labial para o lado não lesado e dificuldade de oclusão das pálpebras e de enrugamento da testa no lado paralisado. Deve-se à compressão ou ao esmagamento do nervo facial, no seu trajeto externo do crânio, geralmente por toco-traumatismo. O prognóstico geralmente é bom com recuperação gradativa, podendo haver seqüela definitiva. O tratamento é expectante até o 15º dia de vida. Encaminhar ao fisiatra após essa época se não houver melhora. A córnea deverá ser protegida do ressecamento com água destilada.

■ **Paralisia braquial:** o diagnóstico é feito pela postura do RN, permanecendo o braço estendido em rotação interna, ao longo do corpo. Durante a primeira semana de vida, nenhuma fisioterapia deve ser feita, apenas se mantém o membro em posição de repouso. O diagnóstico diferencial deverá ser feito com fratura de clavícula e do úmero ou pseudoparalisia de Parrot na sífilis congênita.

OSSOS E ARTICULAÇÕES

■ **Fratura de clavícula:** é um trauma ósseo freqüente que se manifesta por choro à manipulação, edema ou equimose da fossa supraclavicular e crepitação a palpação. Normalmente não se radiografa para diagnóstico. O tratamento consiste na imobilização do braço com faixa de crepom em Velpeau, durante 7 dias, tempo suficiente para formação do calo ósseo.

■ **Fratura de fêmur e úmero:** são traumas raros e de fácil diagnóstico. Quando diagnosticado encaminhar ao ortopedista.

■ **Luxação coxo-femoral:** a suspeita diagnóstica é levantada quando se encontram restrição à abdução da articulação coxo-femoral. É importante o controle clínico periódico pelo ortopedista.

1.4.5 RN COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

O padrão respiratório do RN se caracteriza por alternância de freqüência, mais rápida e mais lenta. No prematuro ocorre curtas pausas respiratórias sem cianose ou alterações de freqüência cardíaca. É devido à imaturidade neurológica.

OBSTRUÇÃO NASAL

É causa comum de dificuldades respiratórias neonatal. É fonte de desconforto para a criança e é recomendado o uso tópico de soluções nasais.

Outras causas de dificuldades respiratória no RN: Atresia de coanas, Laringomalecia, Paralisia diafragmática, Hérnia diafragmática, Sífilis congênita, Pneumonia congênita ou adquirida, Síndrome de angustia respiratória, Pneumonia de aspiração maciça, Pneumotórax, Atelectasias, Displasia bronco - pulmonar.

1.4.6 RN COM ICTERÍCIA

A icterícia ocorre em 50 % a 70% dos RN. Detectada clinicamente quando o nível sérico de bilirrubina é igual ou maior que 5 mg/dl.

A icterícia é um problema clínico importante, porque a alta concentração sanguínea de bilirrubina não conjugada pode desencadear o quadro de encefalopatia bilirrubínica (kernicterus).

Diagnóstico da Icterícia: é geralmente feito em hospital. Altas precoces, partos domiciliares e o seu aparecimento mais tardio transferem essa abordagem para o ambulatório. Em toda icterícia, moderada ou grave, os seguintes dados devem ser obtidos: anamnese cuidadosa, investigando outros irmãos acometidos, ingestão de drogas, infecções perinatais, etc.; exames físicos pesquisando hepatoesplenomegalia, anemia, céfalo-hematoma, etc.; exames laboratoriais, incluindo classificação do grupo sanguíneo e Rh, testes de Coombs direto, bilirrubinemia fracionada e hemograma com reticulose.

Os seguintes critérios clássicos podem ajudar a identificar aquela icterícia que necessita de investigação ou tratamento:

■ Icterícia diagnosticada nas primeiras 24 horas de vida.

■ Aumento da concentração sérica de bilirrubinas totais acima de 5mg/dl (85µmol/L) por dia.

■ Concentração sérica de bilirrubina total maior do que 13mg/dl (220µmol/L) nos quatro primeiros dias de vida em RN de termo e maior do que 15mg/dl em RN pré-termo.

■ Concentração sérica de bilirrubina direta maior do que 2mg/dl (34µmol/L).

■ Icterícia prolongando-se por mais de 1 semana em RN de termo ou 2 semanas em RN pré-termo.

A ausência destes critérios não afirma que a icterícia seja fisiológica. A presença de qualquer um deles indica que a icterícia deve ser investigada, na procura de um fator causal ou de sobrecarga.

ICTERÍCIA PRECOCE

De aparecimento antes de 24 horas de vida e de qualquer intensidade, merece investigação urgente da etiologia. Dois grupos de causas devem ser imediatamente considerados: incompatibilidade sanguínea materno-fatal (Rh, ABO e outros) e icterícia desencadeada por processos infecciosos.

ICTERÍCIA TARDIA

De aparecimento após 24 horas de vida, frequentemente corresponde a uma situação clínica de melhor prognóstico e mais fácil tratamento (fototerapia).

ICTERÍCIA TARDIA COM AUMENTO PREPONDERANTE DA BILIRRUBINA INDIRETA

Icterícia fisiológica do RN a termo: a grande maioria dos RN desenvolve uma hiperbilirrubinemia transitória na 1ª semana de vida denominada Icterícia fisiológica. No RN a termo o nível chega a 6-8 mg/dl no terceiro ou quarto dia de vida, caindo no final da 1ª semana. O limite de 12mg/dl seria o nível máximo. No prematuro o pico é de 10-12mg/dl em torno do quinto dia, podendo chegar até 15mg/dl e desaparecendo em torno da 2ª semana.

Reforçam ainda o diagnóstico de icterícia fisiológica a sua ocorrência em um RN a termo, com peso apropriado para a idade gestacional, com boa nota de Apgar, com história obstétrica sem fatores de risco, sem sinais ou sintomas clínicos patológicos, com icterícia leve ou moderada, com níveis de bilirrubinas menores que 12-13 mg/dl, com predomínio absoluto de bilirrubina indireta e com velocidade de subida menor que 2 mg/dl/dia.

ICTERÍCIA TARDIA COM AUMENTO DA BILIRRUBINA DIRETA

Pode ser causada por atresia de vias biliares, cisto de colédoco, obstrução biliar, sífilis, toxoplasmoze, hepatite, galactosemia, etc.

Obs.: Abordagem diagnóstica da icterícia neonatal (Ver Anexo 06)

TRATAMENTO DA ICTERÍCIA NEONATAL

Poderá ser profilática, etiológico ou diretamente dirigido à hiperbilirrubinemia.

- **Profilático:** dará ênfase especial à prevenção da isoimunização pelo fator Rh (D). Outros níveis de profilaxia são a prevenção do parto prematuro, os cuidados contra infecção perinatal e a abordagem da doença básica que tenha caráter relevante sobre a icterícia (RN de mãe diabética, hipotireoidismo congênito, síndrome de Down).
- **Etiológico:** será possível e indicado em poucas situações específicas, como: a cirurgia para doenças das vias biliares, a antibioterapia

nas infecções, o tratamento dietético na galactosemia, etc.

- **Dirigido à hiperbilirrubinemia indireta:** nas icterícias leves, como a fisiológica, a conduta consistirá apenas da observação clínica diária. Se há intensificação de icterícia, dois métodos são usados para baixar os níveis de bilirrubinas:
 - **fototerapia:** RN com peso > 2.500 g: se prematuro – bilirrubina entre 10 e 12 mg/dl; se a termo sadio – bilirrubina > 15 mg/dl.
 - **exsangüineotransfusão**

1.4.7 RN COM TREMORES, CONVULSÕES E EQUIVALENTES

As manifestações clínicas relacionadas com irritabilidade do SNC no RN são muito variadas. Tremores ocasionais, principalmente durante o choro, são comuns nas crianças, constituindo-se em motivo frequente de consulta.

Os seguintes achados devem ser valorizados como possivelmente patológicos: episódios de tremores espontâneos; episódios de tremores repetitivos (clônus) desencadeados por estímulos leves; movimentos assimétricos repetitivos e rítmicos de extremidades; episódios de contração facial, nistágmos e movimentos mastigatórios; episódios de apnéia e cianose; movimentos súbitos de hiperextensão tônica; convulsão tônico-clônica, tipo grande mal (rara em RN).

Na presença de algum desses sinais deve-se rever a história gestacional, perinatal, as condições de nascimento e história alimentar.

1.4.8 RN COM SEPTICEMIA

Septicemia neonatal pode ser definida como uma síndrome clínica, caracterizada por sinais sistêmicos de infecção e acompanhada de bacteremia no primeiro mês de vida. Suspeita-se de infecção inespecífica neonatal quando o RN se apresenta hipoativo, com diminuição do reflexo de sucção, peso estacionado ou em queda, fácies de sofrimento, palidez cutânea, gemência, crises de cianose e descontrole térmico. Pode ser súbita ou incidiosa, porém, inicialmente sempre predomina os sinais inespecíficos.

Todo RN com quadro infeccioso deve ser referido ao Hospital para investigação diagnóstica.

1.4.9 INFECÇÃO PERINATAL CRÔNICA

Se um RN apresenta-se com hepatoesplenomegalia e icterícia pregressa ou atual, e com grau variável de comprometimento do estado geral, anemia e fenômenos hemorrágicos, deve-se pensar na possibilidade de infecção perinatal crônica. Esse quadro é denominado “Síndrome TORCHS”, nome derivado das causas mais comuns, a Toxoplasmoze, a Rubéola, Citomegalovirose, a Infecção por Herpes e atualmente alongada com sífilis, listerioze, varicela, vírus Epstein-Barr e Chagas congênito. Quadro clínico semelhante pode ocorrer na eritoblastose fetal.

As infecções congênicas da criança podem ser precoces, isto é, manifestarem-se no período neonatal, ou tardias, quando um bebê que nasce aparentemente normal e apresenta manifestações clínicas após os 3 meses de vida, incluindo a faixa pré-escolar e escolar.

QUADRO CLÍNICO NEONATAL:

- Retardo do crescimento intra-uterino, podendo ser causa de baixo peso ao nascer e pequeno para a idade gestacional;
- Quadro clínico de septicemia do recém-nascido;
- Icterícia com aumento de bilirrubina direta;
- Hepatoesplenomegalia;
- Anemia;
- Sangramento ou plaquetopenia;
- Lesão de pele e mucosa;
- Encefalite.

MANIFESTAÇÕES TARDIAS:

Variam de acordo com cada doença, devendo-se pensar em infecção congênita quando a criança apresenta déficit de crescimento ou desenvolvimento.

CONDUTA:

O recém-nascido com quadro clínico neonatal deverá receber cuidados em hospital com neonatologista. Na suspeita de infecção congênita tardia solicitar VDRL e sorologia para TORCH, e encaminhar a criança para ser acompanhada também por infectologista.

1.4.10 INFECÇÕES CONGÊNITAS

1.4.10.1 CITOMEGALIA CONGÊNITA

É considerada atualmente a causa mais co-

mun de infecção congênita no homem.

As taxas de infecção congênita variam de 0,2 a 2,2 %. A infecção ocorre tanto durante infecção materna primária, quanto durante reativação infecção materna.

A infecção congênita pode ocorrer em qualquer época da gestação, estudos sugerem que o risco de infecção fetal é maior quando a infecção materna ocorre no final da gestação, e o risco de doença disseminada grave é maior quando a infecção ocorre no início da gestação.

QUADRO CLÍNICO:

Somente 10% dos recém-nascidos infectados apresentam sintomas ao nascer. Os mais frequentes são: prematuridade ou tamanho pequeno para a idade gestacional, icterícia, hepatoesplenomegalia (mais comum), petéquias e alterações neurológicas (microcefalia, letargia-hipotonia, diminuição do reflexo de sucção e convulsões).

Achados Laboratoriais: aumento de enzimas hepáticas, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, aumento de proteínas do líquido cefalorraquidiano e evidências de hemólise.

Principais seqüelas são: deficiências auditivas, variando de deficiência parcial unilateral à surdez bilateral profunda, coriorretinite, deficiência intelectual, microcefalia, convulsões e paresias e/ou paralisias. A incidência de seqüelas varia com a presença ou ausência de sintomas ao nascimento, bem como com o tipo de infecção materna, sendo menor na infecção materna recorrente. Cerca de 90% das crianças sintomáticas ao nascimento desenvolverão algum tipo de seqüela.

DIAGNÓSTICO:

- Isolamento do vírus ou detecção de DNA viral na urina.
- Testes de fixação de complemento, hemaglutinação, aglutinação do látex, ELISA (ensaio imunoenzimático) para IgG são testes menos sensíveis para diagnóstico de infecção. Testes falso-positivos podem ser devidos aos anticorpos decorrentes de uma infecção prévia ou anticorpos maternos passivamente adquiridos.
- O ELISA-IgM detecta Ac IgM, específico para CMV, entretanto, o RN pode levar semanas para produzir IgM quando infectado, o que também torna difícil saber se a infecção é congênita ou adquirida.

- O diagnóstico pré-natal de CMV é factível por meio do isolamento do CMV no líquido amniótico obtido pela amniocentese, pela extração do sangue fetal por cordocentese, ou ainda, pela amplificação do DNA-CMV pela reação em cadeia de polimerase (PCR). A técnica imunodiagnóstica ELISA pode identificar anticorpos-CMV IgM, apresentando uma sensibilidade de 81-100% e especificidade de 100%.

CASOS SUSPEITOS:

1. Toda criança sintomática ou não, cuja mãe apresentar Infecção por CMV no curso da gestação;
2. Crianças que nascem com sinais ou sintomas da doença: prematuridade ou tamanho pequeno para a idade gestacional, icterícia, hepatoesplenomegalia (mais comum), petéquias e alterações neurológicas (microcefalia, letargia-hipotonia, diminuição do reflexo de sucção e convulsões).

CASOS EM INVESTIGAÇÃO:

1. Sorologia para CMV (IgM e IgG).
2. Fundo de olho;
3. Radiografia de crânio;
4. US transfontanela;
5. Líquor (RN sintomático).

REFERÊNCIA:

- Ambulatório de Infectologia (HINSG)

TRATAMENTO:

RN sintomático: apesar da inexistência de estudos controlados, o uso do Ganciclovir tem mostrado bons resultados. Dose: 12 mg/kg/dia, endovenoso, por 6 semanas.

Controle hematológico diariamente na fase inicial (leva a neutropenia e plaquetopenia).

ISOLAMENTO:

Não é recomendado isolamento restrito na CMV congênita, apenas recomendado lavagem das mãos após o manuseio do RN, e o que deve ser reforçado com as grávidas.

1.4.10.2 SÍFILIS CONGÊNITA

- A Sífilis Congênita é o resultado da disseminação do *Treponema pallidum* da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto;
- A transmissão vertical do *T. pallidum* pode

ocorrer durante todo o período gestacional, podendo resultar em: abortamento, natimortalidade, prematuridade, recém-nascido com sintomatologia clínica ou aparentemente normal ao nascer, com posterior manifestação de sinais e sintomas;

- A investigação desta doença na gravidez/parto é fundamental para o diagnóstico e tratamento precoce, para a prevenção das consequências. Todo o RN de mãe soropositiva para sífilis, ou com sinais clínicos sugestivos, deve ter sangue periférico colhido para a realização de VDRL;

CLASSIFICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

- **Sífilis Congênita Precoce** (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);
- **Sífilis Congênita Tardia** (casos diagnosticados após o 2º ano de vida);

Sífilis Congênita Precoce

- Os principais sintomas são: prematuridade, baixo peso, rinite sanguinolenta/coriza, obstrução nasal, osteocondrite ou osteíte, choro no manuseio, hepatoesplenomegalia alterações respiratórias/pneumonia, icterícia, anemia severa, edema, pseudoparalisia dos membros, fissura peribucal, condiloma plano pêfigo palmo-plantar e outras lesões cutâneas.

Sífilis Congênita Tardia

- Tibia “em lâmina de sabre”, nariz “em sela”, Fronte “olímpica”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado;

Outras situações classificadas como caso de Sífilis Congênita

- **Natimorto por Sífilis:** Denomina-se todo feto morto após 22 semanas de gestação ou peso maior que 500grs, cuja mãe, portadora de sífilis, não foi tratada ou foi inadequadamente tratada.
- **Aborto por Sífilis:** Denomina-se, a todo caso de aborto (feto ou embrião com menos que 22 semanas de gestação), cuja mãe, portadora de Sífilis, não tratada ou foi inadequadamente tratada;

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- A utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da Sífilis;

TESTES NÃO-TREPONÊMICOS

- VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin) são os testes utilizados para a triagem sorológica da sífilis em gestantes e sífilis adquirida, por serem de técnica simples, rápida e de baixo custo e também devido à sua elevada sensibilidade e possibilidade de titulação, o que permite o acompanhamento do tratamento. Os resultados falso-negativos podem ocorrer pelo excesso de anticorpos (fenômeno prozona). Mesmo sem tratamento, o teste apresenta queda progressiva dos títulos ao longo de vários anos, o que pode levar a títulos baixos do teste mesmo em pacientes infectados não-tratados. Com o tratamento, a queda dos títulos com tendência à negatificação, mas podendo ficar positivos por longo períodos (“memória imunológica”).

- Recém-nascidos não infectados podem apresentar anticorpos maternos transferidos por intermédio da placenta. Nesses casos, em geral, o teste será reagente até os primeiros seis meses de vida;
- Por esse motivo, o diagnóstico de sífilis congênita exige a análise clínico-epidemiológica de cada caso e realização de um elenco de exames que permitam a classificação clínica do caso para que a terapia adequada seja instituída;

TESTES TREPONÊMICOS

- FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption), TPHA (Treponema pallidum Hemagglination) e ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay);
- Estes testes não devem ser usados na rotina de triagem sorológica devido à sua baixa sensibilidade. São utilizados para confirmação da infecção pelo *T. pallidum* quando há necessidade de exclusão de resultados falso-positivos dos testes não-treponêmicos.
- O FTA-Abs, quando reagente em material do recém-nascido, pode não significar infecção perinatal, pois os anticorpos IgG materno ultrapassam a barreira placentária;

- Em geral os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção;
- O FTA-Abs/IgM por sua baixa sensibilidade, pode apresentar desempenho inadequado para a definição diagnóstica do recém-nascido;

Estudo do Líquido Cefalorraquidiano (LCR/LÍQUOR)

A frequência de alterações neurológicas em crianças com sífilis congênita é de 15%, por isto, o MS recomenda, caso não haja contra-indicações, realizar punção lombar para a coleta de LCR para avaliar a celularidade, o perfil protéico e o VDRL em todos os casos de sífilis em crianças.

Estudo de Imagem:

Radiografia de Ossos Longos

Devido à frequência e o aparecimento precoce das alterações ósseas, a avaliação radiológica de ossos longos é de grande importância diagnóstica. Tendo em vista, inclusive, que de 4 a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados pelo *T. pallidum* apresentam alterações radiológicas.

DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA

- A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações, segundo normatização do Ministério da Saúde:
 - Todas as crianças nascidas de mães com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial) diagnósticas na gestação, parto ou puerpério;
 - Toda criança com menos de 13 anos com suspeita de sífilis congênita.

QUATRO CRITÉRIOS COMPÕEM A DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA (Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – Ministério da Saúde – 2005

- **Primeiro Critério:** Toda criança, ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica de Sífilis ou sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, que não tenha sido tratada ou tratada inadequadamente;
- É considerado tratamento materno inadequado qualquer tratamento realizado nos últimos 30 (trinta) dias antes do parto; tratamento não penicilínico; tratamento penicilínico incompleto em relação à dose/ou tempo; não diminuição dos títulos sorológicos após tratamento; e

parceiro não tratado ou tratado inadequadamente, que tenha mantido contato sexual com a gestante após o tratamento desta ou ainda história mal documentada do tratamento;

- **Segundo Critério:** Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com:
 - *Titulações ascendentes (VDRL); e/ou*
 - *VDRL reagente após seis meses de idade; e/ou*
 - *Testes Treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou*
 - *Títulos de VDRL maiores que o da mãe.*
- **Terceiro Critério:** Toda criança com menos de 13 anos, com VDRL reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.
- **Quarto Critério:** Toda situação de evidência de infecção pelo *T pallidum* na placenta ou no cordão umbilical ou lesões da criança, por exames microbiológicos.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

NO PERÍODO NEONATAL

COMPETE AO HOSPITAL

A. RN de mãe com Sífilis não tratada ou inadequadamente tratada:

- Realizar VDRL do RN (sangue periférico);
- Independente do resultado do VDRL do RN, realizar:
 - *RX de ossos longos: detectar alterações ósseas nas metáfises e/ou epífises, indicativas de osteocondrite, osteíte e periostite (a presença de bandas translúcidas caracteriza anormalidades metafisárias patognomônicas da infecção);*
 - *Punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis): detectar alterações na contagem de leucócitos (acima de 25/mm³), dosagem de proteínas (acima de 100mg/dl) e os testes sorológicos para Sífilis (VDRL) podem ser reagentes;*
 - *Outros exames quando clinicamente indicados;*

■ Tratamento:

A1 *Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas maior que materna e/ou radiológicas:*

Penicilina G Cristalina, 50.000 UI/Kg/dia, EV, a cada 12h, para menores de uma semana de vida, ou a cada 8h, para maiores de uma semana, por 10 dias; ou Penicilina G Procaína, 50.000 UI/Kg/dia, IM/dia, por 10 dias;

A2 *Se houver alteração líquórica ou impossibilidade de colher o líquido:*

Penicilina G Cristalina, 100.000 UI/Kg/dia, EV, a cada 12h (se tiver menos de uma semana de vida) ou a cada 8h (se tiver mais de uma semana de vida) por 14 dias;

A3 *Se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas e a sorologia forem negativas ou menores que materna:*

Penicilina Benzatina, IM, dose única, 50.000 UI/Kg; E o acompanhamento é obrigatório, se isto não for garantido, fazer o tratamento com o esquema A1.

B. RN de mães adequadamente tratadas:

- Realizar VDRL em amostra de sangue periférico do RN;
 - *Se o RN apresentar sorologia reagente com titulação maior que a materna e se houver alterações clínicas, e/ou radiológicas e/ou hematológicas e/ou líquóricas;*

Tratar como esquema A1

- *Se houver alteração líquórica ou impossibilidade de recolher o líquido*

Tratar como esquema A2

- *Se o RN apresentar sorologia não reagente ou reagente com titulação menor ou igual à materna, e também for assintomático:*
- *Nos casos de RX de ossos longos sem alterações, proceder apenas o seguimento ambulatorial.*

Atenção:

- Notificar todos os casos de gestantes com Sífilis e todo caso de Sífilis Congênita, preenchendo a ficha epidemiológica e encaminhando-a ao GVS/VE;
- Encaminhar o RN para acompanhamento na US de origem ou ao serviço de infectologia pediátrica (HINSG).

Observações:

- No caso de interrupção do tratamento por mais de 1 dia, o mesmo deve ser reiniciado;
- Em todas as crianças com sífilis congênita, deve ser efetuado **exame oftalmológico** (fundo de olho).

COMPETE A US:

- Acompanhar o RN com consulta mensal, no primeiro ano de vida;
- Realizar VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 meses, interrompendo quando negatar;
- Se houver elevação de títulos sorológicos ou caso não haja negatização até os 18 meses, reinvestigar o caso;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral, quando criança infectada, em consulta de referência especializada;
- Crianças com alteração de líquido devem ser referidas ao hospital para controle semestral de LCR até a sua normalização;
- Nos casos de crianças tratadas inadequadamente,

te, na dose e/ou tempo preconizados, deve-se proceder à reavaliação clínico-laboratorial:

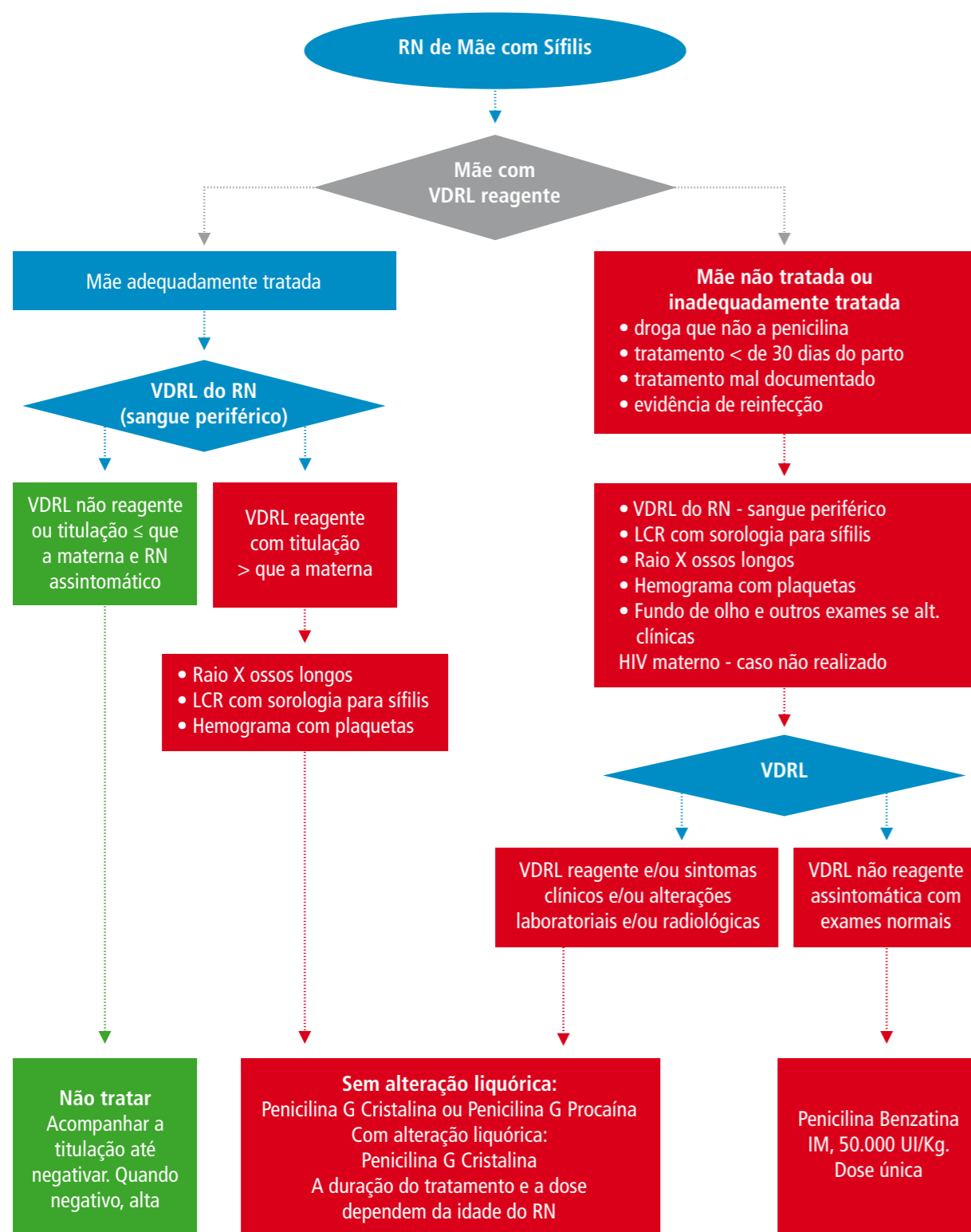
- *Se houver alterações, reiniciar o tratamento conforme o caso, obedecendo ao esquema preconizado;*
- *Se normal, seguir ambulatorialmente;*

■ Toda a gestante que apresentar mudança na titulação do VDRL no parto deve fazer sorologia para HIV (exceto HIV a menos de 1 mês);

FORA DO PERÍODO NEONATAL

- Crianças com quadro clínico sugestivo de Sífilis Congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina referida;
- Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme está preconizado, observando-se o intervalo das aplicações da Penicilina G Cristalina, que nestas crianças deve ser de 4/4 horas;
- Observação quanto ao acompanhamento da Sífilis Congênita: havendo necessidade de avaliação complementar encaminhar para referência de infectologia.

FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DE SÍFILIS CONGÊNITA



Encaminhamento para consulta ambulatorial US ou Infectologia Pediátrica com 1 mês de vida com VDRL recente

1.4.10.3 TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

- A infecção durante a gestação não necessariamente resulta em infecção fetal; dependendo do período da gestação em que acomete há diferenças percentuais de transmissão para o feto;
- A infecção materna no período periconcepcional apresenta um risco de 0 a 2% de transmissão para o feto, passando para 15 a 20%, no primeiro trimestre, 30 a 50% no segundo trimestre e 60 a 80% no terceiro trimestre;
- No entanto, quando a infecção ocorre no primeiro ou segundo trimestre da gravidez, embora menos freqüente, pode ocasionar infecção fetal de maior gravidade;
- A infecção fetal é mais freqüente no terceiro trimestre, mas geralmente é oligossintomática ou assintomática;
- A toxoplasmose congênita pode se manifestar de quatro formas:
 - Doença manifesta no período neonatal;
 - Doença (severa ou discreta) manifesta nos primeiros meses de vida;
 - Seqüela ou reativação de infecção prévia não diagnosticada;
 - Infecção subclínica - a maior parte dos casos de doença congênita, não apresenta sinais ou sintomas ao nascer, caracterizando infecção subclínica;
- Esses lactentes podem permanecer sem seqüelas da infecção, ou desenvolver retinocoroidite, estrabismo, retardo neuropsicomotor, hidrocefalia, convulsões e surdez, meses ou mesmo anos após o nascimento;
- A retinocoroidite é a mais freqüente das seqüelas, presente em aproximadamente 20% dos lactentes com diagnóstico sorológico pós-natal, sendo que o risco de aparecimento persiste por muitos anos, chegando a 85% dos casos, em 20 anos de seguimento;
- Nos RN e lactentes sintomáticos, a apresentação clínica pode ser dividida didaticamente em forma neurológica e generalizada:
 - Na forma neurológica, resultante de infecção fetal precoce na gestação, os sinais e

sintomas são: calcificações intracranianas, alteração líquórica, retinocoroidite, convulsões, hidrocefalia e microcefalia;

- Na forma generalizada, resultante de infecção mais tardia na gestação, apresentam retinocoroidite, alteração líquórica, hepatoesplenomegalia, icterícia, linfadenopatia, trombocitopenia e anemia.

CASOS SUSPEITOS

- Toda a criança sintomática **ou não**, cuja mãe apresentar Toxoplasmose Recente no curso da gestação;
- Crianças que nascem com sinais ou sintomas da doença: icterícia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, microcefalia, hidrocefalia, anemia, convulsões, baixo peso, prematuridade, coriorretinite, calcificações cerebrais, nistagmo, estrabismo, microcefalia, iridociclite, alterações do líquido céfalo raquidiano;

CASOS DESCARTADOS

- Recém-nascidos com títulos de IgG e IgM negativo;

CASOS CONFIRMADOS

- Crianças com manifestações clínicas e/ou:
 - Títulos de IgM positivos no RN após 1 semana de vida;
 - Títulos de IgG persistentemente elevados ou em ascensão;
 - Presença do *Toxoplasma gondii* em tecido placentário;

CASOS EM INVESTIGAÇÃO

- Crianças com títulos de IgG decrescentes e IgM negativo aos 30 dias de vida;
- Devem ser acompanhados até a negatização da sorologia;

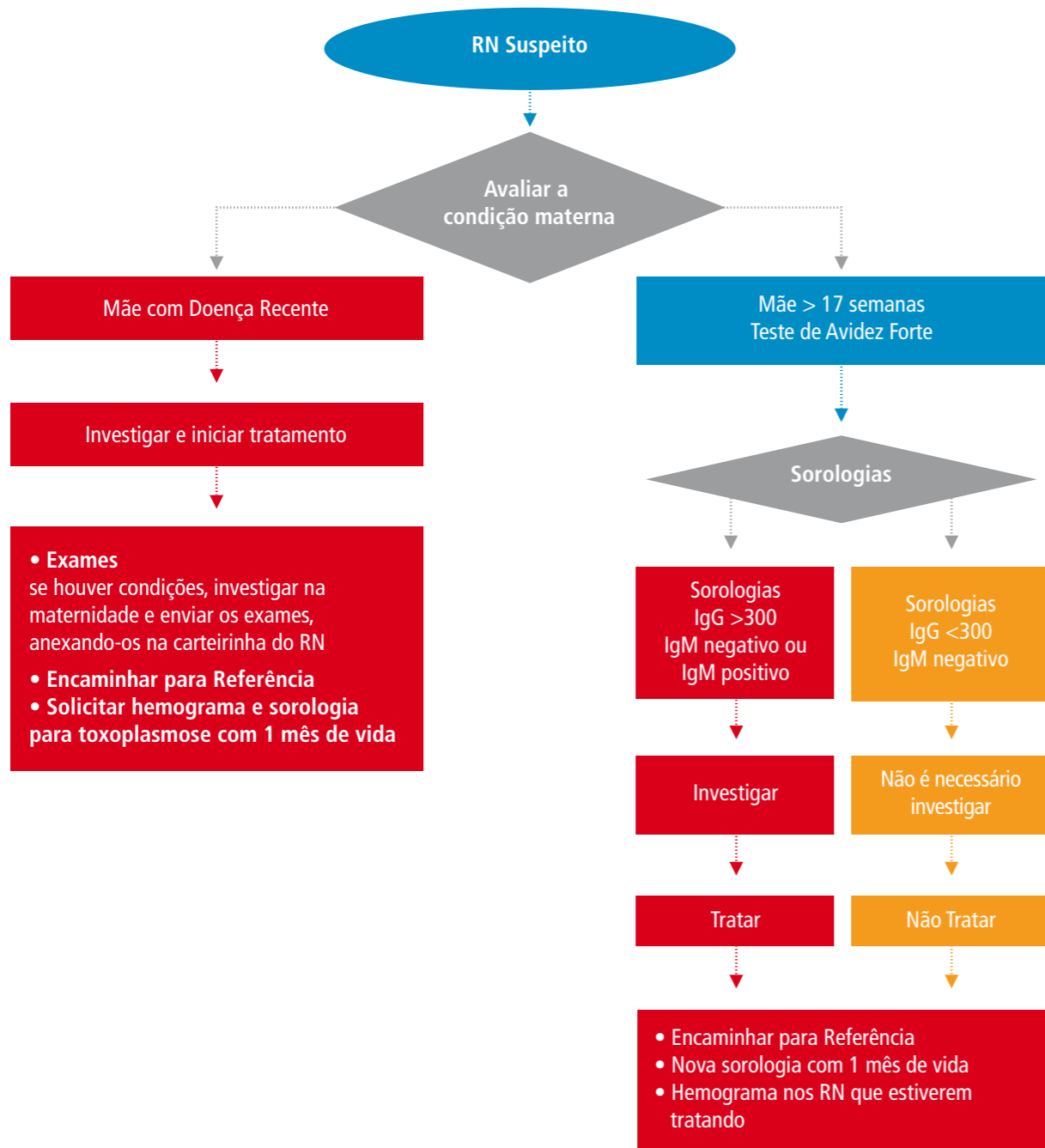
Investigação

- Sorologias para Toxoplasmose (IgG e IgM);
- Fundo de olho;
- Radiografia de crânio;
- Ultrassonografia transfontanela;
- Líquor completo (RN sintomático);

Referência

- Ambulatório de infecções congênitas (HINSG).

INTERPRETAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO PARA TOXOPLASMOSE



CONDUTA EM CASOS DE SUSPEITA DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

COMPETE À MATERNIDADE

- Realizar:
 - *IgM e IgG quantitativo para análise sorológica de Toxoplasmose congênita no recém-nascido;*
 - *Iniciar o tratamento de acordo com esquema*

ma terapêutico preconizado pelo protocolo, nos casos indicados no fluxograma do RN;

- *Exame anatomopatológico de tecido placentário para detecção do Toxoplasma gondii;*
- Os exames seguintes só serão necessários nos RNs de mães com doença recente ou sorologia IgG >300, IgM negativo ou IgM positivo:
 - *Hemograma completo do RN, com contagem de plaquetas;*

- *Líquor no RN sintomático;*
- *Radiografia de crânio do RN para detectar a presença de calcificações cerebrais difusas;*
- *Ultrassonografia transfontanela para detectar a presença de calcificações cerebrais difusas, dilatações ventriculares, necrose por enfarte periventricular;*
- *Exame oftalmológico para análise do **fundo de olho** na detecção de sinais de coriorretinite, uveíte e iniciar o tratamento precocemente com o uso de corticóide se necessário;*

- Orientar a mãe para o retorno a US até o 10º dia de vida do RN para o atendimento de puericultura;
- Notificar todos os Casos Suspeitos, através de ficha epidemiológica devidamente preenchida e entregue à equipe de epidemiologia responsável pela busca ativa neste hospital;
- Agendar consulta no serviço de infectologia pediátrica (HINSG), com 1 mês de vida com nova sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM); caso o RN esteja recebendo medicação também deve ser solicitado hemograma com plaquetas.

COMPETE A US

- Visita precoce ao RN, até o 10º dia de vida; confirmar avaliação especializada com infectologia pediátrica, previamente agendada pela maternidade para o 30º dia de vida;
- Acompanhamento de puericultura;
- Exame do RN pelo pediatra com 10 dias de vida;
- Confirmar avaliação especializada com infectologia pediátrica, no 30º dia de vida;
- Busca ativa quando o retorno binômio mãe/RN não ocorrer.

Compete ao SERVIÇO DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA avaliar e definir as condições do RN, confirmado ou descartado o caso, completar a ficha de investigação.

CONDUTA APÓS AVALIAÇÃO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA

CASOS DESCARTADOS

- Alta;
- Acompanhamento de puericultura na US;

CASOS CONFIRMADOS

- Compete a US:
 - *Acompanhar o lactente sintomático através de visita domiciliar bimestralmente, averiguando o esquema vacinal, o uso adequado da medicação, o comparecimento às consultas de infectologia, avaliando as intercorrências, bem como esclarecendo dúvidas existentes;*
 - *Realizar o esquema vacinal, conforme rotina da puericultura;*
 - *Realizar a busca ativa quando necessário;*
- Compete ao Serviço de Infectologia Pediátrica:
 - *Realizar acompanhamento mensal da criança sintomática e assintomática no primeiro ano de vida.*
 - *Retroalimentar a US com as informações pertinentes;*
 - *Encaminhar para avaliação **neurológica pediátrica** definindo acompanhamento se necessário;*
 - *Encaminhar para **avaliação audiométrica**;*
 - *Instituir esquema de tratamento por 1 ano, conforme definição do caso:*
 - *Toxoplasmose Congênita Sintomática*
 - *Toxoplasmose Congênita Sintomática com processo inflamatório ocular*
 - *Toxoplasmose Congênita Assintomática;*
 - *Encaminhar para **avaliação oftalmológica**:*
 - ***Exame de fundo de olho**, semestralmente até os 3 anos de idade;*
 - *Anualmente, até os 18 anos, mesmo que não apresente alterações, orientar sobre o risco de coriorretinite, principalmente na puberdade.*

CONDUTA DOS CASOS EM INVESTIGAÇÃO

- Compete a US:
 - *Seguimento mensal de puericultura com o pediatra, alertando a mãe para os sinais clínicos da toxoplasmose;*
 - *Solicitar IgG e IgM quantitativo aos seis meses de vida para seguimento do caso;*
 - *Agendar retorno para a infectologia pediátrica, aos seis meses de vida;*
 - *Busca ativa para os faltosos;*
- Compete ao Serviço de Infectologia Pediátrica:
 - *Analisar os casos;*
 - *Avaliação clínica e laboratorial (com sorologia IgG e IgM para toxoplasmose) com 30*

- dias de vida),
- *Retroalimentação para US com as informações pertinentes para continuação de puericultura;*
- *Avaliação clínica e laboratorial (com sorologia IgG e IgM para toxoplasmose) com seis meses de vida;*
- *Os casos que não negativam em até seis meses, devem ser acompanhados com sorologia até a negatificação;*

- Se em algum momento do acompanhamento o caso for considerado infectado, iniciar tratamento;
- Notificar, através da ficha de investigação epidemiológica o encerramento do caso;

ESQUEMA TERAPÊUTICO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Criança assintomática e mãe com diagnóstico confirmado de infecção primária na gravidez

- Realizar uma série de Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico por 30 dias. Proceder à investigação para reavaliar a necessidade de continuar o tratamento;

Toxoplasmose Congênita Assintomática

- Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico por seis semanas;
- Depois deste período, alternar com Espiramicina;
- Esta última é utilizada por 6 semanas e em seguida, alterna-se com 4 semanas de Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico, até completar 1 ano de tratamento;
- Ou pode-se usar somente o esquema inicial durante 1 ano se tiver poucos efeitos colaterais, pois é o esquema mais efetivo;

Toxoplasmose Congênita Sintomática

- A duração do tratamento é de 1 ano, sendo que nos primeiros seis meses, deve-se fazer uso da Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico, continuamente;
- Nos 6 meses subsequentes, alternar 1 mês de Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico com 1 mês de Espiramicina;

- Ou pode-se usar somente o esquema inicial durante 1 ano se tiver poucos efeitos colaterais, pois é o esquema mais efetivo;
- O tratamento só deve se prolongar após os 12 meses de idade se houver reagudização do quadro oftalmológico;
- Em outros momentos, havendo reagudização do quadro oftalmológico, o tratamento ocorre por 40 dias.

Toxoplasmose Congênita Sintomática com evidência de processo inflamatório (coriorretinite, proteinorraquia elevada, infecção generalizada e icterícia colestática)

- Realizar o mesmo esquema de tratamento da Toxoplasmose Sintomática, com acréscimo do corticóide enquanto perdurar o processo inflamatório;

Dosagens Pediátricas

- **Pirimetamina:** 3 mg/Kg/dia - dose de ataque - por 1 dia e manutenção. 1 mg/Kg/dia (máximo de 25 mg), via oral, uma vez ao dia, diariamente. A droga deve ser manipulada em solução, na concentração de 2 mg/ml (1ml/Kg/dia na dose de ataque e 0,5ml/Kg/dia na dose de manutenção); ou manipular cápsulas na dosagem certa da criança e diluir o conteúdo de 1 cápsula e dar via oral 1 vez por dia.
- **Sulfadiazina:** 100mg/Kg/dia, VO, 6 em 6h. Manipulada em solução, na concentração de 100mg/ml (0,5ml/Kg/dia de 6 em 6h);
- **Espiramicina:** 100mg/Kg/dia, VO, 6 em 6h, na concentração de 100mg/ml (0,5ml/Kg/dia de 6 em 6h);
- **Prednisona ou prednisolona:** 1 mg/Kg/dia, VO, 1 vez por dia. Deverá ser mantida até a regressão do processo inflamatório, sendo retirada gradativamente;
- **Ácido Folínico:** 5mg por dia, VO, em dias alternados. Deverá ser manipulada em solução na concentração de 2mg/ml, na posologia de 2,5ml em dias alternados; se apresentar anemia ou leucopenia no hemograma de controle, usar 5mg em dias consecutivos.

ESQUEMA TERAPÊUTICO – TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

IDADE/MÊS	ASSINTOMÁTICO	SINTOMÁTICO
1	SPAF (4 semanas)	SPAF
2	SPAF (2 semanas)	SPAF
2	E (2 semanas)	SPAF
3	E (4 semanas)	SPAF
4	SPAF	SPAF
5	E	SPAF
6	SPAF	SPAF
7	E	E
8	SPAF	SPAF
9	E	E
10	SPAF	SPAF
11	E	E
12	SPAF	SPAF

SPAF: Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido folínico; E: Espiramicina

Orientações gerais quanto ao esquema terapêutico

- Em caso de toxicidade, aumentar a dosagem do Ácido Folínico para 5 mg em dias consecutivos, e se a toxicidade persistir, suspender temporariamente a Pirimetamina;
- Sendo a Pirimetamina, um antifólico, é indispensável controlar o tratamento com hemograma com contagem de plaquetas, mensalmente, quando do uso desta droga;

1.4.10.4 TRASMISSÃO VERTICAL DO HIV CENÁRIO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:

No Brasil, cerca de 3 milhões de mulheres dão a luz ao ano, sendo 12.644 mil portadoras do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). No entanto, menos de 63% das gestantes portadoras do HIV são testadas.

A partir do Protocolo (PACTG 076), 1994, observou-se redução de 67,5% na transmissão do HIV para os RN quando se usava o anti-retroviral Zidovudina (AZT) durante a gestação, trabalho de parto, parto e para o RN em uso de fórmula láctea. A partir de 1996 o Brasil passou a disponibilizar na rede pública o AZT injetável.

A taxa de transmissão vertical (TV) do HIV, sem

qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%, ao passo que, com o uso das medidas de prevenção da TV pode ser reduzida para 0 a 2%.

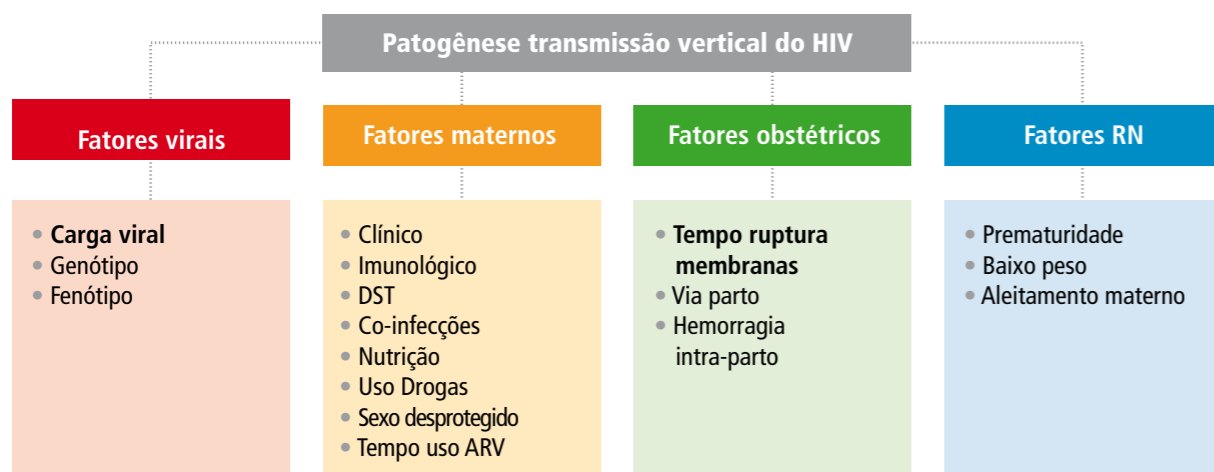
A redução da TV do HIV com o uso de AZT é independente do nível de carga viral; estudos analisando o PACTG 076 mostraram redução mesmo quando a carga viral era menor de 1.000 cópias/ml.

A maior parte dos casos de TV do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto através do aleitamento materno.

O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, que se renova a cada exposição da criança ao peito, e situa-se entre 7% a 22%. Esse risco se eleva, sendo de aproximadamente 30%, quando a infecção da mãe ocorre durante o período de amamentação. Por esse motivo o aleitamento materno e o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra mulher) estão contra-indicados.

PREVENINDO A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Vários fatores são implicados na TV do HIV: virais, maternos, obstétricos e inerentes ao RN. No entanto, a carga viral e ruptura prolongada de membranas são os principais fatores relacionados (figura1).



COMO PREVENIR TV DO HIV?

- Oferecer a testagem anti-HIV à gestante na primeira consulta pré-natal;
- Garantir oferta e uso de ARV combinados durante gestação e CV < 1000 cópias/ml;
- Conhecer o perfil clínico-imunológico da gestante – preparar a via de parto;
- Iniciar AZT injetável no início do trabalho de parto e mantê-lo até o clampeamento do cordão umbilical do RN;
- Cuidados com o RN na sala de parto;
- Garantir início AZT oral nos RN de mães HIV + preferencialmente nas primeiras 2 horas de vida e mantê-lo até 6 semanas.

QUANDO OFERECER A TRIAGEM ANTI-HIV NA GESTAÇÃO?

É recomendada a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, e sempre que possível, sua repetição no início do 3º trimestre, utilizando testes rápidos se necessário.

CENÁRIO 1

Idade gestacional	A partir da 14ª semana
Uso de terapia anti-retroviral	Não
Situação clínica	Assintomático
Contagem de linfócitos T-CD4+	>200 células/mm ³
Recomendação terapêutica:	Profilaxia com TARV (AZT+3TC+NFV ou NVP)
Situação clínica	Assintomática
Contagem de linfócitos T-CD4+	>200 células/mm ³
Carga viral	<1.000 cópias/ml
Recomendação terapêutica:	Monoterapia com AZT*

Nota: na impossibilidade de uso do AZT, (anemia grave) substituir por d4T, porém nunca em monoterapia

As mulheres que, apesar de testadas, chegam ao momento do trabalho de parto sem o resultado da sorologia realizada, aconselhar a realizar o diagnóstico na maternidade, utilizando testes rápidos anti-HIV.

Se ocorrer sorologia indeterminada, proceder a coleta de história de riscos de exposição a DST/AIDS e a triagem sorológica do parceiro, além de se solicitar carga viral da gestante.

O QUE O PEDIATRA DEVE SABER SOBRE A TERAPIA ANTI-RETROVIRAL (TARV) NA GESTANTE HIV+:

- TARV – profilático: início a partir 14ª semana gestação
- TARV – tratamento: início com o diagnóstico de AIDS

A seguir estão os 3 cenários desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para orientar a indicação dessas terapias ARV. Ao pediatra cabe a função de acompanhar criticamente o processo de condução da gestante, visando um trabalho de parto e parto bem sucedidos, com menor risco de TV do HIV ao RN.

* Nesses casos a operação cesariana eletiva deverá ser a via de parto.

CENÁRIO 2

Idade gestacional	Independente
Uso de terapia anti-retroviral	Não
Situação clínica	Assintomática
Contagem de linfócitos T-CD4+*	≤200 células/mm ³
Recomendação terapêutica:	TARV-tratamento (AZT+3TC+NFV ou NVP)
Situação clínica	Sintomática
Contagem de linfócitos T-CD4+	Independente
Recomendação terapêutica:	TARV-tratamento (AZT+3TC+NFV ou NVP)

Nota: mulheres que se encontram sem TARV, mas com história de uso de ARV, avaliar as drogas usadas previamente e tratar segundo as recomendações do consenso para TARV em adultos e adolescentes infectados pelo HIV.

CENÁRIO 3:

Idade Gestacional	Independente
Clínica	Mulher HIV+ em uso de TARV*
Uso de TARV	Sim
Contagem de linfócitos T-CD4+	Independente
Carga Viral	Independente

Recomendação terapêutica:**

O esquema terapêutico em uso será mantido enquanto se apresentar eficaz, exceto se contiver drogas sabidamente contra indicadas durante a gestação, tais como hidroxiuréia e efavirenz que deverão ser substituídas.

Sempre que possível, a zidovudina (AZT) deverá compor o esquema de tratamento. A única exceção ao uso completo do regime de AZT durante a gravidez se aplica às gestantes que estejam fazendo uso, com sucesso, de esquemas terapêuticos que incluam a estavudina (d4T) ou o tenofovir (TDF). Nesse caso, deve-se manter o esquema terapêutico com o d4T ou TDF e administrar AZT intravenoso durante o trabalho de parto e parto e a solução via oral para o RN.

**As novas drogas anti-retrovirais (Atazanavir, Tenofovir, Inibidores de Fusão) atualmente disponíveis ainda são pouco conhecidas com relação à segurança e possibilidade de uso durante a gestação. Assim, a sua utilização deverá ser considerada apenas para os casos de necessidade de alteração do esquema de terapia anti-retroviral em uso pela gestante, devido à resistência a outros anti-retrovirais ou pela situação clínica da mulher.

LEMBRANDO OS ARV CONTRA-INDICADOS, OU DE USO RESTRITO, NA GESTAÇÃO:

- a. a associação Estavudina/Didanosina (ddl/d4T) não deve ser utilizada na gestação.
- b. Hidroxiuréia, Efavirenz e Amprenavir (solução oral) são anti-retrovirais com contra-indicação absoluta na gestação, e devem ser utilizados com precaução nas mulheres em idade fértil, garantindo-lhes acesso a métodos contraceptivos seguros.
- c. Indinavir é contra-indicado na gestante em virtude do elevado risco de hiperbilirrubinemia e nefrolitíase.
- d. Abacavir deve ser evitado na gestante.
- e. Há poucos dados sobre o uso dos Inibidores de Fusão (T20), sendo admitido seu uso somente nos casos com multiresistência.

COMO DECIDIR A VIA DE PARTO:

Via de Parto – Critérios para sua escolha

Cenário 1 (A)

Carga Viral	≥ 1.000 cópias/ml ou desconhecida (B)
Idade Gestacional (na ocasião da aferição)	≥ 34 semanas
Recomendações	Parto por cirurgia cesariana eletiva*

Cenário 2

Carga Viral	< 1.000 cópias/ml ou indetectável**
Idade Gestacional (na ocasião da aferição)	≥ 34 semanas
Recomendações	Via de parto por indicação obstétrica.

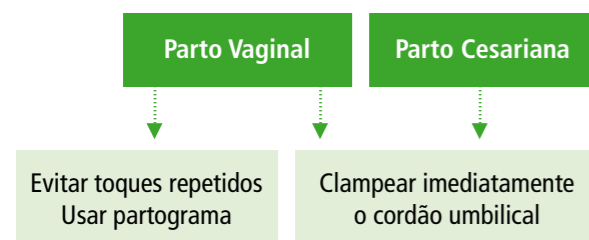
* Cirurgia cesariana eletiva significa aquela realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas íntegras.

- Nesse grupo de mulheres, a cirurgia cesariana deverá ser a via de parto de escolha desde que esteja a dilatação cervical em até 3 a 4 cm e as membranas amnióticas íntegras.
- Para efeito de indicação da via de parto, considerar também carga viral desconhecida, aquela que tenha sido aferida antes da 34ª semana de gestação.

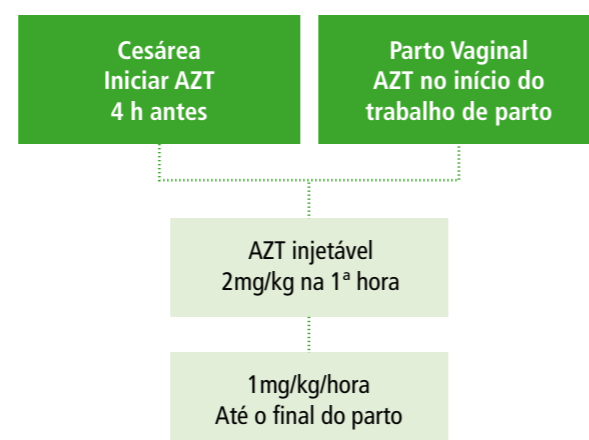
** Nos casos de uso de monoterapia com AZT, durante toda a gestação, apesar da obtenção desses níveis de carga viral, a cirurgia cesariana eletiva se constitui a via de parto de escolha, devendo ser assegurada para essas mulheres.

PRECAUÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO:

- Evitar amniocentese e cordocentese
- Evitar ruptura de membrana
- Evitar amniotomia
- Evitar episiotomia
- Abreviar trabalho de parto



USO DE AZT INJETÁVEL DURANTE TRABALHO DE PARTO:



CUIDADOS COM O RN DE MÃES HIV + NA SALA DE PARTO:

- Lavar o RN com água e sabão;
- Aspirar vias aéreas cuidadosamente se necessário;
- Iniciar a 1ª dose do AZT em solução oral preferencialmente ainda na sala de parto logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras 2 horas após o nascimento;
- Não Amamentar – Oferecer Fórmula láctea;
- Não realizar aleitamento cruzado;
- Proporcionar alojamento conjunto incentivando o vínculo mãe-filho;
- Encaminhar o RN para atendimento no SAE para crianças expostas ao HIV;
- Controle laboratorial da toxicidade do AZT ao nascimento e após 6 e 12 semanas

USO DO AZT SOLUÇÃO ORAL PARA O RN DE MÃE HIV +:

- Iniciar AZT Solução Oral (até 2ª h de vida)
- Dose: 2 mg/Kg de 6/6 h, por 6 semanas

PARA RN PREMATUROS (< 34 SEMANAS):

- 1,5 mg/Kg IV ou 2 mg/Kg VO de 12/12h, nas primeiras 2 semanas
- Se >30 semanas – 2 mg/Kg de 8/8 h, por mais 4 semanas
- Se <30 semanas – esperar 4 semanas para modificar o esquema

REAÇÕES ADVERSAS DO AZT NOS RN:

- Freqüentes: anemia; neutropenia; intolerância gastrointestinal; cefaléia
- Infreqüentes: miopatia; miocardiopatia, hepatite, acidose láctica

1.5 CONSULTAS DE PUERICULTURA

- Processo multiprofissional que deve ser desenvolvido em parceria com as famílias e a comunidade;

- Destinada às crianças de ambos os sexos, de 0 a 10 anos;
- Cada Unidade de Saúde tem o compromisso de organizar o processo de trabalho para priorizar o atendimento às crianças desta faixa etária;
- O atendimento de puericultura prevê uma periodicidade de consultas médicas (CM) e de Enfermagem (CE), intercaladas, de forma a favorecer a aplicação de ações programadas;
- As consultas devem ser programadas e agendadas previamente.
- A puericultura inclui a avaliação e orientação sobre alimentação, imunização, padrão de sono, comportamento, adaptação e rendimento escolar, prevenção de acidentes, comportamento de risco, contato com álcool, tabaco e outras drogas;
- Auscultas cardíaca, palpação de pulsos e palpação abdominal são recomendadas em todas as consultas de puericultura;
- A medida rotineira da pressão arterial está indicada aos 3 anos, no início da idade escolar e pelo menos duas vezes na adolescência;
- A triagem da Displasia Evolutiva do Quadril se baseia em testes clínicos específicos (Barlow e Ortolani, nos primeiros 10 dias de vida, e abdução das pernas, até a criança caminhar), recomendados em todas as consultas do primeiro ano de vida, uma vez que o diagnóstico precoce permite a recuperação total da criança. Casos suspeitos devem ser encaminhados ao ortopedista com urgência;
- Exames laboratoriais de rotina: hemoglobina e hematócrito entre 6 e 12 meses de idade nas crianças de alto risco (condição socioeconômica baixa, prematuridade, gemelaridade, baixo peso, leite de vaca no 1º ano de vida), e nas meninas na época da menarca. Exame de urina em crianças assintomáticas não tem qualquer impacto na sua saúde. Exame de fezes de rotina deverá ser avaliado de acordo com a realidade epidemiológica local.

1.5.1 CRONOGRAMA DAS CONSULTAS DE PUERICULTURA – MÉDICAS E DE ENFERMAGEM – PARA CRIANÇAS BAIXO RISCO

IDADE	CONSULTAS	
	MÉDICAS	ENFERMAGEM
Até 10º dia de vida	X	X (visita domiciliar até o 7º dia)
1 mês	X	
2 meses		X
4 meses	X	
6 meses		X
7 meses	X	
9 meses		X
12 meses	X	
15 meses		X
18 meses	X	
2 anos	X	
2 anos e 6 meses		X
3 anos	X	
3 anos e 6 meses		X
4 a 10 anos	Anual	

1.5.2 CRONOGRAMA DE CONSULTAS DE PUERICULTURA PARA RN OU CRIANÇA DE RISCO

- Captação precoce até 7º dia de vida; consulta quinzenal ou semanal, de acordo com a gravidade, até sair da situação de risco.
- Monitoramento rigoroso com consulta médica mensal e em situações mais graves,

1.5.3 CHECK-LIST DA CONSULTA DE PUERICULTURA

(Adaptado de "Consulta da criança", PROQUALI, SESA- Ceará, 2000)

S =sim N= não NA= não avaliado

ANAMNESE

	S	N	NA
1. Cumprimenta a mãe/acompanhante/criança cordialmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apresenta-se, se pertinente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Calcula idade da criança pela DN e registra no prontuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pergunta à mãe/acompanhante sobre o estado da criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mantém contato visual e verbal com a criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avalia peso e estatura e registra no cartão da criança e no gráfico de crescimento do prontuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Verifica vacinas e orienta sobre o calendário mínimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Investiga alimentação detalhadamente, e se consulta do recém-nascido, verifica a pega da mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avalia os principais marcos do desenvolvimento infantil, e registra no cartão da criança e no prontuário: (Desenvolvimento motor; Comunicação expressiva e receptiva; Percepção visual e auditiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAME FÍSICO

10. Lava as mãos com água e sabão e seca em toalha de papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Realiza exame físico geral da criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Verifica existência de problemas oculares: catarata, glaucoma, estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Identifica lesões sugestivas de maus tratos e/ou negligência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Realiza exame neurológico-evolutivo do lactente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lava as mãos com água e sabão e seca em toalha de papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Registra o exame físico no prontuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FECHAMENTO DA CONSULTA

17. Orienta sobre higiene da criança, incluindo higiene oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Orienta sobre cuidados de higiene ambiental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Orienta alimentação: aleitamento materno exclusivo até seis meses, alimentos complementares até 2 anos, alimentação saudável em todas as idades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Orienta estimulação da criança com brincadeiras e atividades afetivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Solicita exames complementares, se necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Realiza prescrições, se necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Realiza encaminhamentos, se necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Verifica se a mãe/acompanhante compreendeu as orientações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Agenda retorno, se necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Despede-se da criança/mãe/acompanhante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Registra as informações no prontuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.6 ALIMENTAÇÃO

- Uma medida fundamental é reforçar junto à mãe e familiares os aspectos básicos da alimentação;
- É importante avaliar a alimentação da criança, identificar precocemente os problemas relacionados à alimentação e orientar quanto à correção destes problemas;
- A dieta da criança deve ter qualidade, quantidade, frequência e consistência adequadas para cada idade. Para crianças com até 06 meses de idade o leite materno é o melhor alimento. A criança de 02 a 06 anos (pré-escolar), em fase de formação dos hábitos alimentares, possui menores necessidades nutricionais e queda do apetite. A criança em idade escolar (06 a 10 anos) se caracteriza pelo ganho de peso mais acentuado, devendo ser estimulada a aumentar sua atividade física.

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR POR FAIXA ETÁRIA

ATÉ 6 MESES DE IDADE

- Amamentar ao peito tantas vezes quanto a criança quiser, de dia e à noite, por livre demanda. Dar somente o leite materno, sem oferecer nenhuma outra comida ou líquidos, como água, chá e sucos;
- O tempo de esvaziamento da mama depende de cada bebê, podendo variar de poucos minutos a 30 minutos ou mais;
- A pega correta facilita o esvaziamento total da mama e a retirada do leite posterior (final da mamada), mais rico em gordura, promovendo a saciedade, o ganho de peso adequado, aumentando os intervalos entre as mamadas.

ORIENTAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

DE 6 A 11 MESES

- **Crianças que mamam no peito:**
 - Além do peito, iniciar a alimentação complementar oferecendo à criança 03 refeições ao dia (02 papas salgadas e 01 papa de frutas), senão ela poderá desnutrir, pois nessa fase, só leite materno não supre suas necessidades nutricionais;
 - Oferecer gradualmente os alimentos comple-

- mentares, que devem ser variados e coloridos, com consistência macia (tipo purê grosso), como papa de frutas e papa salgada de cereais, leguminosas, tubérculos, hortaliças, carnes, vísceras, peixes, ovos inteiros cozidos e outros;
- Dar preferência aos alimentos habituais da família modificados na consistência, amassados com garfo e não liquefeitos ou peneirados, a fim de estimular a mastigação e auxiliar no funcionamento intestinal. A partir do 9º mês, oferecer alimentos picados em pequenos pedaços;
- Dar os alimentos na seguinte proporção de 3:1:1:1, por exemplo: 3 colheres de sopa do alimento básico - arroz; 1 de leguminosa - feijão; 1 de proteína animal - fígado; 1 de hortaliça - abóbora, espinafre;
- Acrescentar 5 ml (1 colher de sobremesa) de óleo ou azeite cru sobre a papa salgada.
- Usar sal com moderação. Usar temperos caseiros (alho, salsa, cebolas verde e branca, etc) e evitar condimentos (pimenta, ketchup, maionese e mostarda etc);
- Não trocar as refeições por leite materno. A criança deve comer até que esteja satisfeita e não queira mais;
- Oferecer os alimentos complementares com colher, em prato ou copo, ao invés de mamadeira (é mais difícil de limpar, contamina os alimentos e leva à diarreia);
- Não oferecer, como refeição, alimentos líquidos e de baixa densidade energética, como sopas e sucos. Isso leva à desnutrição;
- Não esfriar o alimento que vai ser dado à criança soprando sobre ele, nem provar o alimento com a colher com a qual vai ser dado à criança;
- Observar cuidados de higiene no preparo e oferta de alimentos. Dar alimentos frescos, logo após o preparo. Evitar estocar alimentos já preparados ou dar restos de alimentos da refeição anterior. Oferecer água filtrada ou fervida;
- Observar a qualidade e variedade dos alimentos, preferindo os disponíveis na comunidade;
- Não é correto desistir de oferecer um alimento que a criança parece recusar. Deixe passar algum tempo e ofereça-o novamente;

- **Crianças que não mamam no peito:**

- Para a criança que não mama no peito, oferecer 05 a 06 refeições ao dia: 02 papas salgadas, 01 papa de frutas e 02 a 03 refeições com leite ou mingau servidos no copo ou prato;

- Não trocar as refeições por leite ou mingau;
- Dar preferência a fórmula infantil (leite de vaca modificado) que ao leite integral. Caso não seja possível, ensinar a preparação do leite integral na diluição correta (ver pág 22).

1 ANO

- **Crianças que mamam no peito:**

- Oferecer 05 a 06 refeições ao dia: 02 refeições de sal e 03 lanches ao dia com frutas da estação, tubérculos cozidos, pães, cuscuz e tapioca;
- Manter o leite materno;
- Dar da mesma comida servida à família, sem temperos picantes e com pouco sal, picados em pequenos pedaços ou na consistência que a família já come.
- Orientar para que receba: cereais, leguminosas, carnes, ovos, frango, peixe, vísceras, frutas e verduras da época;
- Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas;
- O mel poderá ser acrescentado aos lanches a partir dessa idade;

- **Crianças que não mamam no peito:**

- Dar 05 a 06 refeições ao dia, 02 refeições de sal (mesma comida servida à família), 03 lanches (frutas da estação, tubérculos cozidos, pães, cuscuz e tapioca) e ingerir no mínimo 500 ml de leite ou mingau por dia (preferir fórmulas infantis);
- Não trocar as refeições de sal por leite ou mingau.

2 A 6 ANOS

- Continuar as 05 refeições diárias, com horários regulares. Oferecer alimentos nutritivos entre as refeições, tais como: frutas da estação, tubérculos cozidos, biscoitos, pães, leite ou derivados, cuscuz e tapioca;
- Não oferecer à criança sobra de alimentos da refeição anterior;
- Não trocar as refeições por leite ou mingau. Diminuir o volume do leite ingerido diariamente a fim de evitar a recusa da refeição de sal, o que pode levar a anemia ferropriva, constipação intestinal, prejuízo da dentição, anorexia e desnutrição;
- Permitir e estimular a manipulação e exploração dos alimentos com as próprias mãos e com talheres;
- Lembrar que as necessidades nutricionais e apetite do pré-escolar são menores quando compa-

- rados com as dos lactentes e adolescentes, sendo motivo frequente de queixas maternas;
- Evitar recompensas, chantagens ou punições, pois podem reforçar a recusa alimentar;
- Continuar evitando frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, porém não proibí-los, porque estimularão ainda mais o interesse da criança, mas consumir em horários e quantidades adequados;
- É recomendável que as refeições sejam feitas à mesa com os pais e/ou irmãos mais velhos, de preferência sem TV;
- Preocupar-se com a qualidade da gordura consumida, limitando o uso de gordura "trans" (margarina, biscoitos recheados) e saturadas (gordura hidrogenada e animal) e estimulando consumo de gorduras mono (azeite) e poliinsaturadas (peixes);
- Oferecer alimentos ricos em ferro, vitaminas A e D, zinco e cálcio, essenciais nessa fase da vida. Ver consumo diário de cálcio. (Tabelas 1 e 2)

6 A 10 ANOS

- As refeições devem incluir, no mínimo, o desjejum, o almoço e o jantar;
- A merenda escolar deverá conter alimentos regionais, evitando o uso de alimentos isentos de valor nutricional;
- Ingerir nutrientes em quantidade e qualidade adequadas ao crescimento e desenvolvimento desta faixa etária, limitando a quantidade de bebidas durante as refeições;
- Incluir nas refeições os diversos grupos alimentares, sem temperos fortes e picantes e continuar evitando o consumo de refrigerantes, sucos artificiais, balas e outras guloseimas;
- Consumir diariamente e variar: as frutas, verduras e legumes, de preferência, regionais, que são ótimas fontes de calorias, minerais, vitaminas hidrossolúveis e fibras;
- Consumir com restrição gorduras saturadas e trans para profilaxia de aterosclerose e doença coronariana na vida adulta;
- Controlar a ingestão de sal para prevenção de hipertensão arterial;
- Consumir cálcio para formação adequada da massa óssea e profilaxia da osteoporose na vida adulta; (Tabela 2);
- Controlar o ganho excessivo de peso através da adequação da ingestão de alimentos ao gasto energético e praticar exercício físico regularmente.

TABELA 1

QUANTIDADE DE ALIMENTOS NECESSÁRIOS PARA SER ATINGIDA A NECESSIDADE DE CÁLCIO – CRIANÇAS DE 1 A 3 ANOS

Alimentos	Total de cálcio (mg)
1 xícara de leite integral (250 ml)	290
1 fatia de queijo branco (30 g)	205
1 laranja	96
Total	591

1.6.1 ALEITAMENTO MATERNO

O profissional de saúde, no atendimento ao lactente, bem como à gestante deverá dar atenção especial ao aleitamento materno, avaliando em cada caso, o risco do desmame precoce bem como o manejo, ou técnica de amamentação: posição, pega e sucção adequados, horário,

TABELA 2

QUANTIDADE DE ALIMENTOS NECESSÁRIOS PARA SER ATINGIDA A NECESSIDADE DE CÁLCIO – CRIANÇAS DE 4 A 8 ANOS

Alimentos	Total de cálcio (mg)
2 xícaras de leite integral (250 ml)	580
1 fatia de queijo branco (30 g)	205
1 unidade média de mamão	62
Total	847

rio, posição, alternância, reforçando a superioridade do aleitamento materno e os prejuízos do desmame precoce, tanto para o bebê como para a mãe. Deverá promover e proteger o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade do bebê e continuá-lo até dois anos ou mais, juntamente com a refeição da família a partir dos seis meses.

MANEJO DO ALEITAMENTO MATERNO

ITEM	TÉCNICA
Início da amamentação	Colocar o bebê para mamar logo após o nascimento: dentro da primeira meia hora após o parto.
Amamentação sob livre demanda	O bebê deve ser amamentado sempre que tiver fome, durante o tempo que quiser, inclusive à noite, até que largue o peito espontaneamente.
Posição para amamentação	A mãe deve sentar-se confortável, com a coluna alinhada. O bebê deve estar com a cabeça e a coluna alinhadas, apoiadas no braço da mãe. A barriga da mãe e do bebê deve estar em contato.
Alternância	O bebê deve mamar em um seio até esvaziá-lo. Oferecer o outro até que o bebê largue. A próxima mamada deve iniciar no seio que permaneceu mais cheio.
Pega e Sucção	O seio deve ser abocanhado pelo bebê, pegando a maior área possível da parte inferior da aréola; a boca deve estar aberta, com o lábio inferior evertido (peixinho); o queixo encostado no seio; e as bochechas devem estar cheias.
Ordenha	Todas as gestantes devem aprender a ordenhar manualmente, o próprio leite.

■ A pega e a posição correta previnem fissuras e ingurgitamento. O uso de sutiã fenestrado pode causar o bloqueio dos ductos; orientar o uso de sutiãs que sustentem os seios.

■ É importante também detectar precocemente os problemas relacionados à amamentação enfrentados pela mãe e orientar quanto à conduta adequada para cada caso.

PROBLEMAS MAIS FREQUENTES RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

PROBLEMA	CONDUTA
"Meu peito está rachando"	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a posição e a pega e corrigi-los imediatamente; Ao final da mamada passar o leite materno no mamilo e aréola e deixá-lo secar; Expor as mamas ao sol (lembrar o horário adequado) ou à luz de lâmpada incandescente de 40 graus a quinze centímetro de distância; Tomar banho de sol ou de luz diretamente sobre as fissuras; Continuar amamentando.
Engurgitamento	<ul style="list-style-type: none"> Esvaziar os seios. Amamentar o bebê ou ordenhar as mamas, ou ambas. Orientar sobre a doação de leite aos Bancos de Leite Humano; Não orientar sobre o uso de compressas no domicílio.
Mastite	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar avaliação médica; Orientar como nos casos anteriores; Compressas sob supervisão de profissional habilitado em ambiente de atenção à saúde.
"Meu leite é pouco"	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar posição e pega, mitos e comportamentos; Avaliar a causa da falta de estímulo para a produção do leite. Orientar para evitar a oferta de outros alimentos ou bicos artificiais; Orientar para que a produção seja estimulada através do aumento da frequência e do tempo das mamadas e do aumento da oferta hídrica materna; Orientar descanso materno e consequente diminuição da ansiedade.
"Meu leite é fraco"	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar posição e pega, mitos e comportamentos; Avaliar duração das mamadas e alternância da oferta das mamas; Orientar sobre esses fatores.
Amamentação gemelar	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente as mulheres produzem leite suficiente para dois bebês ou mais. Estimular o aleitamento materno exclusivo; Orientar sobre as posições alternativas, adequadas para amamentar gêmeos.
Mães soro positivas para HIV	<ul style="list-style-type: none"> A amamentação é contra indicada, pelo risco de transmissão do vírus através do leite materno; Estas mães necessitam apoio e orientações especiais.
Amamentação cruzada "mães de leite"	<ul style="list-style-type: none"> Orientar para que não adotem ou aceitem esta conduta, pelo risco de transmissão de HIV e outras doenças.
Mães doentes, bebês doentes	<ul style="list-style-type: none"> São raros os casos de mães doentes que em razão disso não podem amamentar; A amamentação ou o aleitamento materno devem sempre ser estimulados, pois acelera o tratamento do bebê.
Bebês em UTINs	<ul style="list-style-type: none"> Com frequência, o aleitamento materno garante a sobrevivência destes bebês. Se suas condições clínicas impedirem a pega ao seio materno, devem ser alimentados em copinhos. Orientar as mães quanto aos seus direitos e os do bebê.
Amamentação e uso de drogas	<ul style="list-style-type: none"> Orientar sobre os perigos do uso do álcool, fumo, cocaína, heroína, craque, etc. Seguir as orientações do Ministério da Saúde sobre amamentação e uso de drogas. São poucos os medicamentos incompatíveis com a amamentação. (Ver tabela sobre amamentação X drogas em anexos.)

Os profissionais devem conhecer e divulgar os malefícios causados pelo uso de chupetas, bicos artificiais e mamadeiras. Devem ainda orientar as

mães quanto aos seus direitos, no hospital, por ocasião do parto, caso ela ou o filho sejam internados ou quando ela retornar ao trabalho.

1.6.2 ORIENTAÇÕES PARA CRIANÇAS TOTALMENTE DESMAMADAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

ALEITAMENTO ARTIFICIAL

- Somente na impossibilidade do aleitamento materno
- Usar de preferência as fórmulas infantis (fórmulas lácteas em pó modificadas) e preparar de acordo com informação do fabricante.
- Oferecer à criança de copinho ou colher evitando usar mamadeira.
- Na impossibilidade de dar fórmula infantil orientar a diluição correta do leite integral fluido ou em pó (leites de vaca não modificados)

DILUIÇÃO DE LEITE DE VACA INTEGRAL

CRIANÇAS ATÉ 04 MESES	CRIANÇAS ACIMA DE 04 MESES
<ul style="list-style-type: none"> Leite de vaca fluido a 2/3: 2 parte de leite/1 parte de água. Leite de vaca em pó integral a 10%: 2 colheres rasas de sopa/100ml de água Acrescentar nos dois casos: 1 colher de sopa rasa de açúcar para cada 100ml de água + 01ml (1 colher café) de óleo de soja ou milho para cada 100ml de água. 	<ul style="list-style-type: none"> Leite de vaca fluido sem diluição Leite de vaca em pó integral a 15%: 3 colheres rasas de sopa/100ml de água. Acrescentar nos dois casos: 1 colher de sopa rasa de farinha + 1 colher de sopa rasa de açúcar/100ml de água + 03 ml (01 colher de chá) de óleo de soja ou milho/100ml de água.

VOLUME E NÚMERO DE REFEIÇÕES LÁCTEAS POR FAIXA ETÁRIA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

IDADE	VOLUME	Nº DE REFEIÇÕES
1ª semana a 30 dias	60 – 120 ml	06 – 08
30 a 60 dias	120 – 150 ml	06 – 08
2 a 3 meses	150 – 180 ml	05 – 06
3 a 6 meses	180 – 200 ml	04 – 05
7 – 12 meses	180 – 200 ml	02 – 03

VITAMINAS E SAIS MINERAIS

Ferro Profilático

- Independente de estar em aleitamento materno ou artificial. O RN a termo, de peso adequado para a idade gestacional, a partir da introdução de alimentos complementares deve receber 1mg/kg/dia de ferro elementar até 2 anos de idade ou 25mg de ferro elementar por semana até 18 meses de idade* (Sulfato Ferroso – Solução oral=25mg/1ml Ferro II).
- Non é necessário se a criança está em uso de leite em pó modificado.
- Prematuro maior que 1500g e RN Baixo Peso, a partir de 30 dias de vida deve receber 2mg/kg/dia durante todo o primeiro ano de vida. Depois 1mg/kg/dia até 2anos. (Sulfato Ferroso – Solução oral=25mg/1ml Ferro II).
- Prematuro com PN entre 1000g e 1500g deve receber 3mg/kg/dia de ferro elementar durante todo o primeiro ano de vida. Depois 1mg/kg/dia até 2anos.
- Prematuro com PN menor que 1000g deve receber 4 mg/kg/dia de ferro elementar durante todo o primeiro ano de vida. Depois 1mg/kg/dia até 2anos.
- Non iniciar frente a quadro infeccioso. No desnutrido, só iniciar quando a criança estiver ganhando peso e sem quadro infeccioso.

*Recomendação do Programa Nacional de Combate à Anemia Carencial do Ministério da Saúde

Melhor absorvido = sais ferrosos, junto com vitamina C e frutas (frutose)
Pior absorvido = sais férricos, junto com gema de ovo, leite, cereais, chá mate ou café.

■ No tratamento da anemia ferropriva: 3 a 5mg/kg/dia por 3-6 meses.

Apresentações:

- Sulfato Ferroso (REMUME) gotas: 1ml=25mg=1mg/gota

Outras apresentações somente encontradas no comércio:

- Hidróxido férrico polimaltosado
- Ferro quelato glicinato

1.7 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

1.7.1 AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO

O crescimento ocorre pela multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal;

É determinado por fatores genéticos e controlado por fatores neuro-endócrinos;

Para que o crescimento ocorra de maneira adequada, é fundamental que as células recebam os nutrientes necessários e, portanto, a criança deve receber um aporte adequado de alimentos, em um ambiente que ofereça bem estar emocional e social;

Nas crianças menores de 5 anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para expressão de seu potencial de crescimento;

O monitoramento do crescimento permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, e o diagnóstico precoce de doenças e da desnutrição, principalmente as formas subclínicas, que muitas vezes passam despercebidas. Auxilia, também, na avaliação da eficácia da conduta terapêutica, através da mudança da direção da curva de crescimento, facilitando o diálogo e o aconselhamento com a mãe ou responsável, por ser um indicador de fácil compreensão.

A avaliação do crescimento implica em cole-

tar medidas antropométricas com metodologia padronizada;

Relacionar essas medidas com sexo e idade, comparando-as com valores de referência e verificar se os valores encontrados estão dentro dos limites estabelecidos como normais;

As medidas antropométricas básicas utilizadas na avaliação do crescimento são o peso, a estatura (comprimento ou altura) e o perímetro cefálico;

Os indicadores, gráficos e tabelas de crescimento são os padronizados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

1.7.1.1 TÉCNICAS DE MEDIÇÃO - ANTROPOMÉTRICA

CRIANÇA ATÉ 2 ANOS DE IDADE (COMPRIMENTO)

A medição do comprimento da criança de 0 a 23 meses é feita com a criança deitada num plano horizontal, em colchão firme, com o auxílio do antropômetro;

■ Posicionamento da criança:

- A cabeça deverá estar no mesmo eixo do tronco, evitando-se lateralização, flexão e extensão do pescoço, manter os joelhos estendidos e as pernas esticadas;
- Os pés deverão estar em posição plantar, evitando ficar na ponta dos pés.

A medida correta exige precisão até o milímetro. Para evitar erros, aconselha-se aproximar para o meio centímetro mais próximo (exemplo: 60,2 cm aproximar para o 60,0 cm; 71,8 cm aproximar para 72,0 cm);

Fazer o registro do comprimento no prontuário da criança imediatamente.

CRIANÇA APÓS 2 ANOS DE IDADE (ALTURA)

A medição da altura da criança > de 02 anos deve ser feita com a criança em pé sem curvar os joelhos, braços ao longo do corpo, calcanhais e ombros eretos, olhando para frente. Realizar em: balança plataforma com antropômetro, antropômetro de parede ou em fita métrica fixada à parede, com auxílio de um esquadro;

A criança deve estar descalça, sem enfeites de cabeça e o cabelo deve estar solto;

- A medida correta requer precisão até o milímetro. Para evitar erros, aconselha-se aproximar para o meio centímetro mais próximo (exemplo: 120,2 cm aproximar para o 120,0 cm; 121,8 cm aproximar para 122,0 cm);
- Fazer o registro da altura no prontuário da criança imediatamente.

TÉCNICA DE PESAGEM

- Toda balança deve ser zerada antes do uso: des-travar e tarar a balança antes de toda e qual-quer pesagem, em caso de balança digital: li-gar e esperar zerar antes de colocar a criança.

ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE

- Deve se pesada sem fraldas e, no máximo, com uma camiseta fina;
- Colocar a criança no centro da balança pedi-átrica, deitada ou sentada. Orientar mãe/res-ponsável a manter-se próximo sem tocar na criança ou no equipamento;
- Ler o peso da criança, anotar imediatamente no Prontuário;
- Informar peso da criança à mãe;
- Realizar avaliação nutricional (peso/idade) e registrar no no mapa de acompanhamento de vigilância Alimentar e Nutricional de Vitória (SISVAN Municipal).

ACIMA DE DOIS ANOS DE IDADE

- Deve estar descalça, trajando no máximo um calção e uma camiseta leve;
- Colocar a criança em pé, no centro da plata-forma;
- Ler o peso da criança, anotá-lo imediatamen-te no prontuário;
- Informar o peso da criança à mãe;
- Realizar avaliação nutricional (peso/idade) e re-gistrar no mapa mapa da vigilância Alimentar e Nutricional, SISVAN Municipal.

1.7.1.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

O acompanhamento do crescimento deverá ser feito através de registro periódico nas curvas para avaliação do crescimento de meninas e meninos de 0 a 10 anos da Caderneta de Saúde da Criança e prontuário na Unidade de Saúde.

A referência adotada para acompanhamento do padrão de crescimento infantil para crianças meno-res de 5 anos são, as curvas de crescimento da Or-ganização Mundial de Saúde (WHO 2006) e para crianças de 5 a 10 anos, as curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (WHO 2007).

Os índices antropométricos e parâmetros adota-dos nas referências da Organização Mundial de Saú-de 2006 e 2007 e aprovados pela Coordenação Ge-ral da Política de Alimentação e Nutrição do Minis-tério da Saúde para crianças de 0 a 10 anos são:

Curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (WHO 2006) Crianças menores de 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Peso por Idade • Estatura por Idade • Peso por Estatura • IMC por Idade
Curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (WHO 2007) Crianças menores de 5 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Peso por Idade • Estatura por Idade • Peso por Estatura • IMC por Idade

Os pontos de corte e índices antropométricos, os valores críticos e o diagnóstico nutricional adotados para acompanhamento são:

CRIANÇAS (< 10 ANOS DE IDADE)

PONTOS DE CORTE DE PESO POR IDADE PARA CRIANÇAS:

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3 Peso Muito Baixo para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2 Peso Baixo para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 97	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +2 Peso Adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2 Peso Elevado para a idade

PONTOS DE CORTE DE ESTATURA POR IDADE PARA CRIANÇA:

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2 Baixa Estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2 Estatura Adequada para a idade

PONTOS DE CORTE DE PESO POR ESTATURA PARA CRIANÇAS:

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2 Peso Baixo para a Estatura
≥ Percentil 3 e < Percentil 97	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +2 Peso Adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2 Peso Elevado para a Estatura

PONTOS DE CORTE DE IMC POR IDADE PARA CRIANÇAS:

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2 Baixo IMC para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +1 IMC Adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2 Sobrepeso
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2 Obesidade

Fonte: Norma Técnica SISVAN- Material Preliminar – Fevereiro de 2008

PERÍMETRO CEFÁLICO

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO
< Percentil 3	< Escore-z -2 Microcefalia
≥ Percentil 3 e < Percentil 97	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +2 Normocefalia
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2 Macrocefalia

Curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde - (WHO 2006) - Crianças menores de 5 anos

Os dados de avaliação nutricional devem ali-mentar regularmente o mapa de acompanhamen-to do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de Vitória (SISVAN Municipal).

CONDUTAS E RECOMENDAÇÕES NO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS:

- **Situações de alerta:**
 - crianças com peso elevado para idade, com

- curva de crescimento ascendente;
- crianças eutróficas com curvas de cresci-mento horizontal ou descendente;
- crianças com muito baixo peso;
- crianças com déficit de altura, princi-palmente se são menores de 2 anos, quando ainda há tempo de recuperar o crescimento em estatura, em muitos dos casos;

■ Conduta e recomendações nas situações de alerta:

- Verificar erro alimentar e realizar orientação educacional relativo à dieta saudável. Fundamental orientação nos “10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos” e “10 passos para a alimentação saudável de crianças entre 2 e 10 anos”.
- Investigar intercorrências clínicas que justifiquem a redução da velocidade do crescimento e tratá-las.
- Investigar vínculo afetivo, cuidados gerais e de higiene.
- Orientar sobre vacinação, aleitamento materno e sobre alimentação complementar adequada para a idade.
- Estimular o consumo de frutas, verduras e legumes;
- Para menores de 2 anos, suplementar com ferro.
- Para crianças com Peso Baixo para a Idade ou Peso Muito Baixo para a Idade, prescrever Vitamina A. (Ver Protocolo de administração de Megadose de Vitamina A em anexo)
- Se necessário investigar desnutrição secundária.
- Nos casos mais graves, encaminhar imediatamente para serviços de maior complexidade ou referência.
- Retorno ao ambulatório semanal, quinzenal ou mensal conforme situação nutricional detectada.
- Verificar e estimular atividade física regular, principalmente para crianças maiores de 4 anos.
- Registrar informações sobre estado nutricional na Caderneta de Saúde da Criança e Prontuário.
- Quando a condição de crescimento é satisfatória, parabenizar a mãe ou responsável e agendar retorno, conforme calendário mínimo de puericultura.

1.7.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

“É a capacidade do indivíduo realizar funções cada vez mais complexas.”

O profissional de saúde deve conhecer o desenvolvimento normal da criança e suas variações para que possa oferecer orientações à família e quando necessário fazer encaminhamento para diagnóstico e intervenção o mais precoce possível.

Além disso, para acompanhar o desenvolvimento de uma criança é preciso conhecer seu modo de vida.

Saber que a inteligência e a habilidade, além de serem determinadas geneticamente, são influenciadas pelo ambiente.

A avaliação do desenvolvimento infantil será realizada através da informação da mãe, da observação e análise do profissional durante a consulta da criança, considerando a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento do Ministério da Saúde, a caderneta da Criança.

O profissional de saúde deve conversar com a mãe sobre a importância do desenvolvimento e o significado da progressão dos marcos que estão no Cartão da Criança. Deve esclarecer à mãe a respeito do desenvolvimento do seu filho e como ela pode, durante os cuidados normais do dia-a-dia com a criança, participar e estimular o crescimento e desenvolvimento da mesma.

1.7.2.1 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento é cefalocaudal e próximo-distal.

O desenvolvimento acontece em zigue-zague (expansão das aquisições, assimilação e organização).

Durante a aquisição há desequilíbrio, irritabilidade e perturbação; na assimilação e organização há equilíbrio, tranquilidade e segurança.

O desenvolvimento se dá em quatro áreas: motor, adaptativo (motor fino), linguagem e pessoal social. O desenvolvimento não apresenta um ritmo fixo e pode haver omissão de alguma etapa (ex: andar sem engatinhar).

Deve-se avaliar e descontar a prematuridade. O desenvolvimento psíquico também é resultado das experiências que a criança experimenta em seu grupo social.

1.7.2.2 MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

DESENVOLVIMENTO NEURO-PSICO-MOTOR

IDADE	RESPOSTA ESPERADA	PADRONIZAÇÃO
4 semanas	Abre e fecha os braços em resposta a estimulação (reflexo de Moro) Abre e fecha os braços em resposta a estimulação (reflexo de Moro)	Utilizar a estimulação usual: queda da cabeça ou som. Não usar a estimulação muito intensa.
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos e cabeça lateralizada.	Deitar a criança em superfície plana com a barriga para cima: posição supina
	Olha para a pessoa que a observa.	Manter o rosto no campo visual da criança olhando em seus olhos.
1 a 2 meses	Dá mostras de prazer e desconforto. Produz sons guturais.	Observar durante a consulta se a criança reage ao ser trocada de roupa, colocada na mesa do exame.
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual	Colocar uma das mãos no campo visual da criança, os dedos movendo ou um objeto de cor. Deve ser colocada na linha média do rosto da criança. Após observar fixação do olhar da criança, afastar lentamente a mão da linha média mantendo os dedos ou o objeto em movimento para a direita e para a esquerda.
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente.	Deitar a criança em superfície plana com a barriga para baixo: posição prona.
	Sorri espontaneamente.	Manter o rosto no campo visual da criança. Falar suavemente, emitir sons, estalos de língua sem tocar na criança. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Começa a diferenciar dia e noite.	Perguntar a mãe se a criança fica mais acordada ou mais alerta durante o dia.
	Postura: passa da posição lateral para a linha média	Quando deitada na posição supina, a cabeça já fica na linha média do corpo e brinca com as mãos.
3 a 4 meses	Colocada de bruços: levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço.	Deitar a criança em superfície plana na posição prona.
	Emite sons-balbúcia	Falar suavemente com a criança na altura da linha de cada ouvido. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Conta com a ajuda de outra pessoa, mas não fica passiva.	Observar se quando a mãe aproxima-se do bebê, ele faz algum movimento como o de aproximação.
	Sorriso social	Toda criança deve apresentá-lo aos 3 meses. Os reflexos transitórios estão diminuídos ou ausentes.
5 a 6 meses	Já consegue fixar o olhar.	Colocar objetos à sua frente e observar se a criança o segue.
	Rola da posição supina para a prona.	Colocar a criança em superfície plana na posição supina. Incentivá-la a virar para a posição prona.
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo.	Posição supina. Segurar as mãos da criança. Puxar suavemente tentando sentá-la.
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.	Falar ou fazer ruído por trás da criança na altura dos ouvidos.
	Reconhece quando se dirige a ela.	Observar se a criança reage quando a mãe fala com ela, quando a mãe coloca-a no colo.

7 a 9 meses	Arrasta-se ou engatinha. Senta-se sem apoio, com cabeça e tronco eretos.	Colocar a criança em superfície plana, sentada. Observar se ela mantém-se com as costas eretas e sem apoiar as mãos na superfície.
	Segura e transfere objetos de uma mãe para outra.	Colocar objeto na mão direita da criança. Na ausência de resposta tentar a mão esquerda.
	Responde diferentemente a pessoas familiares ou estranhos.	Observar expressões faciais da criança dirigidas ao profissional e a mãe. O profissional deve segurar a criança no colo e a mãe chamá-la com os braços. Perguntar a mãe se a criança estranha outras pessoas de fora do seu ambiente familiar.
	Imita pequenos gestos e brincadeiras.	Instigar a criança a imitar os gestos de: bater palmas, adeus, caretas, esconde-esconde.
10 a 12 meses	Arrasta-se ou engatinha. Anda com apoio	Colocar a criança em posição prona, em uma superfície plana. Colocar e oferecer objeto colorido na mesma superfície, longe da mão da criança.
	Pega objetos usando o polegar e indicador (mão em pinça).	Colocar na mão da criança algum objeto pequeno da sala de exame (abaixador de língua, por exemplo).
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido.	Instigar. Apontar a mãe e perguntar: Quem é esta? Na ausência de resposta, perguntar a mãe se a criança fala alguma palavra com sentido. Qual?
	Faz gestos com a mão e com a cabeça (tchau, não, bate palma, etc.).	Observar se a criança faz espontaneamente. Ao final da consulta, despedir-se dando tchau à criança. Perguntar a mãe se a criança faz algum gesto.
13 a 18 meses	Anda sozinha, raramente cai.	Postura de pé, solicitar colaboração da mãe para pedir a criança para caminhar; ou colocar a criança no chão durante a coleta da história clínica.
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário.	Na hora do exame físico, pedir a criança que sozinha tire alguma peça. Em caso de recusa, solicitar a colaboração da mãe no pedido.
	Combina pelo menos duas ou três palavras.	Instigar, tentar observar a resposta da criança em conversa com a mãe. Na ausência de resposta perguntar a mãe.
	Distancia-se da mãe sem perde-la de vista.	Colocar a criança no chão. Oferecer um objeto à distancia e ver se ela se afasta da mãe para pegar o objeto e se volta o seu olhar para a mãe durante o seu percurso.
19 meses a 2 anos	Leva os alimentos à boca com sua própria mão. Segura o copo sozinha.	Observar durante a consulta se a criança como biscoitos ou frutas (ou alimento que a mãe traz) com a própria mão, não sendo possível, perguntar a mãe.
	Corre e/ou sobe degraus baixos.	Pedir a criança para correr ou subir a escadinha da sala de exame (se houver). Na ausência de resposta perguntar a mãe.
	Aceita a companhia de outras crianças, mas brinca isoladamente.	Tentar observar na sala de espera perguntar sempre a mãe.
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu.	Perguntar a criança como ela se chama. Perguntar a criança de quem é o sapato, a blusa, etc. Solicitar colaboração da mãe.

2 a 3 anos	Veste-se com auxílio.	Depois do exame clínico, pedir a mãe que ajude a criança a vestir-se.
	Fica sobre um pé, momentaneamente.	Postura de pé. Solicitar a criança para levantar um pé, dobrando o joelho. Utilizar imitação.
	Usa frases.	Conversar com a criança. Se a criança não colaborar, perguntar a mãe.
3 a 4 anos	Começa o controle esfinteriano.	Perguntar a mãe se a criança já usa o penico ou já avisa se quer ir ao banheiro (mesmo se já tenha feito as suas necessidades nas fraldas).
	Reconhece mais de duas cores.	Usar objetos da sala de exame. Verificar se separa objetos por cores, sem necessariamente nomeá-los.
	Pula sobre um pé só.	Postura de pé. Solicitar a criança para levantar um pé, dobrando o joelho. Utilizar imitação.
4 a 6 anos	Brinca com outras crianças.	Observar na sala de espera. Perguntar a mãe.
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)	Perguntar a mãe se em suas brincadeiras a criança imita o pai, mãe, etc.
	Veste-se sozinha	Depois do exame clínico, pedir a criança que se vista. Na ausência da resposta perguntar a mãe.
	Pula alternadamente com um e outro pé.	Postura de pé: solicitar a criança que pule alternadamente com um pé e o outro. Utilizar imitação.
	Alterna momentos cooperativos com agressivos.	Perguntar à mãe sobre o humor e o comportamento da criança com outras crianças e com os adultos.
Capaz de expressar preferência e idéias próprias. Pergunta "por que?"	Perguntar a mãe se a criança já demonstra preferências. Exemplos: "quero passear" dirigindo-se a rua, "quero ir para ..." "quero fazer..."	

Adaptado do Anexo 1 – Cadernos de Atenção Básica nº 11 – Ministério da Saúde. 2002. Avaliação do Desenvolvimento - Ana Cecília Silveira Lins Sucupira.

1.7.2.3 INDICADORES DE RISCO PARA DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

- Prematuridade
- Anóxia perinatal
- Alterações neurológicas
- Convulsão, equivalentes convulsivos ou uso de anticonvulsivante
- Hemorragia intracraniana
- Meningite
- Crescimento anormal do perímetro cefálico
- PIG
- Distúrbios metabólicos sintomáticos
- Hiperviscosidade sintomática
- Hiperbilirrubinemia indireta
- Oxigenoterapia
- Parada cardiorrespiratória
- Infecção congênita
- Síndrome específica sistêmica / enterocolite

necrotizante

- Erros inatos do metabolismo
- Privação psico-social: condições que colocam as crianças em maior probabilidade de receberem cuidados físicos ou sociais inadequados, tais como pobreza, discriminação, condições paternas desfavoráveis (pais alcoolistas, drogadictos, deficientes mentais, conflitos de relacionamento do casal, abuso e negligência para com a criança)

AVALIAÇÃO CLÍNICA DO DESENVOLVIMENTO

Deverá ser feita nas consultas de puericultura em todas as crianças. Esta avaliação não pode prescindir de quatro itens principais:

- constatação de aquisições
- constatação do desaparecimento normal dos reflexos primitivos

- pesquisa do tônus muscular
- pesquisa de sinais patológicos.

CONSTATAÇÃO DE AQUISIÇÕES

Poderão ser usados a Tabela de acompanhamento do Desenvolvimento (ver a seguir 1.7.3.3 Marcos do Desenvolvimento) e o Cartão da Criança. Sinal de atenção: desvio significativo na aquisição de uma das habilidades-chaves, especialmente se houver 2 “atrasos” num único setor ou 1 “atraso” em mais de um setor. Em crianças maiores, o desenvolvimento pode ser avaliado pelo rendimento escolar.

CONSTATAÇÃO DO DESAPARECIMENTO NORMAL DOS REFLEXOS PRIMITIVOS

Somente em condições patológicas estes reflexos primitivos persistem ou reaparecem.

- Reflexo de apoio plantar, sucção reflexa e preensão palmar deverão estar ausentes no 6º mês.
- Reflexo de Moro: está apenas esboçado no 4º mês e ausente a partir do final do 6º mês.
- Reflexo tônico-cervical: desaparece até o 3º mês.
- Reflexo de preensão dos artelhos: desaparece em torno do 11º mês.
- Reflexo cutâneo-plantar (Babinsk): pode estar presente até o 13º mês.

PESQUISA DE TÔNUS MUSCULAR

A hipertonía do RN (postura com quatro membros fletidos) diminui gradativamente no lactente e, no 5º ou 6º meses, observa-se o oposto dos meses anteriores, ou seja hipotonia fisiológica. A partir de 1 ano de idade, o tônus tende a assemelhar-se rapidamente ao da criança maior. Os sinais sugestivos de hipertonía muscular são polegares inclusos, mãos com tendência a manterem-se fechadas após os 3 meses, persistência da atitude assimétrica com a cabeça lateralizada após os 3 meses e restrição da abdução das coxas devido à hipertonía dos adutores das coxas.

PESQUISA DE SINAIS PATOLÓGICOS ESPECÍFICOS

Deformidades cranianas, PC estacionário, anormalmente grande ou pequeno, sinais cutâneos, neurológicos, oftalmológicos, distúrbios do comportamento.

1.7.2.4 CONDUTAS FRENTE AO ATRASO DO DESENVOLVIMENTO

Um leve atraso em um aspecto => reavaliar após 15 – 30 dias.

- Encaminhar aos Centros de Referência se:
 - Há presença de mais de um sinal anormal de desenvolvimento
 - Há presença de um sinal anormal em crianças de alto risco
 - Sinais neurológicos de aparecimento agudo
 - Mudanças inexplicáveis do comportamento

SINAIS DE ALARME:

- 1º trimestre
 - olhar apagado;
 - sem sorriso social aos dois meses;
 - não sustenta a cabeça aos três meses;
 - o menor ruído provoca grande sobressalto;
 - estrabismo unilateral.
- 2º trimestre
 - conserva as mãos permanentemente fechadas;
 - rigidez acentuada dos membros inferiores;
 - exageradamente lenta;
 - sem interesse e/ou movimentos muito bruscos.
- 3º trimestre
 - rigidez das pernas;
 - hipotonia do tronco;
 - falta de preensão em pinça.

1.8 IMUNIZAÇÃO NA CRIANÇA

A portaria nº 1.602, de 17 de julho de 2006, institui em todo o território nacional, o calendário de vacinação da criança, integrante do Programa Nacional de Imunizações (PNI), visando o controle, à eliminação e a erradicação das doenças imunopreveníveis.

A redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por imunização só será possível se os índices de cobertura forem altos e homogêneos. Para isto, é de suma importância que as equipes de saúde e, mais especificamente as equipes de vacinação, trabalhem com base em conhecimentos e práticas que tornem a sua ação a mais eficaz e eficiente possível. Para isso, entretanto, é

necessário definir os procedimentos básicos para a execução, o acompanhamento e a avaliação das atividades, além de identificar formas de implantação, implementação e divulgação desses procedimentos na rede de serviços.

As vacinas são agentes imunizantes, contendo bactérias ou vírus atenuados, vírus inativados, bactérias mortas e componentes de agentes infecciosos purificados e/ou modificados química ou geneticamente.

A Secretaria de Saúde de Vitória obedece as normas preconizadas pelo PNI. Na rede básica de saúde as vacinas disponíveis são:

- Vacina contra a tuberculose - BCG intradérmica (BCG-ID)
- Vacina oral contra poliomielite (VOP)
- Vacina contra a difteria, o tétano e a coqueluche: tríplice bacteriana (DTP)
- Vacina contra o sarampo, a caxumba e a rubéola (tríplice viral)
- Vacina contra a febre amarela
- Vacina contra a hepatite B
- Vacina oral de rotavírus humano (VORH)
- Vacina combinada contra DTP e Hib (Tetravalente)

1.8.1 CONTRA-INDICAÇÕES GERAIS DAS VACINAS

Reação anafilática após o recebimento de qualquer dose.

História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer dos produtos.

Para as vacinas de bactéria atenuada ou de vírus vivo atenuado considerar como contra-indicações:

- Presença de imunodeficiência congênita ou adquirida;

Observação: A criança infectada pelo vírus da imunodeficiência humana HIV pode receber todas as vacinas previstas no esquema básico de vacinação.
- Presença de neoplasia maligna;
- Vigência:
 - de tratamento com corticóides em dose imunossupressora (equivalente à prednisona na dose de 2 mg/kg/dia, para criança, ou de 20 mg/dia, para adulto, por mais de uma semana);
 - de outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, etc.); e

- Presença de gravidez, exceto quando a gestante estiver sob alto risco de exposição a algumas doenças virais imunopreveníveis, como, por exemplo, a febre amarela e a poliomielite.

Observações:

- A ocorrência de febre após a administração de uma vacina não constitui contra-indicação à dose subsequente.
- Quando ocorrer febre administrar o antitérmico comumente utilizado.

1.8.2 EVENTOS ADVERSOS

- Vacina contra a tuberculose - BCG intradérmica (BCG-ID)
- Vacina oral contra poliomielite
- Vacina contra a difteria, o tétano e a coqueluche: tríplice bacteriana (DTP)

EVENTOS ADVERSOS:

- Em geral, dor local com vermelhidão, edema e endurecimento, febrícula e sensação de mal-estar com intensidade variável e duração passageira.
- Na ocorrência de febre a partir de 38,5º, após a administração de dose anterior, é recomendado o uso de antitérmico profilático.
- As manifestações sistêmicas graves são raras, podendo apresentar-se como: convulsão (até 72 horas), episódio hipotônico hiporresponsivo – EHH (até 48 horas) e encefalopatia (dentro de sete dias), após o recebimento de qualquer uma das doses da DTP, devido ao componente pertussis.
- Também pode ocorrer reação imediata de natureza anafilática em razão de qualquer dos componentes da vacina DTP.

- Vacina contra o sarampo, a caxumba e a rubéola (tríplice viral)

EVENTOS ADVERSOS:

Geralmente, benignos:

- 5% a 15% dos vacinados apresentam hipertermia, entre o quinto e 12º dia;
- 5% apresentam discreto exantema, após o sétimo e o 10º dia; e 1% pode apresentar parotidite após a segunda semana.

- Vacina contra a febre amarela

EVENTOS ADVERSOS

- **Comuns:** cerca de 5 a 10 dias após a vacina-

ção 2 a 5% dos vacinados podem apresentar cefaléia, mal-estar, dores musculares, febre baixa, necessitam de tratamento sintomático, não contra-indicam doses posteriores, notificar caso o paciente retorne à unidade.

- **Raros e graves:** Reações de hipersensibilidade, encefalite, choque anafilático e viscerização. Contra-indicam a aplicação de dose subsequente. Notificação imediata.

■ Vacina contra a hepatite B

EVENTOS ADVERSOS

- **Comuns:** edema, eritema, nódulo indolor no local da aplicação, mal-estar, cefaléia, astenia, mialgia, artralgia, febre, tontura, desconforto gastro-intestinal. Não contra-indicam doses subsequentes, necessitam apenas de orientação e tratamento sintomático. Notificar caso o paciente retorne a unidade.

■ Vacina oral de rotavírus humano (VORH)

EVENTOS ADVERSOS

- **Muito comuns:** irritabilidade e perda de apetite.
- **Comuns:** gastroenterite, vômitos, dor abdominal, regurgitação de alimentos, febre e fadiga.
- **Incomuns:** choro, desordem do sono.
- **Raro:** infecção no trato respiratório superior, rouquidão, rinorréia, dermatite e exantema
- **Muito raro:** desordem da pele e tecidos subcutâneos

■ Vacina combinada contra DTP e Hib (Tetraivalente)

EVENTOS ADVERSOS

- Dor, vermelhidão e endureção locais; febre,

mal-estar geral e irritabilidade nas primeiras 24 a 48 horas. Com menor frequência podem ocorrer sonolência, choro prolongado e incontrolável, convulsões e síndrome hipotônico-hiporresponsiva (hipotonia, sudorese fria, choque, dificuldade respiratória).

- A administração simultânea das vacinas DTP e Hib não modifica a incidência de reações sistêmicas esperadas com a aplicação isolada da vacina DTP.

1.8.3 SITUAÇÕES QUE INDICAM O ADIAMENTO DA VACINAÇÃO

O adiamento da vacinação é recomendado em situações muito específicas, como, por exemplo, quando do tratamento com imunodepressores ou com corticóides em dose imunossupressora. Neste caso agendar a vacinação para três meses depois do final do tratamento.

■ Essa recomendação tem como justificativa:

- para as vacinas de vírus vivos há um possível risco de disseminação do vírus vacinal;
- para as vacinas de componentes mortos ou inativados há a possibilidade de não ocorrer resposta imunogênica; nesse caso quando, de qualquer forma, a vacina for administrada agendar a revacinação;

A administração de vacinas deve ser evitada, ainda, durante a evolução de doenças agudas febris graves, principalmente para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis efeitos adversos relacionados à vacinação.

COMPONENTES DAS VACINAS	VACINAS
VÍRUS VIVOS ATENUADOS	• VOP – SABIM • TRÍPLICE VIRAL • FEBRE AMARELA • ROTAVÍRUS • VARICELA (rede particular e crie)
BACTÉRIA VIVA	• BCG
VÍRUS INATIVADOS	• ANTI-RÁBICA HUMANA • HEPATITE A (rede particular e crie) • INFLUENZA (gripe) • PÓLIO INJETÁVEL – SALK (rede particular e crie)
DNA RECOMBINANTE	• HEPATITE B
PRODUTOS DE BACTÉRIAS OU VÍRUS	• DTP • DUPLA ADULTO – Dt • TETRAVALENTE • DTPacelular (rede particular e crie) • PNEUMOCÓCICA 23 VALENTE (rede particular e crie) • PNEUMOCÓCICA 7 VALENTE (rede particular e crie) • MENINGOCÓCICO CONJUGADA (rede particular e crie)

PENTAVALENTE (DTPacelular + Hib + Pólio inativada)

HEXAVALENTE (DTPacelular + Hib + Pólio inativada + Hepatite B)

1.8.4 IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS

Além das vacinas de rotina, o Programa de Imunização disponibiliza nos CENTROS DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS – CRIE'S, vacinas e imunoglobulinas humanas específicas, para situações que requerem cuidados especiais, dentro de um protocolo de indicações.



VACINAS E IMUNOGLOBULINAS DISPONÍVEIS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO

■ VACINA MENINGOCÓCICA CONJUGADA

- **Indicação:** A partir dos 2 meses de idade, nos portadores de: Asplenia congênita ou adquirida, deficiências do complemento, anemia falciforme e talassemia, esplenectomizados.

■ VACINA CONTRA HEPATITE A

- **Indicação:** Nos CRIE, está indicada somente para as pessoas com hepatopatias crônicas suscetíveis para a hepatite ^a (Início da aplicação aos 2 anos e aos 19 anos – 2 doses com intervalo de 6 a 12 meses)

■ VACINA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE DO TIPO B CONJUGADA

- **Indicação:**
 - a) Crianças com mais de 12 meses de vida e < 5 anos com doença pulmonar ou cardíaca crônica, grave;
 - b) Crianças com 12 meses de vida ou mais e com menos de 18 anos, nas seguintes condições: imunocomprometidas, inclusive as com infecção assintomática pelo HIV; asplenia anatômica ou funcional e hemoglobinopatias; antes de esplenectomia eletiva;
 - c) Transplantados de medula óssea com qualquer idade.

■ VACINA PENTAVALENTE

- **Indicação:** A vacina pentavalente (DTP + HB + HIB) é administrada a partir de 2 meses de idade até 11 meses e 29 dias, em crianças com discrasias sanguíneas.

■ VACINA CONTRA PNEUMOCOCO

- **Indicação:** Crianças com 2 anos e adultos, basicamente imunocompetentes, com doença pulmonar ou

cardiovascular crônicas graves, insuficiência renal crônica, síndrome nefrótica, diabetes melito insulino-dependente, cirrose hepática e fístula liquórica; crianças com 2 anos e adultos, com asplenia anatômica ou funcional, hemoglobinopatias, imunodeficiência congênita ou adquirida, pessoas HIV+ assintomáticas e doentes com aids.

Nota: Nos casos de esplenectomia eletiva, a vacina deve ser aplicada pelo menos duas semanas antes da data da cirurgia; Da mesma forma, o intervalo entre a vacinação e o início da quimioterapia deve ser de pelo menos duas semanas; Asma não está incluída entre as indicações.

■ VACINA PNEUMOCÓCICA 7 VALENTE

- **Indicação:** Crianças menores de 2 anos basicamente imunocompetentes, com doença pulmonar ou cardiovascular crônica grave, insuficiência renal crônica, síndrome nefrótica, diabetes melito, cirrose hepática, fístula liquórica, asplenia congênita ou adquirida, hemoglobinopatias, imunodeficiência congênita ou adquirida, crianças HIV positivo assintomáticas e com aids.

■ VACINA CONTRA PÓLIO INATIVADA

- **Indicação:**
 - a) crianças imunodeprimidas (com deficiência imunológica congênita ou adquirida) não vacinadas ou que receberam esquema incompleto de vacinação contra poliomielite;
 - b) crianças que estejam em contato domiciliar com pessoa imunodeficiente suscetível e que necessitem receber vacina contra poliomielite;
 - c) pessoas submetidas a transplante de medula óssea. As crianças com aids devem receber a VIP e, quando não disponível esta vacina, deve-se utilizar a VOP. As crianças assintomáticas com infecção pelo HIV podem receber a VOP.

■ VACINA CONTRA VARICELA

- **Indicação:** Imunocomprometidos, nas indicações da literatura: leucemia linfocítica aguda e tumores sólidos em remissão (pelo menos 12 meses), desde que apresentem 1200 linfócitos/mm³, sem radioterapia; caso estejam em quimioterapia, suspendê-la sete dias antes e sete dias depois da vacinação; profissionais de saúde, pessoas e familiares suscetíveis à doença e imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com pacientes

imunocomprometidos; pessoas suscetíveis à doença que serão submetidas a transplante de órgãos (fígado, rins, coração, pulmão e outros órgãos sólidos), pelo menos três semanas antes do ato cirúrgico; pessoas suscetíveis à doença e imunocompetentes, no momento da internação em enfermaria onde haja caso de varicela; vacinação antes da quimioterapia, em protocolos de pesquisa.

■ VACINA CONTRA RAIVA (CULTIVO CELULAR)

● **Indicação:** Eventos adversos à vacina Fuenzalida-Palacios: a pessoas que apresentarem ou que já tenham apresentado reações alérgicas graves ou neurológicas associadas com o uso da vacina Fuenzalida-Palacios.

Recomenda-se: investigar história de vacinação anterior com a Fuenzalida-Palacios, para verificação da ocorrência de reação adversa e qual o tipo; ocorrendo reações locais e alérgicas leves, recomenda-se o uso de anti-histamínicos e analgésicos e continuar o esquema com a vacina Fuenzalida-Palacios; havendo reações alérgicas graves (anafilaxia sistêmica), tratar com anti-histamínicos e continuar o esquema com a vacina de cultivo celular; na vigência de sintomas sugestivos de comprometimento neurológico (cefaléia com dor muscular e articular, diminuição do tônus muscular, parestesia plantar e outros sinais e sintomas neurológicos), completar o esquema com vacina de cultivo celular.

Profissionais de saúde: profissionais com atividades de risco que receberam o esquema pré-exposição com a vacina Fuenzalida-Palacios e que, mesmo após doses de reforço, não alcançaram o título de anticorpos necessário para proteção.

Pacientes imunocomprometidos: Nos pacientes imunocomprometidos (inclusive nos doentes com aids), dá-se preferência às vacinas de cultivo celular.

■ VACINA CONTRA INFLUENZA

● **Indicação:** O Comitê Técnico Assessor de Imunizações do Ministério da Saúde estabeleceu as seguintes prioridades para a vacinação contra influenza nos CRIE: adultos e crianças com 6 meses de idade, com doença pulmonar ou cardiovascular crônicas graves, insuficiência renal crônica, diabetes melito insulino-dependente, cirrose hepática e hemo-

globinopatias; adultos e crianças com 6 meses de idade, imunocomprometidos ou HIV+; pacientes submetidos a transplantes; profissionais de saúde e familiares que estejam em contato com os pacientes mencionados anteriormente.

■ DTP ACELULAR

● **Indicação:** A vacina tríplice acelular é indicada em crianças até 6 anos completos, que após o recebimento de qualquer uma das doses da vacina tríplice bacteriana de células inteiras (DTP) apresentem os seguintes eventos adversos:

- *Convulsões nas primeiras 72 horas;*
- *Episódio Hipotônico Hiporresponsivo (EHH) nas primeiras 48 horas.*

■ VACINA DUPLA INFANTIL

● **Indicação:** Indicada para crianças com menos de 7 anos de idade para as quais haja contra-indicação de receberem a vacina contra a coqueluche (componente pertussis = P) da vacina tríplice (DTP).

■ VACINA CONTRA FEBRE TIFÓIDE

● **Indicação:** Indicação restrita as pessoas sujeitas a exposição excepcional, em decorrência de sua ocupação (profissionais de laboratório com contato habitual com *Salmonella typhi*), ou viajantes a áreas endêmicas.

■ IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

● **Indicação:** para indivíduos suscetíveis:

- *prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B;*
- *vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB;*
- *comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B;*
- *vítimas de abuso sexual;*
- *imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.*

■ IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RÁBICA

● **Indicação:** Pessoas que devem receber o soro anti-rábico, cujo teste de sensibilidade ao soro foi positivo; Alternativamente, pessoas que devem receber o soro anti-rábico, cujo teste de sensibilidade ao soro foi positivo e que durante o processo de dessensibilização com o soro apresentaram reações de hipersensibilidade;

Pessoas que já tenham tido reação de hipersensibilidade após terem recebido qualquer soro heterólogo.

● Indivíduos que não completaram esquema anti-rábico por eventos adversos à vacina;

● Indivíduos imunodeprimidos – na situação de pós-exposição, sempre que houver indicação de vacinação anti-rábica.

■ IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETÂNICA

● **Indicação:**

- *Indivíduos que apresentaram algum tipo de hipersensibilidade quando da utilização de qualquer soro heterólogo (antitetânico, anti-rábico, antidiftérico, antiofídico, etc.);*
- *Indivíduos imunodeprimidos, nas indicações de imunoprofilaxia contra o tétano, mesmo que vacinado. Os imunodeprimidos deverão receber sempre a IGHAT no lugar do SAT, devido à meia vida maior dos anticorpos;*
- *Recém nascidos em situações de risco para tétano cujas mães sejam desconhecidas ou não tenham sido adequadamente vacinadas;*
- *Recém nascidos prematuros com lesões potencialmente tetanogênicas, independentemente da história vacinal da mãe.*

■ IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIVARICELA-ZÓSTER

● Indicada nos seguintes grupos de pessoas suscetíveis que tiveram contato significativo: Crianças ou adultos imunocomprometidos; Grávidas; Recém-nascidos de mães nas quais a varicela apareceu nos cinco últimos dias de gestação ou até 48 horas depois do parto; Recém-nascidos prematuros, com 28 ou mais semanas de gestação, cuja mãe nunca teve varicela; Recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou com menos de 1000g ao nascimento), independente de história materna de varicela.



1.8.5 FLUXOGRAMA PARA DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS

Todos os Imunobiológicos especiais deverão ser liberados e/ou administrados pelo CRIE, tanto para crianças como adultos.

No Espírito Santo, o CRIE fica situado na sala de vacina do ambulatório do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – HINSG, Alameda Mary Ubirajara, 205, Santa Lúcia – Vitória/ES, telefone 3137-2401, e atende segunda a sexta-feira 08:00 às 16:00 horas.

O CRIE prestará atendimento à população encaminhada pelas Instituições da Grande Vitória e do Interior analisando as solicitações e se as mesmas se enquadram dentro das indicações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Para solicitar o Imunobiológico especial, deverá ser encaminhado o laudo médico ou a Ficha de Eventos Adversos e na existência de exames que comprovem a indicação, uma xerox dos mesmos (Ex: resultados de HbsAg + da mãe).

1.8.6 OBSERVAÇÕES:

- A aplicação de 1 ou mais vacinas, no mesmo dia, não oferece nenhum risco à criança vacinada;
- O intervalo de administração das vacinas contra febre amarela, tríplice viral, dupla viral e varicela, quando não aplicadas no mesmo dia, deve ser superior a 15 dias;
- As vacinas do calendário básico destinam-se prioritariamente a todas as crianças menores de 1 ano, exceto aquelas que apresentarem imunodeficiência congênita ou adquirida e as acometidas por neoplasia maligna que não devem receber vacinas de bactérias ou vírus vivos atenuados;
- A ocorrência de evento adverso deve ser avaliada apropriadamente com a finalidade de ofertar atendimento adequado à criança e planejar a continuidade da vacinação, conforme o manual de normas do Programa Nacional de Imunizações – PNI;
- É importante estocar as vacinas apropriadamente, conforme Manual de Normas do PNI, para assegurar a qualidade de seus componentes e a proteção esperada, bem como a observação de via de administração e dose recomendada, diminuindo a frequência de eventos adversos;
- Os pais devem ser informados sobre o papel das vacinas na saúde de seus filhos. É importante mostrar, no Cartão da Criança, as anotações feitas sobre as vacinas realizadas e o

agendamento das próximas, que serão aplicadas na visita seguinte à Unidade de Saúde.

- Se o esquema vacinal for interrompido, não é necessário reiniciá-lo, bastando completá-lo;

NAS VACINAS EM QUESTÃO:

Febre Amarela: o ideal é vacinar aos 09 meses, porém, caso a criança for se deslocar para áreas de risco poderá receber a vacina a partir dos 06 meses de idade, devendo se avaliar o ris-

co-benefício desta aplicação;

Rotavírus: o esquema deverá ser iniciado aos 2 meses até no máximo de 3 meses e 1 semana. Não vacinar após este período (NUNCA SE INICIA O ESQUEMA VACINAL APÓS ESTE PERÍODO). O limite máximo para a segunda dose é a idade de 5 meses e 15 dias, portanto só iniciar o esquema vacinal se houver tempo hábil de aplicar 1ª e 2ª doses, observando as idades limites e o intervalo mínimo entre as doses que é de 60 dias ou 8 semanas.

1.8.7 CALENDÁRIO VACINAL BÁSICO

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
AO NASCER	BCG intradérmica	Dose Única	Forma grave de tuberculose
	Contra Hepatite b	1ª dose	Hepatite B
01 MÊS	Contra Hepatite b	2ª dose	Hepatite B
02 MESES	Vacina Oral Contra Poliomielite (SABIN)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Tetavalente ou DPT+HIB	1ª dose	Difteria, tétano e coqueluche, Infecções graves causadas pelo Haemophilus influenza b
	Rotavírus(VORH)	1ª dose	Rotavírus
04 MESES	Vacina Oral Contra Poliomielite (SABIN)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Tetavalente ou DPT+HIB	2ª dose	Difteria, tétano e coqueluche, Infecções graves causadas pelo Haemophilus influenza b
	Rotavírus(VORH)	2ª dose	Rotavírus
06 MESES	Vacina Oral Contra Poliomielite (SABIN)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Tetavalente ou DPT+HIB	3ª dose	Difteria, tétano e coqueluche, Infecções graves causadas pelo Haemophilus influenza b
	Vacina Contra Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
09 MESES	Vacina Contra Febre Amarela (Se indicado)	Dose Única	Febre Amarela
12 MESES	MMR (Tríplice Viral)	Dose Única	Sarampo/Caxumba/Rubeola
15 MESES	Vacina Oral Contra Poliomielite (SABIN)	Reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (Tríplice bacteriana)	1º Reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 A 6 ANOS	DTP (Tríplice bacteriana)	2º Reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	DTP (Tríplice bacteriana)	2º Reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SCR (tríplice viral)	1º Reforço	Sarampo/ Caxumba/ Rubéola
10 A 11 ANOS	DT (dupla tipo adulto)	Reforço	Tétano e Difteria
	Vacina Contra Febre Amarela (Se indicado)	Reforço	Febre Amarela

A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetavalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos. A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residem ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO

e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

A vacina de rotavírus: 1ª dose deverá ser administrada até 3 meses e 1 semana e a 2ª dose até 5 meses e 15 dias. O intervalo mínimo entre as doses é obrigatoriamente 8 semanas. Informamos que a faixa etária para aplicação da vacina contra rotavírus, deve ser obedecida, não podendo ser ultrapassada em hipótese nenhuma, pois o estudo de segurança realizados pelo laboratório produtor foi para esta faixa etária.

1.8.8 CALENDÁRIO VACINAL SUGERIDO PELA SBP

	SBP – CALENDÁRIO VACINAL 2008													
	AO NASCER	1 MÊS	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	4-6 ANOS	14-16 ANOS	
Hepatite B	■	■					■							
BCG-id	■													
Rotavírus			■		■									
DTP ou DTPa			■		■		■			■		■		
dT ou dTpa													■	
Hib			■		■		■			■				
VOP ou IPV			■		■		■			■		■		
Pneumococo			■		■		■		■					
Influenza							■	■						
SCR									■			■		
Varicela									■			■		
Hepatite A									■		■			
Meningococo C*				■		■			■					
Febre Amarela	A partir de 9 meses de idade													

* A partir de 12 meses de idade, dose única

1.9 CUIDADOS COM A HIGIENE

1.9.1 HIGIENE DO BEBÊ

- Banhar diariamente e manter o bebê limpo;
- Limpar a região anal e perineal:
 - Oriente a mãe que a limpeza deve ser feita a cada troca de fraldas, mesmo que o bebê só tenha urinado;
 - Aconselhe sobre a importância de trocar as fraldas com frequência, para prevenir assaduras;
 - Explique sobre como proteger e melhorar a irritação da pele por assaduras;
 - Explique que a higiene é feita com água em abundância e que não se deve usar perfume ou talco;
 - Oriente que, nas meninas, a higiene deve ser feita com movimentos no sentido da vulva para o ânus;
 - Oriente a lavar as mãos antes de pegar no bebê e depois de trocar as fraldas.
- Oriente sobre banhos de sol, sem fraldas, durante uns 15 minutos, antes das 10 horas e após as 16 horas.

CUIDADOS COM O UMBIGO

- Manter o umbigo limpo e seco;
- Para a limpeza diária, usar álcool 70% após o banho e a cada troca de fralda;
- Não cobrir com gazes ou esparadrapo ou faixas.

1.9.2 HIGIENE DA CRIANÇA

- Banhar diariamente, manter os cabelos limpos para prevenir a pediculose;
- Fazer a higiene da região anal e perineal;
- Oriente a mãe que a limpeza deve ser feita a cada evacuação e micção;
- Aconselhe sobre a importância de trocar as fraldas com frequência, para prevenir assaduras;
- Explique sobre como proteger e melhorar a irritação da pele por assaduras;
- Explique que a higiene é feita com água em abundância e que não se deve usar perfume ou talco;

- Explique que, nas meninas, a higiene deve ser feita com movimentos no sentido da vulva para o ânus;
- Manter as unhas aparadas e limpas.

1.9.3 HIGIENE ORAL

CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES DE IDADE

- Limpar a boca do bebê após cada mamada, uso de medicamentos e em caso de regurgitamento;
- Técnica: enrolar o dedo em uma fralda limpa e umedecida em água filtrada ou fervida, passando delicadamente em toda a boca do bebê (gengiva, língua e bochechas).

CRIANÇAS COM IDADE SUPERIOR A 6 MESES

- Enquanto a criança tiver apenas os 4 dentes anteriores superiores e inferiores, a higiene pode ser realizada com a fralda umedecida;
- Quando ocorrer a erupção dos dentes posteriores, a escova dental deve ser introduzida na rotina da criança após as principais refeições e após o uso de medicamentos açucarados;
- A utilização do creme dental deve ser iniciada quando a criança já souber cuspir;
- Até os 7 anos pais ou responsáveis devem supervisionar as escovações domésticas ou as realizadas em ações coletivas;
- O uso do fio dental é imprescindível desde que haja contato entre os dentes. A técnica deve ser realizada pelos pais ou responsáveis até que a criança adquira coordenação motora para realizá-la sozinha.

1.9.4 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

CÁRIE DENTAL:

- O uso do açúcar deve ser racional não sendo necessário adoçar os alimentos da criança;
- Estimular o consumo do açúcar natural encontrado nas frutas e legumes;
- Deve-se ter cuidado ao utilizar o mel devido a sua ação cariogênica;
- Estimular a formação de hábitos de higiene

bucal como um dos principais meios de prevenção à cárie dental.

MÁ OCLUSÃO:

- Estimular o aleitamento materno com o objetivo de desenvolver músculos e ossos da face, favorecendo a respiração adequada;
- Ao introduzir alimentos sólidos dar preferência aos mais consistentes, pois estimulam o desenvolvimento do aparelho mastigatório;
- O uso de mamadeiras e chupetas é causa frequente de má oclusão (mordida aberta anterior, ausência de vedamento labial, respiração bucal, má interposição de língua, distúrbio da fala), por isso a introdução de copos e colheres é sempre recomendável;
- As má oclusões são fatores que contribuem para as IRAS e IVAS.

1.9.5 CUIDADOS COM O AMBIENTE

- Cuidar das roupas e utensílios da criança;
- Cuidados com a água do banho:
 - Nos locais onde a água tem alto risco de contaminação, deve-se fervê-la;
 - Quando a água recebe tratamento adequado, é suficiente apenas esquentá-la.
- Cuidados com a higiene da casa e, em especial, com o local onde o bebê dorme e/ou permanece por mais tempo:
 - Arejar a casa e prevenir contra fumaça de fogão a lenha e cigarro;
 - Evitar contatos com animais domésticos;
 - Usar mosquiteiros nas áreas onde exista malária, filariose, dengue, febre amarela e Doença de Chagas.

1.10 PREVENÇÃO DE ACIDENTES

“Fique por perto. Acidentes são evitáveis”. (SBP).

- O profissional de saúde deve sempre orientar aos pais ou cuidador quanto a prevenção de acidentes, apontando possíveis soluções;
- Durante a visita domiciliar a equipe de saúde

deve avaliar situações de risco nas casas, escolas e/ou comunidade, orientando a correção na medida do possível.

1.10.1 ORIENTAÇÕES PARA SEREM REPASSADAS AS FAMÍLIAS

- Nunca deixar uma criança sozinha;
- Evitar que crianças cuidem de crianças;
- Orientar o responsável ou cuidador a dar sempre bons exemplos, no dia a dia:
 - Atravessar a rua somente na faixa de pedestre,
 - No carro, utilizar o cinto de segurança,
 - Não carregar a criança no banco da frente do carro,
 - Não portar armas, nem deixá-las ao alcance da criança;
 - Evitar soltar pipas em locais impróprios, tais como: lajes, próximos a fios elétricos e vias públicas.

QUEDAS:

- São a primeira causa de óbito por lesões físicas não intencionais ocorridas em casa;
- Colocar proteção adequada em camas, ao deixar a criança sozinha sobre a mesma;
- Abaixar o estrado do berço quando a criança iniciar os primeiros movimentos para sentar;
- Evitar o acesso a locais perigosos: terraços, escadas, janelas sem proteção, pisos lisos, valas, poços, entre outros;
- Colocar anteparo como: portões, portas, grades, tábuas, etc. em locais perigosos;
- Retirar tapetes, panos e objetos de locais de passagem;
- Evitar o uso de bicicletas, patins, patinetes, skates em vias públicas sem supervisão e sem equipamentos de proteção;

QUEIMADURAS:

- São frequentes, especialmente as queimaduras por líquidos quentes;
- Evitar que a criança fique na cozinha, caso esteja cozinhando;

- Os cabos das panelas devem estar posicionados para trás, dificultando o acesso da criança;
- Avaliar a temperatura da água, ao dar banho e colocar água fria em primeiro lugar;
- Evitar contato com substâncias ou materiais quentes, ao ter uma criança no colo ou por perto;
- Retirar do alcance da criança alimentos quentes;
- Manter guardados: fósforos, ferro de passar roupa, isqueiros, líquidos inflamáveis;
- Proteja tomadas e fios elétricos;
- Ao oferecer alimento à criança, antes avaliar a temperatura.

INTOXICAÇÕES:

- Geralmente, as intoxicações ocorrem por ingestão de produtos (venenos, medicamentos), que se encontram ao alcance da criança;
- Manter produtos perigosos em suas embalagens originais, devidamente identificadas, e em locais seguros;
- Afastar do alcance da criança as plantas, procurar ter em casa apenas as inócuas à saúde;
- Guardar os produtos em lugar seguro, na embalagem original, devidamente identificadas, fora do alcance da criança;
- Orientar os pais quanto ao risco da automedicação e os cuidados, quanto à dosagem, o intervalo, o tempo de tratamento e a via de administração quando houver prescrição de medicação.

* (Ver capítulo 4 – Intoxicações)

AFOGAMENTOS:

- Não deixar a criança sozinha em contato com vaso sanitário, balde, tanque, piscina, poço, rio, mar;
- Não deixá-la sozinha mesmo durante o banho;
- Evitar deixar vasilhames com água (baldes, bacias, etc.) próximo à criança;
- Estar atento em locais de lazer: rio, piscina, praia, fazendo o uso de colete salva vida e atentar para brincadeiras de agarrar dentro d'água;
- Quando maior, ensinar a criança a nadar.

ASFIXIAS:

- Prevenir aspirações de corpo estranho, tirando do alcance objetos pequenos, como botões, moedas, pregos, bijuterias, bexigas, pilhas, materiais quebráveis, balas, amendoim, grãos secos, frutas com sementes, entre outros;
- Cuidado com almofadas, travesseiros, ou evitar que a criança brinque, colocando a cabeça em sacola de plástico ou amarrando o pescoço com fitas, corda, barbante, etc;
- Os bebês devem ser amamentados no colo, em posição elevada, logo após, colocados para eructar e, quando deitados, mantidos em decúbito lateral, para evitar bronco-aspiração de líquidos;
- Evitar brinquedos pequenos ou que contenham partes pequenas.

OBJETOS PERIGOSOS:

- Manter fora do alcance da criança objetos pontiagudos e cortantes: facas, tesouras, pregos, parafusos, cotonetes, garfos, etc.;
- Quando necessário ter arma em casa, manter travada, descarregada e fora do alcance da criança, de preferência trancada à chave;
- Remover toalha de mesa com objetos em cima tipo: faca, leite quente, café, etc.

TRANSPORTES:

- Transportar as crianças com segurança: sempre no banco traseiro, em cadeira apropriada ou no colo do responsável, este com cinto de segurança;
- Manter contida a criança em transporte coletivo ou automóvel;
- Ensinar a criança a não projetar qualquer parte do corpo para fora do carro em movimento ou não.

1.11 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Na primeira infância, a criança está vivendo o amplo processo de desenvolvimento, ou seja, o processo de transformação complexa e dinâmica que, além do crescimento (que significa o aumento físico do corpo), inclui a maturação (que é a organização progressiva das estruturas morfológicas), a apren-

dizagem e os aspectos psíquicos e sociais.

Como este processo acontece na relação da criança com os outros, no seu ambiente familiar, social, econômico e cultural, devemos ampliar ainda mais seu entendimento, passando a falar de 'desenvolvimento psicossocial' que é:

"O processo de humanização que inter-relaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, socioeconômicos e culturais, mediante o qual a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar e interagir com os outros e o meio que a rodeia. Em síntese, é o que lhe permitirá incorporar-se, de forma ativa e transformadora, à sociedade em que vive". (Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, vol. 11, Saúde da Criança- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, 2002, p. 76).

Trata-se, então, de um processo multi determinado, que envolve vários aspectos da vida da criança, o que torna impossível falar de um só caminho que fosse regular, contínuo, linear e universal, ou seja, que fosse igual e "normal" para todas as crianças. Ainda que existam alguns aspectos que, por se relacionarem com as questões físicas e neuropsicomotoras, sigam uma seqüência previsível e conhecida, dentro de certos limites existe uma variação de ritmo que devemos respeitar.

Lembrar desta diferença que sempre existirá de criança para criança é essencial para evitar nossa frustração e atuação inadequada caso esperemos que todas sigam um mesmo ritmo, forma ou padrão de desenvolvimento.

Esta lembrança se torna particularmente importante ao falarmos dos aspectos psicológicos e sociais, pois estes sofrem a influência do campo sócio-cultural de maneira mais intensa e direta. É fácil perceber isso ao observarmos como as crianças de hoje são diferentes das que viviam há algumas décadas atrás: até a maturação física e sexual acontece mais cedo hoje, além de as crianças serem mais rápidas na aprendizagem, mais independentes, bem informadas, dotadas de melhor controle motor, etc. Muito dessas mudanças são efeito da cultura passada via mídia e televisão que também atua sobre os jovens, fazendo-lhes, por exemplo, ter uma noção de tempo diferente da nossa, com a sensação de urgência e pressa mais acirrada do que já seria na adolescência. Desse modo, toda a assistência à criança deve levar em conta as características próprias da cultu-

ra e de cada criança em particular.

Dentro dos aspectos culturais e legais, devemos lembrar, ainda, que qualquer ação que se relacione com crianças deve ter em conta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que trás princípios legais que afetam a todas as áreas, entre elas a saúde.

Destaca-se ai a doutrina da proteção integral que afirma que se deve garantir prioridade absoluta à efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Também é essencial lembrarmos que as crianças devem ser respeitadas "como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis" (ECA, Cap. II, Art. 15).

Isto significa garantir a todas as crianças, como parte do direito à liberdade, o direito de:

- I - Ir e vir;
- II - opinião e expressão;
- III - crença e culto religioso;
- IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;
- V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;
- VI - participar da vida política, na forma da lei;
- VII - buscar refúgio, auxílio e orientação." (ECA, Cap II, Art. 16)

E, com relação ao direito ao respeito, este consiste na "inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais" (ECA, Cap. II, Art 17).

Estes pontos que destacamos do Estatuto não são apenas aspectos legais, mas encontram-se intimamente ligados às necessidades da criança para que esta se desenvolva de maneira saudável.

Apenas uma criança respeitada, desde a sua primeira infância, como sujeito de direitos, em sua necessidade de expressão, opinião e autonomia poderá crescer e se desenvolver saudavelmente, constituindo-se como uma pessoa capaz de lidar de forma ativa com sua vida e com os problemas.

Veremos isto a seguir, ao destacarmos alguns pontos do desenvolvimento psicológico e social da criança.

1.11.1 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA

A criança se constitui emocionalmente a partir da sua relação com os outros, sendo as pessoas que cuidam dela aquelas que têm maior participação e importância no desenvolvimento inicial.

Os pais serão elementos privilegiados nesta relação inicial, porém é importante lembrar que mesmo as crianças cuidadas por tios, outros parentes ou em instituições sempre terão uma pessoa de referência na sua relação inicial. O importante é haver alguém que se ocupe do cuidado da criança, dando-lhe a sensação de conforto, proteção, segurança física e emocional, além da possibilidade de se relacionar.

Esta relação inicial é feita através dos toques, dos cuidados, carinhos, das brincadeiras e das 'conversas' que se tem com o bebê e ao redor dele.

Ainda que não possa falar ou entender plenamente o que é dito, o sentido do afeto, dos desejos e das expectativas que se colocam sobre ele já têm efeito sobre a constituição deste desde antes de seu nascimento.

Tudo o que acontece às crianças, desde a mais tenra idade, já começa a fazer parte de seu mundo, de sua história e do sentido que ela vai dar, mais tarde, a sua existência e a sua relação com os outros.

Para que esse sentido se faça, a linguagem é essencial e somos nós que lhe daremos as palavras iniciais para que a desenvolva.

Colocar os sentimentos e as experiências em palavras permite dar ordem a estas; permite que a pessoa possa se comunicar, se expressar e entrar em relação com os outros, sendo algo essencial para evitar o acúmulo de emoções e sentimentos que poderiam causar conflitos emocionais e impedir o livre fluxo desse processo de constituição da criança.

Por isso é importante falar com o bebê, não só expressando os sentimentos que temos por ele, mas também 'explicando' o que fazemos com ele – os cuidados, os toques, carinhos e os procedimentos de saúde no caso de algum tratamento e no acompanhamento de seu desenvolvimento. Só assim a criança poderá se apropriar de seu próprio corpo, não se sentindo um objeto manipulado pelos outros.

São estas relações iniciais que permitirão à crian-

ça construir uma imagem de si mesma a partir da qual passará a ter domínio de seu esquema corporal, da motricidade, dos sentidos, do significado das coisas e da linguagem, com efeitos, mais tarde, sobre sua capacidade de aprendizagem, de domínio da escrita, dos cálculos, etc.

Os pais e a família têm papel preponderante nesse momento inicial da vida de uma criança, porém, o profissional de saúde que também cuida e 'manipula' a criança passa a ser um dos adultos importantes que participam destas relações iniciais.

Por isso, todo procedimento realizado com a criança deve ser explicado, não só aos cuidadores, mas também às próprias crianças, por menores que elas sejam.

Além disso, cabe ao profissional orientar os pais no sentido de manterem uma relação de comunicação e abertura para com a criança. Deve-se fazê-los saber que a comunicação sincera e clara de qualquer situação ou problema da família – dentro, é claro, da possibilidade de compreensão da criança – por mais séria que esta situação seja, é menos prejudicial do que o silêncio.

A criança vivencia toda a gama de emoções inerentes ao ser humano (medo, raiva, tristeza, alegria...) e deve poder sempre expressar o que sente, tendo seus sentimentos reconhecidos e respeitados.

A atitude de esconder ou mentir sobre situações importantes tais como a brigas entre o casal, separação, morte ou problemas de saúde, entre outras, cria um clima de ambigüidade e de fragilidade nas relações com a criança, podendo comprometer este campo tão importante para seu pleno desenvolvimento.

A verdade, embora possa causar dor, é sempre mais saudável, pois permite o compartilhar dos problemas e dos sentimentos gerados por estes, evitando a confusão e a insegurança em que a criança fica quando nota a diferença entre o que é dito e o que sente no clima da família.

Após esse período inicial, de intensa identificação com a pessoa que cuida mais diretamente dela, a criança começará a se diferenciar, o que é necessário para que se desenvolva como uma pessoa independente. Porém, embora necessária e desejada pela própria criança, essa diferenciação será vivida com angústia e medos.

Por volta dos oito meses a criança já distingue a

pessoa que é a principal responsável pelo seu cuidado, a que cumpre a função materna, e se angustia ao se separar desta. É a época em que chora ao ter que ficar longe desta, ainda que fique com outras pessoas conhecidas. Deve-se orientar os pais de que esta é uma reação natural e própria da idade.

É comum a criança utilizar objetos aos quais se apegue nessa época para poder lidar com esta angústia. São os brinquedos tais como ursinhos ou outros que a criança adota como companhia constante, não suportando sua ausência ou substituição. Na verdade estes objetos e brinquedos estarão começando a substituir a presença permanente da pessoa que cuida dela, da qual a criança começará a poder se distanciar.

Para que esta separação e o conseqüente desenvolvimento da criança seja possível, também é necessário que a pessoa que cuida tenha outros interesses na vida que não apenas o bebê. O relacionamento o pai ou outro parceiro, o trabalho, os estudos, o cuidado com os outros filhos ou qualquer outra fonte de investimento afetivo terão um papel de grande importância para que a criança não fique como a única 'razão de viver' da mãe ou da pessoa que tem o papel principal em seu cuidado, o que lhe tiraria espaço de crescer como uma pessoa independente.

Este é o momento em que a criança também já está tendo um maior domínio motor, podendo se arrastar ou engatinhar, tendo ampliado seu campo de ação e tornando-se menos dependente dos outros.

A criança começa, então, a ter condições de agir por conta própria, de explorar o ambiente, de mexer em tudo e a ter uma atitude menos passiva do que a que tinha até então.

Com o tempo as manifestações dessa independência se darão em várias situações tais como se vestir ou despir-se sozinha, pedalar velocípedes ou bicicleta, realizar jogos progressivamente mais complexos como empilhar caixotes e peças, alcançar seus próprios brinquedos, escolher roupas ou que alimento comer, etc.

Estes comportamentos tendem a levar os outros a dizer 'não' a respeito de muitas dessas escolhas e atitudes; a restringirem esta liberdade que ela apenas está conquistando, até mesmo para garantir sua segurança.

Assim, a criança começa a viver situações de frustração muito mais freqüentes, gerando reações de

resistência e de luta para conseguir o que quer.

A própria criança também começará a responder com 'não' para algumas solicitações dos adultos. Primeiro com gestos de cabeça e depois já podendo dizer o 'não', a criança tem nisso uma possibilidade de ser ativa na diferenciação e na separação necessárias, tratando-se de uma atitude de afirmação que deve ser aceita.

Este ponto às vezes gera confusões, pois muitos entendem que se deve deixar a criança 'fazer o que quer', o que não é o caso. As pessoas que cuidam também têm o papel de educar e de apontar limites e normas que serão importantes para a constituição da criança como sujeito. A cultura e o estilo de cada família terão papel importante para definir o grau de tolerância às necessárias manifestações de independência da criança.

É necessário que a criança tenha liberdade e que possa manifestar seus desejos, agir com liberdade, recusar certas coisas podendo ir construindo, também, seu próprio estilo, seus gostos e seu modo de ser.

Porém, ainda é necessário que os adultos cuidem dela, mostrem e ensinem as regras sociais, os limites que todos temos que seguir e que são dados em função devido à necessidade de segurança da criança como também pelas tradições familiares e pela cultura.

Essa colocação de limites é necessária para proteger a criança, para sua adaptação social e para promover uma organização psíquica que lhe trará segurança e defesas contra as inevitáveis frustrações futuras.

O importante, nesse momento, será deixar claro o motivo de cada regra e de todos os limites colocados. Entendendo o sentido das restrições a criança poderá aceitá-las e respeitá-las.

A reação inicial da criança pode ser de choro e insistência, pois não compreende, ainda, porque não pode fazer o que quer. Porém, desde que as regras sejam mantidas com firmeza, coerência e clareza, com o tempo a criança aceita e entende os limites colocados.

Os pais devem ser orientados sobre o fato de que será mesmo necessário repetir por várias vezes as regras adotadas, pois a criança necessitará de algum tempo para introjetá-las.

Essa mesma necessidade de repetição aparece nas brincadeiras nas quais os bebês jogam repetidamente objetos para o adulto pegar e de-

volver a ele, pois aí também se trata de exercer esse papel ativo que a criança está começando a conhecer.

O profissional de saúde também terá um papel importante, auxiliando a família ou os cuidadores quanto à importância de a criança poder se manifestar com certa autonomia e independência para poder se diferenciar, mas sem que os familiares descuidem de seu papel de educar, orientar e proteger a criança.

Se há conflito de interesses entre os pais, ora proibindo e ora cedendo às exigências da criança; ou nos casos em que um dos pais desfaz com frequência a decisão do outro, este conflito refletirá na criança que ficará confusa e passará a buscar meios próprios de conseguir o que quer, reagindo ou se utilizando a situação.

Nesse caso poderá apresentar condutas como as crises de 'birra' (caracterizadas por choro intenso, gritos, jogar-se no chão e pela perda de controle das emoções); ou outras reações mais preocupantes tais como agressão verbal ou física, provocação de tosse ou vômitos, auto-agressão ou perda de fôlego.

A ocorrência destas atitudes na criança é sinal de que algo não vai bem na sua possibilidade de expressar e negociar o que quer. A criança estará demonstrando, com isso, dificuldades para lidar com frustrações, intolerância a estas ou mesmo uma intensa necessidade de atenção e de provas do amor dos pais, que ela põe em dúvida ao não ser atendida.

Em qualquer desses casos, o principal é saber que estas reações são a única maneira - regredida e primitiva - que a criança está encontrando para expressar seus sentimentos, o que indica a existência de conflitos consigo mesma, na relação com os pais e/ou dificuldades de apropriação da linguagem verbal como veículo de suas emoções.

O profissional de saúde deverá apontar para os pais a existência desses conflitos - na criança ou na relação destes entre si e/ou com criança - e auxiliá-los no sentido de poderem colocar em palavras as dificuldades. Caso a situação se mostre mais complicada que a capacidade de resolução que este profissional sente que tem, este deverá encaminhar a criança e a família para a atenção psicológica.

A partir do momento em que esta separação estiver se encaminhando a criança começará a ter

alguns interesses em conhecer e experimentar vivências fora da família, porém ainda acompanhado desta. Trata-se dos passeios a parques e praças, de ouvir histórias ou ver desenhos animados e filmes infantis, etc.

Estas últimas atividades geralmente serão realizadas repetidamente, pois, embora a criança já consiga se lembrar da história, ela ainda necessita viver as situações concretamente antes de poder elaborá-las internamente.

O contato com a televisão, seus desenhos e programas pode ser utilizado, mas com o cuidado de não deixar que esta atividade se sobreponha ou mesmo substitua outros tipos de brincadeira.

Estas brincadeiras, em ambiente aberto e nas quais a criança tenha participação ativa, se movimentando e fazendo bastante atividade motora são essenciais para seu desenvolvimento.

É importante lembrar que a criança desta idade - até os cinco anos - está ainda desenvolvendo o controle e domínio sobre seu corpo, necessitando da atividade física. A restrição desta atividade pode levar a atitude agitada e mesmo agressiva.

Assim, é comum nas crianças a dificuldade de seguirem uma disciplina rígida que não é mesmo indicada nesta fase.

É importante o profissional de saúde observar como a criança está vivendo esta fase de sua vida e apontar para os pais possíveis problemas, pois muitas vezes estes não percebem ou não tomam atitudes quando os filhos estão nessa idade, esperando que tudo se resolva quando eles crescerem.

Muitos problemas só aparecem para tratamento quando a criança chega à escola, o que causa muitos problemas e aumenta o risco desta criança não se escolarizar.

1.11.2 ALGUMAS ORIENTAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A estimulação sensório-motora deve ser iniciada desde cedo, com a finalidade de prevenir o aparecimento de atraso neuropsicomotor de origem ambiental. As primeiras fontes de estimulação ambiental para o bebê são o seu próprio corpo e o corpo da mãe, o qual é percebido como uma extensão do seu.

Pegar no colo transmite à criança, nos primeiros meses de vida, segurança, confiança, sen-

timento de ser amada, além de estimulação sensorial necessária para seu desenvolvimento global. A criança que fica somente no berço tem necessidades afetivas e motoras bastante frustradas, que podem, inclusive, interferir no desenvolvimento intelectual.

No primeiro semestre de vida devem ser proporcionados à criança estímulos visuais (luz, objetos coloridos), estímulos auditivos (canções, conversa, chocalho), estímulos táteis (esponja no banho) e estímulos motores (troca de roupas e de posição, manipulação de brinquedos de borracha).

No segundo semestre de vida devem ser introduzidos objetos de textura, cor, tamanho e peso variados. Os jogos de esconder objetos para que a criança os procure, as brincadeiras de bater palmas ao som de músicas infantis, o uso de figuras e ilustrações de revistas para desenvolver novas palavras contribuem para avanços nas áreas cognitiva e de linguagem.

O uso de bicos e chupetas deve ser desencorajado, pois podem prejudicar o aleitamento materno e provocar problemas ortodônticos. O apego excessivo ao bico, sendo utilizado para substituir as atividades comuns e normais da idade, sugere a existência de dificuldades pessoais que a criança tenta compensar com o prazer da sucção.

Nesse caso, retirar o bico não significa resolver a dificuldade. O profissional deve orientar a família para sua retirada progressiva, substituindo-o por fontes de prazer mais adequadas à nova etapa de desenvolvimento vivida pela criança, como brincar com água, areia, argila, e estimular o contato com outras crianças. Se a situação for mais complexa e conflitiva, a família deverá ser encaminhada ao psicólogo.

A criança deve ter sua própria cama em quarto separados dos pais, se possível, para preservar o relacionamento destes e evitar que ela vivencie uma situação que ainda não está apta a compreender, podendo gerar dificuldades nas áreas sexual e afetiva.

1.11.2.1 O BRINCAR

O brincar é uma atividade essencial para a criança, pois, além de exercer um estímulo ao seu desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo, terá, cada vez mais uma função de projeção das suas fantasias e de experimentação de papéis sociais.

Uma criança que não brinca está sinalizando

a existência de algum problema.

É brincando que a criança experimenta atitudes que deverá ter mais tarde e o fato de poder viver de uma maneira ativa na brincadeira coisas que vive passivamente na realidade lhe permite expressar e extravasar os sentimentos gerados por estas vivências.

Daí a necessidade do espaço para a criança poder brincar, seja um quintal, praia, playground ou em caixotinhos de areia num canto de um corredor, além do uso de bacias e canecas no banheiro ou tanque da casa.

A água, a areia, o barro, a argila ou massas de modelar, devido à extrema plasticidade, são os brinquedos necessários como estímulo sensório-motor e de fantasia, entre 01 e 03 anos de idade.

A ausência desse material no lar pode ser o motivo principal para levar a criança a um parque ou escolinha. O profissional, então, deverá orientar a família que o brinquedo indiferenciado é aquele que mais preenche as necessidades da criança nessa fase e não aqueles brinquedos cheios de detalhes e sofisticados.

Com três ou quatro anos a criança tem um grande interesse no jogo com bolas, atirando-as com as mãos, correndo atrás das mesmas, tentando pegá-las quando alguém as joga em sua direção.

Com quatro e cinco anos, a criança tem a capacidade de pedalar velocípedes, trepar em árvores baixas ou em armações de playground, saltar pequenos obstáculos.

Somente no fim da idade pré-escolar, a criança conseguirá chutar bolas e pular num pé só.

De três aos cinco anos de idade, a criança apresenta interesse em histórias contadas oralmente, ouvidas em discos ou assistidas na TV. É a partir dos quatro anos que a criança começa a apreciar livros ilustrados e revistas em quadrinhos de desenho pouco elaborado.

O pré-escolar se interessa, durante toda essa fase por objetos semelhantes aos utensílios domésticos (panelas, tampas), além dos móveis, carros. A criança nessa idade costuma, algumas vezes, improvisar armas com pedaços de madeira ou papelão ou até mesmo se interessar pelas armas de brinquedos.

Cabe ao profissional orientar os pais que esses brinquedos, muitas das vezes, constituem uma maneira da criança descarregar a sua própria agressividade. O verdadeiro equilíbrio afetivo na vida

social só aparece quando a agressividade é bem elaborada, não quando ela é reprimida ou super controlada.

Contudo, para não estimular e para evitar a naturalização da violência, armas de brinquedo não são indicadas para as crianças. Estas conseguirão, por si mesmas, improvisar algo como arma se for o caso de usar a brincadeira para elaborar a agressividade.

Algumas crianças se apegam a brinquedos, principalmente na hora de dormir (ursinhos, bonecas, fraldas ou cobertores, por exemplo). O profissional deverá orientar os familiares que o momento de dormir é um momento de separação com os adultos afetivos e que o brinquedo, nessa situação, tem uma função protetora, de maneira mágica.

À medida que a criança cresce é de se esperar que cada vez menos ela precise dessa função protetora e mágica do brinquedo. Nas primeiras idades da fase pré-escolar não existe distinção de brincadeiras por sexo, exceto se houver uma intensa pressão familiar na escolha dos jogos e brinquedos da criança.

Acima dos cinco anos, começa a haver nítida divisão das atividades conforme o sexo da criança, exceto em jogos com o grupo, especialmente os motores.

Isso acontece porque a criança, nesta idade, estará buscando a identificação social e tomará os adultos de seu meio como 'modelos'.

A identidade sexual, no entanto, estará se formando principalmente por desenvolvimento emocional em plano inconsciente.

1.11.2.2 A COMPANHIA DE OUTRAS CRIANÇAS

As crianças, no início da idade pré-escolar, apenas brincam ao lado de outras crianças (jogo paralelo), sem que haja interações sociais.

Após os três anos, as crianças passam, paulatinamente, a compreender e anunciar as regras que regem seu jogo, embora ainda as mudem aleatoriamente nesta idade.

A criança necessita da companhia de outras crianças para iniciar e aperfeiçoar gradativamente o jogo social.

É de se esperar que seus primeiros relacionamentos aos três anos sejam, por vezes, agressivos ou medrosos, devido a essa inexperiência social.

A convivência com outras crianças será, então,

necessária para a socialização da criança e mesmo para possibilitar seu próprio desenvolvimento.

1.11.2.3 NASCIMENTO DO IRMÃO MAIS NOVO

É durante a idade pré-escolar que a criança tem a maior probabilidade de que nasça um novo irmão. Essa adaptação à chegada e a convivência com outro irmão pode constituir um período de crise.

A criança poderá fantasiar situação de abandono e de diminuição de afeto recebido, podendo gerar o aparecimento de sentimentos agressivos contra o bebê e a culpa por ter esses sentimentos, além da sensação de inferioridade em relação ao irmãozinho, a necessidade de chamar a atenção e outras manifestações de ciúme.

Deve-se orientar os pais a conversar com a criança, preparando para o nascimento do bebê, fazendo-o não tão no início da gravidez, que a criança não compreenda a demora e fique ansiosa, mas nem tão próximo ao parto, que falte tempo para que pense no assunto, faça perguntas e assimile as informações. Esta conduta pode ser adotada com crianças a partir de 15 ou 18 meses, mesmo que não tenham grande vocabulário.

Para crianças de três, quatro ou cinco anos é preciso dizer que o irmãozinho será muito pequeno e desprovido de habilidades motoras e sociais. Não se deve dizer que será um companheiro de brinquedos, pois a criança se decepcionará ao constatar essa inabilidade.

Com o objetivo de evitar o sentimento de ser literalmente deslocado pelo novo irmão, a eventual mudança de quarto, a passagem de berço para cama maior, ou mais ainda, a entrada na escola deverão ser bastante anteriores ao nascimento do novo bebê.

Mesmo que o recém-nascido exija muito tempo da mãe, ela poderá encontrar momentos especiais para compartilhar com o filho maior (ou os filhos maiores), sem a presença do bebê.

Se a mãe está sobrecarregada com as tarefas domésticas, talvez possa executar cada uma delas em companhia de um dos filhos, aproveitando o momento para conversar com mais intimidade e demonstrando o seu afeto.

O hábito de deixar o bebê a cargo de um dos irmãos deve ser desaconselhado por se constituir numa responsabilidade excessiva para o menor. A

criança e o adolescente devem ser poupados dessa responsabilidade.

Quando a criança maior, especialmente a de idade pré-escolar, faz críticas ao bebê - "como ele é feio", "ele é muito bobinho", "eu não gosto desse bebê" - os familiares devem aceitar esses comentários com naturalidade e aproveitar o momento para dizer à criança que ela é sabida, bonita.

Essa atitude diminui a insegurança do mais velho e não estimula a sua rivalidade com o menor. Entretanto, a agressividade em atos contra o bebê, deverá sempre ser impedida por motivos óbvios.

Nessa situação, os limites impostos pela família precisam ser muito claros para a criança maior, o que protege a própria criança do perigo que para ela representa sua fantasia agressiva. Quanto mais segura estiver de si mesma e do afeto dos pais, mais aceitará afetivamente a presença do bebê na família.

1.11.2.4 A ESCOLA

Quando a criança não possui condições mínimas de recreação dentro do ambiente familiar ou quando há somente adultos nesse ambiente, a criança poderá se beneficiar com a entrada na pré-escola.

Essa ausência de recreação tanto se refere à ausência de espaço físico, como também, situações de conflito familiar ou hostilidade dentro do lar. No entanto, se o motivo trazido pelos pais ou familiar decorre de separar o pré-escolar de um irmão menor com o qual está apresentando grande rivalidade, esta situação precisará ser resolvida antes da matrícula da criança em escola, evitando que a mesma encare a nova situação como castigo e perda do afeto de seus pais.

Havendo condições propícias dentro do ambiente doméstico para que haja a recreação sob supervisão de um adulto, a entrada à escola poderá ser indicada a partir dos seis anos, como preparação para a alfabetização e treinamento da atenção e concentração, assim como do comportamento socialmente necessário à vida escolar (saber esperar sua vez, entrar em filas, fazer pequenas tarefas).

Os pais, ou familiares responsáveis, deverão ser orientados a colocarem seus filhos em escolas de preferência pequenas, com poucas classes e alunos, facilitando a adaptação.

É importante que a criança conheça sua escola, antes mesmo do primeiro dia de aula, saiba

o nome e a professora, como chegar ao banheiro, conheça algumas das crianças que frequentam a escola.

A escola deve, de preferência, localizar-se perto do domicílio, pois longos percursos, sejam a pé ou de condução, são fatores de cansaço e ansiedade para a criança.

Nesta faixa etária, é importante realizar screening para acuidade visual e auditiva. Crianças que apresentam deficiência auditiva ou visual tem chances reduzidas para o aprendizado na escola, que pode ser motivo de repetência ou abandono escolar.

1.11.2.5 A SEXUALIDADE

As demonstrações da existência da sexualidade da criança nos dois primeiros anos de vida normalmente não preocupam a família (ereções espontâneas, manipulação de genitais, apalpação do corpo dos pais e adultos próximos);

É durante a idade pré-escolar, entre os três e cinco anos de idade, que a criança inicia as 'pesquisas' sexuais propriamente ditas, começando a ter noção da diferença entre os sexos. Esta fase será de intensa curiosidade, aparecendo perguntas da criança sobre a diferença entre os sexos, sobre a sua origem, sobre o parto e a fecundação.

Cabe aos pais responder às perguntas da criança de uma maneira clara e numa linguagem acessível, levando a informação com afeto e naturalidade.

A função de esclarecer a criança é de responsabilidade dos pais, ou responsáveis, não é o profissional quem deverá respondê-las, mesmo com a solicitação dos familiares. Porém, se solicitado, o profissional deverá auxiliar os pais nestas respostas e na dificuldade que apresentam para lidar com o tema; Havendo conflitos ou dificuldades intensas da família para abordar o tema da sexualidade, configura-se indicação para assistência psicológica.

A experiência de criar animais, observar seu acasalamento, gestação e parto, ajuda à criança pré-escolar a compreender o processo de reprodução de uma maneira bastante correta. O uso de livros ilustrados, próprios para a faixa etária, também pode ser indicado.

Entretanto, nada substitui a necessidade básica de se estabelecer uma relação de confiança entre pais e filhos, na qual todos os assuntos possam ser naturalmente abordados.

1.11.3 ALGUNS SINAIS INDICATIVOS DE NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

- Criança que não brinca;
- Timidez excessiva;
- Insônia ou sono excessivo;
- Grande atraso na aquisição da linguagem;
- Indiferença a pessoas e ambientes;
- Pegar coisas escondidas repetidamente;
- Enurese noturna.

Obs.: Estes sinais isoladamente não são necessariamente sinais de problemas na criança, pois podem apenas ser efeito de alguma situação conflitiva vivida pela criança, pela família ou nos outros espaços sociais onde a criança circula. A avaliação psicológica poderá esclarecer quanto a sua causa.

1.12 PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE ESCOLAR

1.12.1 DEFINIÇÃO DE TERMO:

O termo escolar refere-se à criança situada na faixa etária de sete a dez anos exclusive (MARCONDES, et al, 2003).

A Rede Municipal de Ensino de Vitória acolhe em seus centros municipais de educação infantil crianças a partir de seis meses de idade. Portanto, definimos como escolares, a serem protagonistas de nossa intervenção neste protocolo, as crianças de idade compreendida entre seis meses a dez anos, regularmente matriculada na educação infantil e no ensino fundamental de Vitória. Os alunos de idade superior a dez anos serão objetos de atenção do Protocolo de Saúde do Adolescente.

1.12.2 MEDIDAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Conforme preconizam os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN – (BRASIL, 2002), os temas de promoção à saúde e prevenção de doenças constituem-se como conteúdos transversais e interdisci-

plinares do ensino fundamental. Isto significa que os mesmos deverão ser oferecidos aos alunos por todas as disciplinas e em todas as séries do referido ensino. Em nossa compreensão, tal recomendação deve ser extensiva à educação infantil.

Assim posto, a educação em saúde na escola deve ser problematizada pelos educadores a partir da demanda de uma realidade local. Nessa lógica, a equipe das Unidades de Saúde de cada território participa da educação em saúde na escola subsidiando a atualização dos educadores em determinados temas afeitos à saúde ou planejando-implementando-avaliando junto com os referidos profissionais da educação as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças dirigidas aos escolares.

Entendemos que a escola tem autonomia na eleição dos temas/problemas de saúde a serem trabalhados como educação em saúde na escola. No entanto, em situações excepcionais – campanhas ou surtos epidêmicos, por exemplo -, a recomendação poderá emergir da área da Saúde.

Além da educação em saúde na escola, a supervisão à saúde do escolar também constitui-se como objeto da nossa atenção.

Tal supervisão à saúde é garantida minimamente através dos seguintes programas de intervenção:

1.12.2.1 PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS ALUNOS DA PRIMEIRA SÉRIE

OBJETIVO:

Avaliar na perspectiva integral e integrada a saúde do escolar ingressante na primeira série do ensino fundamental público, tendo em vista a detecção/intervenção precoce de problemas que possam comprometer o processo de ensino-aprendizagem da criança.

SINGULARIDADE DO PROCESSO:

Trata-se de uma abordagem integral, visto que avalia a criança ingressante no ensino fundamental em seus aspectos psicológicos, sociais e clínicos – aqui incluídos a avaliação clínica propriamente do referido escolar, conforme preconizada pelo Protocolo Saúde da Criança, dando-se ênfase especial aos distúrbios auditivos, visuais e fonoaudiológicos e seus respectivos encaminhamentos, se necessários.

Para atender à dimensão integrada desta intervenção muitos protagonistas das áreas de educação e da saúde participam desse processo, a saber: pedagogos, professores, assistentes sociais, enfermeiros, fonoaudiólogos, médicos (clínicos e especialistas), odontólogos e psicólogos, bem como técnicos da área de saúde tais como agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e técnicos de higiene bucal.

ELEMENTOS MINIMOS PARA A AVALIAÇÃO INTEGRAL/INTEGRADA DO ESCOLAR:

A avaliação integral/integrada dos escolares ingressantes na primeira série do ensino fundamental compreende: Avaliação visual; Avaliação auditiva; Avaliação fonoaudiológica; Avaliação psicológica; Avaliação de risco social extremo; Avaliação clínica; Avaliação odontológica (Sorria Vitória); Referências e contra-referências (Fluxograma no anexo 11).

A **Avaliação visual** é realizada no espaço escolar pelo profissional de saúde e/ou educação – devidamente capacitados –, utilizando-se para tal o Teste de Snellen. Todos os alunos da primeira série deverão ser avaliados, retestando-se o aluno que apresentar resultado igual ou menor a 0,7 em pelo menos um dos olhos. Persistindo o resultado, registrar na planilha específica, para o aluno ser encaminhado ao especialista. Deverão ser também registrados outros problemas visuais detectados tais como estrabismo, lacrimejamento persistente ou sinais de irritação ocular.

Todas as planilhas da avaliação visual deverão ser encaminhadas à Referência Técnica de Saúde Escolar, que procederá os encaminhamentos oftalmológicos necessários – atualmente realizados em parceria com a Unimed Vitória.

Após consulta com o oftalmologista, havendo necessidade de prótese (apenas óculos), a mesma será fornecida à criança pela Semus.

A **Avaliação auditiva** é realizada no espaço escolar pelo fonoaudiólogo com apoio do educador, utilizando-se para tal um audiômetro portátil, uma cabine portátil acústica e um otoscópio. O teste deverá ser aplicado em todos os alunos da primeira série do ensino fundamental e registrado em planilha.

Os escolares que apresentarem falhas na triagem auditiva serão encaminhados para a realiza-

ção de avaliação audiológica completa e/ou avaliação com otorrinolaringologista

A **Avaliação Fonoaudiológica** é realizada a partir da observação do educador no tocante aos distúrbios da fala, leitura, escrita e voz do aluno que frequenta a primeira série do ensino fundamental. Em uma planilha específica, o professor discrimina o nome do aluno, idade e motivo principal do encaminhamento fonoaudiológico. Cada turma deverá gerar uma única planilha.

As planilhas, devidamente preenchidas, devem ser encaminhadas à Unidade de Saúde de referência da escola. Compete ao fonoaudiólogo de referência da unidade de saúde, avaliar cada caso e tomar as providências cabíveis no acompanhamento das referidas crianças.

A **Avaliação Psicológica** é realizada a partir da observação do educador – ao longo do primeiro trimestre escolar –, no tocante ao cotidiano do aluno que frequenta a primeira série do ensino fundamental. O encaminhamento do educando só deverá acontecer após esgotados todos os recursos psicopedagógicos disponíveis na escola. Em uma planilha específica, o professor discrimina o nome do aluno, idade e motivo principal do encaminhamento para o psicólogo. Cada turma deverá gerar uma única planilha.

As planilhas, devidamente preenchidas, devem ser encaminhadas à Unidade de Saúde de referência da escola. Compete ao psicólogo da unidade de saúde, avaliar cada caso e tomar as providências cabíveis no acompanhamento das referidas crianças.

A **Avaliação de Risco Social Extremo** é realizada a partir da observação do educador – ao longo do primeiro trimestre escolar –, no tocante às questões de risco social extremo do educando que frequenta a primeira série do ensino fundamental.

Entendemos por risco social extremo as situações/problemas vivenciadas pela criança e com repercussão na dinâmica escolar, como, por exemplo, todas as formas de violências (violência estrutural severa, física, psicológica, negligência, abuso sexual e “bullying”) ou desestruturação familiar advinda do uso indevido de drogas psicoativas, desemprego, penalização jurídica ou morte do(s) cuidador(es). Em uma planilha específica o educador discrimina o nome da criança, idade e motivo principal do encaminhamento para a

assistência social. Cada turma deverá gerar uma única planilha.

As planilhas, devidamente preenchidas, devem ser encaminhadas à Unidade de Saúde de referência da escola. Compete ao assistente social da unidade de saúde, avaliar cada caso, elaborando parecer social e condutas cabíveis no acompanhamento das referidas crianças.

A **Avaliação Clínica** é realizada na unidade de saúde de referência da escola de ensino fundamental. Nessa avaliação procedemos a anamnese, o exame físico, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento da criança. Solicitamos como rotina, o hemograma completo e exame parasitológico de fezes. É dada ênfase especial à avaliação nutricional da criança, conforme recomendação do Sistema de Vigilância e Avaliação Nutricional (SISVAN).

Os exames de rotina são solicitados previamente no ato de desligamento da criança da educação infantil, devendo os pais entregar os resultados de tais exames no ato da matrícula da criança na 1ª série do ensino fundamental. Compete à Unidade de Saúde de referência recolher os exames, procedendo – a seguir –, o agendamento das consultas de avaliação clínica das crianças.

Alunos ingressantes na 1ª série e não procedentes dos centros municipais de educação infantil (CMEI) terão os seus exames de rotina (hemograma e parasitológico de fezes) solicitados pela Unidade de Saúde no início do ano letivo.

A **Avaliação odontológica** é realizada através do Programa Sorria Vitória, ao longo do ano, envolvendo todos os alunos matriculados nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e nas Escolas da Rede Municipal de Ensino de Vitória (EMEF). Entretanto, o aluno da 1ª série é definido como população prioritária das ações em saúde bucal.

1.12.2.2 SORRIA VITÓRIA

Objetivando controlar e reduzir os problemas de saúde bucal o Programa Sorria Vitória desenvolve ações educativas, preventivas e curativas. Estas atividades de acordo com sua complexidade são realizadas por: Técnicos de Higiene Dental (THD), Atendentes de Consultório Dentário, Mães Voluntárias, Professores, Pedagogos, Agentes Comunitários de Saúde e Cirurgião Dentista. O estabelecimento de ensino é cadastrado após visita técnica pelo THD, caso haja interesse do

mesmo. Assim que o cadastramento é concluído iniciam-se as atividades educativas para professores, alunos e pais. Estas atividades são realizadas minimamente 1 vez por mês envolvendo toda a população cadastrada.

As atividades preventivas e curativas com os alunos são sistematizadas para serem executadas com periodicidade semanal, mensal, trimestral e anual. Semanalmente é realizado nas crianças de zero a 06 anos (CMEI) a higiene bucal (escovação dental) supervisionada com creme dental e nas crianças acima de 6 anos com alto risco à cárie o bochecho com a solução de fluoreto de sódio 0,2% durante um minuto, sob supervisão. Mensalmente é realizado nas crianças acima de 6 anos consideradas com alto risco à cárie, aplicação de flúor gel na escova. Trimestralmente é realizado nas crianças de zero a 06 anos que apresentam alto risco de cárie e em todas as crianças/adolescentes a partir de 07 anos (EMEF), independente do risco à cárie: evidenciação de placa bacteriana; higiene bucal supervisionada; aplicação de flúor gel distribuição de escova, creme dental. Anualmente é realizado o exame de levantamento de necessidades de tratamento visando a triagem para a utilização da técnica ART (Técnica de Restauração Atraumática) no ambiente coletivo e tratamento clínico individual na Unidade de Saúde mais próxima da sua residência ou os pais são orientados a levar seus filhos ao dentista de sua escolha.

1.12.2.3 DE OLHO NO PIOLHO

Este programa tem como objetivo controlar a pediculose na comunidade escolar dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) de Vitória. As atividades são realizadas por profissionais da saúde e da educação compreendendo: atualização dos educadores; educação em saúde com os pais; distribuição de pente fino, diagnóstico e tratamento da pediculose.

O tratamento da pediculose capilar não se restringe apenas à criança infestada, devendo ser extensivo aos demais membros do núcleo familiar da criança e aos trabalhadores do CMEI.

A droga de escolha padronizada para o tratamento é a Permetrina a 1%, de acordo com o seguinte esquema: lavar os cabelos, aplicar no couro cabeludo a droga por 20 minutos e enxaguar com água corrente. Repetir o esquema após dez

dias. Atenção especial deve ser dada aos portadores de lesões infectadas no couro cabeludo, que deverão ser tratados previamente.

1.12.3 PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM

Para efeito deste protocolo, conforme recomendação de Moojen (apud LOCH, 2000), os problemas de aprendizagem estão classificados em dois grandes grupos, a saber:

Grupo I: Transtorno de Aprendizagem (TA)

Grupo II: Dificuldades de aprendizagem (DA)

GRUPO I – TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM (TA)

As crianças com TA são normais na maioria dos aspectos e geralmente não tem deficiência mental global, ouvem e vêem adequadamente e não tem motricidade comprometida, embora estes transtornos possam ocorrer simultaneamente com esta condição. Os TA dependem de um fator intrínseco ao indivíduo e devem-se possivelmente a disfunção do sistema nervoso central, podendo ocorrer ao longo do ciclo vital. Para Moojen (op. Cit), estes transtornos são decorrentes de imaturidade do desenvolvimento e/ou disfunção psico-neurológica. Assim posto, tais transtornos não são consequência da falta de oportunidade para aprender e não decorrem de traumatismos ou doença cerebral adquirida; podendo continuar na adolescência ou vida adulta.

A utilização do termo “transtorno” é usada porque está definido em dois manuais amplamente utilizados na prática clínica: o CID que os define como Transtornos Específicos do Desenvolvimento das Habilidades Escolares (TEDHA) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).

Neste grupo dos TA situa-se os transtornos específicos da aprendizagem, leitura, escrita e matemática, que se manifestam por dificuldades significativas de aquisição e uso da fala, audição, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas.

GRUPO II – DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM (DA)

Este grupo abrange a maioria dos casos dos problemas de aprendizagem em idade escolar que chegam ao consultório do pediatra. O CID 10 os

exclui do conceito de Transtornos Específicos do Desenvolvimento das Habilidades Escolares, esclarecendo que o atraso no desempenho escolar pode ocorrer em um estágio posterior da sua carreira educacional, por falta de interesse, ensino deficiente, perturbação emocional, etc.

Neste grupo as causas extrínsecas são as determinantes do baixo desempenho escolar, não havendo limitação ou déficit intrínseco no funcionamento da capacidade intelectual. A dificuldade para aprender está condicionada a fatores externos ao potencial de aprendizado da criança, tais como privação sociocultural, pedagogia inadequada e outros.

O termo DA abrange as situações que envolvem qualquer dificuldade enfrentada pelo aluno para acompanhar o ritmo de aprendizagem dos seus colegas, incluindo os problemas de ajustamento aos padrões e normas de conduta vigente na escola ou ainda de comparecimento à escola, bem como dificuldades derivadas de retardo mental, déficits sensoriais, transtornos emocionais e outros (MOOJEN, apud NUTTI, 2007)

DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM

Não há meios diretos e precisos para se realizar o diagnóstico diferencial entre TA e DA. Somente um acompanhamento a longo prazo – com uma abordagem interdisciplinar –, por profissionais capacitados e medidas pedagógicas adequadas, permitem, com o tempo, uma melhor distinção entre os dois grupos. Embora, não se possa esquecer, que existe a possibilidade das DA se associarem a um TA pré-existente, dificultando ainda mais o diagnóstico correto.

É necessário esclarecer para a família, desde o início, que a avaliação será realizada em várias consultas e será necessário atendimento em separado com o escolar e que são raros os casos que se resolvem com remédios, exames e soluções imediatas.

A anamnese deve ser abrangente e procurar compreender se a criança realmente apresenta problema para aprender e como ela é vista no meio familiar e escolar. Os principais aspectos a serem pesquisados e valorizados diante desta queixa são:

- **Motivo da consulta** - época do aparecimento da queixa, como a família lida com o problema, quem fez o encaminhamento da criança, etc;
- **Antecedentes pessoais** - intercorrências ne-

onatais, fatores de risco para deficiências auditivas e visuais, desenvolvimento neuropsicomotor, etc;

- **Escolaridade da criança e dos pais** - idade que a criança entrou na escola, desempenho, participação da família, escolaridade dos pais, etc;
- **Socialização da criança** (dentro e fora da escola);
- **Rotinas da criança**;
- **Espaço domiciliar** - condições da habitação, local para estudo, etc;
- **Queixas auditivas e visuais** - pisca em excesso, localiza o som, etc;
- **Fala e linguagem** - fala alto, gagueja, etc;
- **Leitura e escrita** - lê bem, escreve bem, etc;

- **Fatores de estresse familiar** - doença, violência, uso indevido de droga, etc,

- **Antecedentes familiares** - presença na família de história de dificuldade escolar, deficiências visuais, etc.

A anamnese deve ser complementada através de contatos com a escola do aluno, para o real entendimento da visão dos mesmos sobre esta questão. Deve ser solicitado ao professor que descreva o comportamento e o desempenho do aluno, nível de leitura, escrita e matemática, número de faltas, iniciativas da escola para resolver o problema. A observação dos cadernos e tarefas do aluno também pode contribuir com a compreensão do caso.

No quadro abaixo questões a serem investigadas que podem contribuir com o diagnóstico diferencial entre TA (grupo I) e DA (grupo II)

	GRUPO I (TA)	GRUPO II (DA)
1. A criança aprende normalmente?	Não	Não
2. Tem deficiência sensorial?	não	pode apresentar
3. Tem deficiência mental?	não	pode apresentar
4. Tem distúrbios emocionais graves?	não	pode apresentar
5. Tem privação ambiental ou sociocultural?	não	pode apresentar
6. A dificuldade em aprender	é mais específica	é mais generalizada

Fonte: Loch, 2000

Assim como a anamnese, o exame físico também deve ser abrangente, visando a investigação de problemas orgânicos que possam estar contribuindo com a dificuldade de aprendizagem. As triagens visual e auditiva devem ser indicadas, quando houver dados sugestivos de alterações na anamnese ou no exame físico. Sinais sugestivos de violência também devem ser investigados, considerando que estes podem estar presentes como um componente causal ou como consequência da dificuldade, uma vez que as queixas frequentes da escola podem ser motivos para castigos dos pais.

TRATAMENTO

Em bases gerais, todo o tratamento dos problemas de aprendizagem deve ser direcionado para a maximização do potencial de aprendizagem do escolar, a fim de promover a sua auto-estima, geralmente muito abalada, favorecer uma visão mais positiva, tanto pela escola, como pela família, procurando recuperar a espontaneidade do aluno e melhorar suas relações interpessoais, para reintegrá-lo aos ambientes familiar, escolar e comunitário. A abordagem das questões escolares é antes de tudo, pedagógica, necessitando ou não a criança de atenção especial. Assim, as

intervenções diferenciadas serão demandadas de acordo com os sintomas e dificuldades que cada criança apresentar.

Nos TA a terapia psicopedagógica é mais frequentemente indicada, considerando que o diagnóstico e intervenção precoce são fundamentais para readaptar a criança ou o adolescente em seu ambiente escolar e familiar. Nas DA, no entanto, as intervenções terapêuticas podem ser as mais variadas. Portanto, como o aluno pode necessitar de vários tipos de acompanhamentos (fonoaudiológico, neurológico, psicopedagógico, ortóptico, etc), deve-se estabelecer uma ordem prioritária.

Em ambos os casos, a grande importância da avaliação inicial e acompanhamento do aluno pelo médico da família/pediatra é a de se evitar uma concepção “biologicista” do problema, submetendo o aluno a uma verdadeira via crucis de avaliações especializadas desnecessárias, na grande maioria das vezes um processo custoso e demorado. Este fato, associado à falta de integração entre os profissionais da saúde e entre estes e a escola, pode representar para o aluno uma verdadeira expulsão branca da sala de aula: A escola limita-se apenas a aguardar esse processo, não fazendo qualquer tipo de investimento, ou ajuda pedagógica ao aluno.



2

PROBLEMAS DE
SAÚDE
MAIS FREQUENTES

2.1 AFECÇÕES CIRÚRGICAS

2.1.1 DA REGIÃO CERVICAL

AFECÇÕES	COMO DIAGNOSTICAR	QUANDO ENCAMINHAR	QUAL TRATAMENTO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
CISTO TIREOGLOSSO	Cisto localizado na linha média do pescoço acima da cartilagem tiroideana e acompanha os movimentos da deglutição.	Ao diagnóstico	Remoção Cirúrgica	Tireóide Ectópica
FISTULA DO CONDUTO TIREOGLOSSO	Presença de orifício na linha média do pescoço com drenagem de secreção mucóide e purulenta.	Ao diagnóstico	Remoção Cirúrgica	Fístulas Branquiais
CISTO LATERAIS DO PESCOÇO	Tumores de consistência elástica, bem delimitadas e móveis na borda anterior do músculo esternocleidomastóideo.	Ao diagnóstico	Remoção Cirúrgica	Gânglios Cervicais
FÍSTULAS LATERAIS DO PESCOÇO	Pequenos orifícios na borda anterior do músculo esternocleidomastóide, com drenagem de material mucóide ou purulento.	Ao diagnóstico	Remoção Cirúrgica	
TORCICOLO CONGÊNITO	Tumor duro e indolor na região do músculo esternocleidomastóideo com inclinação da cabeça para o mesmo lado e rotação da face para o lado oposto.	Ao diagnóstico	Recém nascido= fisioterapia Cirúrgico = se falhar o tratamento fisioterapêutico	Outros tumores; afecções do mau posicionamento do pescoço e face (crianças maiores).
LINFAGIOMA OU HIDROMA CÍSTICO	Tumor benigno, congênito de consistência amolecida na região cérvico-facial de origem linfática.	Ao diagnóstico	- Esclerose - Cirúrgico	Outros tumores/ Adenite, etc...
HEMANGIOMA	Tumor benigno de vasos sanguíneos, na região cervico facial ou outras partes.	Nas regiões de orifício ou áreas de trauma	Conservador na maioria. regressão espontânea entre 2-6 anos	
SINUS PRÉ-AURICULAR	Pequeno orifício anterior ao tragus do pavilhão auricular com ou sem sintomas (drenagem de material purulento / fétido).	Quando há eliminação de material purulento fétido	Remoção Cirúrgica	Obs: Cirurgia antes que infecte
APÊNDICES PRÉ-AURICULAR	Pequenas pregas cutâneas anteriormente ao pavilhão auditivo, com pequenas hastes cartilaginosas.	Quando necessário por motivos estéticos	Remoção Cirúrgica	

2.1.2 DA PAREDE ABDOMINAL

AFECÇÕES	COMO DIAGNOSTICAR	QUANDO ENCAMINHAR	QUAL TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
ONFALOCELE	Exteriorização parcial de vísceras abdominais, recobertas por membrana amnioperitoneal com inserção do cordão umbilical no ápice da onfalocele	Na sala de parto	Cirúrgico precoce, cobrir a lesão com compressa esteril, e passar sonda nasogástrica de alívio	O defeito é visualizado antenatal pela ultrassom, portanto, o ideal é que o paciente venha a nascer em hospital com UTI neo-natal e cirurgião pediátrico, com o objetivo de evitar o transporte

GASTROSQUISES	Esteriorização de vísceras, sem membrana amnioperitoneal recobrimo as vísceras e defeito localizado a direita do cordão umbilical	Na sala de parto	Cirúrgico precoce, cobrir a lesão com compressa esteril, e passar sonda nasogástrica de alívio	O defeito é visualizado antenatal pela ultrassom, portanto, o ideal é que o paciente venha a nascer em hospital com UTI neo-natal e cirurgião pediátrico, com o objetivo de evitar o transporte
DIASTASE DOS RETOS ABDOMINAIS	Abaulamento longitudinal a nível da linha média da parede abdominal na presença de esforço por afastamento dos músculos retos abdominais	Quando houver dúvida	Conservador (tendência a regressão espontânea)	
HÉRNIA EPIGÁSTRICA	Herniação de tecido gorduroso na linha média do abdome, entre a cicatriz umbilical e o apêndice xifóide, com dor e presença de pequeno nódulo irreduzível, palpável no subcutâneo da região	Ao diagnóstico para orientação	Cirúrgico após 2 anos de idade a não ser que venha apresentar dor e necessite de cirurgia antes	
HÉRNIA UMBILICAL	Abaulamento umbilical, indolor, redutível, que aparece durante o choro ou outros esforços, com anel huiário de vários tamanhos	Sempre para avaliação e orientação da família	Cirúrgico após 2 anos de idade, quando não houver resolução espontânea	Mais comum no RN da raça negra e no sexo feminino
CISTO DE CORDÃO	Tumoração cística, móvel, indolor limites nítidos, irreduzível (maioria), na região inguinal, devido ao fechamento do conduto peritônio-vaginal nas extremidades	Em qualquer idade, no diagnóstico	Cirúrgico	Gânglio inguinal, testículo no canal inguinal
DISTOPIAS TESTICULARES CLASSIFICAÇÃO:	Testículos fora da bolsa.			Obs:
CRIPTORQUIDIA	Fora da bolsa escrotal, em algum ponto do trajeto inguinal	Ao diagnóstico em conjunto com o cirurgião pediatra	Unilateral: cirúrgico após 9 meses Bilateral: • dosagem hormonal • gonadotrofina coriônica • Videolaparoscopia (ambos a critério do cirurgião)	• Hipospádia severa + criptorquidia unilateral fazer cariótipo • Bilateral: fazer o cariótipo ao nascer e encaminhar ao cirurgião
ECTOPIA TESTICULAR	Descida anômala do testículo fora do anel inguinal externo. (fora do trajeto inguinal)	Ao diagnóstico	Cirúrgico após 9 meses	-Não registrar o recém-nascido antes do resultado do cariótipo
TESTÍCULO RETRÁTIL	Testículo retraído para a região inguinal, por reflexo clemastérico exacerbado. através de manobras palpatoria	Sempre que houver dúvida	Conduta expectante	
ESCROTO AGUDO (TORÇÃO DO FUNÍCULO ESPERMÁTICO = CAUSA MAIS FREQUENTE)	Dor súbita intensa com sinais inflamatórios (eritema, calor e edema) e aumento de volume em uma homibolsa transluminação negativa. sinal de prehn + = exacerbação da dor com elevação do testículo	O mais precoce (após 12h poderá haver necrose irreversível do parênquima testicular)	Cirúrgico, o mais precoce (máximo de 12h a partir do início do aparecimento dos sintomas)	Diagnóstico diferencial: • processos inflamatórios • traumatismo • hérnia inguinal encarcerada
HÉRNIA INGUINAL	Aparecimento de tumor na região inguinal ou inguinoescrotal principalmente aos esforços	Sempre que diagnosticado	Cirúrgico	Obs: quando acompanhado de dor súbita e tumoração não redutível = hérnia encarcerada = emergência cirúrgica

2.1.3 DA GENITÁLIA

AFECÇÕES	COMO DIAGNOSTICAR	QUANDO ENCAMINHAR	QUAL TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
FIMOSE	É a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula	• Após 2 anos • Quando após 1º episódio de postite ou infecção urinária	Cirúrgico após 2 anos ou quando após 1º episódio de postite ou infecção urinária	Parafimose é o estrangulamento da glândula pela retração do anel prepucial - a redução da parafimose é uma emergência
HIPOSPADIA	Orifício uretral localizado em pontos diversos da face ventral do pênis	Sempre	Cirúrgico	Forma penoescrota e perineal que podem estar associados a estados intersexuais, principalmente se estiver associada e criptorquidia uni ou bilateral. Não registrar antes de fazer o cariótipo

2.2 EMERGÊNCIAS ABDOMINAIS

É toda situação de início súbito que apresente dor abdominal e/ou parada de eliminação de gases e fezes e/ou distensão abdominal.

AFECÇÕES	COMO DIAGNOSTICAR	QUANDO ENCAMINHAR	QUAL TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO	Vômitos presentes na 2ª ou 3ª semana de vida com piora progressiva em 7 a 10 dias, apetite voraz, perda de peso e constipação intestinal. Presença de ondas peristálticas no epigástrico e palpação da oliva pilórica	Na suspeita ou após diagnóstico por imagem.	Cirúrgico	Há alta incidência familiar e acontece mais no sexo masculino
INVAGINAÇÃO INTESTINAL	Crises de choro intensa, de início abrupto, com período de calma. Com o passar do tempo há intensificação dos surtos, maior irritação, presença de vômitos e eliminação de muco sanguíneo lento pelo ânus.	Na suspeita diagnóstica para confirmação através de RX de abdome ou ultrassonografia (imediate)	Redução hidrostática, através de enema e cirúrgico	A redução por enema deve ser realizada por radiologista experiente e acompanhado por cirurgião em ambiente hospitalar
APENDICITE AGUDA	Dor insidiosa, na região epigástrica ou periumbilical, com vômitos ou náuseas. Posteriormente se localiza na fossa ilíaca ou flanco D. Pode-se apresentar com dor difusa inespecífica e dor à palpação do flanco d. pode ocorrer diarreia, por irritação do peritônio.	Na suspeita diagnóstica para confirmação ou para fazer o diagnóstico diferencial.	Cirúrgico de emergência	• Na dúvida, pode-se indicar a exploração cirúrgica. • O diagnóstico é clínico (Rx/ultrassom/hemograma/EAS, são exames complementares)
MÁ ROTAÇÃO NO RN	Vômitos biliosos tardios/ distensão abdominal ou ausência de distensão	No início dos sintomas.	Cirúrgico	Pode ocorrer vôlvo com perda de parte ou todo intestino
OBSTRUÇÃO POR ASCARIS	• Criança entre 1 a 5 anos com história prévia de eliminação de ascaris oral e anal. • Dor abdominal/ vômitos/parada de eliminação de fezes/distensão abdominal e massas abdominais palpáveis	Início dos sintomas	Clínico [sonda nasogástrica, óleo mineral e piperazina após eliminação de óleo	Cirúrgico quando evoluir para oclusão total ou vôlvo, perfuração, peritonite

HIDROCOLPOS E HIDROMETROCOLPOS NO RN	Massa abdominal	Quando Diagnosticado	Cirúrgico	Obs: é indispensável o exame da genitália do RN e lactente para evitar este tipo de problema
HIDROCOLPOS E HIDROMETROCOLPOS NA CRIANÇA MAIOR	Adolescente com dor abdominal sem fluxo menstrual com massa abdominal palpável	Quando Diagnosticado	Cirúrgico	Obs: é indispensável o exame da genitália do RN e lactente para evitar este tipo de problema
CONSTIPAÇÃO	RN com dificuldade para evacuar e crianças maiores com fezes excessivamente secas e duras de tamanho insuficiente e com evacuações infrequentes	Na suspeita de megacólon congênito	Cirúrgico – biópsia retal e outros exames quando necessário e posterior abaixamento de colo	No megacólon congênito quanto mais cedo diagnosticado, melhor o resultado cirúrgico
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO	História familiar ou episódio de asfixia seguido de dor retroesternal. Pode ocasionar tosse, febre, disfagia e confundir-se com quadro de infecção respiratória crônica alta. 90 a 95% passam por todo trato gastrointestinal	Para controle radiológico que vai depender do tipo de corpo estranho	Expectante endoscópico cirúrgico quando há intercorrências, o que é raro	Orientar para família procurar diariamente o corpo estranho nas fezes

2.3 ANEMIAS

ASPECTOS GERAIS

É a situação em que ocorre redução da hemoglobina e/ou hematócrito abaixo do esperado para indivíduos saudáveis de uma determinada idade, sexo e moradores na mesma altitude em relação ao nível do mar.

Conceitualmente a OMS, considera anêmico o indivíduo com valores de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Htc) abaixo dos descritos no quadro 1.

QUADRO 1 – Valores de limites inferiores da normalidade para Hb e Htc de acordo com idade e sexo.

IDADE (ANOS)	HEMOGLOBINA (G/DL)	HEMATÓCRITO (%)
0,5 - 1,9	11,0	33
2-4	11,0	34
5-7	11,5	35
8-11	12,0	36
12-14 feminino	12,0	36
masculino	12,5	37

15-17 feminino	12,0	36
masculino	13,0	38
18-49 feminino	12,0	37
masculino	14,0	40

Adaptado de Oski FA, Brugnara C, Nathan DG. A diagnostic approach to the anemic patient. In: Nathan DG, Oski FA, editors. Hematology of infancy and childhood, 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p.375-398

FISIOLOGIA DA ERITROPOESE

Para se entender anemias, é bom considerar alguns princípios básicos de fisiologia relacionados a série eritrocitária.

Em relação às hemácias:

- são células anucleadas e 90% do peso seco corresponde a moléculas de hemoglobina
- a sua forma discóide permite maior maleabilidade durante a passagem nos vasos sanguíneos
- tem como função o transporte de Hb, que transporta O₂ aos tecidos e libera CO₂ nos pulmões
- tem vida média de 120 dias e o principal local de sua destruição é o baço, e o maior sítio de produção é a medula óssea (MO), que compensa a destruição excessiva das hemácias maduras no sangue periférico, com o lança-

mento dessas células jovens denominada reticulócitos, que se transformam em hemácias maduras de 24 a 48 horas.

- nos estados de perda sangüínea intensa ou de hemólise, a eritropoese aumenta cerca de até seis vezes, resultando em um lançamento ainda maior de células jovens na circulação (reticulócitos e eritroblastos), na alternativa de se manter o equilíbrio.
- o estímulo para sua produção é regulado pela eritropoetina, sintetizada nos rins

Em relação às hemoglobinas:

- muda de padrão quantitativo do nascimento até os 9 meses de vida
- no recém nascido predomina a Hb Fetal (HbF), que vai sendo substituída pela Hb A1 (HbA1), predominante no indivíduo sadio, durante o desenvolvimento da criança.
- a produção de Hb determinada pelo padrão genético do indivíduo é plena a partir do 9º mês de vida.
- a produção de Hb se inicia na vida fetal e é estimulada pela eritropoetina produzida pelo fí-

gado no primeiro e segundo semestres e pelo rim no terceiro trimestre da vida intra uterina, sendo portanto possível a detecção de hemoglobinas anômalas ao nascimento, a partir de testes de triagem neonatal.

CLASSIFICAÇÃO DAS ANEMIAS

Podem ser classificadas de acordo com características morfológicas ou fisiológicas.

Quanto à morfologia

- microcítica – VCM diminuído (menor que $70\mu^3$)
- macrocítica – VCM aumentado (maior que $90\mu^3$)
- normocítica – VCM normal

Quanto à fisiologia

- regenerativas – reticulócitos altos (destruição acentuada de hemácias circulantes)
- arregenerativas – reticulócitos normais ou baixos (produção insuficiente de hemácias pela medula óssea)

As causas mais freqüentes de anemias de acordo com a classificação pela fisiologia estão descritas no quadro 2.

RETICULÓCITOS		DIAGNÓSTICOS MAIS COMUNS NA ÉPOCA DO DIAGNÓSTICO	
Regenerativas	Acima de 80.000	Período neonatal	Incompatibilidade ABO – RH, deficiência de G6PD, deficiência de piruvatoquinase, defeitos de membrana das hemácias (esferocitose, ovalocitose)
		Acima de 4 meses de vida	Hemoglobinopatias, deficiência de G6PD, deficiência de piruvatoquinase, defeitos de membrana de hemácias, infecções, síndrome hemolítico-urêmica, drogas
Arregenerativas	Abaixo de 20.000	Período neonatal	Anemia hipoplásica congênita (Blackfan-Diamond), perda sangüínea, infecção
		Acima de 4 meses de vida	Anemia ferropriva, anemia megaloblástica (carência de B12 ou ácido fólico)

QUADRO CLÍNICO

Em geral, a sintomatologia esta ligada de forma direta e proporcional à intensidade e velocidade de instalação do quadro anêmico. Os sinais e sintomas são geralmente decorrentes da má oxigenação tecidual e são insidiosos nos casos de anemias crônicas. As alterações de freqüência cardíaca, rebaixamento de fígado, sinais de descompensação cardíaca são mais freqüentes em casos

agudos. A palidez, inapetência, adinamia, mau desempenho físico e intelectual e perversão do apetite também podem ser relatados.

DIAGNÓSTICO

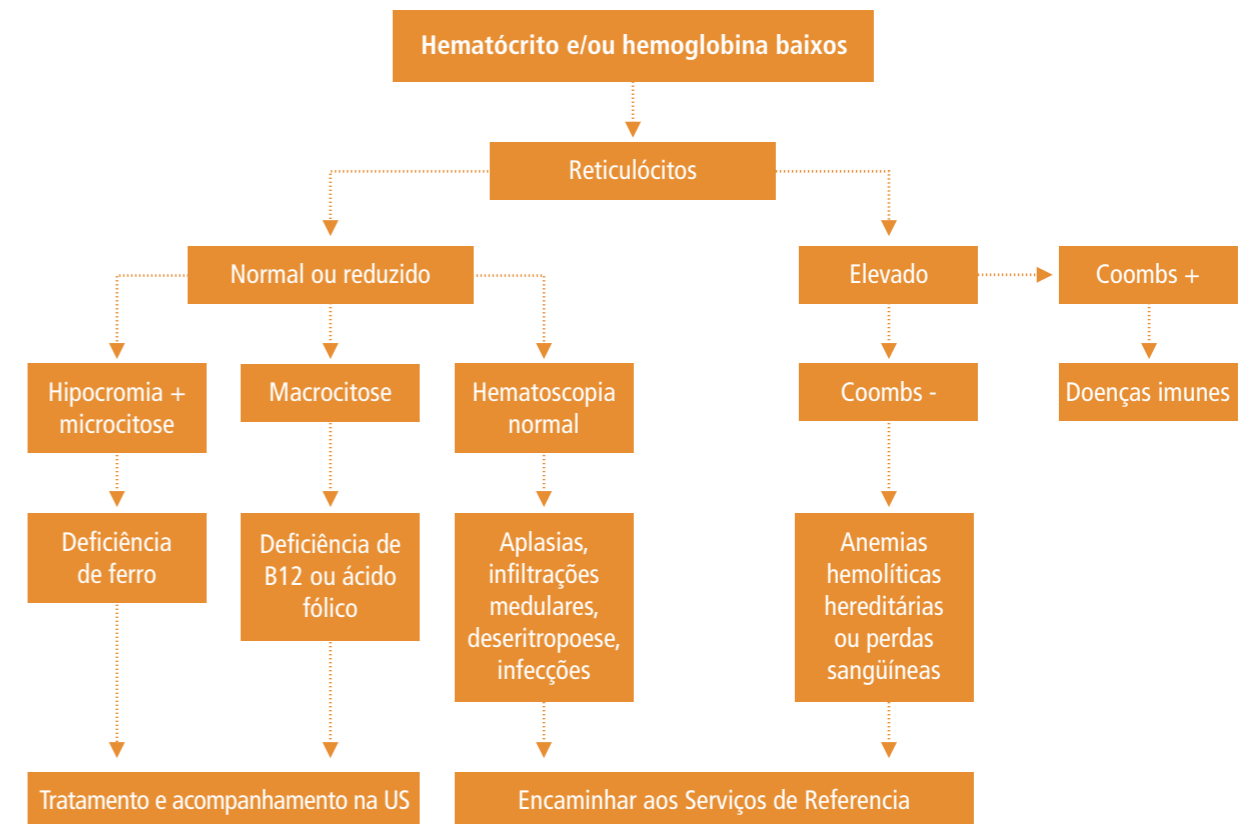
É feito a partir da anamnese e exame clínico, sendo importante dados como origem da família, historia de perversão do apetite, eliminação de vermes, prematuridade, idade e forma do desmame, alimentação atual, uso de medicamentos, historia

familiar, sinais associados (icterícia), infecções de repetição. As alterações de textura do cabelo, icterícia, palidez cutâneo mucosa são achados freqüentes no exame físico, dependendo do tipo de anemia.

A confirmação é feita pelo hemograma, contagem de reticulócitos e hematoscopia bem feita.

É importante ressaltar que o hemograma para avaliação de anemia só deve ser feito com a criança assintomática por um período de pelo menos duas semanas, pois qualquer processo infeccioso, mesmo viral, pode “simular” uma anemia, pela resposta normal adaptativa do organismo à infecção.

ROTEIRO DIAGNÓSTICO DAS ANEMIAS



2.3.1 ANEMIAS MAIS FREQUENTES

2.3.1.1 ANEMIA FISIOLÓGICA DO LACTENTE

É decorrente do declínio progressivo do nível de hemoglobina que se inicia na primeira semana de vida e persiste até 6 a 8 semanas. Os fatores que contribuem para ocorrência dessa anemia são:

- a súbita parada da eritropoese com o início da respiração ao nascimento
- níveis baixos de eritropoetina ao nascimento
- menor vida média das hemácias fetais

Além dos fatores citados, a expansão do volume sangüíneo que acompanha o rápido ganho

ponderal no primeiro trimestre de vida também contribui para o desenvolvimento deste quadro que deve ser considerado como uma adaptação fisiológica à vida extra-uterina. Quando os níveis de hemoglobina caem para 9 – 11g% na idade de 3-4 meses, a eritropoese recomeça e os níveis de hemoglobina ficam normais ao redor do 6º mês de vida.

Por ser fisiológica não deve ser tratada, e não requer exames complementares adicionais para seu diagnóstico.

2.3.1.2 ANEMIA FERROPRIVA

Causada por deficiência de ferro, é a anemia ferropriva é a carência nutricional mais comum ao

redor do mundo. Estima-se que 90% das anemias sejam causadas por deficiência de ferro.

Aspectos importantes no metabolismo do ferro:

- é o elemento essencial para todas as formas de vida
- tem uma função enzimática importante: produção de catalase, ribonucleotídeo redutase peroxidase, e citocromo oxidase (ATP), síntese de ácido gama aminobutírico, mielina e DNA, dopamina, serotonina e catecolaminas.
- absorção feita predominantemente no duodeno e jejuno por transporte ativo
- o ferro das carnes (brancas ou vermelhas) e do leite materno é melhor absorvido
- os taninos (presente nos chás) e fitatos (presente nos vegetais) diminuem a absorção do ferro, assim como o pH elevado do estômago (que pode ser conseqüente a tratamento de refluxo gastroesofágico)
- a perda diária é estimada em 1mg/dia. Para manter o equilíbrio é necessária a absorção da mesma quantidade de ferro. Entendendo que apenas 10% do ferro ofertado por via oral é absorvido, a dieta necessita conter no mínimo 10 mg de ferro diariamente, para que o déficit não ocorra.
- O transporte do ferro no sangue periférico se dá pela ferritina e o armazenamento pela transferrina (principalmente no fígado e baço).

Faixas etárias de maior risco para desenvolver anemia ferropriva

- Lactentes normais a partir do 9º mês de vida
- Lactentes prematuros
- Lactentes com desmame precoce
- Adolescentes

Entendendo a gravidade da anemia ferropriva e suas conseqüências para o desenvolvimento neuro-psico-motor do indivíduo, é necessário a triagem dessa doença em indivíduos, mesmo assintomáticos entre o 9º e 12º mês de vida, aos 24 meses e na adolescência.

DIAGNÓSTICO

Anamnese detalhada: história alimentar, época de desmame, medicações em uso, tipo de alimento utilizado para desmame, reposição pro-

filática de ferro, perversão do apetite.

Exame clínico: dependente do nível de hemoglobina pode-se encontrar: palidez cutâneo mucosa, sopro sistólico e esplenomegalia (10% dos casos).

TRATAMENTO

O tratamento envolve medidas gerais de prevenção, reposição e profilaxia.

Medidas Gerais de Prevenção

Deve-se procurar corrigir os erros alimentares, por orientação dietética, respeitando a idade da criança, hábitos e disponibilidade da família.

Na orientação nutricional alguns pontos devem ser ressaltados:

- Orientar e priorizar o aleitamento materno, uma vez que o ferro do leite humano é melhor absorvido que o do leite de vaca;
- O ferro presente na carne e vísceras é melhor absorvido que o da gema, do leite, dos vegetais ou medicamentos;
- O cozimento prolongado pode destruir os folatos presentes em verduras (verdes escuras), frutas, cereais, carnes, fígado, leite materno e de vaca;
- Os alimentos ricos em ferro são melhores absorvidos quando ingeridos com vitamina C.

Medidas de Reposição

A dose terapêutica diária de ferro elementar preconizada é de 4 a 6mg/kg até o máximo de 200mg. O mais utilizado por apresentar custo benefício maior é o sulfato ferroso (REMUME 25mg/ml), com melhor absorção em jejum, podendo ser associado com sucos cítricos. A dose diária pode ser dividida em duas ou três tomadas e deve ser mantida por 4 a 6 meses.

Medidas Profiláticas

"O ministério da Saúde recomenda e o Município de Vitória adota dose semanal de 25 mg de ferro elementar para todas as crianças de 6 a 18 meses." (Ver Anexo 10)

RN à termo, de peso adequado para a idade gestacional: em aleitamento materno exclusivo, a partir dos 06 meses, ou a partir do início da introdução de qualquer outro alimento, até 02 anos receberão 1mg/kg/dia ou dose semanal de 45mg, exceto nas crianças com fórmulas infantis adicionadas de ferro.

- Prematuros e RN de baixo peso: a partir do

30º dia de vida 2mg/kg/dia, durante 02 meses. Após este prazo, mesmo esquema dos RN do item 1.

O combate à deficiência de ferro é, indiscutivelmente, uma das prioridades na promoção da saúde da criança brasileira. Em virtude disso, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que define a reposição de 25 mg de ferro elementar semanalmente, para todas as crianças na idade de 6 a 18 meses. Foi desenvolvido para isso um xarope de sulfato ferroso com concentração de 25mg/5ml do produto.

É importante ressaltar que o programa do governo não inviabiliza a adequação da dose do ferro profilático a ser dado de acordo com o peso do paciente.

2.3.1.3 ANEMIA FALCIFORME

A Anemia Falciforme (AF) é a doença hereditária mais prevalente no Brasil, chegando a acometer 0,1% a 0,3% da população negra, com tendência a aumentar cada vez mais na população geral devido ao alto grau de miscigenação em nosso país. Apesar de sua prevalência ser maior na raça negra, estudos populacionais têm demonstrado que o acometimento de caucasianos por esta doença tem sido cada vez maior. Anemia falciforme é reservada para a homozigose da HbS (Hb SS).

O termo "**doença falciforme**" ou "**síndromes falciformes**" se referem as variadas apresentações da HbS, com outras hemoglobinas mutantes como HbC, HbD, e a combinação dessa com a talassemia β^0 ou β^+ .

Toda criança com doença falciforme deverá ser encaminhada ao Especialista

SCREENING NEONATAL - TESTE DO PEZINHO

O diagnóstico precoce da doença falciforme por meio da triagem neonatal com encaminhamento do portador para centros de referência que prestam cuidados de saúde de forma multidisciplinar reduz de forma significativa a morbidade e letalidade provocada pela doença em crianças acometidas, além de propiciar aconselhamento genético para os portadores do traço de hemoglobinas variantes.

A eletroforese de hemoglobina é o exame utilizado para detecção das hemoglobinas variantes e na triagem neonatal com as técnicas de focalização isoeétrica e cromatografia líquida de alta resolução (HPLC).

Os resultados positivos devem ser repetidos por outra técnica e ser seguido de estudo dos pais. Em casos especiais, pode ser necessário o estudo molecular (DNA) da criança, ou ainda a repetição do exame aos nove meses de vida, quando está definido o padrão final de hemoglobina.

IMPORTANTE!

As hemácias dos recém nascidos normais possuem Hb F e A, representado pelo padrão "FA" na triagem neonatal. Essa expressão é conseqüente a maior concentração de Hb F ao nascimento. Portanto, os heterozigotos para doença falciforme (portadores do traço), apresentarão o padrão FAS, não tendo significado de doença.

AVALIAÇÃO HEMATOLÓGICA

O hemograma do portador de doença falciforme tem os seguintes achados:

- **Anemia** – normalmente normocrômica, normocítica com reticulocitose variando de 5 a 20%. A Hb em pacientes estáveis pode variar de 5 a 10g%, devendo-se conhecer o nível basal de cada paciente, pois esses valores tendem a se manter e são um dado importante no seguimento clínico.
- **Leucocitose** – é achado freqüente e pode existir desvio a esquerda mesmo com o paciente fora da crise. É importante o conhecimento desse dado para não julgar processo infeccioso apenas pelo exame laboratorial. O critério clínico é fundamental.
- **Plaquetose** – a contagem de plaquetas é elevada e pode atingir níveis de até 1.000.000/mm³.
- **Morfologia do sangue periférico** – é comum o achado de "hemácias em foice", hemácias em alvo (mais comum nas SC e S/ β talassemia), corpúsculos de Howell-Jolly (refletem hipofunção do baço), eritroblastos circulantes (entre 5 a 20%), hemácias fragmentadas, esferócitos, policromasia.

IMPORTANTE!

A intensidade das manifestações clínicas é diretamente proporcional às concentrações de HbS intracelular e inversamente proporcional às concentrações de HbF.

No quadro 3 se encontram as variações de síndromes falciformes mais freqüentes e o padrão de quadro clínico, níveis de Hb e padrão de eletroforese encontrado em cada uma delas.

SÍNDROME FALCIFORME	HEMOGLOBINAS PRESENTES	HB (G/DL)	HT (%)	VCM (μ3)	SEVERIDADE CLÍNICA
Hb SS	S: 80 a 90% F: 0,2 a 20% A2: < 3,5%	7,5 (6 a 9)	22 (18 a 30)	93	Moderada a severa
Hb SC	S: 45 a 55% F: 0,2 a 0,8% C: 45 a 55%	11 (9 a 14)	30 (26 a 40)	80	Leva a moderada
Hb S β° tal	S: 50 a 85% F: 2 a 30% A2: > 3,6%	8 (7 e 10)	25 (20 a 36)	69	Leve a severa
Hb S β+ tal	S: 55 a 75% F: 1 a 20% A2: > 3,6% A: 15 a 30%	11 (8 a 13)	32 (25 a 45)	76	Leve a severa
Hb AS	A: 55 a 60% S: 38 a 45% A2: 1 a 3%	normal	normal	normal	assintomático

ACOMPANHAMENTO

- **Avaliação clínica** – medida do baço e ensinar o cuidador a medi-lo, peso, estatura, desenvolvimento neuro-psico-motor.
- **Avaliação do cartão vacinal** – além das vacinas normais para a idade, devem ser feitas vacinas especiais como antipneumocócica, antimeningocócica, influenza, varicela, hepatite A (sempre avaliar a indicação da vacina pela idade do paciente).
- **Avaliação laboratorial** – Hemograma – reticulócitos
- **Avaliação Social**
- **Avaliação Odontológica e Nutricional**, se indicado
- **Avaliação Psicoterápica**
- **Início da profilaxia** para infecções com penicilina aos 4 meses e ser mantida até no mínimo 5 anos de vida.

Penicilina V oral:

- até 3 anos – 125 mg, 2 x ao dia
- acima de 3 anos- 250 mg, 2 x ao dia

Penicilina Benzatina:

- até 06 meses – 300.000 UI
 - de 06 meses a 3 anos – 600.000 UI
 - acima de 3 anos – 1.200.000 UI
- de 21 em 21 dias

Eritromicina: 20 mg/Kg/dia (em caso de alergia a penicilina)

- *Ácido fólico – 5mg em dias alternados por tempo indeterminado.*

CONTROLES PERIÓDICOS■ **Consultas médicas especializadas:**

- Até 06 meses: mensalmente
- De 06 meses a 48 meses : bimensal
- Após 02 anos : trimestral ou semestral

■ **Exames Laboratoriais:**

- Hemograma e reticulócitos a cada consulta.
- Bioquímica – semestral
- Ferritina - anual
- Sorologia – pós transfusional
- Aloanticorpos eritrocitários – basal, pré e pós transfusional
- EAS e EPF – semestrais

■ **Exames Especiais:**

- Ultrassonografia abdominal – anual nos maiores de 05 anos
- Oftalmológico com fundo de olho – anual nos maiores de 10 anos
- Odontológico – semestral
- Cardiológico – anual, com avaliação ecocardiográfica
- Pneumológico – bianual acima de 5 anos.

Observação – as vacinas especiais descritas são feitas no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), localizado no Hospital Infantil N. Sra. da Glória em Vitória.

COMPLICAÇÕES■ **Crises de dor**

São as complicações mais freqüentes na do-

ença falciforme e podem ser a primeira manifestação. Essas crises são precipitadas por isquemia tecidual secundária a obstrução do fluxo sanguíneo por hemácias falcizadas. Podem durar de 4 a 6 dias e podem ser precipitadas por: hipóxia, infecção, acidose, desidratação, exposição ao frio, depressão e exaustão física em pacientes mais velhos. A síndrome mão – pé pode ser a primeira manifestação na infância.

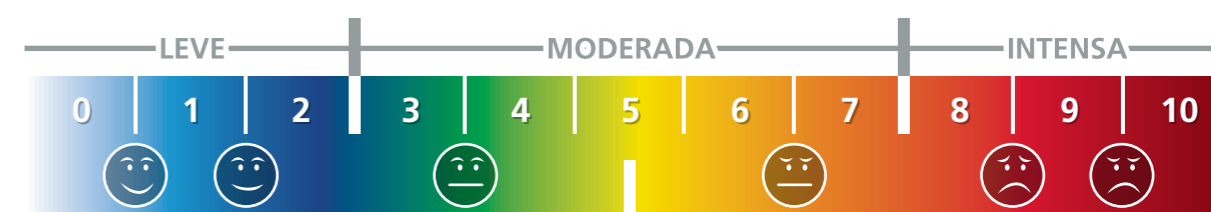
Deve ser considerado com fator de risco: febre, desidratação, palidez, vômitos recorrentes, aumento de volume articular, dor abdominal importante, sintomas neurológicos e priapismo que não cedem a analgésicos comuns e repouso.

Devem ser imediatamente avaliados os pacientes com dor e um ou mais dos fatores de risco:

- febre
- dor abdominal
- cefaléia severa
- dor torácica ou sintomas respiratórios
- letargia
- dor associada a fraqueza ou perda de função local
- edema articular agudo
- dor sem melhora com medidas como dipirona, repouso e líquidos
- dor lombar sugestiva de pielonefrite

TRATAMENTO AMBULATORIAL DA DOR

Baseia-se sempre na escala analógica da dor



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

- **EVA 1 a 3** - dipirona de 4/4hs e suspender após 24 horas sem dor.
- **EVA 3 a 6** - dipirona de 4/4hs + diclofenaco de 8/8hs. Após 24 horas sem dor suspender o diclofenaco e manter a dipirona por mais 24hs. Se houver retorno da dor, retornar com o diclofenaco e referenciar paciente para emergência.
- **EVA 6 a 10** - dipirona de 4/4hs + diclofenaco de 8/8hs + codeína de 4/4hs. Após 24 hs sem dor retirar a dipirona e manter a codeína e diclofenaco por mais 24 horas. Se estiver sem dor nas próximas 24 hs retirar codeína e manter o diclofenaco por mais 24hs. Se retornar a dor, referenciar paciente para emergência.
- **Febre**
As infecções constituem as principais causas de morte no pacientes com doença falciforme. O risco de septicemia e/ou meningite por Streptococcus

pneumoniae ou *Haemophilus influenzae* chega a ser 600 vezes maior que em outras crianças. Por isso FEBRE é um sinal de alarme, e não deve ser negligenciada, pois pode levar a morte em poucas horas de evolução.

Protocolo de febre para menores de 5 anos de idade

Durante o exame físico procurar sinais de desconforto respiratório, meningite, sepse, esplenomegalia, icterícia, dor óssea generalizada, dor, acidente vascular cerebral.

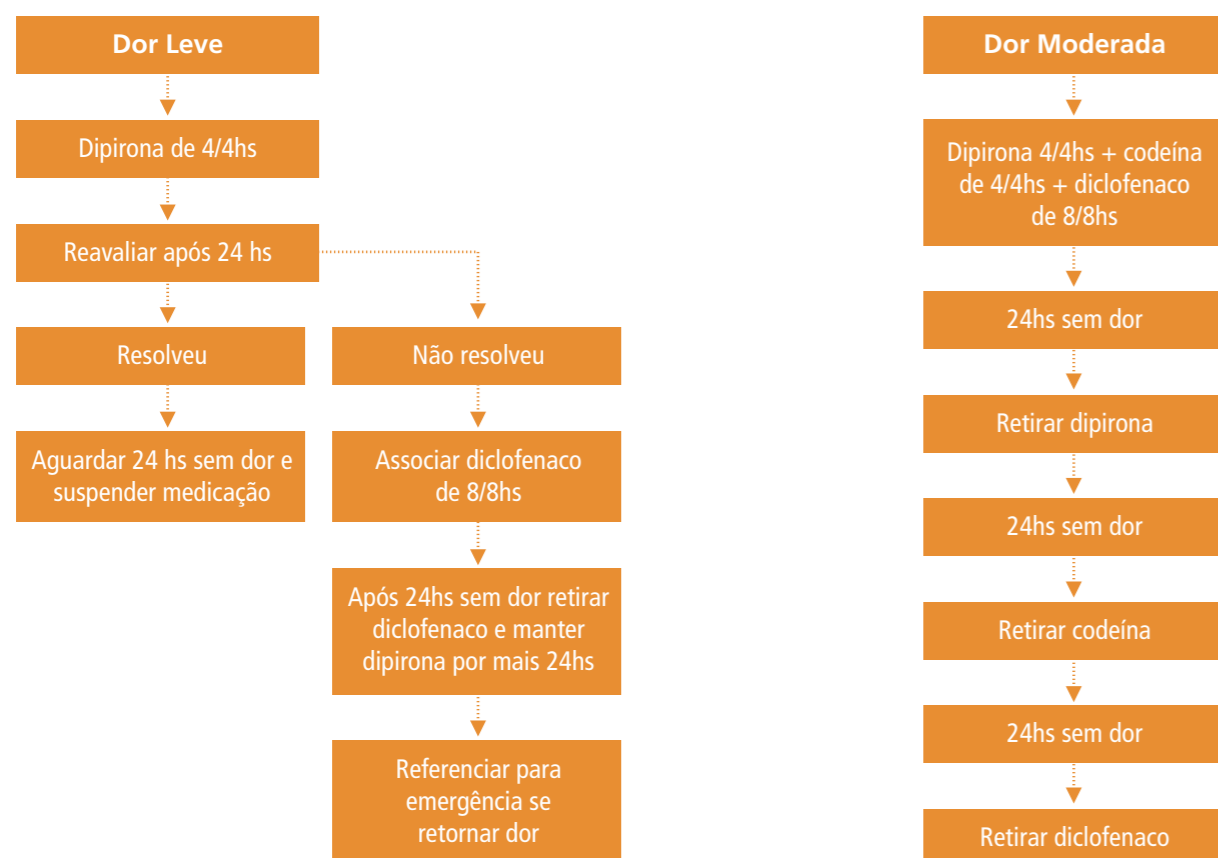
Devem ser feitos os seguintes exames:

- Hemograma + reticulócitos
- Hemocultura
- RX de tórax
- Urocultura
- Punção lombar (em menores de 1 ano ou quando houver sinais de meningite)
- Coprocultura – se diarreia presente
- US abdominal em caso de dor abdominal intensa

OBSERVAÇÕES

- 1 todos os pacientes abaixo de 3 anos devem ser internados para tratamento
- 2 se na avaliação todas as culturas forem negativas, os antibióticos devem ser mantidos por 72hs.
- 3 a cobertura antibiótica inicial deverá ser sempre efetiva para *S. pneumoniae* e *H. influenzae*, podendo ser feito amoxicilina+clavulanato ou ceftriaxone em doses habituais.

TRATAMENTO AMBULATORIAL NA CRISE ÁLGICA



■ Síndrome torácica aguda

Caracteriza-se pela presença de um novo infiltrado pulmonar ao RX de tórax, acompanhado de dor torácica aguda e intensa, dispnéia, tosse febre, podendo ocorrer hipercapnia e hipoxemia. Pode ser causada por infecção, embolia de medula óssea necrótica, vaso-oclusão pulmonar e sequestro pulmonar.

Deve ser encaminhado para internação de imediato. Evolui para óbito em 3 a 5 % dos casos.

OBSERVAÇÃO

Todos os pacientes portadores de doença falciforme com sintomas pulmonares ou torácicos devem ser imediatamente avaliados.

■ Sequestro Esplênico

Anemia aguda, severa com reticulocitose e aumento do volume do baço com ou sem choque hipovolêmico. O tratamento é instituir o acesso venoso e expandir com soro fisiológico enquanto aguarda o concentrado de hemácias.

O risco de sequestro é maior entre crianças a partir de 4 meses de vida, até dois anos.

Deve ser feita a orientação para a palpação do baço do paciente falcêmico pelo cuidador, especialmente aqueles com grandes esplenomegalias.

Temos a conduta de fazer o reforço vacinal adequado e esplenectomizar a criança a partir do segundo episódio de sequestro esplênico.

■ AVC

Ocorre em 10% dos portadores de doença falciforme. As manifestações neurológicas são geralmente focais e podem incluir hemiparesia, hemicinesia, deficiência de campo visual, afasia e paralisia de nervos cranianos.

Pacientes com sintomas neurológicos agudos devem ser sempre internados. Ao se diagnosticar AVC, a conduta imediata é a exsanguineotransusão.

Após regressão do quadro agudo o paciente é mantido em regime de hipertransusão.

■ Priapismo

É a ereção dolorosa do pênis que pode ocorrer em episódios breves e recorrentes, ou episódios longos que podem causar impotência sexual.

O tratamento se constitui em banhos mornos, hidratação, sedação e analgesia. Se em 24 horas não houver regressão do quadro, está indicada exsanguineo parcial ou transfusão com concentrado de hemácias. Em algumas situações é necessário sedação e punção cirúrgica dos corpos cavernosos, com esvaziamento dos mesmos, o que pode resultar em impotência definitiva e anormalidades penianas.

■ Úlceras de perna

Presente em 10% dos portadores de doença falciforme após a primeira década. É de localização mais comum na região maleolar lateral ou medial. A etiologia pode ser por contusões traumáticas, picada de insetos ou mesmo pela hipoxia tecidual. As lesões são de tamanho variável, bordos definidos em relevo com tecido de granulação na base. Geralmente são resistentes a terapia e podem durar meses ou anos.

O melhor tratamento é preventivo, com boa higiene local, utilização de meias elásticas e calçados de proteção, evitar picadas de insetos, hidratação da pele e acompanhamento médico regular.

INDICAÇÕES DE TRANSFUÇÃO

A maioria dos paciente tem anemia com níveis tão baixos de Hb como 6,0g%. A anemia por si só não é indicação de hemotransusão, pois esses pacientes toleram níveis baixos de Hb, e transfusões podem expo-los à infecção, aloimunização, hiper- viscosidade sanguínea e hemossiderose.

Para indicar hemotransusão deve-se levar em conta os níveis basais de Hb daquele paciente e no aparecimento de novos sintomas e/sinais de descompensação hemodinâmica.

As indicações precisas para hemotransfusões são:

- tratamento de complicações anêmicas severas
- AVC
- manuseio pré opertório
- doença pulmonar hipóxica progressiva

IMPORTANTE!

Anemia crônica, crise dolorosa e infecções leves ou moderadas não são indicações de transfusão. A transfusão deve elevar o Ht a 28 ou 33% e Hb a 9 ou 11g%. Dar sempre preferência a concentrado de hemácias lavadas e filtradas para reduzir as reações transfusionais não hemolíticas.

2.4 ASMA BRÔNQUICA

CONCEITO E TRATAMENTO

A asma é definida como uma doença crônica das vias aéreas caracterizada por: Obstrução ao fluxo aéreo reversível (embora não completamente, em alguns pacientes), espontaneamente ou com tratamento; inflamação, na qual muitas células têm um papel importante, em particular mastócitos e eosinófilos; aumento da reatividade das vias aéreas a uma variedade de estímulos (hiper-reatividade brônquica); episódios recidivantes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao acordar.

TRATAMENTO:

Os objetivos do tratamento são:

- Reduzir a freqüência e a gravidade das exacerbações, a morbidade e a mortalidade;
- Controlar a hiper-reatividade brônquica;
- Normalizar a inflamação crônica e prevenir a conseqüente remodelagem;
- Manter normais as PFP (provas de função pulmonar) e a prática de esportes;
- Propiciar uma qualidade de vida adequada;
- Educar o paciente e seus familiares com relação à asma e seu manejo.

A doença pode ser controlada em quase todos os pacientes e para que os objetivos sejam alcançados é necessário seguir um plano de tratamento, da crise e de manutenção.

TRATAMENTO DA CRISE

A crise deve ser classificada conforme a sua gravidade e o tratamento instituído imediatamente.

TABELA 1 – Classificação da gravidade da crise

ACHADO	MUITO GRAVE	GRAVE	MODERADA/LEVE
Geral	Cianose, sudorese	Sem alterações	Sem alterações
Estado mental	Agitação, sonolência	normal	normal
Dispnéia	grave	moderada	Ausente ou leve
Fala	Frases curtas Lactente: dificuldade de se alimentar	Frases incompletas Lactente: dificuldade de se alimentar	Frases completas
Uso de musculatura acessória	acentuadas ou em declínio (exaustão)	acentuadas	Leve ou ausente
Sibilos	Ausente ou difuso	Difusos ou localizados	Difusos, localizados ou ausentes
FR*	aumentada	aumentada	Aumentada ou normal
FC	>140 ou bradicardia	>110	> 110
SaO ₂ (ar ambiente)	<90 %	91-95%	>95%

A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos indica a classificação geral da crise.
* FR aumentada em < 2 meses: > 60 IRM, 2-11 meses: >50 IRM; 1-5 anos: >40 IRM; 6-8 anos: >30 IRM.
[Modificado da IV Diretrizes Brasileiras para o manejo da asma]

■ Oxigênio inalatório:

Deve ser administrado sempre que a saturação estiver menor que 95% ou em crises graves ou muito graves, quando a saturimetria não for disponível.

■ Beta-2 agonistas inalatórios de curta duração:

Doses adequadas e repetidas de beta-2-agonistas, por via inalatória, a cada 10-30 minutos na primeira hora, constituem a medida inicial de tratamento.

A dose recomendada para nebulização é de no mínimo 0,15 mg/kg/dose (aproximadamente 0,6 gotas/ kg/ dose), sendo um máximo de 20 gotas. Devemos chegar a 1gota/ Kg/ dose em crises muito graves e graves (máximo de 20 gotas). Fazer 3 nebulizações de 20/20 minutos na primeira hora.

Dar preferência ao uso de beta-2-agonistas por nebulímetros dosimetrado (sprays) acoplado a espaçadores de pequeno volume quando estiver disponível na Unidade de Saúde. Recomenda-se a dose de 5 jatos de salbutamol ou fenoterol de 100 mcg, 3 vezes, a cada 20 minutos, na primeira hora (independente da idade ou peso da criança).

Reavaliar em 1 hora. Se houver melhora parcial ou se não houver melhora, referir urgentemente

para serviço de referência. Se houver melhora significativa, observar por mais uma hora e em seguida liberar para casa com prescrição de nebulização com fenoterol (mínimo de 0,6 gotas/Kg/ dose) ou, preferencialmente, salbutamol spray (100 mcg) 2 jatos, até de 4/4 horas, com espaçamento gradual até resolução completa da crise.

■ Corticosteróides:

Seu uso precoce deve ser considerado na crise moderada e grave. Usar também em casos de segundo atendimento pela mesma crise, quando a criança não vem apresentando melhora, apesar do uso de broncodilatadores ou em pacientes com história de crises graves anteriores.

Dose: prednisona ou prednisolona 1 a 2 mg/kg/dia, via oral, com a dose máxima de 60 Mg. O uso de corticóides endovenosos não é mais eficaz do que via oral. Usar apenas se a criança tiver impossibilidade de ingerir via oral, na dose: metilprednisolona 1 a 2 mg/kg, EV, a cada 4-6 h ou hidrocortisona 4 – 5 mg/kg, EV, a cada 4 – 6 h. Manter o tratamento por 5 a 7 dias.

■ Brometo de Ipratrópio:

O início de ação é longo (cerca de 20 minutos). Recomenda-se a sua associação com os simpatomiméticos a cada seis a oito horas.

A dose recomendada é de 125 a 250 mcg/ dose (10 a 20 gotas) em menores de 4 anos e de 250 a 500 mcg/ dose (20 a 40 gotas) em maiores de 4 anos (1ml da solução tem 250 mcg). **Quando a nebulização for repetida de 20/20 minutos, o brometo de ipratrópio deverá ser prescrito só na 1ª nebulização.**

Existem apresentações em spray e a dose recomendada é 2 jatos, por espaçador, após a administração dos 5 jatos de salbutamol (o tempo mínimo de administração é de 1/1 hora).

Na alta para casa, a dose deve ser mantida idêntica a citada anteriormente, com intervalos até de 4/4 horas, com espaçamento gradual conforme a melhora.

■ Observações importantes:

- Doses adequadas de broncodilatadores de curta duração são essenciais para um atendimento eficaz.
- Evitar uso de broncodilatadores via oral, se há disponibilidade de uso por via inalatória.
- Corticóides sistêmicos (preferencialmente via

oral) devem ser administrados ainda na 1ª hora em crises graves.

- Corticóides inalatórios não mostram efeito benéfico adicional na crise aguda de asma.
- Beta-2-agonistas de longa duração não são drogas de escolha para crise aguda.
- Xantinas não estão indicadas rotineiramente no tratamento.
- Não há indicação de uso de mucolíticos e expectorantes.
- Evitar uso desnecessário de antibióticos.

TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO

Os pacientes e seus familiares devem receber informações sobre sua doença, de como evitar os fatores desencadeantes e sobre a diferença entre tratamento sintomático com broncodilatadores e tratamento regular de manutenção. Devem ainda receber treinamento sobre a técnica correta da inaloterapia.

O primeiro passo na decisão da escolha do tratamento de manutenção é classificar a gravidade da doença (tabela 2).

TABELA 2: Classificação da gravidade da asma

	INTERMITENTE	PERSISTENTE LEVE	PERSISTENTE MOD	PERSISTENTE GRAVE
Sintomas	Raros	Semanais	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	Raros	Mensais	Semanais	Quase diários
Necessidade de beta-2 para alívio	Raro	Eventual	Diária	Diária
Limitação das atividades	Nenhuma	Nas exacerbações	Nas exacerbações	Contínua
Exacerbações	Raras*	Afeta as atividades e o sono	Afeta as atividades e o sono	Freqüentes
VEF1 ou PFE	> 80% do predito	> 80% do predito	60-80% do predito	< 60% do predito
Varição do VEF1 ou PFE	< 20%	20-30%	> 30%	> 30%

Classificar sempre o paciente com a manifestação de maior gravidade
*Pacientes com asma intermitente, mas com exacerbações graves, devem ser classificados como tendo asma persistente moderada
[Modificado da IV Diretrizes Brasileiras para o manejo da asma]

■ Asma intermitente

Utilizar apenas beta-2 agonista de curta duração por via inalatória para alívio dos sintomas, na crise.

Deixar prescrito para o paciente a medicação para tratamento domiciliar nos primeiros sintomas da crise. Orientar a família quanto aos sinais de alerta, para que seja procurada assistência médica, quando houver piora clínica.

■ Asma persistente

Utilizar beta-2 agonistas, para alívio dos sintomas na crise aguda e terapia antiinflamatória de manutenção.

Existem duas opções: início do tratamento com doses baixas de corticóide inalatório e conforme a necessidade, aumentar a dose até chegar a doses altas ou, que é considerada por muitos a melhor opção, iniciar o tratamento com doses altas

e conforme a melhora do paciente ir reduzindo a dose lentamente.

Os broncodilatadores de longa duração podem ser associados quando não há um controle adequado, mesmo com doses altas de corticóides inalatórios. A monoterapia com esta medicação deve sempre ser evitada.

■ Equivalência, resumida, de corticóides inalatórios utilizados no Brasil

FÁRMACO	DOSE BAIXA	DOSE MÉDIA	DOSE ALTA
Beclometasona	250	500	1000
Budesonida	200	400	800
Fluticasona	100-200	250	500
Ciclesonida	80	160	320

■ Por exemplo, Beclometasona nas apresentações de 250 Mcg e 50 Mcg:

Dose baixa: 50 Mcg, 2 jatos de 12/12 horas;
dose média: 250 Mcg, 1 jato de 12/12 horas;
Dose alta: 250 Mcg, 2 jatos de 12/12 horas.

OBS.: A beclometasona é a única medicação que deve ser sempre usada de 12/12 horas.

■ Recomendações para uso de dispositivos inalados em crianças

Aerossol dosimetrado ("spray") com espaçador e máscara facial

- Retirar a tampa
- Agitar o dispositivo
- Acoplar o dispositivo ao espaçador
- Posicionar a máscara do espaçador no rosto da criança
- Acionar o dispositivo
- Deixar a criança respirar normalmente, se possível de boca aberta, por 10 a 20 segundos
- Para subsequêntes aplicações, todo processo deverá ser repetido, ou seja, a cada dose, o dispositivo deverá ser agitado.

■ Tratamento de manutenção baseado no estado de controle

Se durante a avaliação o paciente não se encontra controlado, deve ser promovido o incremento do esquema terapêutico, aumentando-se a dose da medicação.

Quando o controle for alcançado, deve-se manter a medicação, na mesma dose, por pelo menos três a seis meses, quando então a medicação

deverá ser reduzida lentamente, para a dose suficiente para manter o controle.

O tratamento ideal é o que mantém o paciente controlado e estável, com a menor dose de medicação possível.

Se o controle esperado não for obtido considerar: 1) Adesão ao tratamento; 2) Erro na técnica de uso dispositivo inalatório; 3) A presença de fatores desencadeantes ou agravantes, 4) Erro no diagnóstico; 5) asma de difícil controle.

A asma de difícil controle pode ser definida como falta de controle adequado da doença, quando são usadas as doses máximas recomendadas dos fármacos inalatórios, após um período variável de três a seis meses. Nestes casos é primordial a verificação da adesão ao tratamento e uso correto da técnica inalatória. Será então necessário descartar doenças concomitantes ou que simulem asma e portanto o encaminhamento ao especialista é recomendado.

Além de pacientes com asma de difícil controle, deverão ser encaminhados ao especialista, pacientes nas seguintes situações: dúvida sobre o diagnóstico da doença e pacientes com doenças concomitantes, que compliquem a asma.

2.5 DERMATOSES DE INTERESSE PEDIÁTRICO NA ATENÇÃO BÁSICA

2.5.1 DERMATOZOONOSES

2.5.1.1 ESCABIOSE

Doença contagiosa causada por um ácaro, o *Sarcoptes scabiei* variedade *hominis*, sem preferência por sexo, idade ou raça.

- **Reservatório:** homem doente.
- **Transmissão:** pelo contato direto com a pessoa infestada e menor possibilidade através de objetos inanimados como vestes, toalhas, lençóis.
- **Período de incubação:** pode variar de um dia a seis semanas. Novos episódios na mesma determinam períodos de incubação menores.
- **Diagnóstico:** clínico e/ou pela visualização do ácaro à microscopia do raspado da lesão ou biópsia de pele.

- **Clínica:** após a penetração do ácaro na pele surgem vesículas, pápulas, pequenos sulcos e crostículas hemorrágicas. O prurido é intenso e maior durante a noite. As lesões acometem as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), mamilos, região peri-umbelical, genitália e sulco interglúteo. Nos lactentes, lesões também palmo-plantares, no couro cabeludo, face e pescoço.

- **Sarna norueguesa ou crostosa:** quadro clínico que ocorre em imunossuprimidos, desnutridos e institucionalizados. Caracteriza-se pela presença de crostas espessas, ou por uma dermatite generalizada com intensa descamação. Extremamente contagiosa devido ao grande número de ácaros existentes nas lesões.

- **Forma nodular:** encontrada no pós-tratamento, como reação do organismo aos produtos de degradação parasitária. Pápulas e nódulos muito pruriginosos, eritematosos ou acastanhados, sendo freqüente em crianças quando ocorre o acometimento da genitália.

Observações:

- na presença de uma higiene pessoal adequada existe maior probabilidade de remoção do ácaro podendo dificultar o diagnóstico. Portanto, sempre pensar em escabiose na presença de prurido, buscando-se o vínculo epidemiológico (mãe, babás, e outros contatos com sinais e sintomas semelhantes);
- o uso inadequado de corticoterapia tópica ou sistêmica favorece o surgimento de um quadro clínico que se alastra, de localização atípica, com lesões de aspecto eritematoso, urticado e eczematoso;
- nos lactentes as lesões urticadas e eczematosas podem mascarar o quadro clínico.

- **Complicação:** infecção bacteriana secundária pelo ato de coçar.

- **Tratamento:** tratar o doente e os contactantes.

TRATAMENTO TÓPICO:

- **lindano a 1%:** não deve ser usado em menores de 6 meses, gestantes, nutrízes, e, em lesões escoriadas. Aplicar uma única vez, deixar na pele por oito horas e lavar com água e sabão, não repetir antes de 7 dias;
- **permetrina a 5%:** bem menos irritante que a deltametrina. Pode ser utilizada em gestan-

tes, nutrízes, menores de 1 ano, e lesões escoriadas;

- **benzoato de benzila a 25%:** muito irritante quando aplicado em lesões escoriadas. Tentar evitar diluições usando o produto sem esfregá-lo sobre a pele, somente tocando-se as lesões, ou então utilizá-lo na diluição de 1:3 partes em água. Usar por três a sete noites;
- **monossulfiram sol. Alcoólica 25%:** diluir 1:3 partes em água e utilizar por duas noites;
- **enxofre precipitado a 3% ou 6% em vaselina ou pasta d'água:** Usar por três a cinco noites;
- **tiabendazol a 5%:** duas vezes ao dia durante uma semana.
- aplicar os medicamentos evitando-se o contato com as mucosas.

TRATAMENTO SISTÊMICO:

- **ivermectina (comp.6mg):** utilizada para maiores de 15kg. Dose única: 200 microgramas / kg, repetir com 7 dias.
- **Outras medicações:** anti-histamínicos para alívio do prurido, antibioticoterapia sistêmica em casos de infecção secundária, corticóide tópico nas reações pápulo-nodulares-pruriginosas pós-tratamento, e queratolítico (vaselina salicilada 3%) e anti-escabicida na lesões escamosas e crostosas.

RECOMENDAÇÕES:

- tratar o doente;
- afastar da escola ou creche até 24 horas após o término do tratamento;
- tratar ao mesmo tempo todos que tiveram contato cutâneo com o doente e apresentam sinais e sintomas de escabiose, para evitar a reinfestação;
- isolar o doente hospitalizado para evitar surtos em enfermarias, e a transmissão para os profissionais de saúde;
- trocar e lavar a roupa de banho e de cama diariamente;
- buscar casos no convívio: família, residentes do mesmo domicílio do doente, escolas, creches tratando-os rapidamente;
- considerar fracasso terapêutico a presença de

sinais e sintomas após duas semanas.

2.5.1.2 PEDICULOSE

Dermatose pruriginosa causada pelo *Pediculus humanus*, inseto sugador de sangue, que promove uma irritação local e não há imunidade. Trata-se de uma infestação recorrente. Na criança é frequente a infestação pelo *P. humanus capitis*.

- **Reservatório:** indivíduo doente.
- **Transmissão:** contato físico, ou objetos usados pelo doente (pente, toucas, bonés, roupas de cama).
- **Período de incubação:** uma a três semanas.
- **Clínica:** encontro do parasita (piolho), sendo vistas com maior facilidade as lêndeas (ovos fixos às hastes dos cabelos). Presença de escoriações e pápulas pruriginosas agrupadas na região occipital, nuca, e atrás do pavilhão auricular.
- **Complicação:** piodermites (escoriação + infecção secundária).

TRATAMENTO TÓPICO:

- dar preferência aos xampus de lindano a 1%, permetrina 1%, deltametrina 0,02%. Deixar agir por cinco minutos, lavar e repetir com sete dias;
- benzoato de benzila a 25%;
- remoção das lêndeas com solução 1:1 parte de vinagre em água morna + pente fino.

TRATAMENTO SISTÊMICO:

- ivermectina 200mcg/kg, dose única para maiores de 15Kg;
- tratar a infecção secundária com antibioticoterapia sistêmica.
- **Medidas gerais:** recomenda-se proceder a busca ativa de piolhos e lêndeas independente da existência de queixa, da criança ou da mãe, devido a elevada frequência desta parasitose na infância.

2.5.1.3 LARVA MIGRANS

Dermatose pruriginosa causada pela penetração na pele do homem, por larvas de ancilostomídeos que parasitam principalmente o cão e o gato (*Ancylostoma caninum*, e *Ancylostoma brasiliensis*).

- **Reservatório:** cães e gatos.
- **Transmissão:** através do contato da pele com

solo (terrenos arenosos e úmidos) contaminado por fezes destes animais. É uma infestação acidental da larva na pele. Não há transmissão pessoa a pessoa.

- **Diagnóstico:** clínico. Presença de erupção linear, serpiginosa, eritematosa, pouco elevada e muito pruriginosa. Algumas vezes com aparecimento de formas bolhosas ou eritematopapulosas. Acomete principalmente as mãos, pés, pernas e nádegas.

TRATAMENTO TÓPICO:

- **tiabendazol pomada:** três vezes ao dia durante sete a quatorze dias. Em caso de infecção secundária utilizar antibioticoterapia sistêmica.

TRATAMENTO SISTÊMICO:

- tiabendazol: 25mg/kg/dia, via oral, duas vezes ao dia, por dois a três dias;
- albendazol: nos maiores de dois anos, dose única de 400 mg / dia, via oral;
- ivermectina: para maiores de 15 Kg , 200 mcg / kg / dose única;
- associar o tratamento tópico por dez dias.
- **Medidas gerais:** proibição de cães e gatos na praias. Proteger os tanques de areia dos parques, creches e escolas. Evitar áreas arenosas, úmidas e sombreadas.

2.5.1.4 TUNGUÍASE

- **Agente:** Tunga penetrans (bicho de pé). Pulga que habita lugares secos e arenosos.
- **Hospedeiro:** homem, suínos
- **Clínica:** prurido seguido de dor e pápula amarelada com ponto central escuro. Localização geralmente ao redor das unhas dos pés, calcanhares, região plantar. Nas crianças, também nas mãos.
- **Tratamento:** extração dos parasitas com agulha estéril. Tiabendazol oral. Em caso de infecção secundária antibioticoterapia sistêmica.

2.5.1.5 MIÍASE

Dermatose frequente no meio rural.

- **Agente:** larvas da mosca *Dermatobia hominis* (miíase primária), e larvas da mosca *Callitroga macellaria* (mosca varejeira), na miíase secundária.

CLÍNICA E TRATAMENTO:

- **Miíase primária:** produzida por larvas que se desenvolvem às custas de tecido vivo. Ardor e prurido seguidos do aparecimento de nódulo com aspecto inflamado, que simula o furúnculo. Visualiza-se no centro um pequeno orifício por onde a larva respira. O tratamento consiste na retirada da larva com auxílio de uma pinça. Este procedimento é facilitado pela oclusão do orifício central com vaselina, o que promove uma asfixia, e a larva abandona a lesão para respirar.
- **Miíase secundária:** causada por larvas que se desenvolvem em tecidos em decomposição. Em ulcerações ou cavidades. São observados no local, parasitos fusiformes, de cor esbranquiçada, e com grande mobilidade. O tratamento recomendado é a limpeza das lesões com retirada das larvas, precedida da utilização de anestésico local.

2.5.2 MICOSES SUPERFICIAIS

São doenças provocadas por fungos limitados a epiderme, couro cabeludo, unhas e mucosas. O diagnóstico é geralmente clínico. Podem ser superficiais propriamente ditas ou ceratofitoses (*Pitiríase versicolor*, *Piedra branca*, *Piedra preta*, *Tinha negra*), e cutâneas e cutaneomucosas (*Dermatofitoses* ou *tinhas*, e *Candidíase*).

2.5.2.1 CERATOFITOSES

Dermatomicoses, nas quais, a resposta do hospedeiro está geralmente ausente.

- **Pitiríase versicolor:** o agente etiológico é o *Pityrosporum ovale*. Levedura lipofílica que faz parte da biota normal da pele. Nunca é erradicada, levando a quadros recorrentes, provavelmente favorecidos pela sudorese excessiva, ambiente quente e úmido, uso de umectantes, desnutrição, imunossupressão e predisposição genética. Não é contagiosa, tem baixa incidência em lactentes, nos quais acomete geralmente a face. Nas crianças maiores e adolescentes as lesões surgem na porção superior do tronco, pescoço e raiz dos membros, com prurido ocasional.
- **Clínica:** pequenas máculas ovais (hipopigmentadas, hiperpigmentadas ou levemente eritematosas), isoladas ou confluentes que podem

apresentar descamação ao estiramento da pele afetada (sinal de zileri), ou pela raspagem das mesmas com a unha (sinal de Besnier)

- **Tratamento:** antifúngicos tópicos duas vezes ao dia, nunca menos de duas semanas. Lembrar que a persistência de hipocromia após o tratamento não significa insucesso e a cor retorna gradativamente com a exposição ao sol. Tratar sempre o couro cabeludo. Xampus com sulfeto de selênio, cetoconazol, piritionato de zinco e ciclopirox - olamina. No corpo utilizar os derivados imidazólicos (econazol, miconazol, clotrimazol, cetoconazol), ciclopirox - olamina, ou terbinafina.
- **Piedra branca:** infecção assintomática pelo *Trichosporum beigelli*, levedura habitualmente encontrada no solo e vegetais.
- **Clínica:** nódulos pequenos, múltiplos, esbranquiçados e macios, aderidos à haste dos pêlos envolvendo toda sua circunferência.
- **Tratamento:** corte dos pêlos, antifúngicos tópicos.
- **Piedra preta:** infecção assintomática causada pelo fungo *Piedraia hortai*, ascomiceto encontrado no solo e vegetação.
- **Clínica:** nódulos endurecidos e negros de um a dois milímetros de diâmetro, aderidos ao pêlo (cabelos, supercílios).
- **Tratamento:** corte dos pêlos, antifúngicos tópicos.
- **Tinha negra:** infecção assintomática causada pelo fungo *Phaeoanellomyces Werneckii* encontrado no solo, madeira, vegetais e certos peixes. A hiperidrose é um fator predisponente.
- **Clínica:** mácula que varia do marrom ao negro, pouco descamativa, margens bem definidas, comumente localizada nas palmas e superfícies volares dos dedos das mãos.
- **Tratamento:** antifúngicos tópicos por duas a três semanas para prevenir recorrências. A griseofulvina não é eficaz.

2.5.2.2 CUTÂNEAS E CUTANEOMUCOSAS

DERMATOFITOSES OU TINHAS:

- **agentes etiológicos:** fungos do gênero *Mi-*

crosporum, Tricophyton e Epidermophyton, cujo habitat natural é o homem (fungos antropofílicos), os animais (fungos zoofílicos) e o solo (fungos geofílicos). Invadem a pele, cabelos e unhas.

- **Clínica:** a entrada do fungo na pele leva a uma resposta inflamatória, com aumento do turnover celular objetivando expulsar o mesmo. A lesão tem crescimento anular e centrífugo. Na porção central existem poucos microorganismos e a periferia é rica em fungos. Tem localização variada. A unha recebe a denominação de acordo com a região acometida.
- **Tinha do couro cabeludo:** lesões descamativas, placas com tonsura, ou placa elevada contendo pústulas ou formando abscessos (quérion).
- **Tinha do corpo:** lesões anulares ou ovais com bordas eritematodescamativas e elevadas, e no centro pele normal. Observa-se um crescimento centrífugo com atividade periférica. Freqüente em crianças de qualquer idade. As lesões são em número variado e acompanhadas de prurido.
- **Tinha crural ou da coxa:** pouco comum em crianças, freqüente em adolescentes e adultos. Eritema marginado uni ou bilateral acometendo a face medial das coxas e região inguinal acompanhada de prurido.
- **Tinha do pé:** pouco comum em crianças, e freqüente nos em adolescentes e adultos. Observa-se descamação e maceração interdigital, vesiculação em planta e bordas dos pés, hiperqueratose.
- **Tinha da unha:** rara antes da puberdade. Inicia-se na porção distal da unha, que se torna distrofica, descolorida e descolada de seu leito.

OBS.: *Dermatofitides: ("ides") São reações inflamatórias da pele em local distante da infecção fúngica primária. Ocorrem por mecanismo imunológico desconhecido. O exame micológico direto e a cultura são negativos no local das "ides". Podem se apresentar como pápulas foliculares, urticária, eritema anular centrífugo e vesiculação em mãos e pés. Desaparecem com o tratamento da dermatofitose.*

TRATAMENTO DAS TINHAS:

- **antifúngicos tópicos** (derivados azólicos, alilaminas) três vezes ao dia por duas a três semanas.
- **na tinha do couro cabeludo o tratamen-**

to sistêmico está formalmente indicado: griseofulvina (>2 anos) 10 a 20 mg / kg / dia por quatro a seis semanas; cetoconazol (> 2 anos) 3 a 6 mg / kg / dia por dois a quatro meses; itraconazol: 3 a 5 mg / kg / dia por cinco semanas; terbinafina < 20 quilos: 62,6 mg / dia, de 20 a 40 quilos: 125 mg / dia, e > 40 quilos: 250 mg / dia, por quatro semanas.

- **na onicomicose:** fluconazol 3 a 6 mg / kg / dia, uma vez por semana, durante três a quatro meses (mão) e quatro a seis meses (pé); itraconazol: 5 mg / kg / dia, duas a quatro vezes (mão) e três a seis vezes (pé), em pulsoterapia (usar por sete dias e fazer um intervalo de três semanas para a próxima dose).

CANDIDÍASE:

- **Agente etiológico:** Candida albicans, levedura do gênero candida que habita na forma saprófita a pele, intestino, mucosa oral e vaginal. Torna-se patogênica quando ocorrem alterações no hospedeiro de natureza imunológica, por uso de corticóides e antibióticos, umidade, maceração. Ocorre em 20% dos recém natos devido a colonização no canal de parto.
- **Clínica:** na criança pode acometer a mucosa oral com formação de placas esbranquiçadas, de aspecto leitoso, aderentes, confluentes ou não, podendo ocupar toda a cavidade bucal. Ao serem removidas deixam a superfície avermelhada. Nas pregas de flexão e região das fraldas, as lesões são eritematosas, úmidas, brilhosas, com presença de lesões papulosas satélites. O acometimento da comissura labial revela eritema, maceração e fissura. Na paroníquia há tumefação, eritema, edema, dor e secreção purulenta. Quando afeta a matriz ungueal pode levar a distrofia. Ocorre pelo hábito de chupar os dedos, ou contato prolongado com a água.

Tratamento:

- **na candidíase oral:** nistatina suspensão oral 50 a 100.000 unidades no prematuro e 200.000 uds. (2ml) nos lactentes e crianças. Quatro a seis vezes ao dia, durante sete a quatorze dias. Usar até 48 horas após o desaparecimento das lesões. Ou, miconazol oral / gel, uma a duas vezes ao dia, por oito dias.

- **na candidíase sistêmica:** fluconazol oral.
- **na paroníquia:** usar antifúngico sistêmico, fluconazol oral (>2 anos), 3 a 6 mg / kg / dia, dose única semanal, por uma a duas semanas.
- **na candidíase das demais localizações:** nistatina tópica ou derivados imidazólicos (cetoconazol, miconazol.).

Obs.: *A candidíase mucocutânea crônica ocorre devido a uma alteração na atividade do linfócito T. Há comprometimento de mucosa, pele e unhas podendo inclusive apresentar granuloma por candida. O tratamento requer uso de antifúngico sistêmico: anfotericina B endovenosa, 0,1 a 1mg / kg / dia com aumentos gradativos até a dose total de 4g.*

2.5.3 DERMATITES OU ECZEMAS

São dermatoses pruriginosas de etiologia variada. As mais comuns são: Dermatite de Contato (qualquer idade), Dermatite Atópica (após o segundo trimestre de vida), Dermatite Seborreica (desde os primeiros dias de vida), e a Dermatite de fraldas.

2.5.3.1 DERMATITE ATÓPICA

Doença comum na infância, freqüentemente observada em pessoas alérgicas (atópicas) ou naquelas com história familiar de alergia (asma, rinite alérgica). As lesões aparecem entre dois e três meses de vida e tendem a cronicidade e recorrência.

- **Clínica:** a forma de apresentação e distribuição das lesões na pele varia com a idade. Encontra-se desde a presença de eritema, edema, pápulas, vesículas e secreção serosa, até crostas e liquenificação. O prurido intenso é um achado constante, associado à irritabilidade. Nos lactentes, as lesões acometem a face (frente e região malar, poupando a parte central), punhos e superfícies extensoras dos membros com aspecto eritematoso e exsudativo. Entre os dois e três anos ocorre o envolvimento das áreas flexurais (cubital e poplíteia), e durante a adolescência ocorrem lesões nas flexuras, face, pescoço, mãos e pés. A pele seca e áspera é freqüentemente observada. É comum a infecção secundária das lesões, pois a coçadura e a constante escarificação das áreas envolvidas contribui para a inoculação e disseminação de agentes infecciosos. A

colonização da pele e das lesões por bactérias e vírus leva ao aparecimento de impetigo, folliculites, molusco contagioso, verrugas, e ocasionalmente o herpes simples.

■ Tratamento:

Na dermatite atópica não complicada por infecção secundária deve-se buscar o controle do prurido, a diminuição da inflamação, a proteção da pele aos irritantes desconhecidos e a remoção dos irritantes conhecidos.

O uso de sabonetes suaves, banhos não demorados, e lubrificantes tópicos auxiliam a minimizar o ressecamento da pele promovendo uma diminuição do prurido.

Deve-se orientar a família sobre a cronicidade da doença, os fatores agravantes e as remissões.

Na criança, na fase aguda podem ser utilizados esteróides tópicos de média potência (desonida, mometasona) por curto período, em uma única aplicação diária, apenas para o controle da situação. A manutenção do tratamento é feita com esteróides de baixa potência (hidrocortisona 1%), descontinuando-se e suspendendo o uso quando da remissão das lesões.

Imunomoduladores de uso tópico (pimecrolimus e tracolimus 2x ao dia) nos casos leves. Quando utilizados logo no início das exacerbações tem mostrando um bom resultado, entretanto ainda apresentam custo elevado.

Na face deve-se sempre utilizar corticóides de baixa potência e por períodos curtos. Não utilizar os fluorados.

■ Outros cuidados:

- controlar a sudorese excessiva, que piora o prurido, com a utilização de roupas de algodão e tecidos não sintéticos. Proteger o corpo da poeira e de outros irritantes;
- evitar o contato com irritantes conhecidos, como as roupas e cobertores de lã, pêlos de animais, perfumes, fumaça do cigarro, sabões perfumados, detergentes, brinquedos de pelúcia.
- evitar o uso de corantes, conservantes, e aditivos alimentares;
- diminuir ou evitar o consumo de clara de ovo, amendoim, morango, leite de vaca nos casos necessários;
- sempre manter as unhas limpas e curtas;

- controlar o prurido com a administração de anti-histamínicos, em especial a hidroxizina (1 a 2 mg / kg / dia de 12/12h VO);
- nos casos de infecção secundária por bactérias ou vírus faz-se uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos, conforme a etiologia;
- nos casos de toxemia ou eczema herpético não localizado, a hospitalização é necessária.

2.5.3.2 DERMATITE SEBORRÉICA

Dermatose de causa desconhecida (não alérgica) determinada por uma disfunção das glândulas sebáceas.

- **Clínica:** nos lactentes aparece logo nos primeiros dias de vida, na forma de escamas grandes e gordurosas sobre base eritematosa, no couro cabeludo (crosta láctea). Pode ocasionar uma perda temporária dos cabelos na região afetada. Nas crianças maiores observam-se escamas secas ou gordurosas sobre base eritematosa nas regiões retroauriculares, fronte, supercílios, bordas das pálpebras, canal auditivo externo, sulcos nasogenianos, dobra cervical, axilas, tronco, região inguinal e glútea. A criança não fica irritada e o prurido parece estar ausente (discreto).
- **Tratamento:**
 - no couro cabeludo (crosta láctea) faz-se a remoção das escamas momentos antes do banho com óleo de cozinha, óleo mineral ou outro, e durante o banho fricciona-se levemente a região acometida com a ponta dos dedos ou com uma escova de cerdas firmes;
 - nas crianças maiores, com escamas excessivas no couro cabeludo, pode-se usar um ceratolítico leve, como o ácido salicílico a 2% em vaselina ou óleo de amêndoas ao deitar, removendo no banho pela manhã. E, corticóides de baixa potência (hidrocortisona 1%) em loção capilar. Os xampus a base de cetozonazol a 2%, ou piritionato de zinco a 2% ajudam a diminuir a população do *Pityrosporum ovale* (fungo) que contribui para a seborréia.
 - Nas lesões da pele do corpo utiliza-se corticóides de baixa ou média potência uma a duas vezes ao dia até melhora.
- **Outros cuidados:** manter a pele seca, sem

oleosidade, enxugar bem as dobras cutâneas após o banho e usar sabões neutros. Os antibióticos e antifúngicos tópicos somente serão utilizados em caso de infecção secundária.

Obs.: *No lactente com dermatite seborreica generalizada acompanhada de diarreia, vômitos, febre, anemia e infecções frequentes por bactérias gram negativas, lembrar da Síndrome de Leiner: (deficiência de C 5) que requer hospitalização. Na presença de lesões escamosas em couro cabeludo e região cervical associadas a petéquias, pensar em doença das células de Langherans (histiocitoses).*

2.5.3.3 DERMATITE DE FRALDAS

Ocorre pelo contato da pele com substâncias irritantes (decomposição da urina e das fezes, componentes das fraldas, sabões e produtos utilizados na limpeza da região das fraldas). Freqüente nos dois primeiros anos de vida.

- **Clínica:** eritema róseo ou vermelho vivo, vesiculação, descamação, ou lesões papulosas. Delimita-se pela área da fralda. Acomete as superfícies convexas, poupando as dobras. Ocorre irritação, maceração, retenção sudoral e aumento da temperatura local com infecção secundária por candida ou bactérias. Algumas bactérias decompõem a uréia aumentando a ação irritativa.
- **Tratamento:**
 - o mais importante é a eliminação dos fatores desencadeantes. Tratar o eczema de acordo com o estágio da lesão (úmida ou seca), e as infecções secundárias.
 - banhos com permanganato de potássio (1/10000), pasta de óxido de zinco, hidrocortisona a 1% em creme ou pomada e associações com antifúngicos e antibacterianos tópicos quando pertinente.

Obs.: *orientar ao cuidador da criança para deixar o maior tempo possível a área afetada exposta ao ar ambiente. Se possível usar fraldas de pano para incentivar as trocas com maior freqüência. Expor a região ao sol, por curtos e vários períodos ao dia*

2.5.3.4 DERMATITE DE CONTATO

Pode ser por irritação primária, ou por sensibilização. A dermatite de contato por irritação primária é devida à exposição da pele a agentes com propriedades de provocar dano tecidual (ex:

sabões, detergentes, urina, fezes. Não existe um mecanismo imunológico envolvido na reação inflamatória. Na dermatite de contato por sensibilização ocorre uma dermatite de contato alérgica, uma reação tipo celular-mediada. Sendo que, na dermatite de contato por sensibilização fototóxica, a substância se torna irritante após modificação de sua estrutura no contato com o sol (ex: as fucomarinas do limão).

- **Clínica:** lesão eritemato-edematosa, vesiculação e prurido. Na fototóxica a lesão torna-se pigmentada na seqüência de sua evolução.
- **Tratamento:** na fase aguda compressas de permanganato de potássio 1:10000, água boricada a 2%, corticóide tópico em creme. Em caso de infecção bacteriana secundária usar a associação de corticóide + antibacteriano tópico, ou antibioticoterapia sistêmica quando pertinente.

2.5.4 DERMATOVIROSES

2.5.4.1 MOLUSCO CONTAGIOSO

- **Agente etiológico:** poxvírus
- **Clínica:** lesões papulosas, firmes, da cor da pele, de aspecto brilhante com umbelificação central. Acomete qualquer parte do corpo, geralmente numerosas. Assintomática, e a transmissão se faz pelo contato direto pessoal.
- **Tratamento:** remoção por curetagem precedida de anestésico tópico, ou com a utilização de agulha estéril.

2.5.4.2 VERRUGAS

- **Agente etiológico:** vírus do papiloma humano (HPV).
- **Clínica:** a transmissão se dá por contato direto, por inoculação, ou por contato indireto. As características variam de acordo com a localização. Podem ser: pápulas endurecidas de superfície ceratósica e irregular com pontos escuros centrais (vasos trombosados) acometendo joelhos e superfície dos dedos; planas (na face e dorso das mãos e pés); filiformes (no nariz, ângulos da boca e pescoço); plantares (dolorosas), e genitais.
- **Tratamento:** em geral, ocorre cura espontânea ao longo do tempo. Pode-se usar cerato-

líticos tópicos (ácido láctico + ácido salicílico), ou encaminhar para crioterapia com nitrogênio líquido, eletrocauterização, ou cauterização química.

2.5.4.3 HERPES SIMPLES

- **Agente etiológico:** Herpes virus hominis.
- **Clínica:** quadros variáveis (benignos ou graves).
- Na criança, a primoinfecção leva ao quadro de gengivostomatite. Vesículas que acometem a mucosa oral e no rompimento deixam ulcerações dolorosas. Presença de febre, adinamia, anorexia, sialorréia e adenomegalia cervical. **tratamento:** antissépticos locais, analgésicos e antipiréticos, orientação aos pais sobre a evolução
- Nas formas localizadas e recidivantes da pele, lesão característica com vesículas agrupadas sobre base eritematosa que evoluem para ulceração e crosta com resolução em sete a dez dias. Vem precedida de sensação de ardor ou prurido no local. **tratamento:** aciclovir tópico, cinco vezes ao dia.

Obs.: *nos casos de lesão em região ocular há necessidade de avaliação e acompanhamento oftalmológico. Requer uso de corticóide e aciclovir sistêmicos.*

2.5.4.4 HERPES ZOOSTER

- **Agente etiológico:** Herpes virus varicellae.
- **Clínica:** aparecimento gradual de vesículas sobre uma base eritematosa seguindo o trajeto de um nervo. Acomete qualquer local do corpo, sendo mais freqüente no tronco. Evolui para cura em duas a quatro semanas e cura com cicatriz hipocrômica. Na criança é pouco observada a dor nevralgica presente no adulto.
- **Tratamento:** analgésicos e antitérmicos. Aciclovir oral somente nos casos mais intensos.

2.5.5 Piodermites

São infecções purulentas primárias da pele originadas por bactérias que provocam um processo inflamatório em suas várias camadas, epiderme, derme, hipoderme, e anexos cutâneos.

São várias as bactérias envolvidas, existindo porém um predomínio do *Staphylococcus aureus* e do *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A. É

uma dermatose freqüente na faixa etária pediátrica, de maior ocorrência no verão (devido ao calor e umidade), e em condições de higiene precária, má nutrição, imunodepressão. Tem importância por sua fácil disseminação em coletividades (creches, escolas) e no meio hospitalar.

O quadro clínico varia de acordo com o micro-organismo causal, sua virulência, a resposta imune do indivíduo, e o sítio da infecção (superficial, profunda, ou em anexos cutâneos). Encontra-se desde manifestações leves à casos de maior gravidade clínica. E, uma mesma bactéria pode provocar diferentes entidades clínicas. Como exemplo, o estafilococo que pode determinar o aparecimento de impetigo, periorite, hidradenite, celulite, ou hordéolo.

2.5.5.1 IMPETIGO

Infecção cutânea superficial (acomete a epiderme) provocada por cocos gram-positivos. Comum em crianças, altamente contagiosa, com lesões satélites aparecendo por auto-inoculação. Há linfadenopatia regional, estado geral preservado, e cura sem deixar cicatriz.

■ Clínica:

- **Impetigo bolhoso:** infecção pelo *Staphylococcus aureus* com localização preferencial em face, dobras e tronco. A característica da lesão é de uma vesícula com evolução rápida para bolha flácida de conteúdo inicial citrino e depois purulento. Disseca formando crosta fina e acastanhada na borda, de aspecto circinado (lembra queimadura de cigarro). Ocorre cura central e crescimento centrífugo.
- **Impetigo não bolhoso:** infecção pelo *Streptococcus beta-hemolítico do grupo A*, às vezes *Staphylococcus aureus*, ou a associação de ambos na mesma lesão. Localização preferencial na face (ao redor do nariz da boca) e tronco. A característica da lesão é de uma vesícula sobre base eritematosa, de rompimento precoce e formação de crosta serohemática espessa. Há confluência das lesões e não tende a circinação.

■ Tratamento:

- limpeza da região com sabões antissépticos ou neutros;
- **antibioticoterapia tópica:** nos casos com poucas lesões. Mupirocina, fusidato de sódio, neomicina + bacitracina, gentamicina.

- **antibioticoterapia sistêmica:** nos casos mais intensos, em crianças de baixa idade e nos desnutridos. Eritromicina 40 mg / kg / dia de 6/6h, amoxicilina 20 a 40 mg / kg / dia de 8/8h, cefalexina 50mg / kg / dia de 6/6h.

2.5.5.2 ECTIMA

Infecção ulcerada da pele que atinge a derme e o tecido celular sub-cutâneo. Prevalece no clima tropical, e em condições de mau estado de higiene e nutrição.

- **Clínica:** lesão inicial efêmera, uma vesículo-pústula que evolui para úlcera recoberta por crosta serohemática seca, espessa e aderente com borda eritematosa. A retirada da crosta mostra o fundo recoberto por secreção. Deixa cicatriz ao involuir e predomina nos membros inferiores com uma ou mais lesões. O principal patógeno é o estreptococo. Em crianças imunodeprimidas, a *pseudomonas*.

- **Tratamento:** igual ao do impetigo

2.5.5.3 ERISPELA

- **Agente etiológico:** *Streptococcus beta-hemolítico do grupo A*.
- **Clínica:** envolve a derme e os linfáticos superficiais. Tem início abrupto, cursa com sintomas gerais (febre, anorexia, calafrios...). Frequentemente há porta de entrada (solução de continuidade na pele próxima à lesão). Localização em membros inferiores (predomínio) e face. Placa eritematosa e brilhante, com linfangite e adenite satélite. A lesão é dolorosa, circunscrita e elevada, com borda bem demarcada podendo ocorrer vesículas ou bolhas sobre a lesão.
- **Tratamento:** antibioticoterapia sistêmica. Penicilina Procaína: 30 a 50.000 UI/kg/dia 2x ao dia, por sete dias; cefalosporina de 1ª geração: cefalexina 25 a 50mg/kg/dia de 6/6h por sete dias.

2.5.5.4 CELULITE

- **Agentes etiológicos:** estreptococo, estafilococo, hemófilus influenzae.
- **Clínica:** envolve o tecido celular subcutâneo a partir de uma ferida superficial, ou por disseminação hematogênica, ou ainda pela propagação de uma infecção profunda. Cursa com sintomas

gerais (febre, calafrios, mal estar), e locais (dor). Placa eritemato-edematosa, de superfície lisa e opaca, sem limites nítidos, com aumento da temperatura local e dolorosa.

- **Estreptococo:** atinge a derme profunda e hipoderme. Pequenos traumas atuam como porta de entrada. Presença de eritema vivo e intenso, edema doloroso, linfangite, adenite regional, bordos bem delimitados, avanço rápido, capacidade de recidiva.
- **Estafilococo:** atinge mais a hipoderme, com eritema menos intenso e bordos mal definidos.
- **Hemófilus influenzae:** importante nas celulites de face, orbitárias e pré septal.

Obs: em recém - natos e lactentes menores de três meses: *Streptococcus do grupo B* ou bactérias gram negativas. Nos lactentes acima dos três meses e em pré-escolares: *S. aureus*, *S. pyogenes* (há evidência de porta de entrada), *S. pneumoniae*, *H. influenzae*.

- **Tratamento:** antibioticoterapia sistêmica, levando-se em consideração o agente etiológico provável.

2.5.5.5 INFECÇÃO DOS FOLÍCULOS PILOSOS

- **Agente etiológico:** *Staphylococcus aureus*.
 - **osteofoliculite:** acomete somente o óstio folicular com formação de pústula superficial.
 - **foliculite:** inflamação do folículo piloso em toda a sua extensão.
 - **furúnculo:** acomete o folículo piloso e a glândula sebácea anexa levando à sua destruição, com eliminação de material necrótico e cicatrização.
 - **hordéolo:** infecção bacteriana dos cílios e glândulas de meibomius.
 - **periorite:** infecção bacteriana que acomete a glândula sudorípara écrina.
 - **hidradenite:** inflamação das glândulas apócrinas.
- **Tratamento:** antibioticoterapia sistêmica.
- **Recomendações:** Nas piodermites, o tratamento varia de acor-

do com a extensão do processo, do tempo de evolução, da faixa etária acometida e da gravidade da clínica.

Nos cuidados locais orienta-se a limpeza com água e sabão ou soluções antissépticas, a remoção das crostas e tecidos desvitalizados, e a drenagem de coleções purulentas.

O uso criterioso dos antibióticos tópicos (neomicina + bacitracina, gentamicina, mupirocina, ácido fusídico), e dos de uso sistêmico (Penicilina, eritromicina, azitromicina, claritromicina, cefalosporina, oxacilina, amoxicilina, amoxicilina+ácido clavulânico, cloranfenicol..) evita a sensibilização com reação sistêmica posterior e o aparecimento de resistência bacteriana.

Em geral, as piodermites superficiais (impetigos) não requerem internação. A hospitalização deve ser considerada para crianças desnutridas, imunocomprometidas e recém natos devido a maior probabilidade de complicações. A celulite de face em crianças requer tratamento endovenoso pelo elevado risco de complicações e letalidade.

2.5.6 REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

2.4.6.1 ESTRÓFULO OU PRURIGO AGUDO INFANTIL

Reação de hipersensibilidade tardia às picadas de insetos, como mosquitos, pulgas e carrapatos sendo pouco freqüente em menores de um ano devido à menor exposição, e rara após os sete anos. Pode acontecer cura espontânea por uma dessensibilização específica natural da pele após picadas recorrentes. Crianças com constituição atópica são freqüentemente acometidas.

- **Clínica:** as lesões surgem tanto em áreas expostas do corpo (picada de insetos voadores), quanto nas superfícies cobertas (insetos não voadores). Presença de pápulas endurecidas, ou pápulas encimadas por minúsculas vesículas (seropápulas), dispostas aos pares, com distribuição linear e muito pruriginosas. A escoriação das lesões leva a formação de crostas hemáticas na superfície das mesmas. Lesões similares à distância (ides), e reativação de lesões pré - existentes podem ocorrer após coçadura ou novas picadas. A reação anafilática é raramente descrita. É freqüente a infecção

bacteriana secundária e manchas hiper ou hipocrômicas residuais.

■ Tratamento:

- combate aos insetos voadores;
- proteção contra picadas pela utilização de telas e mosquiteiros;
- tratamento de animais domésticos infestados.

Deve-se tomar cuidado na utilização de repelentes tópicos pelo risco de sensibilização e toxicidade. Utilizar anti-histamínicos por via oral, loções tópicas com calêndula a 2%. Corticóides tópicos. Nas complicações bacterianas: antibióticos tópicos (neomicina, ácido fusídico, mupirocina) ou sistêmicos (penicilina benzatina, eritromicina, amoxicilina, azitromicina).

A dessensibilização com vacinas de uso oral é discutível, as de uso subcutâneo são indicadas para os casos graves, ou naqueles que mantêm reação importante após a idade de dessensibilização natural.

2.5.6.2 URTICÁRIA

Na infância é comum a urticária aguda, cujo episódio não ultrapassa quatro a seis semanas, o que facilita a detecção do agente desencadeante.

Clínica: o diagnóstico é fácil e pode ser buscado pela relação temporal que varia de alguns segundos até mais de vinte e quatro horas entre a exposição e o aparecimento das lesões típicas, as urticas.

São lesões eritematoedematosas (elevadas e lisas), sem nenhuma escama ou alteração de superfície. Surgem em qualquer parte do corpo, em pequeno ou grande número, de tamanhos e formas variadas. Aparecem e desaparecem sem deixar vestígio (são fugazes). O prurido está sempre presente.

Os exames laboratoriais via de regra não são necessários. A dosagem de IgE específica (RAST) e os testes cutâneos de leitura imediata são de pouca valia na investigação da causa (falsa correlação).

Diversos são os agentes implicados: drogas, inalantes, infecções, alimentos, contactantes, picadas de insetos e de artrópodes, fatores físicos e doenças sistêmicas. Sem dúvida os medicamentos são os mais implicados (sulfas, penicilinas, aspirina, dipirona, anti-inflamatórios não hormonais, anticonvulsivantes...) mas também, as plantas, pêlos de animais, perfumes, tintas, vírus, verminoses, crustáceos, corantes e conservantes, linfomas, frio, calor, exercício etc.

■ Tratamento:

- identificar e eliminar o agente causador;
- anti-histamínicos sistêmicos (droga de eleição). Deve-se evitar o uso de doses inadequadas e a interrupção precoce do tratamento. Manter até uma ou duas semanas após o desaparecimento completo das lesões.

Na urticária leve usar anti-histamínicos por via oral:

- **dexclorfeniramina:** 0,2mg a 0,5mg / kg / dia de 8/8h ou 12/12h.;
- **hidroxizina:** 1 a 2mg / kg / dia de 12/12 h;
- **cetirizina:** 5mg / dia (2 a 6 anos) e 10 mg / dia (> 6anos);
- **loratadina:** 5mg / 24h (6 a 12 anos) e 10mg/24h (> 12 anos);
- **clemastina:** 0,125 mg / dose, duas vezes ao dia (< 1 ano), 0,150 mg / dose, duas vezes ao dia (1 a 3 anos), 0,250 mg / dose duas vezes ao dia (3 a 6 anos);
- **desloratadina:** 1mg dia (6m a 12 meses) e 1,5 mg dia (1 a 2 anos);
- **ebastina:** 2,5 mg / dia (2 a 6 anos) e 5 mg / dia (6 a 12 anos).

Nos casos moderados, porém sem comprometimento sistêmico (urticária gigante, lesões múltiplas com prurido intenso, angioedema): aplicar adrenalina solução milesimal 0,01 ml / kg (máx. 0,5m l) subcutâneo; corticóides orais: prednisona ou prednisolona: 1 a 2 mg / kg / dia de 12/12h durante cinco dias e anti-histamínicos por via oral.

Na anafilaxia (comprometimento sistêmico: dispnéia, taquicardia, hipotensão, vômitos) providenciar a hospitalização. Será necessário o uso de adrenalina solução milesimal subcutânea, podendo-se repetir após intervalo de 15 minutos. Corticóides endovenosos (hidrocortisona ou metilprednisolona). Hidratação venosa e oxigenioterapia.

2.6 DESNUTRIÇÃO

A desnutrição energético-protéica em crianças menores de cinco anos ainda é um dos mais sérios problemas de saúde pública em evidência nos países do terceiro mundo, pela alta morbidade e mortalidade;

É a segunda causa mais freqüente de morte em crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento;

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo “desnutrição energético-protéica”, comumente chamada desnutrição infantil, engloba um grupo de condições patológicas resultantes da falta concomitante de calorías e proteínas, em proporções variáveis, que acomete com maior freqüência de lactentes e pré-escolares;

A desnutrição infantil tem conseqüências desastrosas não apenas para a saúde e sobrevivência das crianças, mas também mina o potencial de desenvolvimento humano de uma comunidade e de uma nação, perpetuando a pobreza e o subdesenvolvimento;

Apesar de o indicador peso/altura ser reconhecido como mais adequado para acompanhar o perfil nutricional das crianças do país, o indicador peso/idade, tem sido freqüentemente usado para as crianças menores de 2 anos como alternativa, devido a dificuldades operacionais não solucionadas para a medida peso/estatura;

De acordo com o peso/idade, a prevalência da desnutrição no Brasil nos 6 primeiros meses é muito baixa (0,4%), mas aumenta em 6 vezes entre as crianças de 6 a 11 meses, indicando que as crianças menores de 1 ano são prioridade indiscutível para as ações da desnutrição infantil;

Impõe-se, no mínimo, o incansável estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e mantê-lo até os 2 anos de idade e a cuidadosa orientação durante a alimentação complementar ao seio;

Crianças classificadas como desnutridas ou em risco de desnutrição através das curvas de percentil de gráficos de crescimento, como é o caso do Cartão Criança, devem ser prioritárias para a intervenção nutricional e devem ser ajudadas a retornar à sua nutrição normal da forma mais efetiva e no menor tempo possível;

O objetivo é evitar conseqüências graves e desastrosas para as crianças, incluindo déficit definitivo de crescimento, desenvolvimento e até morte;

A taxa de desnutrição no município de Vitória, segundo dados de peso/idade colhidos dos relatórios do Programa de Saúde da Família de Vitória, PSF/2001, estava em torno de 5,0% na população menor de 5 anos;

O município tem se esforçado na redução dessas taxas, promovendo curso de capacitação para

os profissionais do PSF em cuidados infantis, nutrição saudável para crianças menores de 5 anos e recuperação nutricional em nível domiciliar para uma atuação mais efetiva junto às famílias;

Os trabalhadores de saúde que atuam na comunidade têm um papel primordial na prevenção da desnutrição e na reabilitação das crianças desnutridas. Não cabe a eles acabar com a pobreza, mas é de responsabilidade do trabalhador de saúde prevenir a doença e tratar as crianças por ela acometidas.

O seu campo de ação está não apenas na Unidade de Saúde, mas principalmente nos domicílios das crianças, motivando, reforçando a autoestima e apoiando as mães a adotarem práticas de cuidados infantis que possibilitem a recuperação do estado nutricional da criança e a prevenção de novas recaídas.

2.6.1 PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO AMBULATÓRIO E DOMICÍLIO

O atendimento ambulatorial e na comunidade não é recomendável para crianças severamente desnutridas que apresentam: sinais de desidratação severa com inconsciência; distúrbio eletrolítico grave ou choque ou convulsões; sinais de infecção grave localizada ou disseminada; ulcerações de córnea; anemia grave que necessite de correção transfusional;

Esses pacientes devem inicialmente ser tratados no hospital até a estabilização do quadro, quando então devem ser encaminhados à recuperação nutricional no ambulatório e domicílio;

PASSOS RECOMENDADOS

1º PASSO

- Diagnóstico da desnutrição, gravidade e decisão do local de tratamento:
 - Anamnese detalhada e exame físico minucioso;
 - História alimentar detalhada (pesquisar erro alimentar, história de alergia alimentar ou outras causas que justifiquem o quadro de desnutrição atual);
 - Pesar e medir a criança e selecionar para recuperação nutricional caso peso/estatura esteja abaixo do Percentil 3 (P3);
 - Exames complementares de rotina: Hemograma / EAS / Cultura de urina / EPF 3 amostras.

2º PASSO

- Tratar/prevenir a infecção;
- Tratamento das infecções e sua prevenção sistemática são aspectos chave para a sobrevivência e reabilitação adequada dos desnutridos;
- Sinais usuais de infecção tais como a febre, freqüentemente estão ausentes;
- Infecções (respiratória, de ouvido, urinária, de pele, etc) devem, portanto, ser cuidadosamente rastreadas e tratadas em todas as crianças desnutridas;
- A escolha adequada do antibiótico a ser usado é crítica para o sucesso de evolução da criança;
- A criança deve ser imediatamente encaminhada à hospitalização quando detectada a presença de sinais de infecção generalizada e/ou grave como hipotermia, letargia, aspecto de criança muito doente, meningite, dispnéia importante;

3º PASSO

- Corrigir a deficiência de micronutriente;
- Iniciar a suplementação só depois da primeira semana de crescimento ascendente e de tratamento de infecções associadas;
- Recomenda-se a administração diária de:
 - Suplemento de multivitaminas;
 - Ácido fólico (REMUME – comprimido 5mg), ou 1mg/dia (5mg no primeiro dia e a seguir ½ comprimido de 2/2 dias), ou 5ml=1mg;
 - Acetato de zinco: 2mg Zn/kg/dia (REMUME)
 - Sulfato de cobre: 0,2mg Cu/kg/dia (REMUME)
 - Sulfato ferroso: 3mg/kg/dia (REMUME: 1ml=25mg ou 1 gota=1mg)
*Manipulados pela assistência farmacêutica da SEMUS, conforme prescrição.
- 1. O Ferro NÃO DEVE ser dado inicialmente em desnutrido grave, com processo infeccioso, mais sim apenas quando for afastado a infecção e a criança começar a ganhar peso;
- 2. Suplementos de Zinco e Cobre podem ser adicionados às refeições;
- 3. O desnutrido é considerado pela OMS, grupo de risco para hipovitaminose A. Se a vitamina A não foi dada durante o último mês, recomenda-se mega-dose de vitamina A, via oral, no início do tratamento (conforme Anexo 02):
- Vitamina A dê 200.000 UI (1 a 5 anos);
- Vitamina A dê 100.000 UI (idade de 6-12 meses).

4º PASSO

- Realimentação de forma a facilitar o crescimento rápido;
- A dieta deve fornecer todos os nutrientes, açúcares, gorduras, proteínas com 50% delas sendo de alto valor biológico (proteína animal), vitaminas e minerais em quantidade suficiente para cobrir o déficit e manter a vida:
 - Cobertura calórica: 150 a 200 cal/kg/dia;
 - Proteínas: 4 a 6g/kg/dia;
 1. Atualmente, considera-se que o tratamento da criança desnutrida inclui duas fases:
 2. Fase inicial de estabilização: direcionada à criança severamente desnutrida tratada em hospital e corresponde ao manejo das condições agudas que motivaram a internação;
 3. Fase de crescimento rápido ou recuperação do crescimento: o objetivo é propiciar a reposição dos tecidos perdidos, sendo necessária uma abordagem rigorosa para atingir ingestão muito alta e crescimento rápido > 5g/kg de peso/dia. A recuperação total do peso/altura em desnutrição primária é estimada para 12 semanas para que o paciente esteja acima do P3 no peso/altura. A recuperação no peso/idade acima do percentil 3 ocorre em um período maior.

PARA A FASE DE CRESCIMENTO RÁPIDO RECOMENDA-SE

- Ter um fornecimento de 150-220 kcal/kg/dia e de 4-6g proteína/kg/dia;
- Para atingir esse alvo nutricional a criança deve ser alimentada de 3 em 3 horas, pelo menos 5 a 6 vezes ao dia, com alimentos que contém aproximadamente 100kcal/100g e 2 a 3g de proteína/100g de alimento;
- Oferecer mingaus e alimentos complementares preparados a partir de alimentos da família, que forneçam quantidades equivalentes de energia e proteína conforme quadro 1 e 2;
- A criança deve ser encorajada a comer toda a refeição (mingaus ou refeição de sal) e o volume ingerido deve ser de acordo com a aceitação da criança até o ponto em que a criança coma tudo e deixe um pouco de resto;
- Dar orientação prática e viável às mães sobre como preparar os alimentos;
- Recomendar que os alimentos sejam preferencialmente dados no copo, prato e colher, para

facilitar a higiene dos utensílios e reduzir o risco de contaminação alimentar e de diarreia;

- Mamadeira é um utensílio difícil de limpar e contamina o alimento;
- No caso de infecção, recomende que mais alimento (freqüência e volume) seja oferecido à criança tão logo o apetite volte para recuperar a velocidade de crescimento;
- Se a criança é amamentada, encoraje para continuar a amamentação tão freqüentemente quanto a criança queira. Se for maior de 6 meses, as mamadas não devem substituir os alimentos complementares. A criança precisa nessa fase, receber grande parte de suas necessidades protéico-energéticas de alimentos complementares adequados. Uma das causas de desnutrição infantil é o aleitamento prolongado com baixa oferta de alimentos complementares;
- Em caso de diarreia aumentar a freqüência das refeições, corrigir erros alimentares e cuidar da higiene dos alimentos, tratar parasitas intestinais que possa estar associado à diarreia. Se for diagnosticada uma intolerância à lactose com repercussões para o crescimento da criança, ela deve ser tratada com formulas livre de lactose. Em caso de intolerância a proteína do leite de vaca, usar fórmulas a base de soja ou hidrolizado protéico.
- A adição de gordura é desejável para facilitar que a cobertura calórica seja atingida. Freqüentemente, no entanto, existem tabus por parte das mães sobre a utilização de óleo para a alimentação das crianças. Isto deve ser trabalhado de forma culturalmente aceitável. Recomende a adição de óleo a 5% em mingaus e uma colher das de sopa de óleo sobre a refeição de sal.
- Durante o período de recuperação, a criança necessita de muito afeto e estimulação, portanto, deve-se orientar a mãe para não deixá-la isolada, colocá-la perto para que possa ver o rosto da mãe sorrindo, conversando com ela, cantando e brincando. Nos momentos de banho e alimentação, aproveitar para tocá-la, acariciar, abraçar e beijar. Isso estimula a criança a querer viver e favorece o apetite.

REFEIÇÃO DE SAL

- As crianças devem comer uma mistura balan-

ceada dos diversos grupos de alimentos do quadro 1;

- Os cereais e tubérculos são também classificados como alimento básico ou principal de uma refeição;
- Para o preparo dessa mistura combina-se: um alimento básico com pelo menos um alimento do grupo das leguminosas ou proteína animal;
- Quanto maior a diversidade de alimentos dos diferentes grupos, mais balanceada será a dieta (AIDIPI, 1999);
- Preparar a refeição da criança a partir da refeição de sal servida à família;
- A preparação dos alimentos na mistura deve conter o alimento de base, o alimento protéico (origem animal ou uma leguminosa) e hortaliças e acrescentar uma colher de sopa de óleo, manteiga ou margarina no prato que contém essa mistura de alimentos para a criança;
- Os óleos e gorduras vegetais têm alta densidade energética e, portanto, em pequena quantidade aumenta bastante o valor energético da dieta sem aumentar o seu volume, além de melhorar a viscosidade da dieta, tornando-a mais macia, e melhorar o sabor dos alimentos (AIDIPI, 1999).

QUADRO 1 EXEMPLO DE MISTURAS BALANCEADAS

ALIMENTO DE BASE	FONTE PROTÉICA	OUTROS LEGUMES E VERDURAS
Arroz	Feijão	Abóbora
Fubá	Frango	Taioba
Farinha de mandioca	Peixe	Couve
Macarrão	Ovo	Cenoura
Arroz	Miúdos	Espinafre
Batata	Lentilha	Abóbora
Mandioca	Carne moída	Couve

Fonte: AIDIPI, 1999.

ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES

O alimento básico é o leite.

- Incentivar o aleitamento materno e fazer a re-lactação sempre que for possível;

- Na impossibilidade do leite materno, o mais apropriado é indicar as fórmulas infantis (leite de vaca modificado, acrescido com ferro, vitaminas e com a relação de proteínas, gordura e carboidrato mais adequado para o consumo infantil); porém esses leites são de alto custo para uma população de baixa renda;
- Geralmente, em família de baixa renda, é utilizado leite de vaca integral (fluido ou em pó);
- Na impossibilidade de fórmulas infantis, ensinar a mãe o preparo correto do leite de vaca integral que a criança já vinha utilizando, na diluição adequada para a idade;
- A preparação correta do leite artificial, de min-

gau e de refeição de sal deverá ser feita no domicílio pelo agente de saúde previamente capacitado para essa ação, sempre reforçado por toda equipe de saúde;

- A educação em nutrição seguirá sempre essa técnica: *“Preparar os alimentos junto com a mãe até que ela aprenda fazer sozinha”*.

Isso significa que o agente de saúde repetirá o preparo do mingau junto com a mãe, tantas vezes quanto necessário até que ele saiba fazer sozinha e não precise da ajuda do agente; Isso deve ocorrer num ambiente de trocas, onde a mãe é valorizada em cada progresso;

QUADRO 2

PREPARO DE LEITES ARTIFICIAIS PARA CRIANÇA DESNUTRIDA SEM DIARRÉIA

CRIANÇA ATÉ 04 MESES	CRIANÇA ACIMA DE 04 MESES
<p>1. Leite de vaca integral fluido diluído a 2/3: 2 partes de leite / 1 parte de água</p> <p>2. Leite de vaca em pó integral a 10%: 2 colheres rasas de sopa / 100ml água</p> <p>Acrescentar nos dois casos até 5% de sacarose e 5ml de óleo de milho ou soja: 1 colher rasa de sopa de açúcar / 100ml 5ml de óleo/100 ml</p>	<p>1. Leite de vaca integral fluido sem diluição;</p> <p>2. Leite de vaca integral em pó a 15%: 3 colheres rasas de sopa / 100ml;</p> <p>Acrescentar nos dois casos 8g% de hidrato de carbono (5% de sacarose, 3% amido) e 10ml de óleo de milho ou soja: 1 colher rasa de sopa de açúcar / 100ml; 1 colher rasa de sopa de farinha / 100ml; 5ml de óleo/100ml (não ultrapassar 10ml no mingau)</p>

- É obrigatória a suplementação de ferro e vitamina C;
- O leite em pó não deve ser fervido, pois possibilita a perda de vitaminas;
- A medida utilizada para medir o leite, açúcar e a farinha é a colher de sopa rasa;
- A medida utilizada para medir o óleo é a colher de chá;
- Para preparar mingau, acrescentar 50ml de água para a fervura;
- Depois de pronto, acrescentar o óleo ao leite ou ao mingau preparado;
- Incentivar o uso de copo ou prato para administrar o mingau, ao invés de mamadeira;
- Evitar estocagem de mingau já preparado, pois favorece contaminação e diarreia.

5º PASSO

MONITORAR FREQUENTEMENTE O CRESCIMENTO DURANTE A REABILITAÇÃO

- O progresso da reabilitação é avaliado através da taxa de ganho ponderal;
- Pesar a criança semanalmente no início do tratamento e depois, no máximo quinzenalmente;
- Registrar o peso no gráfico e avaliar a tendência da curva de crescimento;

- A cada semana calcular e registrar o ganho de peso em g/k/dia;
- Se o ganho estiver >5g/kg/dia está adequado;
- Lembrar que edema discreto pode levar a alguma pequena perda de peso nos primeiros dias, sem que isto signifique falha no tratamento.

SE O GANHO DE PESO É DEFICIENTE (<5G/KG/DIA):

A. Investigar se as metas de ingestão estão sendo atingidas

- Verifique junto à mãe se:
 - A técnica de alimentação está correta;
 - A criança está sendo alimentada ad libitum (de acordo com o que aceita?);
 - As 6 refeições estão sendo dadas;
 - A adequação da composição da multivitaminas que está sendo dada e o prazo de validade;
 - Os minerais estão sendo corretamente administrados;
 - A criança está vomitando ou ruminando;
 - A qualidade do cuidado dado à criança;
 - Todos os aspectos da preparação e administração dos alimentos, incluindo as medidas de ingredientes, sabor, higiene e estocagem;
 - Os alimentos dados (mingaus, alimento da família) estão adequados.

b) Investigar infecção

- Trato urinário, otite média, tuberculose, HIV e parasitoses como giardíase, que são facilmente despercebidas;
- Se necessário encaminhar para orientação especializada (ambulatório de gastroenterologia do Hospital das Clínicas).

6º PASSO

PROVER ESTIMULAÇÃO ESSENCIAL E SUPORTE EMOCIONAL

- Deverá ser desenvolvido no domicílio pelo agente de saúde junto aos pais ou responsáveis pela criança e no ambulatório por toda a equipe de saúde;
- Ensinar aos pais ou responsáveis a verbalizar e

expressar o afeto para que a criança se sinta aceita e amada, nutriente importante para motivá-la a querer alimentar, viver e lutar pela vida;

- Para que a reabilitação nutricional tenha sucesso é fundamental prover a estimulação essencial;
- A estimulação é de extrema importância na desnutrição severa, onde ocorre retardo de desenvolvimento mental e comportamental. É útil citar para a mãe formas práticas de interagir com a criança no dia a dia;
- Orientar a mãe para:
 - Ter cuidado e demonstrar carinho com a criança;
 - Propiciar à criança um ambiente alegre e estimulante;
 - Brincar com a criança conforme orientação dada pelo agente de saúde, durante pelo menos 15-30 minutos/dia;
 - Atividade física, sempre que a criança esteja suficientemente bem para isto;
 - Envolvimento materno, sempre que possível, no cuidado direto da criança (ex: confortar, alimentar, dar banho, brincar);
 - Participação de outros familiares no cuidado da criança.

7º PASSO

ACOMPANHAMENTO APÓS A RECUPERAÇÃO, PREVENINDO RECAÍDAS

- Uma criança que tem 90% do peso para altura ou comprimento (equivalente a - 1DP) pode ser considerada como recuperada. A criança provavelmente ainda tem um baixo peso para a idade ou baixa estatura para a idade (nanismo nutricional). Deverá ser acompanhada até que recupere também a altura. Boas práticas de alimentação e estimulação psicológica em casa devem ser continuada;
- Ensinar aos pais ou a quem cuida da criança a:
 1. Alimentar frequentemente e com alimentos densos em energia e nutrientes;
 2. Estimular e realizar terapia recreativa estruturada;
 3. Manter as vacinações atualizadas;
 4. Acompanhar mensalmente por 6 meses.

8º PASSO**ASSEGURAR O SUPORTE COMUNITÁRIO PARA O TRATAMENTO PRESCRITO**

- A comunidade desempenha importante papel na prevenção da desnutrição e de seu agravamento;
- Isto é facilitado quando o controle de crescimento da criança é realizado sistematicamente;
- As crianças que não ganham peso ou que perdem peso devem ser monitoradas de forma prioritária pelos agentes de saúde e nos ambulatórios, com mais frequência que as crianças com crescimento adequado;
- O suporte comunitário para a realização do tratamento prescrito e prevenção de recaídas deve ser dado a nível domiciliar mais diretamente por Agentes Comunitários de Saúde e Visitadores Sanitários. Estes trabalhadores de saúde devem, essencialmente:
 - Ser bem treinados em saúde e nutrição infantil.
 - Ser especificamente treinados para examinar a criança clinicamente em casa, para saber quando reencontrar, pesar a criança, e para dar aconselhamento apropriado de acordo com o prescrito e ou corrigir distorções porventura introduzidas pelas mães.
 - Estarem motivados ao trabalho.
 - Capazes de usar linguagem clara e culturalmente adequada para falar com as mães.
- O pediatra deve dar apoio e supervisão e estar envolvido na coordenação das atividades destes trabalhadores de saúde. Orientações úteis para serem repassadas às mães na comunidade, em reforço ao já ensinado em ambulatório devem visar fornecer informações básicas de nutrição, incluindo: importância dos nutrientes, aleitamento materno, aproveitamento, higiene e conservação de alimentos, identificação de receitas apropriadas e de baixo custo e orientação prática sobre como prepará-las, incluindo cuidados de higiene.
- Os médicos, equipe de saúde, agentes de saúde, todos comprometidos com a recuperação da criança, porém a figura central na recuperação da criança é a mãe ou quem cuida;
- A mãe deve ser compreendida, valorizada e in-

centivada na recuperação de sua auto-estima;

- Os agentes devem estar sempre visitando essas famílias, valorizando e dando orientações úteis às mães no domicílio;
- As oportunidades de contato com as mães deve ser usadas também para promover a mudança de hábitos alimentares desfavoráveis, esclarecer sobre tabus e crenças alimentares com repercussão no estado nutricional, promover melhorias nas condições de higiene do lar, orientar o tratamento/cuidados com a água de beber;

9º PASSO**ASSEGURAR O ATENDIMENTO DE TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS**

- Todas as crianças menores de 6 anos acompanhadas que não ganham peso ou que perdem peso, mesmo que não sejam pacientes em risco nutricional ou desnutrida devem ser monitoradas de forma prioritária pelos agentes comunitários e equipe de saúde com maior frequência para prevenir a desnutrição;
- O atendimento ambulatorial e na comunidade desempenham importante papel na prevenção da desnutrição e de seu agravamento. Isto é facilitado quando o controle de crescimento da criança é realizado sistematicamente. As crianças que não ganham peso ou que perdem peso devem ser monitoradas de forma prioritária pelos programas comunitários e ambulatoriais, e com mais frequência que as crianças que crescem bem.
- As crianças desnutridas, com P/I igual ou menor que o percentil 3 do gráfico do Cartão da Criança, devem ser encaminhadas da comunidade para o tratamento ambulatório/domiciliar e deste para o hospital se a gravidade do caso da criança assim o exigir;
- As crianças com P/I maior que 3 e menor que 10 são consideradas em risco nutricional e devem ter a curva de crescimento cuidadosamente monitorizada, de forma prioritária no ambulatório e na comunidade;
- Crianças que estão com curva de crescimento horizontalizada ou decrescente, mesmo que estejam acima do percentil 10 no P/I do Cartão da Criança devem ter a curva de cres-

cimento cuidadosamente monitorizada, de forma prioritária no ambulatório e na comunidade para retomar o crescimento ascendente;

- Algumas das crianças com peso muito baixo para a idade podem ter nanismo nutricional ao invés de emagrecimento grave. Nanismo indica um problema nutricional crônico ao invés de agudo e o seu tratamento não precisa ter caráter intensivo diário, a menos que tenham uma série de complicações.
- A suplementação alimentar através de, por exemplo, leite em pó, açúcar e óleo, ou cesta básica de alimentos é um recurso que será utilizado nas famílias com crianças abaixo do percentil 3 em que realmente falta o alimento, porém, logo que possível essa família deve ser recuperada para tornar-se auto suficiente em suprir suas necessidades. O SISVAN nesse caso deve ser acionado;
- Encaminhar a família ao Assistente Social da Unidade de Saúde, para inserção em programas sociais.

10º PASSO

- Assegurar às crianças que receberam tratamento hospitalar um segmento na comunidade para completar a reabilitação e prevenir recaídas;
- A criança após o internamento deve ser visitada pelo agente de saúde para que acompanhe o estado de saúde para dar prosseguimento ao tratamento e dar suporte adequado no ambulatório e na comunidade;
- A criança que recebeu alta deve ter os seguintes critérios para continuar o tratamento em nível de domicílio: ter uma idade acima de 12 meses, tratamento antibiótico completo no hospital, bom apetite e bom ganho ponderal, já ter recebido 2 semanas de suplemento de potássio/ magnésio/ mineral/ vitaminas (ou fornecimento do mesmo para continuação da suplementação em casa). A mãe/pessoa que cuida da criança deve estar em casa, motivada a cuidar da criança, deve ser visitada semanalmente pela equipe de saúde; deve ser especificamente treinada para dar alimentação apropriada (tipos, quantidade, frequência de refeições) e para dar estimu-

lação essencial ou terapia de recreação estruturada;

- Caso estas condições não existam, a criança deverá ser monitorada ainda com mais rigor que as habituais para as crianças desnutridas tratadas em ambulatório. A possibilidade de recaída e necessidade de reinternação nestes casos, é alta.

CRITÉRIOS PARA ALTA DO PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO

- Recuperar o peso/altura e peso/idade;
- Hemoglobina > 11 g %; Mães ou responsáveis, bem orientadas e motivadas a manter a recuperação e a manutenção de saúde global do paciente;

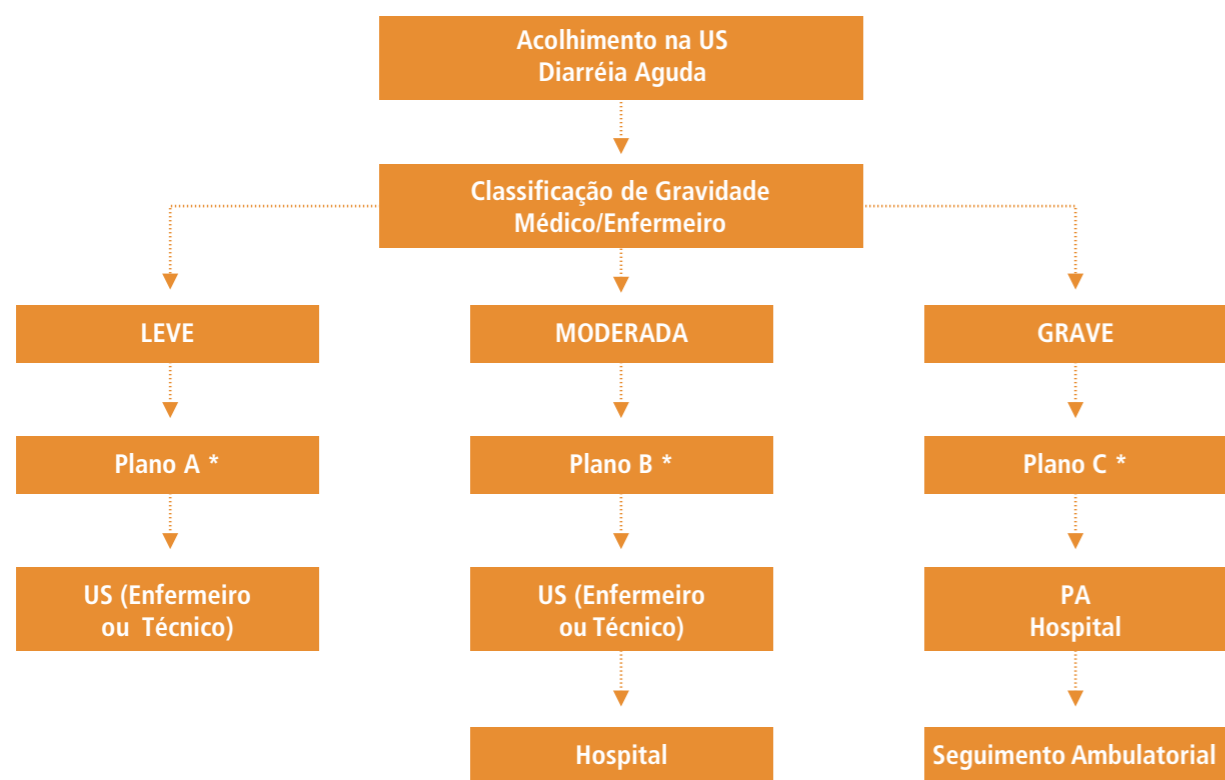
QUANDO ENCAMINHAR:

- para internação hospitalar:
 - Desidratação grave
 - Sinais sugestivos de infecção grave
 - Ulceração de córnea
 - Anemia grave que necessite transfusão
 - Sinais gerais de perigo: não consegue beber ou mamar, vomita tudo o que ingere, convulsões, letargia ou inconsciência.
- para gastroenterologista pediátrico (HUCAM/ HINSG):
 - RGE de difícil controle
 - Diarréia persistente que não responde ao tratamento dietético prescrito, em 5 dias
 - Diarréia crônica
 - Suspeita de alergia alimentar
 - Insucesso no tratamento

2.7 DIARRÉIA AGUDA

As doenças diarreicas permanecem como causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, especialmente entre as crianças menores de 5 anos e que vivem em países menos desenvolvidos. A desidratação, que pode vir acompanhada de distúrbio de eletrólitos e acidose metabólica, é a complicação mais temida. O manejo adequado, através do uso da terapia de reidratação oral (TRO) e se necessário de fluidos endovenosos minimiza o risco de desidratação e de uma evolução insatisfatória.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA CRIANÇA COM DIARRÉIA AGUDA NA US



* De acordo com o Quadro I.

A administração rotineira de antibióticos, anti-diarreicos e antieméticos não é recomendada.

Atualmente, a prevenção, através de uma vacina recentemente licenciada no Brasil e incluída no Programa Nacional de vacinação a partir de janeiro de 2006, altamente efetiva contra o rotavírus (principal agente etiológico das diarreias agudas) representa a melhor alternativa para o controle desse grave problema de saúde pública.

Diarreia aguda (gastroenterite aguda) é definida como um aumento na frequência e no conteúdo de água nas fezes, que usualmente persiste por até sete dias.

Em todo o mundo, as gastroenterites agudas são responsáveis por cerca de dois milhões de óbitos por ano em crianças menores de cinco anos. Podem vir acompanhadas de vômitos, febre, dor abdominal e anorexia. Crianças desnutridas são mais vulneráveis às complicações.

Mundialmente, a maior parte dos casos de diarreia aguda é desencadeada por infecções virais, entre os quais se destacam os rotavírus e norovírus. A diarreia aguda também pode estar relacionada a agentes não infecciosos como a intolerância a dissacarídeos, proteínas e o uso de alguns medicamentos entre outros.

A tabela 1 resume os principais agentes etiológicos responsáveis pela diarreia aguda em crianças.

VÍRUS	BACTÉRIAS	PARASITOS
Rotavírus	Campylobacter jejuni	Cryptosporidium
Norovirus (Norwalk vírus)	Salmonella spp	Giárdia lamblia
Adenovirus entérico	Escherichia coli enteropatogenica	Entamoeba histolytica
Calicivirus	Shiguelaa spp	Stongyloides stercoralis
Astrovirus	Yersinia enterocolitica	
Enterovirus	E.coli produtora de toxina shiga	
	Vibrio cholerae	

O rotavírus é responsável por mais de 2 milhões de hospitalizações e mais de 600.000 óbitos por ano em crianças pequenas, principalmente nos países em desenvolvimento.

A sua disseminação ocorre principalmente pela via fecal-oral sendo mais prevalente na faixa etária de 6 meses a 2 anos. A disseminação da infecção pelo rotavírus no meio familiar é comum. Entre os contactantes adultos de crianças contaminadas 30 a 50% se tornam infectados, embora a maior parte seja assintomático.

O vírus é capaz de produzir diarreia por meio da lesão no epitélio intestinal e redução da sua superfície de absorção (mecanismo enterotoxigênico). Na criança acometida e após um período de incubação de 1 a 3 dias observa-se pródromos de febre e vômitos durante 24 a 48 horas seguidos de diversos episódios de diarreia líquida sem muco ou sangue (entre 10 a 20/dia) que, como consequência, podem resultar em desidratação severa. Os sintomas geralmente persistem por 3 a 7 dias. Indivíduos com imunodeficiência podem apresentar um quadro mais grave e prolongado. Alguns estudos têm descrito o rotavírus em sítios extraintestinais como: o SNC, o fígado, baço e rins. Sabe-se que a resposta imune local (intestinal) é capaz de proteger contra formas severas da doença em infecções subseqüentes.

Os agentes bacterianos como o Campylobacter jejuni e a Salmonella spp invadem a mucosa do intestino delgado e grosso e podem desencadear diarreia com sangue e leucócitos nas fezes. Os lactentes muito jovens, os imunossuprimidos e os falcêmicos tendem a evoluir com doença mais grave e disseminada.

A toxina shiga, produzida pela Escherichia coli ou pela Shiguelaa dysenteriae pode determinar o

aparecimento de colite hemorrágica e complicar-se com a síndrome hemolítica urêmica. Essa condição é endêmica em todo o mundo e caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, insuficiência renal aguda com envolvimento multissistêmico. Como a Shiguelaa requer um inoculo pequeno, ela é facilmente transmitida de pessoa a pessoa pela via fecal-oral e acomete mais as crianças pequenas, até os 10 anos de idade. O indivíduo desenvolve febre alta, dor abdominal em cólica e intensa além de diarreia profusa por 24 horas, que depois se torna sanguinolenta.. A antibioticoterapia deve ser sempre avaliada nesses casos.

A toxina do vibrião da cólera desencadeia um aumento na secreção de água e cloreto a partir do delgado sem que ocorra lesão da mucosa intestinal; resultando em fezes em água de arroz com grande perda de sódio, porém sem sangue ou leucócitos.

De um modo geral as gastroenterites são adquiridas através do contato interpessoal ou pela ingestão de água ou alimentos contaminados. Carnes e frutos do mar mal cozidos ou inadequadamente acondicionados são fontes para a colonização bacteriana. A ingestão de alimentos que possam conter toxinas produzidas por bactérias (como o estafilococos aureus) em sorvetes e maionese provoca o rápido aparecimento de sintomas como diarreia e vômitos.

DIAGNÓSTICO

A história clínica e exame físico representam a base para o diagnóstico.

Recomenda-se questionar e quantificar os episódios de vômitos e diarreia bem como o tempo de doença. Interrogar se há diurese (volume e aspecto). Indagar quanto a possíveis viagens e o uso de antibióticos ou de outros medicamentos que possam cau-

sar diarreia. A constipação crônica é muito comum em crianças e a incontinência fecal dela decorrente pode ser interpretada pelos pais ou familiares como diarreia. O exame físico tem o objetivo de avaliar a presença e grau de desidratação devendo ser orientado conforme o quadro abaixo o que, deverá nortear a melhor conduta ou tratamento.

Exames laboratoriais não devem ser rotineiramente realizados em crianças com sinais e sintomas de gastroenterite aguda, porém poderão ser feitos de acordo com a análise de cada caso.

As amostras de fezes devem ser testadas em situações de surtos especialmente em escolas, creches e hospitais quando a identificação do agente infeccioso é importante para o controle no nível de saúde pública. A cultura das fezes para bactérias, o teste ELISA para identificação de agentes virais e o exame parasitológico de fezes são indicados nessas situações. Amostras de fezes também devem ser testadas em crianças com diarreia san-

guinolenta e em lactentes pequenos ou crianças imunocomprometidas e com febre alta.

MANEJO E RECOMENDAÇÕES

A grande maioria dos indivíduos com diarreia aguda não tem desidratação, porém a desidratação é um risco para as crianças e continua sendo a principal complicação. A desidratação ainda permanece como causa importante de óbito em crianças menores de 1 ano, a despeito dos avanços e incentivos a reidratação oral.

As crianças com diarreia aguda devem ser classificadas de acordo com o quadro um, quanto a seu estado de hidratação, para a orientação adequada do seu tratamento. De acordo com esta classificação as crianças podem ser enquadradas em três grupos: sem desidratação, com algum grau de desidratação e com desidratação grave; com os planos de tratamento A, B e C respectivamente orientados pelo Ministério da Saúde. Quadro 3.

Quadro 1. Classificação quanto ao estado de hidratação.

1. OBSERVE			
Condição	Bem, alerta	Irritado, intranquilo, com sede	Comatoso, deprimido, hipotônico**
Olhos	Normais	Fundos	Muito Fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normal	Sedento, bebe com avidez	Bebe mal ou não é capaz**
2. EXPLORE			
Sinal de prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente
Pulso	Cheio	Rápido e débil	Muito débil ou ausente**
Enchimento capilar*	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (de 3 a 8 segundos)	Muito Prejudicado (mais de 8 segundos)**
Fontanela	Normal	Deprimida	Muito deprimida
3. DECIDA			
	Não tem sinal de desidratação	Se apresentar dois ou mais sinais acima tem desidratação	Se apresentar dois ou mais sinais incluindo pelo menos um sinal ** tem desidratação grave
4. TRATE			
	Use PLANO A	Use PLANO B	Use PLANO C

*O examinador comprime, com a própria mão, a mão fechada da criança, durante 15 segundos. O examinador retira sua mão e observa o tempo para a volta da coloração normal da palma da mão da criança.

DIARRÉIA SEM DESIDRATAÇÃO – PLANO A

Recomenda-se para o indivíduo não desidratado aumentar a oferta de líquidos. Após cada evacuação diarreica a mãe pode oferecer a criança, líquidos ou a solução de reidratação oral (SRO). Na criança que se encontra em aleitamento materno, este deve ser mantido e estimulado. Se a criança não é mais amamentada deve fazer uso da dieta habitual para a idade. A SRO pode ser oferecida em média 10ml/kg para crianças até o primeiro ano de vida, de 50 a 100ml para depois dos 12 meses e 100 a 200ml para os maiores de 10 anos após cada evacuação diarreica e de acordo com a aceitação. Recomenda-se que pais ou familiares sejam orientados a reconhecer os sinais de desidratação (olhos fundos, boca seca, diminuição da diurese, muita sede, vômitos intensos, recusa alimentar, febre elevada, aumento da frequência e volume das fezes) e retornar ao Serviço Médico caso a criança desidrate.

DIARRÉIA COM DESIDRATAÇÃO – PLANO B

Estes pacientes encontram-se irritados, com olhos fundos, com mucosas secas, pulso rápido entre outros sinais (quadro1). A reidratação oral é o tratamento de escolha para indivíduos com a desidratação devido à diarreia aguda e a SRO deve ser oferecida pela mãe ou familiar e ingerida de acordo com a sede da criança, em pequenas quanti-

dades e a temperatura ambiente. A SRO deve ser empregada num volume de 50 a 100ml/kg em 4 a 6 horas. A solução deve ser oferecida com frequência, usando-se copo, colher ou seringa pela boca. Durante todo o período a criança precisa ser avaliada periodicamente pelo médico, na unidade de saúde. Se após este período a criança está hidratada, a orientação passa para o PLANO A.

Na vigência de fracasso da TRO, optamos pelo uso de sonda naso-gástrica para a administração da SRO, baseando-se nos critérios estabelecidos pela OMS. A orientação é administrar solução de modo mais fracionado gradual e contínuo, na velocidade de 20 a 30ml/kg/h até a reidratação em 2horas. A hidratação oral deve ser suspensa em caso de crise convulsiva, vômitos persistentes, distensão abdominal e ausência de ganho de peso após duas horas de instalação da sonda. Se a criança persiste com vômitos permanece com diarreia muito abundante e freqüente e há sinais de desidratação grave a criança deve ser tratada de acordo com o PLANO C.

DIARRÉIA E DESIDRATAÇÃO GRAVE – PLANO C

O tratamento de escolha nesses casos é a hidratação venosa. A reidratação deverá ser feita de maneira rápida e eficaz com volume hídrico adequado a nível hospitalar.

Quadro 2. Planos de tratamento na diarreia aguda com e sem desidratação.

PLANO A	PLANO B	PLANO C
Maior oferta de líquidos e soro de hidratação	Reidratação oral 50 a 100 ml/kg em 4 a 6 horas	Sol 1:1 50 a 100 ml/kg em 2 a 4 horas
Após cada evacuação usar TRO Até 1 ano – 50 a 100 ml De 1 a 10 anos – 100 a 200 ml Mais de 10 anos – à vontade	Se os vômitos se mantêm, TRO mais fracionada de colher ou iniciar gastrôclise com 15 ml/kg/h e em seguida aumentar para 30 ml/kg/h	Se choque franco – soro fisiológico 20 ml/kg aberto Acesso venoso adequado
Manter alimentação habitual Corrigir erros na dieta	Educar as mães e ensinar TRO	Reavaliação constante – hidratação, diurese, densidade urinária
Ensinar causas e prevenção da diarreia e desidratação	Reavaliação Realimentação Após este período passar para PLANO A	Se a desidratação se mantêm, repetir a fase
Se necessário solicitar que retorne ao Serviço de Saúde	Sse evoluir para quadro grave fazer PLANO C	Após a hidratação, fazer a manutenção com solução 1:4 e potássio e a reposição com solução 1:1 Logo que possível alimentar e introduzir hidratação horal

OBSERVAÇÕES:

A maior parte das crianças com diarreia aguda não desenvolve intolerância a lactose, por-

tanto não há indicação de sua restrição ou do uso de fórmulas isenta deste dissacarídeo. Não há também qualquer benefício para a criança,

diluir as fórmulas lácteas oferecidas.

Fluidos com alto conteúdo de carboidratos (refrigerantes, sucos e bebidas energéticas que possuem alta osmolaridade) podem exacerbar os episódios de diarreia e, portanto devem ser evitados. As soluções de reidratação oral com baixa osmolaridade (200-250mOsm/l) e sódio (60-70 mmol/l) que contém glicose, potássio e uma base (citrato) reduzem a necessidade de soluções endovenosas e diminuem a frequência de vômitos e de evacuações e vem sendo administradas em diversos países.

No Brasil, a composição da solução de reidratação oral disponível e distribuída pelo Ministério da Saúde está descrita no quadro 3.

Quadro 3 – SRO (Osmolaridade -311mOsm.)

	GRAMA/ENVELOPE
Cloreto de sódio	3,5
Citrato trissódico dihidratado	2,9
Cloreto de potássio	1,5
Glicose	20
	MILIMOLES/LITRO DE ÁGUA
Sódio	90
Cloro	80
Citrato	10
Potássio	20
Glicose	111

Quadro 4. * Síndrome Hemolítico Urêmica

ORGANISMO	INDICAÇÃO	AGENTE ANTI-MICOB.	COMENTÁRIOS
Campylobacter	diarreia persistente	eritromicina, azitromicina	Diminui o tempo de doença e recaída
Clostridium difficile	diarreia persistente	metronidazol	
E. coli (O157:H7)	contraíndica-se	Não	Aumenta a probabilidade de SHU*
Salmonella	bacteremia, doença invasiva, menor de 3 meses, imunodeprimido	ceftraxone, cefotaxime	
Shiguela	persistência da diarreia, doença grave	cefotaxime, ceftraxone	autolimitado
Vibrio cholera	persistência da diarreia, controle da doença	tetraciclina	
Yersinia	Bacteremia, doença invasiva, imunodeprimido	sulfametoxazol-trimetropim tetraciclina	

MEDICAÇÕES

As medicações são raramente necessárias.

Os antibióticos não são indicados nas infecções virais ou em casos de gastroenterite bacteriana não complicada e são capazes de aumentar o risco de portador e de recaída como na infecção pela Salmonella. O tratamento das infecções por E coli produtora da toxina shiga com antibióticos pode aumentar a probabilidade de síndrome hemolítico urêmica. Os antimicrobianos são recomendados nos pacientes com comprometimento do estado geral e sangue nas fezes, na suspeita de cólera, shiguelose, amebíase e giardíase e outras situações descritas no quadro 4.

Agentes antidiarreicos e antieméticos não são recomendados na gastroenterites agudas devido a seus efeitos colaterais.

Em uma revisão sistemática, os probióticos empregados como adjuvantes à TRO diminuíram o tempo de doença, principalmente nas diarreias por rotavírus.

A OMS tem recomendado o uso de zinco via oral durante os episódios de diarreia por um período de 10-14 dias (2mg/kg/dia até 10mg < 6 meses e 20mg > 6 meses).

PREVENÇÃO

A higiene das mãos, o preparo e acondicionamento adequado de alimentos e da água consumida são medidas empregadas principalmente para conter as gastroenterites, sobretudo bacterianas.

Estudos têm evidenciado que as melhorias sanitárias não demonstram reduzir significativamente a incidência da infecção por rotavírus. Em fevereiro de 2006 uma vacina (Rotatek-Merk) atenuada oral de rearranjo bovino-humano e pentavalente foi aprovada nos EUA, porém ainda não foi licenciada no Brasil. Em novembro de 2005 a Rotarix (GSK) foi licenciada no Brasil, no mercado privado e em janeiro de 2006 incluída no Programa Nacional de Imunizações. É uma vacina de administração oral, aplicada em 02 doses, a primeira iniciando entre 06 e 14 semanas de vida e a segunda dose de 14 a 24 semanas, com um intervalo mínimo entre as doses de 04 semanas. As duas vacinas são altamente imunogênicas e diminuem os quadros de gastroenterite grave que necessitam de internação para hidratação endovenosa. O livre acesso à vacina deverá ter enorme impacto com relação à morbidade e mortalidade infantil.

2.8 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

2.8.1 SARAMPO

ETIOLOGIA

- Vírus do sarampo (mixovírus).

TRANSMISSÃO

- Através de contato direto dos susceptíveis com gotículas de secreções eliminadas pelas vias aéreas dos doentes

QUADRO CLÍNICO

- Período de incubação de cerca de onze dias (nove a doze dias);
- Pródromos de três a quatro dias de duração. Estes se iniciam com febre, mal-estar, coriza seromucosa e, posteriormente, mucopurulenta, tosse seca, conjuntivite com fotofobia e lacrimajamento.
- A febre eleva-se gradualmente, com pico máximo no início do período exantemático e desaparece até o 3º dia de exantema. Febre persis-

tente, após o quarto dia de exantema, impõe minucioso exame clínico à procura de complicações bacterianas.

- Manchas de Koplik: são pontos brancos-azulados localizados na mucosa bucal na região próxima aos molares., que se iniciam com 24 – 48 hs antes e desaparecem 24 a 48 horas após o início da erupção
- Em torno do quarto dia de período prodromico inicia-se o exantema maculopapular de tonalidade avermelhada, começando pelo rosto, regiões retroauricular e cervical. Como apresenta caráter descendente, atinge o tronco e membros superiores no segundo dia e estende-se aos membros inferiores no terceiro dia, quando pode ocorrer sua confluência no tronco e rosto.
- A partir do terceiro dia o exantema adquire tonalidade castanho-acinzentada, evoluindo para descamação furfurácea no final da primeira semana do período exantemático.
- Durante o período febril do sarampo podem ser ainda observadas: adenomegalia, estomatite, às vezes pronunciada, laringite, diarreia, ocasionalmente com muco e sangue, e raramente esplenomegalia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rubéola, exantema súbito, eritema infeccioso, escarlatina, mononucleose infecciosa, enterovirose, rinovirose, adenovirose, toxoplasmose, rickettsioses, parvovirose, dengue e os exantemas tóxico-medicamentosos.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Deve ser realizado em todo caso suspeito de sarampo.

Os testes mais freqüentemente empregados em nosso meio são o isolamento viral (mais indicado em pesquisas), nem sempre disponível, e os sorológicos. Para isolamento viral é necessário a coleta de urina até 5 dias do início do exantema. Já os sorológicos podem ser feitos do 1º ao 28º dia de exantema.

OBS.: *Isolamento viral- encaminhar imediatamente para o laboratório.
Sorologia – encaminhar ao laboratório com ficha de investigação.*

- Uma elevação de quatro vezes nos títulos iniciais, entre os estágios agudo e convalescente, é considerada diagnóstica para o sarampo,

assim como a presença de anticorpos IgM.

- Anticorpos IgM podem não ser detectáveis nas primeiras 72 horas do início do exantema e normalmente não o são 30 a 60 dias após o "rash".
- leucograma: leucopenia com neutropenia absoluta e linfopenia. Nos casos de complicação bacteriana verifica-se leucocitose com desvio à esquerda.

COMPLICAÇÕES

■ Complicações respiratórias

- Rinite, estomatite, sinusite e mastoidite; a otite média aguda.
- As complicações pulmonares e brônquicas são as segundas mais freqüentes.

■ Complicações neurológicas

- Convulsão febril.
- A encefalite pode ocorrer e atinge, em média, um em cada 1 000 a 2 000 pacientes.
- A panencefalite esclerosante subaguda é doença rara (1:100 000 a 1:150 000 casos de sarampo).

■ Acometimentos diversos

- complicações oculares: conjuntivite, neurorretinite, ceratite e até ulceração de córnea.
- O envolvimento do miocárdio caracteriza-se usualmente por alterações tanto no sistema contrátil como no excito condutor.
- Ocorrem ainda complicações renais, complicações digestivas; vômito e diarreia.
- A adenite mesentérica pode provocar quadros dolorosos de intensidade suficiente para sugerir abdome agudo, sendo necessário diagnóstico diferencial.

- **Complicações hematológicas:** púrpura trombocitopênica.

TRATAMENTO

Não há terapêutica específica contra o vírus do sarampo e tampouco drogas capazes de prevenir ou interromper os sintomas da doença uma vez instalados. Entretanto, vários estudos têm observado que o uso de vitamina A em crianças com sarampo tem se associado à redução de mortalidade e da morbidade. A vitamina A é substrato necessário à preservação da integridade de células epiteliais e participa da modulação imunitária.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado a suplementação de vitamina A para

toda criança de áreas onde exista deficiência dessa vitamina (nível sérico inferior a 10mg/dl) e onde a taxa de mortalidade associada ao sarampo seja maior ou igual a 1%. A dose recomendada é de 100 000 UI, por via oral, para crianças menores de doze meses de idade e de 200 000 UI para crianças maiores de um ano. Na presença de sinais oftalmológicos de deficiência da vitamina A, tais como cegueira noturna, mancha de Bitot ou xeroftalmia, a OMS recomenda que a dose seja repetida em 24 horas e novamente quatro semanas após.

A Academia Americana de Pediatria recomenda, no entanto, que a administração de vitamina A seja feita com cautela, monitorizando-se seus efeitos colaterais (abaulamento de fontanela, vômitos e cefaléia) e selecionando-se para a suplementação os seguintes pacientes:

- pacientes com complicações como laringite, pneumonia e diarreia, ou com fatores de risco como: imunodeficiência, evidência oftalmológica de deficiência de vitamina A; dificuldade de absorção intestinal, desnutrição moderada e grave, imigração recente de áreas com altas taxas de mortalidade por sarampo.
- Evitar internação dos casos não complicados.
- O repouso no leito se impõe, enquanto houver febre e erupção, devendo ser mantido o isolamento por cinco dias após o início do exantema.
- Os líquidos devem ser oferecidos, de acordo com a preferência da criança, a curtos intervalos. A dieta é livre, normal para idade, porém respeitando a inapetência natural que ocorre.
- Lavar os olhos com soro fisiológico e, na presença de conjuntivite purulenta, estão indicados os colírios de antibióticos por cinco a sete dias. Ambiente escuro é recomendado para o paciente quando a fotofobia é intensa.
- A hipertermia deve ser combatida com os antitérmicos usuais.
- Os antimicrobianos só estão indicados em caso de complicação bacteriana.
- Nas encefalites, a corticoterapia tem valor questionável, estando indicada nas síndromes de hipertensão intracraniana que freqüentemente acompanham esta complicação.

PROFILAXIA E MEDIDAS DE CONTROLE DO SARAMPO

1. A Sociedade Brasileira de Pediatria (Calendá-

rio Vacinal 2003) recomenda a aplicação Vacina Tríplice Viral (SCR ou MMR) contra Sarampo, Caxumba e Rubéola aos 12 meses de vida e revacinação entre 4 a 6 anos de idade ou em campanhas de seguimento.

2. **Vacinação de Bloqueio:** a vacina contra sarampo (Tríplice Viral ou SCR) consegue imunizar o susceptível contactante em prazo inferior ao período de incubação da doença. Recomenda-se a sua administração dentro de 72 horas após a exposição, envolvendo o grupo de 6 meses a 39 anos de idade. Deve abranger as pessoas do mesmo domicílio do caso suspeito, da mesma creche, vizinhos próximos ou, quando for o caso, os indivíduos da mesma sala de aula, do mesmo quarto de alojamento ou da mesma sala de trabalho, etc.
3. **Notificação:** deve ser feita pelo médico ou enfermeiro que atendeu a criança em todos os casos suspeitos de sarampo. Define-se como caso suspeito: "todo paciente que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade ou situação vacinal."

2.8.2 RUBÉOLA

ETIOLOGIA

Vírus da Rubéola (togavírus).

RUBÉOLA CONGÊNITA

A rubéola pré-natal se diferencia da rubéola pós-natal em vários aspectos, pois muitas vezes não tem o caráter de benignidade desta última. Embora a maioria dos recém-nascidos infectados seja assintomática, em alguns casos a infecção é tão grave que resulta em morte intra-uterina ou pós-natal. Outras vezes, a criança pode ser portadora de várias malformações, dependendo do período de embriogênese no qual a infecção ocorreu; existem ainda situações nas quais o recém-nascido pode aparentemente ter sido poupado da infecção, vindo a apresentar sintomatologia somente alguns anos mais tarde.

QUADRO CLÍNICO

Após a viremia materna, a invasão do concepto pelo vírus pode resultar em: infecção placentária sem infecção fetal, morte e reabsorção do embrião (infecções muito precoces), abortamento espontâneo,

natimorto, recém-nascido com anomalias congênitas (síndrome da rubéola congênita), recém-nascido que vai desenvolver a doença algum tempo depois, recém-nascido PIG, infecção subclínica.

De acordo com os conhecimentos atuais, a rubéola congênita é vista como uma doença crônica e progressiva, freqüentemente silenciosa na sua evolução, sendo os casos assintomáticos em número muito maior do que os sintomáticos.

As manifestações clínicas da rubéola congênita podem ser agrupadas nas seguintes categorias: precoces (transitórias ou permanentes) e tardias.

- **Manifestações precoces:** evidenciados dentro do primeiro ano de vida.

1. **Manifestações precoces transitórias:** trombocitopenia, púrpura, leucopenia, hepatite, hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia hemolítica, baixo peso ao nascimento, lesões ósseas, linfadenopatia e diarreia.

2. **Manifestações precoces permanentes:**

- Sinais gerais: prematuridade, retardo no crescimento e desenvolvimento intra-uterinos e pós-natais, aumento da mortalidade, adenopatia e diarreia crônica;
- Lesões ósseas: micrognatia e alterações dos ossos longos (rarefações lineares nas metáfises);
- Lesões oculares: retinopatia pigmentar, catarata (em 50% dos casos é bilateral), glaucoma, microftalmia e defeitos da íris;
- Lesões do sistema nervoso central: microcefalia, abaulamento das fontanelas e sinais de encefalite;
- Lesões cardiovasculares: persistência do canal arterial, estenose da artéria pulmonar, estenose da válvula aórtica, defeitos septais, tetralogia de Fallot, coarctação da aorta e necrose miocárdica;
- Lesões auditivas: surdez neuro-sensorial (lesão do órgão de Corti) e surdez central (por encefalite);
- Alterações hematológicas: púrpura trombocitopênica e anemia hemolítica;
- Lesões viscerais: hepatite e pneumonite intersticial;
- Outras alterações: discrasias imunológicas e "rash" rubeoliforme crônico.

- **Manifestações tardias:** associadas com a persistência e reativação do vírus, bem como com

mecanismos auto-ímmunes, podendo ser evidenciadas desde o segundo ano de vida até a idade escolar. Dentre elas se destaca, tanto isoladamente quanto em conjunto com outras, a surdez, que muitas vezes só é diagnosticada quando a criança, em idade escolar, exibe dificuldades de aprendizagem. Outras manifestações: endocrinopatias (diabetes, hipotireoidismo, hipertireoidismo e deficiência do hormônio do crescimento), lesões oculares (glaucoma, reabsorção do cristalino com catarata e neovascularização sub-retiniana), lesões vasculares (proliferação da íntima e estenose das artérias, hipertensão por estenose da artéria renal, doença coronariana e cerebral secundárias), panencefalite rubéolica progressiva, distúrbios do comportamento, da aprendizagem e autismo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As sufusões hemorrágicas, a hepatoesplenomegalia e a icterícia, que podem ocorrer na rubéola congênita, às vezes estão presentes nas seguintes entidades: toxoplasmose, citomegalia, sífilis, sepsis, eritroblastose fetal e infecção herpética. Contudo, nessas infecções existem outros dados com fundamental importância diagnóstica.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

IgM Fetal continua a ser produzida durante 3-5 meses após o nascimento, caindo após o 6º mês, quando começa a aumentar a IgG produzida pela criança infectada. A IgG materna declina após o 5º mês.

Diagnóstico da rubéola congênita: IgM Fetal positiva ou IgG com títulos 4 vezes os títulos maternos ou aumento dos títulos de IgG em exames subseqüentes do lactente.

TRATAMENTO

Não há tratamento específico; por essa razão, toda atenção deve ser voltada no sentido da profilaxia, através da imunização ativa e da recomendação expressa para se evitar o contato de pacientes com mulheres grávidas susceptíveis, sobretudo no primeiro trimestre da gestação.

NOTIFICAÇÃO

A Síndrome da Rubéola Congênita é doença de notificação compulsória desde 1996. Devem ser notificados todos os casos suspeitos de SRC. Define-se como caso suspeito de SRC: "todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado

de rubéola durante a gestação, ou toda criança até doze meses de idade que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna."

RUBÉOLA PÓS-NATAL

EPIDEMIOLOGIA

- A virose é de distribuição universal e 70-85% dos adultos são imunes. Cerca de 25 a 50% dos casos são subclínicos, de acordo com inquéritos realizados em crianças
- A virose acomete pessoas de todas as idades, principalmente escolares, adolescentes e adultos jovens.

QUADRO CLÍNICO

- Após o período de incubação de duas a três semanas, com duração média de 16 a 18 dias, surgem as manifestações prodrômicas, que se estendem por um a cinco dias; sua intensidade é variável com a faixa etária, podendo não ocorrer em lactentes. Dentre elas, merecem destaque: conjuntivite, dor de garganta, cefaléia, linfadenopatia occipital, retroauricular e cervical, febre, calafrios, anorexia e náuseas.
- O exantema, presente em 50 a 70% dos casos, é maculopapular, de coloração rósea, surgindo inicialmente na face e generalizando-se no sentido crânio-podálico dentro de 24 a 48 horas; não costuma evoluir com alteração de cor e descamação, podendo, em caráter excepcional, arrastar-se até o quinto dia. Em alguns casos o exantema da rubéola é do tipo escarlatiforme e em outros assemelha-se ao do eritema infeccioso, com aspecto rendilhado.
- A febre é moderada, raramente elevada. A linfadenopatia, presente na maioria dos pacientes com exantema, pode faltar em outros.

COMPLICAÇÕES

As mais freqüentes são:

- Artrite, observada em 30% dos adultos, com duração de cinco a dez dias;
- Encefalite, que ocorre em 1/6000 casos;
- Púrpura (trombocitopênica ou não), nem sempre acompanhada de manifestações clínicas.
- Outras complicações mais raras são a miocardite, a conjuntivite folicular e a ceratite.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- O diagnóstico diferencial deve ser feito sobretudo com enterovirose (echovirose e coxsackioses), sarampo, parvovirose (parvovirus B19), quadros alérgicos, mononucleose e toxoplasmose.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Sorologia para Rubéola: IgM e IgG podem ser detectadas em 100% dos casos do 4º ao 15º dia após o rash;
- IgG nos primeiros 12 dias após o contágio significa imunidade;
- Na prática devem ser solicitadas duas dosagens de anticorpos: uma no início do quadro e outra de 2-3 semanas após. Neste caso, o aparecimento de IgM significa infecção primária. O aumento de pelo menos 4 vezes nos títulos de IgG da primeira para a segunda dosagem, sem IgM, significa reinfecção.

TRATAMENTO

Apenas sintomático, já que não há tratamento específico.

PROFILAXIA DA RUBÉOLA CONGÊNITA E ADQUIRIDA

1. Com relação ao rastreamento pré-conceitual, os obstetras devem ter em mente os seguintes pontos fundamentais:
 - a) cerca de 70-80% das mulheres em idade fértil são imunes (IH³ 1/16);
 - b) 20-30% das mulheres em idade fértil são susceptíveis (IH < 1/16) e devem ser imunizadas até 90 dias antes da concepção;
 - c) se a mulher não foi vacinada, recomendar imunização para a mesma.
 - d) na avaliação do perfil imunológico, não deve ser considerado o diagnóstico clínico anterior de rubéola, pois certas echovirose e parvovirose apresentam quadros superponíveis. Portanto, perante a impossibilidade do exame sorológico, as mulheres apenas com diagnóstico clínico de rubéola também devem ser imunizadas.
2. A Sociedade Brasileira de Pediatria (Calendário Vacinal 2003) recomenda a primeira dose de vacina Tríplice Viral (SCR ou MMR), contra Sarampo, Caxumba e Rubéola aos 12 meses de vida, e uma segunda dose aos 4 a 6 anos

de idade ou nas campanhas de seguimento. Todas as crianças e adolescentes devem ter recebido duas doses de SCR. Não é necessário aplicar mais de duas doses.

3. As reações colaterais mais freqüentes da vacina SCR: 5 a 15% das crianças vacinadas apresentam febre entre 5-12 dias após a vacinação; 5% apresentam rash; pode haver linfadenopatia. Nas mulheres, 25-40% apresentam artralgia e pode haver neurite periférica.
4. A vacina é contra-indicada na gravidez, onde ocorre 5-10% de infecção fetal pela vacina, mas não há nenhum caso relatado de embriopatia. Tal afirmativa contra-indica a interrupção da gravidez nos casos de risco potencial, ou seja, naqueles em que a vacina foi aplicada em prazo inferior a 30 dias antes da concepção. Tudo indica que a gestação poderá prosseguir sem risco de embriopatia rubéolica, com base nas evidências atuais da literatura.
5. Outras contra-indicações: pacientes portadores de doença maligna e deficiência imunológica, em uso prolongado de corticóides, ou que receberam transfusão sanguínea ou imunobiológicos recentemente não podem ser vacinados. Neste último caso, deve-se aguardar intervalo de 3 meses, e no caso de uso de corticóide, aguardar pelo menos 1 mês para se aplicar a vacina. A vacina deve ser evitada em pessoas febris ou sensíveis à neomicina e polimixina, pelo fato de conter pequenas quantidades dos mesmos.
6. As Crianças com Síndrome da rubéola congênita podem receber as vacinas usuais. Não constitui também contra-indicação o relato de rubéola anterior, uma vez que certos quadros clínicos, sobretudo de determinadas echovirose, são muito semelhantes ao da rubéola. Quanto à imunização de filhos de grávidas, a literatura é unânime em recomendá-la, uma vez que os autores não acreditam na possibilidade de infecção dos contactantes ou a consideram desprezível.
7. A vacina produz soroconversão em cerca de 95% dos indivíduos susceptíveis e pode ser aplicada simultaneamente às outras vacinas. Convém ressaltar que a vacina anti-rubéola, quando empregada em associação com as vacinas anti-sarampo e anti-caxumba, confere grau

de proteção semelhante ao da vacina isolada.

8. Apesar dos títulos de anticorpos induzidos pela vacina serem praticamente semelhantes aos obtidos após a infecção natural, alguns indivíduos evoluem com queda dos mesmos no decorrer dos anos, podendo apresentar viremia e excretar o vírus após uma segunda imunização ou uma reinfecção.
9. Vacinação de Bloqueio: Não há evidência de que a vacina evite a infecção após o contágio; por outro lado, a imunização não é contra-indicada após o mesmo. No entanto, é importante aproveitar-se a oportunidade da detecção de um caso, para vacinação dos contatos susceptíveis, principalmente mulheres em idade fértil.
10. A imunização passiva anti-rubéola consiste na administração de gamaglobulina comum ("standard" - 16,5%), já que a hiperimune não existe comercialmente. No entanto, vários casos de rubéola congênita foram relatados na literatura, apesar do uso da gamaglobulina "standard", pelo fato desta conter baixos níveis de anticorpos anti-rubéola. É evidente que a imunização passiva só deve ser empregada em circunstâncias específicas, ou seja, naqueles casos em que, após os devidos esclarecimentos, a gestante solicita qualquer medida profilática, uma vez que está disposta a prosseguir com a gestação.

NOTIFICAÇÃO DA RUBÉOLA PÓS-NATAL

A notificação da Rubéola pós-natal é compulsória desde 1996. Devem ser notificados todos os casos suspeitos de Rubéola pós-natal. Define-se como caso suspeito: " toda pessoa que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhadas de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente de idade e situação vacinal."

2.8.3 EXANTEMA SÚBITO

Doença infecciosa febril, de evolução benigna, ocorre tipicamente na infância e afeta, em especial, crianças de seis meses a três anos de idade; é rara nos primeiros meses de vida, provavelmente pela proteção dos anticorpos maternos. É também conhecida como roséola infantum, febre de três dias, pseudo-rubéola ou sexta moléstia.

ETIOLOGIA

Herpevírus Humano 6 (HHV-6)

VIA DE TRANSMISSÃO

Secreções orais (transmissão horizontal: sentido mãe-filho) ou vertical.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Varia de sete a 17 dias, com média de dez dias.

QUADRO CLÍNICO

A virose caracteriza-se classicamente pelo início súbito, com febre alta (39°-40°C) e extrema irritabilidade, em contraste com o bom estado geral; este quadro é acompanhado, em alguns casos, de sintomas ou sinais de comprometimento respiratório (tosse, coriza e/ou pneumonite) ou gastrointestinal (diarréia, dor abdominal), principalmente em crianças hospitalizadas. Após três a cinco dias há declínio brusco da febre e o aparecimento de "rash" eritematopapular, com sensível melhora do humor.

Dentre os sinais e sintomas clínicos inespecíficos mais freqüentes destacam-se as adenomegalias cervicais e/ou retroauriculares, a hiperemia de orofaringe e o edema palpebral. Os outros tipos de apresentação clínica que podem dificultar a suspeita diagnóstica de exantema súbito incluem as infecções inaparentes, o quadro febril isolado e o exantema afebril. A maioria dos casos evolui sem complicações; existem, porém, relatos de convulsões febris em 10% a 15% dos casos e/ou abaulamento da fontanela, que constituem algumas das principais causas de atendimento de urgência e hospitalizações. Alguns autores postulam que o primeiro episódio febril no lactente estaria relacionado com a infecção pelo HHV-6.

O exantema é do tipo maculopapular, com lesões discretas de 2 a 3 cm de diâmetro, não coalescentes, que se assemelham à rubéola ou ao sarampo leve. Em geral acomete inicialmente o tronco e, em seguida, a face, a região cervical e a raiz dos membros, sendo de curta duração (24 a 72 horas), sem descamação ou com discreta pigmentação residual.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico de certeza da infecção pelo isolamento viral, DNA viral através da reação em cadeia de polimerase (PCR), e testes sorológicos não estão disponíveis em nosso meio.

Como achados laboratoriais inespecíficos assinala-se a presença de leucocitose no início do quadro febril e, após o terceiro e quarto dias de doen-

ça, leucopenia com linfocitose, relativa ou absoluta, em alguns casos com atipia linfocitária. Nos pacientes em que há envolvimento neurológico, a análise bioquímica e citológica do LCR revela-se normal, achado importante para o diagnóstico diferencial com outras infecções do SNC.

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Na maioria dos casos de exantema súbito o tratamento deve se restringir ao uso de medidas de suporte e de medicação sintomática (antitérmico), bem como à vigilância das complicações, especialmente as relacionadas com o sistema nervoso. Por outro lado, nos raros casos que evoluem com gravidade, particularmente nas crianças com complicações significativas (encefalite, pneumonite) e nos imunodeprimidos, a terapêutica antiviral deve ser indicada. Os resultados de ensaios terapêuticos têm demonstrado perfil de resposta similar ao do citomegalovírus, com destaque para o ganciclovir, considerado a droga de maior atividade contra o vírus. No que se refere à prevenção, até o momento não se estabeleceu qualquer estratégia de controle.

NOTIFICAÇÃO

Não é necessário notificar.

2.8.4 ERITEMA INFECCIOSO

Doença infecciosa que acomete preferencialmente crianças de dois a 14 anos, sendo considerada a forma mais benigna do amplo espectro de infecções associadas ao parvovírus humano B19, reconhecido atualmente como o agente etiológico. É também conhecido como a quinta doença ou megaleritema epidêmico, sendo de ampla ocorrência no mundo; a maioria dos casos incide ao longo de todo o ano, enquanto os surtos possuem padrão sazonal, com maior freqüência nos meses de inverno e primavera e nos países de clima temperado.

VIA DE TRANSMISSÃO

A via respiratória é a mais importante na fase virêmica da infecção pelo parvovírus B19, principalmente em comunidades fechadas (creches, escolas) e entre pessoas da mesma família, onde a taxa de ataque de infecção pode atingir 50% entre os susceptíveis. Entretanto, experimentos realizados em voluntários demonstraram que a erupção cutânea

ocorre 17 a 18 dias após a inoculação viral, caracterizando o eritema infeccioso como evento tardio no curso da infecção (fase pós virêmica) e, portanto, com mínimas chances de transmissão.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Varia de quatro a 14 dias.

ETIOLOGIA

O parvovírus B-19, que pertence à família

QUADRO CLÍNICO

O exantema é a apresentação clássica da infecção e em geral não se acompanha de manifestações sistêmicas. No entanto, alguns pacientes podem referir sinais e sintomas inespecíficos (febrícula, mialgias, cefaléia, náuseas, mal-estar) precedendo o "rash" cutâneo, considerados pródromos e correspondentes à fase virêmica.

Nos casos típicos da doença o exantema inicia-se pela face sob a forma de eritema difuso, com distribuição em "vespertílio" e edema das bochechas (facies esbofetada); as outras regiões da face, como o queixo e a região perioral, são poupadas. O exantema clássico da doença é do tipo maculopapular com palidez central, característica que confere aspecto rendilhado à lesão; acomete o tronco e a face extensora dos membros, podendo regredir em até três semanas. No entanto, na maioria dos casos predomina o caráter recorrente, que sofre a ação de estímulos não específicos, como sol, estresse e variação brusca de temperatura ambiente. Podem ocorrer outros tipos de exantema, como por exemplo o urticariforme, o vesicular e o purpúrico, mas o morbiliforme e o rubeoliforme são os de maior freqüência.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico se baseia nas características clínicas.

O hemograma na fase de viremia pode revelar queda discreta nos níveis de hemoglobina e diminuição nos leucócitos de aproximadamente 50 a 60% dos valores normais.

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Não há tratamento específico, sendo raros os casos que necessitam de medicação sintomática, restrita aos analgésicos, principalmente em adultos com artralgias ou mialgias.

As medidas preventivas devem visar somente os grupos com risco de desenvolver as formas graves da infecção pelo B19 (grávidas e portadores de anemias hemolíticas crônicas), sendo indicados a gamaglobulina humana intravenosa na grávida e o isolamento destes pacientes em risco de evolução grave.

NOTIFICAÇÃO

Não é necessário notificar.

2.8.5 DENGUE

Doença infecciosa, não contagiosa, causada pelo vírus dengue. Apresenta amplo espectro clínico, com destaque, no entanto, para duas formas clínicas principais: a febre clássica do dengue e a febre hemorrágica. É a arbovirose mais difundida no mundo, ocorrendo em todos os continentes, com exceção da Europa. Sua incidência têm aumentado no Brasil, nos últimos anos, assumindo caráter epidêmico em algumas regiões, principalmente no verão.

VIA DE TRANSMISSÃO

Picada de mosquitos hematofágos do gênero Aedes, principalmente o Aedes aegypti.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Varia de três a 14 dias, em média de cinco a seis dias.

PERÍODO DE TRANSMISSÃO

Inicia-se um dia antes do aparecimento da febre e vai até o quinto dia da doença (período de viremia).

AGENTE ETIOLÓGICO

É um vírus RNA. Arbovírus do gênero Flavivirus, pertencente à família Flaviviridae.

São conhecidos quatro sorotipos: 1, 2, 3 e 4.

IMUNIDADE E SUSCEPTIBILIDADE

A susceptibilidade ao vírus da dengue é universal. A imunidade é permanente para um mesmo sorotipo (homóloga). Entretanto, a imunidade cruzada (heteróloga) existe temporariamente.

QUADRO CLÍNICO

O espectro clínico é amplo, variando desde formas assintomáticas, quadros febris indiferenciados e febre clássica da dengue até formas graves com hemorragia, que podem evoluir ou não com cho-

que. A forma clássica é mais freqüente em escolares, adolescentes e adultos e se caracteriza clinicamente por síndrome febril aguda, de início súbito, com febre alta, cefaléia, hiperemia conjuntival, mialgias, dor retro-ocular, artralgias e exantema. Podem ocorrer fenômenos hemorrágicos cutâneos (petéquias, equimoses) ou outros tipos de sangramento (gingivorragia, epistaxe, hematúria), mais freqüentes em adultos e que são de leve intensidade. A infecção em geral evolui bem, com duração de quatro a sete dias, podendo no entanto persistir a fadiga. Já os lactentes e os pré-escolares podem apresentar quadro febril inespecífico, acompanhado ou não de exantema.

No dengue clássica o exantema, em 30% dos casos, surge após o declínio da febre, sendo em geral do tipo maculopapular; inicia-se no tronco e dissemina-se posteriormente, podendo acometer a região palmo-plantar acompanhado de prurido, mais intenso na fase de convalescença.

São também descritos outros padrões de exantema, como por exemplo o tipo escarlatiniforme nas áreas de confluência e o petequial nos membros inferiores. Nos lactentes e pré-escolares o exantema do tipo maculopapular é que o predomina, disseminado ou não, podendo às vezes apresentar-se como um eritema morbiliforme ou escarlatiniforme.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A confirmação diagnóstica é feita através das provas específicas, que compreendem:

- a) **Isolamento do vírus** – para pesquisa epidemiológica.
- b) **Testes sorológicos** – A sorologia deve ser colhida a partir do sétimo dia de doença, priorizando, no período epidêmico, os pacientes sob risco (idosos, gestantes, crianças, portadores de diabetes mellitus, portadores de asma brônquica, portadores de anemia falciforme) e aqueles com manifestações hemorrágicas. No período interepidêmico, onde ocorre a diminuição no número de casos, a sorologia deve ser feita em todos os casos suspeitos. Todas as amostras devem ser encaminhadas ao laboratório central da SEMUS, inclusive com a data da coleta.

As provas inespecíficas revelam leucopenia com neutropenia e linfocitose nos primeiros dias de doença, além da trombocitopenia que pode eventualmente ocorrer na forma clássica de dengue.

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

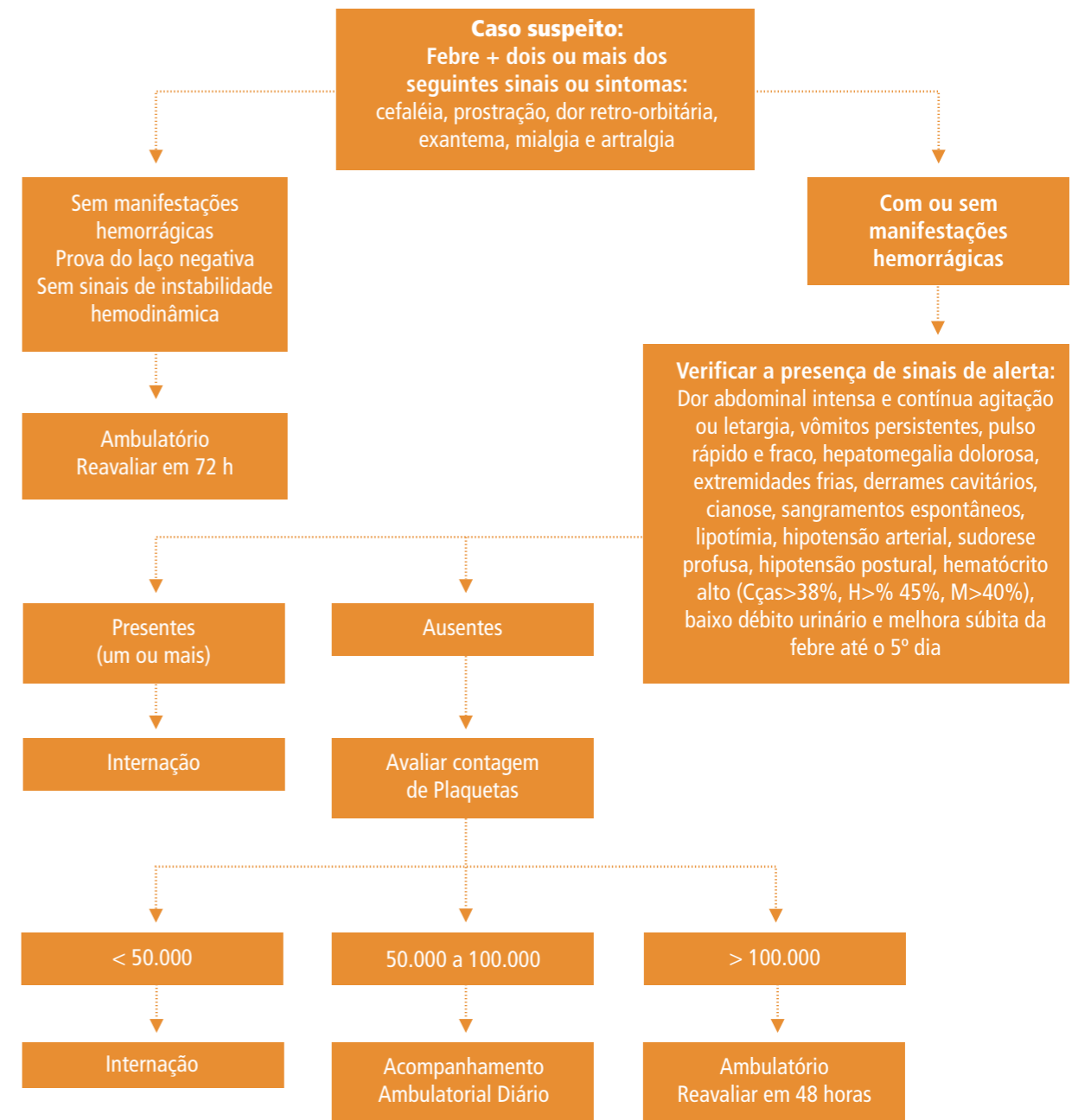
Não há tratamento específico para a dengue, estabelecendo-se portanto apenas as medidas de suporte para a preservação das funções vitais do paciente. No controle da febre estão proscritos medicamentos à base de ácido acetilsalicílico e seus derivados, por suas ações anticoagulante e irritativa na mucosa gástrica, predispondo a sangramentos e acidose.

Para a prevenção ainda não se dispõe de um

imunizante eficaz, não obstante os vários estudos em curso com vacinas de vírus vivos atenuados contra os quatro sorotipos, bem como com as de engenharia genética. Portanto, o controle da dengue deve ser basicamente o combate ao vetor e a vigilância epidemiológica, que envolvem a notificação dos casos clínicos e a busca ativa dos mosquitos Aedes aegypti (vigilância entomológica).

Atendimento ambulatorial de pacientes com dengue segundo protocolo da SEMUS 2003

FLUXO DE ATENDIMENTO DOS CASOS DE DENGUE



TÉCNICA DE REALIZAÇÃO DA PROVA DO LAÇO

- Insuflar um manguito de aparelho de pressão colocado no antebraço do paciente até o ponto médio entre pressão máxima e mínima;
- Aguardar cinco minutos mantendo o manguito insuflado;
- Soltar o ar do manguito e retirá-lo do braço do paciente;
- Procurar por petéquias na área onde estava o manguito e abaixo da prega do cotovelo;
- Escolher a área de maior concentração de petéquias e marcar um quadrado com 2,5 cm de lado;
- Contar o número de petéquias dentro do quadrado;
- A prova do laço será considerada positiva caso sejam observadas 20 petéquias ou mais dentro do círculo demarcado;
- Em crianças, qualquer número de petéquias deve ser valorizado;
- Em crianças menores de 3 anos, não é possível medir PA na Unidade de Saúde;
- Em crianças maiores de 3 anos, usar manguito compatível com o tamanho da criança.

SINAIS DE ALERTA

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Hepatomegalia dolorosa;
- Derrames cavitários;
- Hipotensão arterial (PA sistólica menor que 80 mmHg em menores de 5 anos ou PA sistólica menor que 90 mmHg em maiores que 5 anos de idade);
- Diminuição da pressão arterial diferencial (PA sistólica. PA diastólica < 20 mmHg);
- Hipotensão postural (PA sistólica sentado . PA sistólica em pé > 10 mm Hg);
- Diminuição da diurese;
- Agitação ou letargia;
- Pulso rápido e fraco;
- Extremidades frias;
- Cianose;
- Diminuição brusca da temperatura corpórea associada a sudorese profusa;

- Taquicardia;
- Lipotímia;
- Aumento repentino do hematócrito (20% acima dos limites superiores da normalidade, que são: > 38% em crianças, > 45% em homens e > 40% em mulheres, ou seja, os valores indicativos de hematócrito alto são: 45,6% em crianças, 54% em homens e 48% em mulheres)

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO

A via branca da ficha de notificação e a ficha de investigação devem ser encaminhadas para a Vigilância Epidemiológica do município que, por sua vez, informará ao CCZ e a SESA.

A via rosa da notificação fica com o paciente e a azul deverá ser arquivada na Unidade Notificadora.

2.8.6 ENTEROVIROSES NÃO-PÓLIO

As enteroviroses não-pólio são enfermidades infecciosas bastante comuns na infância, responsáveis por quadros clínicos algumas vezes significantes, não raramente sendo causas de doenças febris agudas inespecíficas e manifestações exantemáticas.

Esses agentes podem levar ao aparecimento de surtos epidêmicos ou verdadeiras epidemias. Nos Estados Unidos estima-se que ocorram, a cada ano, cerca de 30 milhões de infecções por enterovírus não-pólio.

As infecções acometem principalmente crianças de pouca idade, de nível socioeconômico menos favorecido e em regiões ou épocas de clima quente.

O gênero Enterovirus, um subgrupo dos picornavírus, é composto pelo coxsackie, echovirus, novos enterovirus e poliovirus.

VIA DE TRANSMISSÃO

Vias fecal-oral, respiratória ou vertical.

PERÍODO DE TRANSMISSÃO

Até várias semanas, quando por via fecal-oral; uma semana ou menos, quando pela via respiratória.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Varia de três a seis dias, com exceção dos casos de conjuntivite aguda hemorrágica, quando esse período se situa entre 24 e 72 horas.

QUADRO CLÍNICO

■ **Infecções assintomáticas** – representa a maioria das infecções por enterovirus não polio.

■ **Doença febril não-específica** – frequentemente associado a coxsackie e echovirus, em crianças menores de 4 anos, com duração média de 3-4 dias.

Início abrupto, com febre, mal estar e cefaléia. A febre é alta (38,5°C a 40°C), com duração média de três dias, podendo ser bifásica (aparece por 1 dia, desaparece por 2-3 dias e retorna por mais 2-4 dias).

A febre pode ser a única manifestação em crianças pequenas. Odinofagia, dor abdominal, náusea, vômitos e coriza também podem aparecer.

O exame físico pode ser normal ou revelar apenas conjuntivite discreta, hiperemia de faringe e adenomegalia cervical leve. O leucograma geralmente é normal.

■ **Herpangina** – frequentemente associado a coxsackie, em crianças menores de 11 anos.

Início abrupto, com febre, odinofagia e disfagia, anorexia, vômitos e dor abdominal. As lesões de orofaringe são pequenas vesículas e úlceras dolorosas de 1-4mm de diâmetro localizadas na parte posterior da faringe, palato, úvula e amígdalas, podendo ser branco-acinzentadas.

A febre dura de 1-4 dias mas as úlceras podem persistir por 1 semana. A evolução é benigna. O principal diagnóstico diferencial é com amigdalite bacteriana (porém esta não cursa com vesículas).

■ **Exantemas** – os enterovirus são a causa mais comum de exantema no verão e outono. Pode ser maculopapular, petequial, vesicular ou urticariforme.

O exantema maculopapular mais comum é o "rash" fino que ocorre concomitantemente com febre. Começa na face e se estende para o pescoço, tronco e extremidades. Faz diagnóstico diferencial com rubéola, porém não cursa com adenomegalia cervical posterior ou retroauricular. O exantema vesicular mais comum é a síndrome mão-pé-boca.

■ **Síndrome mão-pé-boca** – frequentemente associado a coxsackie A16 e mais raramente pelo enterovirus 71. Predomina em crianças menores de 10 anos e geralmente em surtos epidêmicos.

Início com febre, mal estar, anorexia, adinamia. 1-2 dias após aparece enantema e lesões ulceradas em cavidade oral e exantema principalmente

de extremidades, com lesões vesiculares em mãos e pés, podendo ocorrer em nádegas.

Exantema purpúrico ou petequial têm sido descritos com echovirus9 e coxsackie A9, sendo o principal diagnóstico diferencial com doença meningocócica.

■ **Conjuntivite hemorrágica aguda** – pouco freqüente, associado ao enterovirus70 e coxsackie A24, predomina na idade escolar. O período de incubação varia de 1-6 dias. Muito contagiosa.

Caracterizada por dor, edema de pálpebras e hemorragia subconjuntival, fotofobia, lacrimejamento. A secreção ocular é serosa, mas pode tornar-se purulenta com infecção bacteriana secundária. A febre é rara e a recuperação ocorre em 7-12 dias.

■ **Meningite asséptica** – frequentemente associado a coxsackie B e Echovirus.

Início com febre (38-40°C), cefaléia e dor na nuca, mal estar, náuseas, vômitos, dor em membros inferiores, fotofobia. Pode ser bifásica com intervalo assintomático de 2-10 dias. Cursa com rigidez de nuca, sinais de Kerning e Brudzinski. Hemograma normal ou discreto desvio à esquerda; líquido límpido com menos de 500 células e predomínio de mononucleares, glicorraquia normal e proteinorraquia normal ou pouco elevada.

A Encefalite é pouco comum.

■ **Paralisias** – podem ser determinadas por inúmeros enterovirus que não os poliovirus, entre os quais: coxsackievirus A e B, echovirus, enterovirus 70 e 71.

Enterovirus 71: está associado a um quadro semelhante ao da poliomielite, com pródroms febris e sintomas gerais por 1-2 dias, evoluindo com paralisia flácida assimétrica. Em alguns casos pode haver recuperação completa.

Enterovirus 70: está associado a paralisia facial periférica e a um quadro semelhante ao da poliomielite, esta geralmente irreversível. Pode ocorrer 1-8 semanas após a conjuntivite hemorrágica aguda.

Coxsackie e echovirus: estão associados a casos esporádicos de paralisia motora flácida, geralmente mais leve que o da poliomielite e não permanente. Também estão relacionados à Síndrome de Guillain-Barré (paralisia flácida simétrica).

■ **Miopericardite** – frequentemente associado a coxsackie (principalmente B) e echovirus. Predomina em adolescente e adulto jovem. A incidência no

sexo masculino é 2 vezes maior que no feminino.

Os sintomas mais comuns são febre, dispnéia, dor torácica, mal estar. Também arritmias e sinais de insuficiência cardíaca congestiva, aumento de área cardíaca (50% dos casos). Em 2/3 dos casos é precedido por doença do trato respiratório superior.

O prognóstico é favorável com recuperação completa em algumas semanas.

■ **Pleurodinia** – doença epidêmica freqüentemente associada a coxsackie e também echovirus. Quadro infeccioso agudo, envolvendo musculatura abdominal e intercostal, caracterizado por início súbito de febre e dor intensa e espasmódica em tórax e abdome superior.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico é muito difícil porque se confunde com inúmeras enfermidades. Deve ser suspeitado nas grandes síndromes clínicas, especialmente no verão e outono.

Diagnóstico laboratorial: cultura de vírus (padrão ouro); neutralização e imunofluorescência indireta (diferencia enterovírus pólio do não pólio); reação em cadeia da polimerase; hemaglutinação e fixação do complemento; ensaio imunoenzimático (baixa sensibilidade).

TRATAMENTO

Sintomático e suporte.

PROGNÓSTICO

Bom na maioria dos casos, exceto quando há comprometimento cardíaco ou neurológico.

Coxsackie A e B - o grupo A apresenta 23 sorotipos antigênicos (A1 até A24), excetuando-se o tipo A23, reconhecido como sendo o Echovirus 9; o grupo B inclui apenas seis sorotipos (B1 até B6).

b) Echovirus - distribuem-se em 31 sorotipos (1 até 34), excetuando-se os tipos 10 (classificado como um Reovirus), 28 (classificado como um Rhinovirus) e 34.

c) Enterovirus - incluem quatro sorotipos (68 a 71), nomeados simplesmente como enterovírus.

2.8.7 ESCARLATINA

A escarlatina constitui enfermidade infecto-contagiosa que tem como causa, na quase totalidade dos casos, uma das várias toxinas eritrogê-

nicas produzidas pelo Streptococcus b-hemolítico do grupo A de Lancefield. Os Streptococcus dos outros grupos, especificamente dos grupos C e G, também podem ser causa de escarlatina.

A doença é mais freqüentemente associada à FARINGOTONSILITE AGUDA estreptocócica, podendo, em situações mais raras, acompanhar quadros de lesões infectadas de pele.

A enfermidade incide principalmente em crianças pré-escolares e escolares, sendo rara em lactentes; este fato decorre de possível persistência de anticorpos maternos protetores nessa faixa etária, ou ainda de imaturidade imunológica, não havendo hipersensibilização às toxinas eritrogênicas nos primeiros meses de vida.

Crianças pequenas, entre um a três anos de idade, com infecção respiratória por estreptococo do grupo A a maioria das vezes apresentam uma rinite grave, com febre, irritabilidade e anorexia (FEBRE ESTREPTOCÓCICA), raramente apresentam a forma clássica da faringite.

VIA DE TRANSMISSÃO

Principalmente de uma pessoa para outra ou de um determinado local do organismo para outro. O contato fechado é requerido para a transmissão, aparentemente pela projeção direta de partículas grandes nos casos de faringite ou pela transferência física de secreções contendo a bactéria.

PERÍODO DE TRANSMISSÃO

Desde o período prodrômico, principalmente durante a fase aguda da doença, até 24 a 48 horas do início de terapêutica antibiótica eficaz.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Varia de dois a cinco dias nos quadros de faringite e de sete a dez dias para as infecções de pele.

QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas iniciam-se de forma abrupta, com febre alta, dor de garganta, faringite, adenomegalia cervical e submandibular, podendo ocorrer vômitos e cefaléia. Este período prodrômico dura cerca de 12 a 48 horas, quando surge a erupção cutânea.

O exantema da escarlatina é difuso, vermelho intenso que clareia à dígito-pressão, micropapular, com pápulas muito próximas umas das outras, dando a sensação de lixa ao toque. Inicia-se na região torácica, com rápida disseminação para

o tronco, pescoço e membros, poupando as palmas das mãos e plantas dos pés. Acompanha-se de alguns sinais característicos, bastante úteis para o diagnóstico, a saber:

- **Sinal de Filatow:** palidez perioral, contrastando com bochechas e testa hiperemiadas.
- **Língua saburrosa:** no primeiro e segundo dias da doença, a língua se encontra recoberta com uma espessa camada esbranquiçada.
- **Língua em framboesa:** a camada esbranquiçada se desprende após o terceiro ou quarto dia, aparecendo uma hipertrofia e hiperemia das papilas linguais.
- **Sinal de Pastia:** petéquias nas dobras articulares ou em outras áreas das extremidades, formando linhas transversais, com pigmentação residual quando o eritema petequeal desaparece.
- **Descamação:** geralmente ocorre após cinco a sete dias do princípio do quadro. Inicia-se com o desprendimento de pequenas placas de pele em face, pescoço e tórax, estendendo-se posteriormente para as extremidades, onde se torna mais intensa; aí são liberados grandes pedaços de pele, ocorrendo a chamada descamação em "dedos de luva". Esse período pode se prolongar por até três a oito semanas, na dependência da intensidade do exantema.

DIAGNÓSTICO

As manifestações características da escarlatina fazem com que o diagnóstico seja estabelecido, na maior parte dos casos, com base nos achados clínicos.

- **Cultura:** Teste diagnóstico de escolha para crianças com faringite, com material coletado por meio de "swab" em amígdalas e faringe posterior. Não é usado de rotina.

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

- **Penicilina benzatina**
Dose única, via intramuscular, de 1 200 000 U para crianças com mais de 25 kg e de 600 000 U para aquelas com peso inferior a 25 kg.
- **Tratamento por via oral**
Penicilina V (fenoximetilpenicilina REMUMS), amoxicilina, eritromicina ou outros macrolídeos podem ser utilizados. Recomenda-se prolongar o tratamento por dez dias, exceto quando se usa a azitro-

micina, que deve ser empregada por cinco dias.

As precauções respiratórias devem ser recomendadas até 24 horas após o início de terapêutica antibiótica eficaz.

Os contatos íntimos devem receber penicilina benzatina em dose única ou antibioticoterapia por via oral durante dez dias.

NOTIFICAÇÃO

Não é necessário notificar.

2.8.8 MONONUCLEOSE INFECCIOSA

Doença infecto-contagiosa de baixa infectividade causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), um vírus DNA da família dos herpes vírus.

Tem maior prevalência em crianças e adultos jovens, mas pode acometer indivíduo susceptível de qualquer faixa etária.

VIA DE TRANSMISSÃO

Ocorre através de contato direto com saliva por isso é também conhecida como doença do beijo. Apesar do vírus ser viável por algumas horas fora do corpo, a transmissão por objetos contaminados é discutível. Transmissão vertical e através de hemoderivados pode ocorrer, mas é rara.

PERÍODO DE TRANSMISSÃO

O período de transmissão não é bem definido, mas a excreção viral pode continuar por meses após a infecção e portadores assintomáticos são comuns, mas por requer contato direto com secreção salivar e ter baixa infectividade não é observado surtos desta doença.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Varia de 10 a 60 dias sendo em média de 30 a 45 dias.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA:

Pode ser precedida por um período prodrômico representado por anorexia, fadiga, mialgia e cefaléia (retro-orbitária). Nas crianças menores a infecção primária geralmente é assintomática. Em crianças maiores e em adultos jovens a apresentação clínica clássica ocorre e é representada por:

DIAGNÓSTICO

- **Hemograma:** a leucometria gira em torno de

10000 a 20000 podendo chegar a 50000 leucócitos/mm³. Ocorre linfocitose absoluta e relativa. Atipia linfocitária geralmente está presente, porém isto não é patognomônico

- **Transaminases, fosfatase alcalina e bilirrubinas:** freqüentemente (80% dos casos) estão pouco elevadas.
- **Reação de Paul-Bunnell-Davidson:** geralmente é negativa em crianças menores de 4 anos mesmo na presença de infecção, mas nas outras faixas etárias esta reação consegue identificar cerca de 90% dos casos.
- **Pesquisa de anticorpo anti-capsídeo (anti-VCA):** pode ser feito através de metodologia de imunofluorescência ou por ELISA. Os anticorpos tipo Ig M elevam-se precocemente tendo rápido declínio. Os do tipo Ig G atingem o pico máximo em 2 a 3 semanas de doença e ficam detectáveis para o resto da vida.

A ausência de anticorpos na fase aguda exclui a doença.

Outros métodos podem ser aplicados no diagnóstico da mononucleose infecciosa, mas não fazem parte da rotina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Amigdalite estreptocócica, toxoplasmose, citomegalovirose e difteria.

TRATAMENTO

- É basicamente de suporte.
- Uso de analgésico e anti-térmicos comuns.
- Repouso relativo, evitando esporte de contato até regressão da esplenomegalia.
- Prednisona está indicada na dose de 1 mg/kg/dia se anemia hemolítica, púrpura trombocitopênica, hemorragia, esplenomegalia maciça ou obstrução de vias aéreas estiver presentes.
- Aciclovir não é recomendado.

PREVENÇÃO

Uso de precauções padrão.
Orientar o paciente a não doar sangue por no mínimo 6 meses.

2.8.9 VARICELA (CATAPORA)

Causada pelo Herpesvírus varicella ou vírus da varicela zóster (VZ).

- **Incidência:** predomina dos 05 aos 09 anos.
A proteção pelos anticorpos maternos, nos primeiros meses de vida, não é total.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

14 dias (de 11 a 21 dias). Pode se prolongar por até 28 dias com o uso de Imunoglobulina contra varicela-zoster (VZIG).

Pode ocorrer febre nas 24 horas que antecedem a erupção.

Aparecimento súbito e progressão rápida de lesões eczematosas, em poucas horas, pequenas máculas que imediatamente se desenvolvem em vesículas ovais claras (“em gota de orvalho”) com halo eritematoso em volta, que evoluem para crostas, aparecem uma média de 250 a 500 lesões.

Localização: tronco, propagando-se para pescoço e face e poupando as extremidades (distribuição centrípeta); valorizar as lesões do couro cabeludo logo no início.

EVOLUÇÃO EM SURTOS

No acme da doença, a erupção é constituída de pápulas, vesículas iniciais e tardias e crostas, tudo ao mesmo tempo (polimorfismo regional).

Possível comprometimento da mucosa bucal (úlceras rasas); lesões na córnea potencialmente perigosas para a visão.

Intensidade do exantema muito variável – desde poucas lesões em um único surto até inúmeras lesões cobrindo todo o corpo e que surgem em 5 ou 6 surtos, no decorrer de uma semana.

Febre geralmente proporcional à intensidade do exantema.
Prurido intenso
Linfoadenopatia

COMPLICAÇÕES DA VARICELA

A febre depois do 4º dia de doença sugere complicação bacteriana.

1. **Mais frequente** – infecção bacteriana estrep-tocócica/estafilocócica.
2. **Trombocitopenia** – com hemorragia da pele e mucosas, eventualmente hemorragia interna.
3. **Encefalite** – geralmente surge 3 a 8 dias após a erupção, mas pode aparecer antes ou bem depois do exantema; ataxia cerebral é a manifestação mais comum. (Cerebelite).
4. **Pneumonia** – é menos frequente e menos

grave na criança do que no adulto.

5. **Síndrome de Reye.**
6. **Varicela em imunossuprimido** – Doença grave, hemorrágica, complicando com pneumonia e comprometimento visceral generalizado; mortalidade elevada.

PERÍODO DE CONTAGIOSIDADE

- Desde 1 dia antes do aparecimento do exantema até que todas as vesículas tenham evoluído para crostas.
- Não confunda varicela com estrófulo por picada de inseto.

TRATAMENTO

1. **Higiene Corporal:** banhos com sabão de côco, cortar as unhas rentes.
2. **Tópico:** banho de permanganato de potássio 1:40.000 (1 comprimido diluído em 4 litros de água), 2 vezes ao dia.
3. **Sintomáticos:** antitérmicos (evitar a ácido acetil salicílico » risco de síndrome de Reye). Antihistamínico sistêmico: para aliviar o prurido.
4. **Aciclovir:** nos casos de doença grave, imunossuprimidos e em maiores de 12 anos. Imuno-deprimidos: aciclovir endovenoso.
5. **Infecção secundária:** tratamento local e, se necessário, antibióticos sistêmicos para os germes habituais.

2.9 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA INFÂNCIA

2.9.1 INTRODUÇÃO:

É uma entidade multifatorial, na maioria das vezes é secundária, e de causa tratável. É um fator de risco para doença cardiovascular, renal e cerebral e um problema de saúde pública em todo o mundo. Possui elevado custo médico e social. Existe uma falta de conscientização sobre a doença e uma demora para estabelecer o diagnóstico e iniciar o tratamento.

A doença constitui uma síndrome caracterizada por: **níveis tensionais elevados, alterações metabólicas – hormonais e fenômenos tróficos.**

2.9.2 DEFINIÇÕES

- **Pressão Arterial Normal** – PAS e/ou PAD < P90 para idade, sexo e percentil de estatura.
- **Pré-Hipertensão** – PAS e/ou PAD entre P90 e P95 para idade, sexo e percentil de estatura ou para adolescente valor $\geq 120/80$ mmHg e menor percentil 90 para idade, sexo e percentil de estatura.
- **Hipertensão Arterial** – PAS e/ou PAD > P95 para idade, sexo e percentil de estatura, medidos em 3 ocasiões diferentes.
- **Hipertensão Grave** – PA persistentemente acima P99 para idade, sexo e percentil de estatura.

2.9.3 QUANDO MEDIR PA EM < 3 ANOS?

- Cardiopatias congênitas
- ITU
- Hematúria, Proteinúria
- Malformações renais e urológicas
- História familiar de doenças renais congênitas
- Transplante de órgãos sólidos e medula óssea
- Uso de drogas que aumentam a PA
- Doenças sistêmicas associadas a hipertensão
- Evidência de hipertensão intracraniana
- RN prematuro, PIG, outras complicações em UTIN

2.9.4 MEDIDA CORRETA

- Criança calma e tranqüila
- Ambiente agradável
- Repouso: 5-10 min.
- Posição sentado
- Braço direito a nível do coração e semi-fletido
- Manguito: 2-3cm acima da fossa cubital
- Bolsa centralizada sob a artéria braquial
- Largura da bolsa: 40% da circunferência do braço
- Comprimento da bolsa: envolver de 80 à 100% da circunferência do braço
- Estetoscópio sobre a artéria braquial
- Insuflar o manguito até 30mmHg acima do desaparecimento pulso radial
- Esvaziar lentamente: 2-3mmHg por segundo

- Pressão arterial sistólica – K1 e diastólica – K5
- Método auscultatório (coluna de mercúrio)
- Considerar e registrar se o som for até 0 mmHg
- Não arredondar as medidas
- Nova medida com intervalo de 1-2 min.

2.9.4.1 ERROS NA MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

- Manguito inadequado para idade e tamanho;
- Aparelho em condições inadequadas, descalibrado e em estado duvidoso;
- Observador com posição e conduta inadequada;
- Ambiente inadequado a medição;
- Paciente dificultando a medição;
- Outras condições especiais: obeso, idoso, choque, ausência de K5, hiato auscultatório, posição do braço, arritmias, medidas na coxa, perna e antebraço.

2.9.5 ESTÁGIOS DA HIPERTENSÃO:

- **Estágio 1** – pressão arterial > ou igual percentil 95 até o percentil 99 + 5 mmHg.
- **Estágio 2** – valores de PA acima do percentil 99 + 5 mmHg.

2.9.6 SINAIS E SINTOMAS

- **Recém-nascido** – sintomas relacionados ao aparelho cardio-respiratório
- **Lactentes** – angústia respiratória, insuficiência cardíaca congestiva, vômitos, irritabilidade e hipodesenvolvimento
- **Pré-escolar e Escolar** – cefaléia, náuseas, vômitos, polidipsia, poliúria, alterações visuais, cansaço, insuficiência cardíaca congestiva, paralisia, fraqueza facial, epistaxe, hipodesenvolvimento, convulsões e perda da consciência

2.9.7 CAUSAS

- **Renovascular:**
 - Estenose da Artéria Renal, Displasia fibromuscular, Estenose da artéria renal transplantada, Pós-traumática, Vasculites, Neurofibromatose, Síndrome de Williams, Anormalidades do desenvolvimento da Aorta abdominal.
 - Doença Tromboembólica.

■ **Cardiovascular:**

- Coarctação da Aorta, Fístulas Artério-venosas, Persistência do Canal Arterial, Insuficiência Aórtica, Insuficiência Mitral, Síndromes (Takayasu, Williams e Eisenmeger).

■ **Endócrinas:**

- Supra-renal
 - Medula (*Feocromocitoma e Neuroblastoma*)
 - Córtex (*Hiperaldosteronismo e Hiperplasia congênita*)
 - Síndrome de Cushing
 - Excesso de Hormônio Sexuais
- Tireóide
- Paratireóides
- Gônadas
- Diabetes Mellitus
- Outros

2.9.7.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL PERSISTENTE POR FAIXA ETÁRIA

- **Recém-nascido** – trombose da artéria renal, estenose de artéria renal, trombose de veia renal, malformações renais congênitas, coarctação da aorta, displasia bronco-pulmonar, ducto arterial patente, hemorragia intra-ventricular
- **1º ano de vida** – coarctação de aorta, doença renovascular e nefropatias
- **< 6 anos** – nefropatias, doença renovascular, coarctação da aorta, causas endócrinas e hipertensão essencial
- **6 -12 anos** – nefropatia, estenose da artéria renal, hipertensão arterial essencial, coarctação de aorta, causas endócrinas, iatrogênicas
- **Adolescentes** – hipertensão arterial essencial, iatrogênicas, nefropatias, doença renovascular, causas endócrinas e coarctação da aorta

2.9.7.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL TRANSITÓRIA NA INFÂNCIA

- Glomerulonefrite Difusa Aguda
- Purpura de Henoch-Schöelein
- Síndrome Hemolítico Urêmica
- Insuficiência Renal Aguda
- Síndrome Nefrótica
- Epilepsia
- Hipertensão Intracraniana
- Agentes Químicos
- Agentes Terapêuticos (hormônios, anti-inflama-

- tórios, ergotamina, antidepressivos, descongestionantes, ciclosporina e eritropoietina)
- Drogas ilícitas (Anfetamina, Crack, Cocaína)

2.9.8 ABORDAGEM

ANAMNESE

- **Exame Físico:** taquicardia, retinopatia, hipertrofia de adenóide, retardo de crescimento, obesidade, fácie de lua, fácie de elfo, tireomegalia, acne, hirsutismo, estrias, adenoma sebáceo, rash malar, manchas café com leite, massas, sopros, virilização, síndromes genéticas, diferença de PA entre os membros, rins palpáveis...

2.9.8.1 ABORDAGEM INICIAL

- Hemograma
- Uréia e Creatinina
- Eletrólitos (Na, K, Cl, Ca, P, Mg)
- Gasometria, Glicemia e Acido úrico
- Lipidograma
- EAS / Urocultura
- Proteinúria/Microalbuminúria
- USG com Doppler de rins e vias urinárias
- Ecocardiograma/ECG
- RX de Tórax
- Fundo de Olho

2.9.8.2 ABORDAGEM COMPLEMENTAR

Solicitar de acordo com a clínica, o estadiamento e com os dados encontrados na abordagem inicial.

- Cintilografia renal (DMSA – DTPA)
- Urografia excretora
- Uretrocistografia miccional
- Renina periférica
- Aldosterona plásmatica
- Catecolaminas urinária
- Rastreamento (screening) para drogas*
- Polissonografia
- Metanefrina na urina e plasma/normetanefrina
- Dosagem de Renina/Catecolaminas em vasos renais e veia cava inferior
- Biópsia renal
- Angioressonância
- Tomografia computadorizada tridimensional
- Angiografia Renal/Arteriografia

2.9.9 RECOMENDAÇÕES

- **Normal (< P90)** – repetir PA na próxima consulta, aconselhar dieta saudável, sono, e atividade física.
- **Pré-hipertensão** – repetir PA em 6 meses, indicar controle de peso, atividade física, mudança da dieta. *Tratar: se diabético, IRC, ICC ou hipertrofia de VE.
- **HAS Estágio 1** – repetir PA em 1 - 2 semanas ou antes se sintomático. Se PA persistir elevada em duas ocasiões avaliar e encaminhar para acompanhar em 1 semana, iniciar drogas.
- **HAS Estágio 2** – avaliar ou encaminhar dentro de 1 semana, ou imediatamente se o paciente estiver sintomático e iniciar drogas.

2.9.10 TRATAMENTO

2.9.10.1 NÃO FARMACOLÓGICO

- Tratamento da obesidade
- Diminuir ingestão de sal
- Exercício físico
- Evitar:
 - alimentos industrializados
 - androgênios e GH
 - álcool, fumo e drogas ilícitas

2.9.10.2 FARMACOLÓGICO

- **Indicações:**
 - Hipertensão secundária
 - Hipertensão sintomática
 - Hipertensão com lesão de órgão-alvo
 - Hipertensão arterial grave
 - Hipertensão sem resposta ao tratamento não farmacológico

2.9.10.3 URGÊNCIA HIPERTENSIVA

- **Descrição de:**
 - Aumento da PA sem risco iminente de vida ou dano agudo a órgão-alvo
 - Controle da PA em 24h
- **Emergência Hipertensiva**
 - Aumento súbito da PA com risco iminente de vida e lesão de órgão-alvo irreversível (encefalopatias, infarto, hemorragia craniana, edema agudo de pulmão, dissecação aguda da aorta)
 - Controle da PA < 1h
 - Diminuir 30% nas primeiras 12 horas, 30% em 24 horas e ajustar em 2 a 4 dias.

2.9.10.4 MEDICAMENTOS ORAIS MAIS UTILIZADOS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA PEDIÁTRICA

Medicamento	Dose Inicial (mg/kg/dose)	Dose máxima (mg/kg/dia)	Intervalo
Amlodipina (6-17 anos)	2,5 mg/dia	5 mg/dia	24h
Nifedipina XL	0,25 - 0,5	3 (máx: 120 mg/dia)	12 - 24h
Captopril: Criança	0,3 - 0,5	6	8h
Neonato	0,03 - 0,15	2	8 - 24h
Enalapril	0,08	0,6	12 - 24h
Losartan	0,7 (máx: 50 mg/dia)	1,4 (máx: 100mg/dia)	24h
Propranolol	1 - 2	4 (máx: 640 mg/dia)	8 - 12h
Atenolol	0,5 - 1	2 (máx: 100 mg/dia)	12 - 24h
Furosemide	0,5 - 2	6	4 - 12h
Hidroclorotiazida	1	3 (máx: 50 mg/dia)	12h
Triamterene	1 - 2	3 - 4 (máx: 300 mg/dia)	12h
Espironolactona	1	3,3 (máx: 100 mg/dia)	6 - 12h
Clonidina (≥ 12 anos)	0,2 mg/dia	2,4 mg/dia	12h
Prazosin	0,05 - 0,1	0,5	8h
Hidralazina	0,75	7,5 (máx: 200 mg/dia)	6h
Minoxidil: < 12 anos	0,2	50 mg/dia	6 - 8h
≥ 12 anos	5 mg/dia	100 mg/dia	6 - 8h

J. Bras. Nefrol. Vol XXVII, p 90, 2005

2.9.10.5 PRINCIPAIS MEDICAMENTOS E DOSES PEDIÁTRICAS UTILIZADAS PARA CONTROLE DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Medicamento	Via	Dose	Início da ação
Nitroprussiato de sódio	IV	0,5 - 10 mg/kg/min	Segundos
Labetolol	IV	0,25 - 3 mg/kg/h	5 - 10 minutos
Nicardipina	IV	1 - 3 mg/kg/min	Minutos
Hidralazina	IV	0,2 - 0,6 mg/kg em bolo	10 - 30 minutos
	IM	IV ou via IM	
Esmolol	IV	100 - 500 mg/kg/min	Segundos
Enalaprilato	IV	0,05 - 0,1 mg/kg em bolo (até 1,25 mg/dose) a cada 8 - 24h	15 minutos

J. Bras. Nefrol. Vol XXVII, p 91, 2005

2.9.10.6 DROGAS APROVADAS PELO FDA

- **Inibidor da ECA:** benazepril, enalapril, fosinopril e lisinopril.
- **Bloqueador de receptor de angiotensina:**

irbesartan, losartan.

- **Beta bloqueador:** propranolol
- **Bloqueador de canal de cálcio:** amlodipina
- **Alfa agonista:** clonidina
- **Diureticos:** hidroclorotiazida
- **Vasodilatadores:** hidralazina, minoxidil

2.10 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS - IRAS

A criança com doença respiratória: uma abordagem prática em nível de assistência primária.

A OPAS e a OMS preconizam que a criança com tosse ou dificuldade para respirar deve ser cuidadosamente avaliada, verificando:

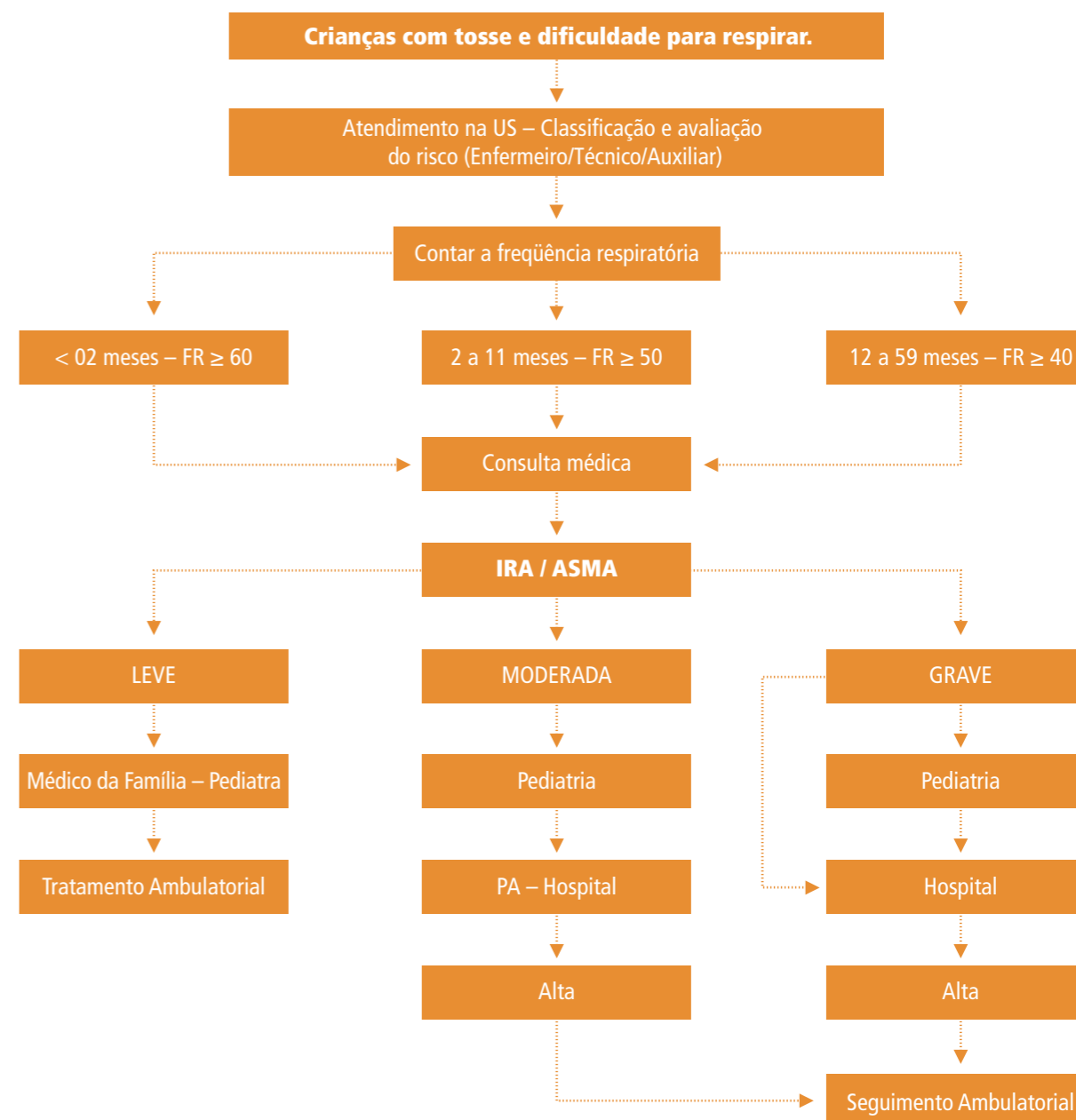
- Há quanto tempo está com tosse ou dificuldade para respirar;

- Frequência respiratória em 1 minuto;
- Se há tiragem subcostal;
- Se há estridor ou sibilância.

Tosse ou dificuldade para respirar por mais de 30 dias é tosse crônica. Pode tratar-se de tuberculose, lactente sibilante, asma, coqueluche, sinusopatia ou outro problema.

Para se contar o número de respirações por minuto a criança deve estar quieta e tranqüila, observando-se os movimentos respiratórios em qualquer parte do tórax ou abdômen por 60 segundos.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA CRIANÇA COM IRA NA US



A taquipnéia é o sinal clínico de maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de pneumonia, melhor que a ausculta de crepitações pulmonares, febre, batimento de asa de nariz e gemência. Em caso de febre, administrar um antitérmico e aguardar a normalização da temperatura para verificar novamente a Frequência Respiratória.

Idade	Definição de respiração rápida ou taquipnéia
< 2 meses	60 ou mais IRM
2 a < 12 meses	50 ou mais IRM
1 a < 5 anos	40 ou mais IRM

A presença de tiragem subcostal é sinal de que a criança tem uma doença respiratória grave. Ocorre devido à perda de elasticidade pulmonar causada pelo processo inflamatório.

O estridor é um ruído áspero, audível durante a inspiração. A criança que o apresenta quando em repouso tem uma doença grave.

As principais causas das obstruções agudas das vias respiratórias superiores são de origem infecciosa (80%). Destas, 90% são devidas ao cruce

viral (laringite viral), 5% à epiglote, 5% de outras áreas (laringotraqueíte, laringo-traqueobronquite e traqueíte).

A sibilância é a presença de um ruído sibilante (chiado), que aparece quando a criança expira. É a manifestação clínica mais frequente da asma.

CLASSIFICAR A CRIANÇA COM TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR

PARA CRIANÇAS DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

A classificação se faz usando os sintomas e sinais encontrados na avaliação, conforme quadros abaixo.

VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO

PERGUNTAR:	OBSERVAR:
A criança consegue beber ou mamar?	Verificar se a criança está
A criança vomita tudo o que ingere?	letárgica ou
A criança apresentou convulsões?	inconsciente.

Uma criança que apresenta qualquer SINAL DE PERIGO necessita ser URGENTEMENTE assistida: referi-la de imediato ao hospital, completar a avaliação e administrar o tratamento indicado previamente à referência.

Abaixo o quadro de classificação para tosse ou dificuldade para respirar:

SINAIS*	CLASSIFICAR	TRATAR
Qualquer sinal geral de perigo ou Tiragem subcostal ou Estridor em repouso	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado • Referir urgentemente ao hospital
Respiração rápida	PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar um antibiótico recomendado durante 7 dias • Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente • Se tiver sibilância, tratar • Marcar retorno para 2 dias
Nenhum sinal de pneumonia ou doença muito grave	NÃO É PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none"> • Se tiver tossindo há mais de 30 dias, referir para investigação • Evitar uso abusivo de antibióticos • Evitar uso de medicamentos sem eficácia comprovada, como mucolíticos e expectorantes • Usar Antitussígenos (codeína) apenas em casos selecionados (ex: tosse emetizante) • Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente* • Se tiver sibilância, tratar. • Segmento em 5 dias se não melhorar

* Qualquer criança com tosse ou dificuldade para respirar deve ser orientada para retornar imediatamente a U.S se apresentar:

- Qualquer sinal geral de perigo;
- Piora do estado geral;
- Aparecimento ou piora da febre;
- Dificuldade para respirar e respiração rápida.

Se a criança apresentar sibilância, antes de ser classificada a doença, ela deve receber broncodilatador por via inalatória: 5 jatos de salbutamol spray 100 mcg ou fenoterol spray 100 mcg ou nebulização com fenoterol 1 gota/ kg/ dose (máximo de 20 gotas) de 20 em 20 minutos por até 3 vezes, se necessário. Se continuar apresentando tiragem subcostal, referir ao hospital. Se melhorar a sibilância, prescrever o tratamento para crise de asma (salbutamol ou fenoterol spray 100mcg- 2 jatos ou nebulização com fenoterol 0,6 gotas/ Kg/ dose – máximo de 20 gotas- até de 4/4 horas) e prednisona 1 a 2 mg/Kg/dia por 5 a 7 dias.

A bronquiolite deve ser diagnosticada em lactentes menores de 1 ano (pico de incidência entre 2 e 6 meses) com o primeiro episódio de sibilância, após um período de 3 a 5 dias de rinofaringite viral. O vírus mais frequentemente envolvido é o Vírus Sincicial Respiratório (50 a 90 %). Referir sempre para hospital se houver dúvida no diagnóstico ou se esta criança for classificada na faixa de pneumonia grave ou doença muito grave. Se não for classificado como doença grave, liberar para casa com as orientações de necessidade de retorno e com prescrição de hidratação oral frequente, limpeza das narinas e se necessário, fenoterol por nebulização ou salbutamol spray 100mcg nas doses citadas anteriormente. Não usar corticóide e Brometo de Ipratrópio. A infecção secundária mais frequente nesses casos é a otite média aguda (ocorre em 2% dos casos). Evitar uso abusivo de antibióticos.

As crianças menores de 2 meses, especialmente recém-nascidos, podem apresentar ainda gemido expiratório, batimento de asas do nariz e sinais inespecíficos, tais como febre ou hipotermia, irritabilidade ou letargia, diminuição do apetite e da atividade. Nesta faixa etária todas as pneumonias são consideradas graves e o tratamento deve ser hospitalar.

Nas crianças com 2 meses ou mais de idade, o

tratamento das pneumonias deve ser ambulatorial. Exceto nos casos graves tais como: primeira classificação da tabela anterior, resistência a terapias orais, desnutrição grave ou doenças associadas (anemia falciforme, anemia ferropriva grave, cardiopatias, mucoviscidoses, imunodeficiências, etc).

Em Vitória, a criança quando é referida urgentemente para o hospital não há necessidade de dar a primeira dose de antibiótico na USB porque ela não demora muito para ser atendida no hospital de referência (HINSG), porém se o médico julgar necessário poderá administrar essa primeira dose.

VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO PARA CRIANÇAS COM MENOS DE 2 MESES DE IDADE

- Não consegue beber ou mamar no peito;
- História de febre (temperatura maior ou igual a 37,8° C) ou temperatura muito baixa (inferior a 35,5° C) são sinais importantes para indicar a gravidade da doença nesta faixa etária;
- Convulsões durante a doença, nas últimas 72 horas;
- Está letárgica (sonolenta e com dificuldade para despertar) ou inconsciente;
- Outros sinais de perigo: gemência, fontanela abaulada, secreção purulenta no ouvido, eritema umbilical que se estende à pele, pústulas na pele (muitas ou extensas).

Uma criança que apresenta qualquer SINAL DE PERIGO necessita ser URGENTEMENTE assistida: referi-la de imediato ao hospital, completar a avaliação e administrar o tratamento indicado previamente à referência.

PARA CRIANÇAS DE 1 SEMANA A MENOS DE 2 MESES DE IDADE

A criança desta faixa etária é avaliada de uma forma mais abrangente e não se prende apenas à queixa de tosse ou dificuldade para respirar. A avaliação e classificação visam determinar se há possibilidade de infecção bacteriana.

DETERMINAR SE HÁ POSSIBILIDADE DE INFECÇÃO BACTERIANA

PERGUNTAR:
 A criança teve convulsões?
 A criança movimenta-se menos que o normal?

OBSERVAR, AUSCULTAR, PALPAR:

- Contar a frequência respiratória em um minuto.
- Repetir se a contagem for elevada.
- Observar se há tiragem subcostal grave.
- Observar se há batimento das asas do nariz.
- Verificar e auscultar se há gemido.
- Verificar e palpar se a fontanela está abaulada.
- Observar se há secreção purulenta no ouvido.
- Examinar o umbigo. Apresenta-se eritematoso ou com secreção purulenta?
- O eritema estende-se à pele?
- Medir a temperatura axilar.
- Observar se há pústulas na pele. As pústulas são muitas ou extensas?
- Observar se a criança está letárgica ou inconsciente.
- Observar os movimentos da criança.
- Movimenta-se menos do que o normal?
- Apresenta dor à manipulação?

A criança deve estar tranqüila

CLASSIFICAR TODAS AS CRIANÇA DE 1 SEMANA A MENOS DE 2 MESES DE IDADE

SINAIS	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Convulsões ou • Respiração rápida (60 ou mais por minuto) ou • Tiragem subcostal grave ou • Batimento das asas do nariz ou • Gemido ou • Fontanela abaulada ou • Secreção purulenta no ouvido ou • Eritema umbilical estende-se à pele ou • Febre (37,5° C ou mais) ou Temperatura corpórea baixa (menos de 35,5° C) ou • Pústulas na pele: muitas ou extensas ou • Letárgico ou inconsciente ou • Movimenta-se menos que o normal ou • Dor à manipulação. 	POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado*. • Tratar a criança para evitar hipoglicemia.** • Recomendar à mãe a manter a criança agasalhada. • Referir urgentemente ao hospital. • Recomendar a mãe a continuar a amamentar.
<ul style="list-style-type: none"> • Umbigo eritematoso ou com secreção purulenta ou • Pústulas na pele. 	INFECÇÃO BACTERIANA LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dar um antibiótico recomendado durante 7 dias.*** • Ensinar à mãe a cuidar das infecções locais em casa. • Orientar à mãe como tratar a criança em casa. • Marcar retorno em dois dias.

* Em Vitória, quando a criança é referida urgentemente ao hospital, não há a necessidade de administrar a primeira dose de antibiótico na U.S, porém se houver dificuldade em conseguir a vaga o paciente poderá ser encaminhado para iniciar o tratamento em pronto atendimento.

** **Prevenir e tratar a hipoglicemia:**

- se a criança consegue mamar no peito, manter a amamentação;
- se a criança não consegue mamar no peito, dar leite materno extraído do seio ou,

na sua impossibilidade, outro leite;

- se não houver leite disponível, dar água açucarada (dissolver 4 colheres das de chá rasas de açúcar em 200 ml de água potável), 30-50 ml;
- se a criança não consegue engolir, dar 50 ml de leite ou água açucarada por sonda nasogástrica.

Outros tratamentos urgentes antes de referir ao hospital:

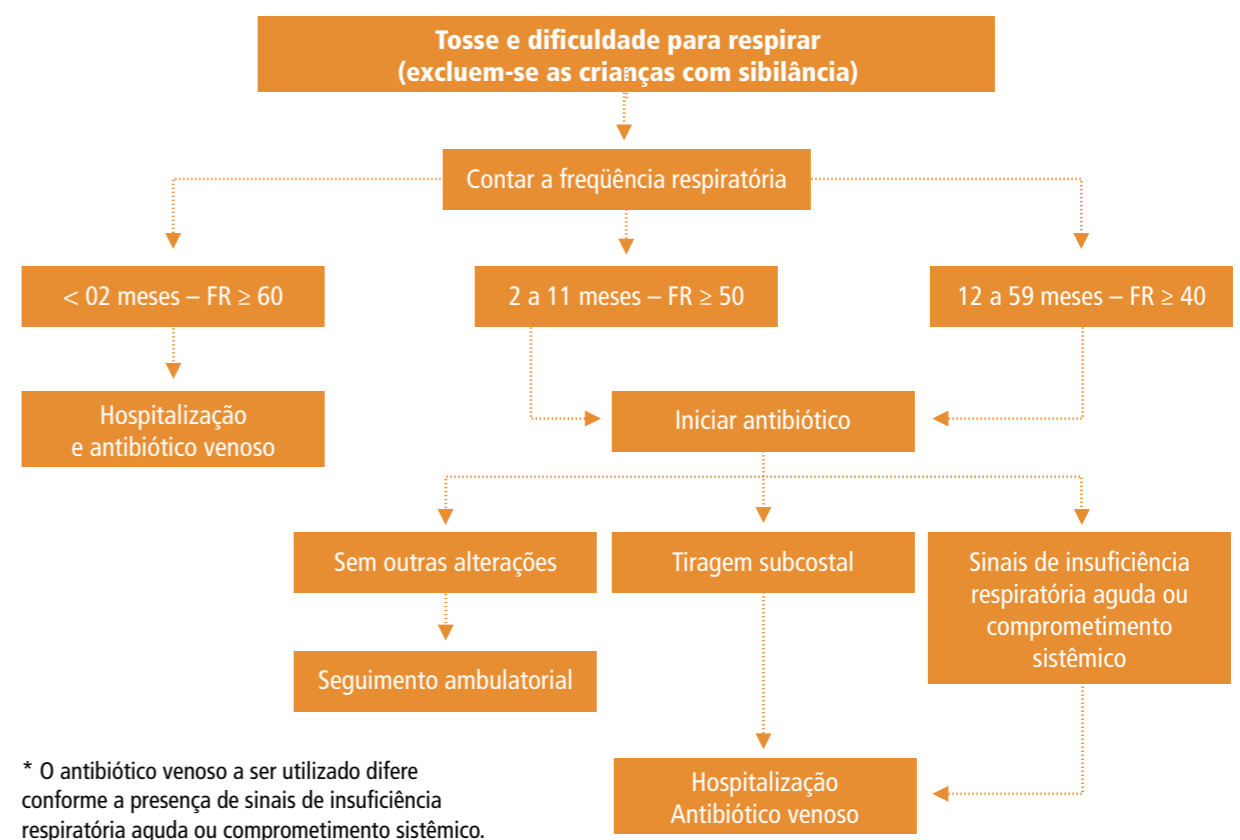
- Tratar a febre;

- Iniciar oxigenoterapia, na presença de cianose central, incapacidade de beber, inquietude ou tiragem intensa.

O médico avalia neste caso a necessidade ou não de antibiótico oral e completa com tratamento local. O antibiótico recomendado é Cefalexina 50 mg/kg/dia dividido em 4 doses. O tratamento local consiste na limpeza dos ferimentos 3 vezes ao dia seguido de aplicação de pomada de antibiótico.

*** **Tratamento para infecção local:** umbigo eritematoso ou com secreção purulenta ou impetigo bolhoso em pequena área da pele:

ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM PNEUMONIA



* O antibiótico venoso a ser utilizado difere conforme a presença de sinais de insuficiência respiratória aguda ou comprometimento sistêmico.
 Fonte: Jornal de Pediatria - Vol. 82, Nº 5 (Suplemento), 2006

COMPLEMENTAÇÃO À ABORDAGEM ANTERIOR

2.10.1 PNEUMONIA

PNEUMONIA ATÍPICA DO LACTENTE

- **Etiologia:** clamídia, ureaplasma, P. carinii.
- **Sinais e sintomas:** evolução subaguda de 4 a 12 semanas após o nascimento, tosse coqueluchóide e taquipnéia moderada, conjuntivite progressa, sem toxemia, afebril, semio-

logia pulmonar pobre, RX de tórax com hiperinsulflação e processo intersticial.

- **Conduta:** eritromicina (40 mg/kg/dia de 6 em 6 horas, por 10 dias).
- **Complicação:** hiperreatividade brônquica pode estar presente.

PNEUMONIA ATÍPICA PRIMÁRIA

- **Etiologia mais frequente:** Mycoplasma pneumoniae.

Suspeitar desta etiologia em crianças maiores de 5 anos e adolescentes que não melhoram com o tratamento inicial.

- **Sinais e sintomas:** início com resfriado, febre prolongada ou remitente, tosse persistente com expectoração, frequente concomitância com otalgia, “rash” urticariforme ou maculopapular, eosinofilia 5%. Evolução subaguda, tanto clínica como radiológica. RX de tórax, após o 4o dia, pneumonia intersticial, padrão alveolar intersticial (não homogêneo); às vezes, pequeno derrame pleural.
- **Conduta:** eritromicina por 10 dias.

INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)

- Rinofaringite Aguda
- Sinusite Aguda
- Faringoamigdalite Aguda Estreptocócica
- Laringite Viral Aguda
- Otite Média Aguda

2.10.2 RINOFARINGITE AGUDA

Este termo abrange quadros de resfriado comum, gripe e rinite viral aguda.

Crianças menores de 5 anos podem ter até 10 episódios por ano.

- **Transmissão:** gotículas produzidas por tosse ou espirros ou pelo contato de mãos contaminadas com a via aérea de indivíduos saudáveis.
- **Contágio:** significativo em comunidades fechadas e semi-fechadas como domicílio, creches, escolas, igrejas, etc..
- **Período de incubação:** 2 a 5 dias.
- **Período de contágio:** desde algumas horas antes até 2 dias após o início dos sintomas.
- **Sinais e sintomas:** dor de garganta, coriza, obstrução nasal, tosse seca, febre ausente ou de intensidade variável. Determinados tipos de vírus podem também causar diarreia.
- **Durante a evolução pode ocorrer:** em lactentes: inquietação, choro fácil, recusa alimentar, vômitos, diarreia, alteração do sono e dificuldade respiratória por obstrução nasal; em crianças maiores: cefaléia, mialgia e calafrios.
- **Exame físico:** congestão da mucosa nasal e fa-

ríngea e hiperemia de membranas timpânicas.

- **Complicações:** Sugerem a ocorrência de complicações:
 - Febre além de 72 horas, recorrência após este período ou prostração acentuada
 - Surgimento de dificuldade respiratória (taquipnéia, retrações e gemência) indicam possibilidade de bronquiolite aguda, pneumonia ou laringite.
 - As complicações mais freqüentes são: otite média aguda e sinusite.
 - Além disso, episódios de infecções virais são um dos fatores desencadeantes mais importantes de asma aguda na criança, principalmente pelos vírus sincicial respiratório e rinovírus.
- **Diagnóstico:** clínico.
- **Diagnóstico diferencial:** manifestações iniciais de sarampo, coqueluche, infecções meningocócicas ou gonocócicas, faringite estreptocócica, hepatites e mononucleose infecciosa. Crianças com sintomas nasais repetidos ou contínuos são classificadas como portadoras de rinite. Na criança pequena a causa mais comum de rinite são as infecções virais. A criança maior pode apresentar rinite alérgica. Exames complementares: desnecessários.
- **Tratamento:** ver tabela de tratamento.
- **Medidas preventivas:**
 - Lavagem das mãos e cuidado com as secreções fômites provenientes do paciente.
 - Prevenção primária: evitar contato de pacientes mais vulneráveis (menores de 3 meses e imunodeprimidos) com pessoas infectantes
 - Não há estudo demonstrando benefícios da vitamina C.
 - Vacina para o vírus influenza – indicada nos pacientes com asma, doenças cardiopulmonares crônicas, hemoglobinopatias, doenças renais e metabólicas crônicas, doenças que necessitam de uso contínuo de aspirina ou imunodeficiências.

2.10.3 SINUSITE AGUDA

Os seios mais frequentemente acometidos são o maxilar e etmoidal. A etmoidite costuma aparecer após 6 meses de idade. A infecção maxilar produz

manifestações clínicas após 1 ano de vida. A sinusite frontal é rara antes dos 10 anos de idade.

- **Etiologia:** Streptococcus pneumoniae, o Haemophilus influenzae e a Moraxella catarrhalis.
- **Fatores associados:** rinite alérgica, rinofaringite viral, adenoidite, obstrução do óstio sinusal por causa não viral, tabagismo (ativo e passivo), desvio de septo, corpo estranho, tumores nasais, imunodeficiências, asma e fibrose cística.
- **Sinais e sintomas:** quadro de rinofaringite que se prolonga por 10 dias ou mais ou, após período de melhora clínica, há persistência ou retorno dos sintomas nasais (obstrução e secreção nasal purulenta). Toda secreção nasal amarela ou esverdeada não deve ser encarada como sinônimo de sinusite bacteriana. Apenas naquela secreção que se prolonga por mais de 7 a 10 dias que deve ser suspeitado sinusite bacteriana. Pode ocorrer halitose e/ou tosse que piora com a noite. Pode haver ou não febre.
- **Formas moderadas e graves:** edema palpebral, cefaléia, prostração, desconforto ou dor, espontâneos ou provocados, no local dos seios ou nos dentes. A celulite periorbitária é um sinal de etmoidite.
- **Exame físico:** no nariz pode constatar-se congestão nasal e presença de secreção purulenta no meato médio. Na orofaringe pode se observar gota purulenta pós-nasal.
- **Complicações:** sinusite crônica, osteíte frontal, ostiomielite maxilar, celulite periorbitária, abscesso orbitário, meningite, trombose de seio cavernoso e sagital superior, abscesso epidural, empiema subdural e abscesso cerebral.
- **Diagnóstico:** clínico.
- **Exames complementares:**
 - Hemograma: pode apresentar alterações compatíveis com infecção bacteriana aguda.
 - Radiografia: não deve ser feita antes dos três anos de idade (geralmente ocorre falso positivo) e deve ser evitado em todas as outras idades (o diagnóstico é clínico).
 - Tomografia computadorizada: indicada na refratariedade ao tratamento adequado ou na suspeita de complicações.
- **Medidas preventivas:** tratar a rinite (profilaxia), evitar tabagismo (ativo e passivo), correção cirúrgica dos fatores predisponentes quando for necessário.

■ **Tratamento:** ver tabela de tratamento.

2.10.4 FARINGOAMIGDALITE ESTREPTOCÓCICA (FAE)

- **Etiologia:** Streptococcus pyogenes do grupo A.
- **Sinais e sintomas:** início súbito, com febre alta, dor de garganta, prostração, cefaléia, calafrios, vômitos e dor abdominal.
- **Exame físico:** orofaringe com congestão intensa e aumento de amígdalas, presença de exudato purulento e petéquias no palato. Pode haver adenite cervical bilateral. Exantema áspero, macular e puntiforme, com sensação de “pele de galinha”, flexuras avermelhadas (sinal de Pastia), e palidez perioral (sinal de Filatov) são características da escarlatina.
- **Diagnóstico clínico:** congestão faríngea, aumento significativo do volume amigdaliano (com ou sem exudato), linfonodomegalia cervical dolorosa e ausência de coriza são suficientes para dar o diagnóstico de FAE.
- **Diagnóstico diferencial:**
 - Faringoamigdalites virais: coriza, tosse, rouquidão, vesículas ou ulcerações na orofaringe.
 - Faringite por micoplasma ou clamídia: mais comum em adolescentes.
 - Mononucleose.
 - Difteria.
- **Complicações:**
 - Abscesso de linfonodo cervical;
 - Abscesso periamigdaliano;
 - Sepsis: toxemia e choque;
 - Choque tóxico: toxemia, hipotensão, erupção cutânea maculopapular;
 - Otite média aguda;
 - Artrite reacional não supurativa;
 - Febre reumática (FR);
 - Glomerulonefrite estreptocócica (GNDA).
- **Exames complementares:** Dispensáveis para o diagnóstico de FAE sem complicações.
- **Tratamento:** Ver tabela de tratamento.
- **Medidas preventivas:**

PARA FAE:

- Evitar contatos com doentes de FAE até 24 horas de uso de antibiótico adequado;
- Suspender o comparecimento à creche, escola ou festas por, pelo menos, 24 horas de uso de antibiótico.

PARA FR:

- Tratamento da FAE com antibiótico adequado, até o 9o dia de evolução da doença, é ainda efetivo;
- Tentar erradicar o estreptococo da orofaringe do paciente quando este ou algum familiar tenha história prévia de febre reumática.

PARA GNDA:

- risco de GNDA não é reduzido com o uso de antibiótico na fase aguda da FAE.

2.10.5 LARINGITE VIRAL AGUDA

A laringite é uma inflamação subglote da laringe. Ocorre congestão e edema desta região acarretando grau variável de obstrução da via aérea. Acontece mais em lactentes e pré-escolares sendo o pico de incidência aos 2 anos de idade.

- **Sinais e sintomas:** coriza, obstrução nasal, tosse seca e febre baixa.
- **Evolução:** tosse rouca, disfonia, afonia ou choro rouco e estridor inspiratório. Em casos graves o estridor é mais intenso, ocorre tiragem supra externa, batimento de asas do nariz, estridor também expiratório e agitação. Nos casos extremos, além de intensa dispnéia e agitação, surgem palidez, cianose, torpor, convulsões, apnéia e morte.
- **Diagnóstico diferencial:**
 - Laringite espasmódica (estridulosa): sem os pródromos de IVAS;
 - Epiglotite aguda: febre alta, dor ou dificuldade para engolir a saliva (sialorréia), ausência de rouquidão, prostração e toxemia;
 - Malformações congênitas de via aérea (laringomalácia, traqueomalácia, estenose subglótica);
 - Corpo estranho: relato de engasgo, início súbito;
 - Laringotraqueíte bacteriana: secundária a IVAS viral. Há febre alta e toxemia;
 - Laringite diftérica: ausência ou vacinação incompleta para difteria. Presença de pla-

cas na orofaringe e toxemia;

- Laringoedema alérgico: reação anafilática;
- Abscesso retrofaríngeo.

- **Exames complementares:** desnecessários.
- **Radiografia de região cervical:** há diminuição da luz do segmento subglótico (sinal da ponta de lápis). Corpo estranho só é percebido se for radiopaco;
- **Broncoscopia flexível:** não é indicada em casos de laringite viral. Nos casos suspeitos de malformação congênita da via aérea, sua realização é mandatória.
- **Medidas preventivas:** Evitar contato, sempre que possível, de menores de 2 anos com pessoas com IVAS.

2.10.6 OTITE MÉDIA AGUDA

- **Etiologia:** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae tipo B, Moraxella catarrhalis e os vírus sincicial respiratório, adenovírus e rinovírus.

- **Sinais e sintomas:** quadro de IVAS mais dor ou secreção no ouvido. A dor se caracteriza por choro, inquietação e, às vezes, dificuldade para deglutir. Nos lactentes podem ocorrer vômitos e diarreia.

■ Exame físico:

- Hiperemia de membrana timpânica (início da inflamação);
- Formação de mucopus, produzindo abaulamento, edema e opacificação da membrana timpânica (fase de exudação);
- Perfuração puntiforme da membrana timpânica (fase de supuração).

■ Diagnóstico clínico

COMPLICAÇÕES:

- Mastoidite: tumefação dolorosa ao toque na parte posterior do pavilhão auricular, geralmente acompanhada de sinais inflamatórios;
- Infecção crônica do ouvido: supuração por mais de 14 dias;
- Meningite.

- **Tratamento:** ver tabela de tratamento.

■ Medidas preventivas:

- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses;
- Vacinação de rotina em dia.

TRATAMENTO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

CLASSIFICAÇÃO OU DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
NÃO É PNEUMONIA (rinofaringite aguda)	<ul style="list-style-type: none"> • Repouso no período febril • Melhorar hidratação oral • Orientar dieta • Higiene e desobstrução nasal • Analgésico e antitérmico – Paracetamol (200mg/ml: 1 gota/kg 6/6 h ou 100 mg/ml: 2 gotas/kg 6/6 h) • Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente • Se houver sibilância, tratar • Seguimento em 5 dias se não melhorar
PNEUMONIA	<p>< 2 meses: tratamento hospitalar – exceção na pneumonia atípica do lactente: (Eritromicina 40 mg/kg/dia de 6/6h por 10 dias)</p> <p>> 2 meses a 5 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina 50 mg/kg/dia, VO, de 8/8h por 7-10 dias ou, < 10 kg de 24/24h • Penicilina procaína 50.000U/kg/dia, IM, por 7 dias > 10 kg de 12/12h <p>> 5 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina ou Orientar retorno imediato. • Penicilina procaína ou Reavaliar após 48 horas. • Eritromicina (suspeita de mycoplasma)
PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE	Referir urgentemente para hospital
SINUSITE AGUDA	Amoxicilina por 14 dias ou Sulfametoxazol/Trimetoprim por 14 dias Orientar retorno imediato Reavaliar após 72 horas
FARINGOAMIGDALITE ESTREPTOCÓCICA	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G Benzatina: < 20 kg: 50.000 U/ Kg, IM, dose única > 20 kg: 1.200.000U, IM, dose única ou • Amoxicilina: por 10 dias ou, • Eritromicina: de 6/6h por 10 dias
LARINGITE VIRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Casos leves: tratamento ambulatorial Alimentação leve (pequenas porções e maior frequência), hidratação oral, ambiente calmo, orientar retorno imediato. • Casos moderados e graves: tratamento hospitalar
OTITE MÉDIA AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina por 10-14 dias ou • Sulfametoxazol + trimetoprim por 10-14 dias • Orientar retorno imediato • Reavaliação após 5 dias • Se tiver mastoidite: tratamento hospitalar

REAVALIAÇÃO E CONDUTA NA CONSULTA DE RETORNO

- **Pneumonia:** Retorno após 48 horas
 - Se o quadro clínico piorar: referir urgentemente para hospital
 - Se o quadro clínico permanecer inalterado e sem sinais de agravamento: Lembrar sempre do diagnóstico diferencial de pneu-

monia viral (que não melhora com antibióticos). Se realmente for bacteriana avaliar troca do antibiótico para: amoxicilina na dose de 80-100 mg/ Kg/ dia (pneumococo parcialmente resistente). 2ª opção: amoxicilina-clavulanato (bactérias produtoras de beta-lactamase, como a Moraxela) ou sulfametoxazol + trimetoprim (REMUME). Cefalosporinas não conferem maior prote-

ção contra as principais bactérias envolvidas na pneumonia bacteriana comunitária. Reavaliar novamente após 48 horas.

Se o paciente tiver > 5 anos suspeitar de mycoplasma e trocar para eritromicina.

Se o quadro clínico melhorar: manter o antibiótico por 7-10 dias.

2.11 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA INFÂNCIA - ITU

Nosso objetivo É chamar a atenção dos profissionais da área de saúde, para o diagnóstico, terapêutica e avaliação da Infecção do trato urinário na infância. A ITU é uma importante causa de morbidade aguda. Pode resultar a longo prazo em sequelas graves como Hipertensão Arterial, Cicatriz e Disfunção renal progressiva (IRC).

A terapêutica implica em várias consultas, uso de antibióticos, exposição a radiação, métodos diagnósticos invasivos, e alto custo de tratamento.

Infecção Urinária (ITU) é a proliferação de patógenos em qualquer ponto do trato urinário, da uretra ao parênquima renal. O trato urinário normal é estéril, exceto a uretra anterior.

2.11.1 PREVALÊNCIA

- Estima-se que 8% das meninas e 2% dos meninos apresentarão o ITU 1x na infância
- A ITU corresponde a 5% das crianças de 2m a 2 anos com febre de origem desconhecida
- 2x maior em meninas 2m a 2 anos com febre do que em meninos
- 3m a 1 ano de vida 6,5% meninas x 3,3% meninos
- 1a a 2a: sexo feminino: 8,1% x 1,9% sexo masculino
- Meninos não circuncidados: maior incidência de ITU (5 a 20 vezes maior)
- 0-3 meses, a ITU é mais frequentes no sexo masculino: 3,7 a 11x maior

2.11.2 ETIOLOGIA

Maioria gram negativo, agente único (95%).

- **Bactérias Gram negativo:**
 - Escherichia Coli (80% das ITU comunitárias - 50% das hospitalares)

rias - 50% das hospitalares)

- Proteus sp. (30%)
- Enterobacter sp
- Klebsiella sp
- Citrobacter sp
- Providencia sp
- Morganella sp
- Serratia sp
- Pseudomonas sp

- **Bactérias Gram positivo:**

- Estafilococos Aureus sp
- Enterococcus sp
- Streptococcus faecalis
- Stafilococcus saprophyticus

- **Não patogênicos:**

- Lactobacilos
- Estafilococos coagulase negativos

- **Outros agentes:**

- Candida albicans
- Mycoplasmas hominis
- Ureaplasma Urealyticum
- Chlamydia Trachomatis
- Adenovírus 11,12
- Mycobacterium tuberculosis

- **RN:** Klebsiella sp, Enterobacter sp

- **Adolescente:** Estafilococos saprophyticus, mycoplasma, ureaplasma.

2.11.3 QUADRO CLÍNICO

Considerar presença de ITU em lactentes e crianças jovens até 2 anos, com febre de origem desconhecida.

- **Manifestações Clínicas da ITU**

- Bacteriúria Assintomática
- Infecção Trato Urinário Inferior
 - Cistite
 - Síndrome Uretral Aguda
- Infecção Trato Urinário Superior
 - Pielonefrite Aguda (PNA)
 - Complicações da PNA
- Urosepse

- **Bacteriúria Assintomática**

2 uroculturas com bacteriúria significativa, Ausência de sintomas clínicos, Diagnóstico acidental, Tratamento: só para grupo de risco, Anti-

biótico: desequilibra a flora e faz ITU por germe mais virulento

- **Grupo de risco:**

- Gestantes, instrumentação e manipulação do trato urinário e cirurgia urológica;
- RN e Lactente: hipotermia, febre, déficit crescimento, diarreia, vômitos, icterícia, irritabilidade, letargia, recusa dieta, sepses, urina fétida e choro ao urinar;
- 2 anos - 7 anos: diarreia, vômitos, febre, dor abdominal, constipação intestinal, déficit de crescimento, alteração padrão de miccional, urina fétida;
- Escolar e Adolescente: febre, alteração padrão miccional, dor abdominal e lombar, urina fétida.

- **Recorrência de ITU após a primo-infecção:**

50% das meninas no 1º ano de seguimento, 75% dos casos no período de 2 anos de evolução.

- **Presença de cicatrizes renais após primoinfecção febril:** 5-15%

2.11.4 DIAGNÓSTICO

Clínico + Laboratorial, através de métodos de coleta de urina eficazes, processada imediatamente.

Quando não for possível, refrigerá-la por até 2 horas.

Componentes da análise urinária, úteis para avaliar possível ITU:

- **Teste da Esterase Leucocitária:** sensibilidade 83% e especificidade 78%, determina a presença de enzima de leucócitos. Impróprio para pacientes neutropínicos.
- **Teste do Nitrito (imediate pós-coleta. Com retenção urinária de 03 a 04 horas):** sensibilidade 53%/especificidade 98%.
- **Microscopia:** N° de Leucócitos (Urina não centrifugada 10 leuc/mm³, centrifugada 5 leuc/mm³).
 - **Sensibilidade:** 73% **Especificidade:** 81%
 - O EAS auxilia mas não comprova ITU;
 - **Bacterioscopia:** qualquer n° de bactérias ao Gram (urina não centrifugada) sensibilidade 93%, especificidade 88%);
 - **Urocultura:** método de certeza do diagnóstico. Facilmente sujeito a contamina-

ção. Sensibilidade de 95%.

- **Falso positivo:**
 - coleta inadequada;
 - Demora no processamento;
 - Contaminação vaginal ou prepucial.
- **Falso negativo:**
 - PH urinário < 5;
 - Diluição urinária;
 - Uso de antibióticos;
 - Uso de bacteriostáticos na genitália;
 - Curto período de incubação na bexiga;
 - Bactérias de crescimento lento;
 - Obstrução total do ureter no rim afetado.

2.11.5 MÉTODOS DE COLETA DE URINA PARA UROCULTURA

- **Punção Supra-púbica:** invasivo, mais confiável, usado para crianças sem controle vesical (<2 anos), com comprometimento do estado geral, que necessitam uso de antibiótico imediato ou infecções de perineo e genitália. "Padrão Ouro".
- **Contra-indicação:** abdome agudo, íleo paralítico e distúrbios de coagulação.
- **Sonda vesical:** invasivo, confiável, realizado por método asséptico.
- **Contra-indicação:** vulvovaginites e balanopostite, fimose de moderada a grave. Sensibilidade 95% e especificidade 99%.
- **Jato Médio:** não invasivo, ideal para crianças com controle vesical. Assepsia com água e sabão neutro, a cada 30 minutos.
- **Saco Coletor:** não invasivo, menos confiável, apesar de muito usado. Alto índice falso positivo (25 a 85%). Poderá ser usado para descartar ITU em criança não grave, que não necessita ATB imediato.

Bacteriuria Significativa (Urocultura +)

Punção Supra Púbrica:

Bacilos gram negativo	qualquer n°
cocos gram positivo	se > 1000 UFC/ml

Sonda vesical: > 104 UFC/ml

Jato médio: > 105 UFC/ml

Saco coletor: > 105 UFC/ml

2.11.6 INVESTIGAÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Avaliar custo-benefício, incidência de anomalias e tendência a ocorrer lesão renal. É recomendado para todas as crianças após o primeiro episódio de ITU febril, todos com pielonefrite aguda, todas as meninas menores de 5 anos, todos com alterações físicas sugestivas de anomalias do trato urinário, meninas acima de 5 anos com bacteriúria recorrente.

A investigação do trato urinário tem por finalidade identificar qualquer fator de risco, avaliar possíveis complicações de PNA e acompanhar a progressão do processo já conhecido.

EXAMES DE IMAGEM

A investigação por imagem demonstra alterações, após a primo infecção urinária em 4% para uropatias obstrutivas e 8-40% refluxo vesíco-ureteral.

2.11.6.1 ULTRASSONOGRRAFIA DO TRATO URINÁRIO

É o exame de escolha para avaliar o trato urinário superior. Não invasivo, baixo custo e pode ser realizado na fase aguda da ITU. Permite determinar: volume, posição e tamanho renal, presença de cálculos, abscessos e hidronefrose. Deverá ser realizado em toda criança no primeiro episódio de ITU. Em crianças com ITU complicadas sem resposta terapêutica a antibióticos adequados após 48 horas, este exame deverá ser realizado imediatamente, para descartar complicações.

2.11.6.2 URETROCISTOGRAFIA OU CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL

É um exame invasivo, deve ser realizado com o paciente sem ITU. Avalia o Trato Urinário Inferior. Permite o estudo anatômico da uretra, bexiga e é o exame de escolha para diagnóstico e classificação de Refluxo Vesíco-ureteral. Deverá ser realizado após o primeiro episódio de ITU febril em qualquer sexo, para menores de dois anos (recomendação da academia americana de pediatria). Não é recomendado fazê-lo sob anestesia.

2.11.6.3 CINTILOGRAFIA RENAL

■ **DMSA:** usado para diagnóstico de pielonefrite

aguda, após ITU complicada e descartar presença de cicatriz renal.

- **DTPA:** usado para diagnóstico de patologias obstrutivas ao fluxo urinário.
- **Cistografia radioisotópica direta:** usado para controles anuais de cura do refluxo vesíco-ureteral.

A cintilografia não avalia anatomia do trato urinário.

2.11.6.4 UROGRAFIA EXCRETORA

Exame invasivo, avalia anatomia do trato urinário.

Não é usado como primeira escolha de investigação da ITU

2.11.6.5 URODINÂMICA

Exame invasivo, indicado para crianças com ITU e disfunções neurogênicas e não neurogênicas da micção.

2.11.6.6 TOMOGRAFIA DE ABDOME

Exame invasivo, usado para afastar complicações graves da ITU, como abscesso, pielonfrose e pioidronefrose, tumores, ...

2.11.7 TRATAMENTO

Não é somente prescrever antibióticos.

DEVEMOS AVALIAR

Confiabilidade do diagnóstico, Melhorar a sintomatologia do paciente, Identificar anomalias do trato urinário, Dar seguimento ambulatorial até o início da fase adulta, Orientação para: ingestão hídrica normal, padrão correto miccional e de evacuação, Eliminar fatores de risco como: fimose, constipação intestinal, sinéquia.

OBJETIVOS

Eliminar a Infecção Aguda, Prevenir complicações e urosepse, Promover alívio dos sintomas, Evitar a progressão da lesão, Prevenir recorrências.

MEDIDAS GERAIS

Hidratação, sintomáticos

ANTIBIÓTICOS

- Critérios (TSA, custo, posologia, via de administração, efeitos colaterais, efeitos sobre a flora intestinal e concentração urinária).
- Eliminar e tratar fatores co-mórbidos (distúrbios de micção e evacuação, oxiúriase, fimose e sinéquias).

TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

Prevenir as recorrências (Terapêutica profilática)

SEGUIMENTO AMBULATORIAL

- Infecção urinária complicada: grave estado geral, toxemiado, desidratado, febre >39°, calafrios, vômitos, recusa da dieta e má aceitação a medicações orais.
- Infecção urinária não complicada: febre <39°, regular estado geral, desidratado leve, ingere líquidos e boa aceitação a medicações orais.

INFECÇÃO URINÁRIA COMPLICADA

Via IV / IM (até melhora clínica), depois poderá completar o tratamento por via oral.

■ Antibióticos indicados:

Ceftriaxona	75mg/kg/dia, 24/24h
Cefotaxima	150mg/kg/dia, 6/6 h
Ceftazidima	150mg/kg/dia, 6/6 h
Cefazolina	50mg/kg/dia, 8/8h
Gentamicina	7,5mg/kg/dia, 24/24h
Ampicilina	100mg/kg/dia, 6/6h

Tempo: 10-14 dias

INFECÇÃO URINÁRIA NÃO COMPLICADA:

Via oral

■ Antibióticos indicados:

Cefalexina	50-100mg/kg/dia de 6/6h
Acido nalidixico	30-50mg/kg/dia de 6/6 ou 8/8h
Sulfametoxazol/trimetoprim	30-60/6-12mg/kg/dia de 12/12h
Nitrofurantoina	3mg/kg/dia de 8/8h

Tempo: 7-10 dias

OBS: amoxicilina e ampicilina-alto nível de resistência. nitrofurantoina e ácido nalidixico nível sérico inadequados, não usar em IU febril e pacientes de risco para lesão renal.

2.11.8 PROFILAXIA

Objetivo: Prevenir a colonização bacteriana da uretra distal e bexiga e evitar novos episódios de ITU.

Drogas de excreção urinária prolongada

ANTIBIÓTICOS	DOSE
Nitrofurantoina	1-2mg / kg / 1 ou 2 doses
Trimetoprim / Sufametoxazol	1-2mg / kg / 5-10mg / kg / 1 ou 2 doses
Trimetoprim	1-2mg / kg / 1 ou 2 doses
Cefalexina	10mg / kg / 2 doses

2.11.9 CONCLUSÃO

Nosso objetivo foi chamar a atenção para importância da IU na infância. Portanto é dever do médico:

- Reconhecer a IU
- Estabelecer criteriosamente o diagnóstico
- Tratá-la corretamente

Prevenindo assim a lesão renal permanente e sua progressão

2.12 OBESIDADE INFANTIL

2.12.1 INTRODUÇÃO

O alarmante aumento na prevalência mundial da obesidade infantil é atualmente considerado um dos mais importantes desafios em saúde pública. A obesidade, na maioria das vezes, é desencadeada pelo desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético (obesidade primária) levando ao acúmulo de gordura corporal. É uma condição complexa e crônica de séria dimensão social e psicológica.

Vários estudos descrevem que fatores genéticos são importantes para a determinação do peso, porém fatores ambientais podem participar ativamente entre aqueles que possuem uma predisposição genética.

A história familiar é claramente um fator predisponente, aumentando o risco para a criança de 02 a 03 vezes, se um dos pais é obeso.

2.12.2 CAUSAS SECUNDÁRIAS DE OBESIDADE:

- **Endócrinas** – deficiência de GH, hiperinsulinemia, disfunção hipotalâmica, pseudohiperparatireoidismo, Cushing.
- **Síndromes** – Carpenter, Cohen, Prader Willi, Turner, Lawrence-mon, Biedl
- **Medicações** – contraceptivo oral, corticóide, neuroléptico, anticonvulsivante, antidepressivo.

2.12.3 CONSEQÜÊNCIAS DA OBESIDADE

Em curto prazo de tempo muitos pacientes obesos podem evoluir com transtornos de comportamento e diminuição da auto-estima. Do ponto de vista de saúde pública a mais séria consequência da obesidade infantil está relacionada aos efeitos no sistema cardiovascular.

- **Curto prazo** (para a criança e adolescente)
 - Transtornos emocionais
 - Cardiovascular (hipertensão arterial)
 - Asma
 - Diabetes
 - Anormalidades ortopédicas
 - Doença hepática (esteatohepatite)
- **Longo prazo** (para o adulto que foi obeso na infância)
 - Persistência da obesidade
 - Fator de risco para doença cardiovascular, diabetes, câncer, depressão, artrite.
 - Morte precoce

2.12.4 DIAGNÓSTICO

O índice de massa corpórea, expresso em kg/m² (IMC) pode ser usado para diagnosticar a obesidade de forma efetiva. Obedecendo as recomendações da OMS, sobrepeso e obesidade foram definidos como IMC igual ou superior ao percentil 85 e 95 para idade e sexo, respectivamente, adotando-se os pontos de corte obtidos no estudo promovido pela Força Tarefa Internacional para a Obesidade, da OMS. O IMC é menor na infância e na adolescência quando comparado ao adulto e diferente entre meninos e meninas.

No exame físico da criança obesa é importante verificar: grau de obesidade e sua distribuição (tron-

co, periférica, generalizada), desenvolvimento do paciente, tamanho de amídalas em relação à nasofaringe, tamanho e consistência da tireóide, presença de acantose nigricans (hiperpigmentação da pele nas áreas de pescoço e axila), presença de dor a palpação em hipocôndrio direito, estagio de Tanner, aferição da pressão arterial exame da pele buscando hisurtismo, estrias, xantomias e pústulas.

Para as crianças acima do P95 mesmo sem outros fatores de risco identificados na história e exame físico, alguns exames laboratoriais são recomendáveis como: perfil bioquímico (glicose, lipídeos, nível de insulina) e função hepática.

2.12.5 TRATAMENTO E PREVENÇÃO

O tratamento da obesidade compreende o atendimento multidisciplinar incluindo orientação alimentar, psicológica, com modificações de hábitos e a participação da família.

A atividade física é a chave para o balanço energético e deve ser orientada como meta de comportamento positivo por toda a vida. Em crianças menores limitar o tempo de uso da TV, computador e jogos resultam com frequência em um aumento da atividade física.

A ferramenta mais importante da maior parte das intervenções alimentares envolve a redução, a estabilização do consumo calórico e a reestruturação dos hábitos existentes.

Intervenções comportamentais que envolvam os pais representam uma importante parte do tratamento. Pais e crianças devem concordar que há um problema e devem ser motivados a realizar mudanças. O auto-monitoramento é importante. Situações focadas na infância incluem: limitar a quantidade de bebidas (excesso de sucos de frutas, leites, refrigerantes), a frequência de consumo lanches após a escola, comer vendo TV e tamanho das porções.

Referenciar a criança para atendimento secundário é justificável por 02 razões: investigar possíveis comorbidades como os diabetes tipo2 ou avaliar causas secundárias de obesidade. Na grande maioria dos pacientes a obesidade esta relacionada a hábitos de vida enquanto causas patológicas são extremamente raras. Causa patológica subjacente é suspeitada se a obesidade é particularmente severa em crianças pequenas ou se existe com baixa estatura.

Considerando a dificuldade em tratar crian-

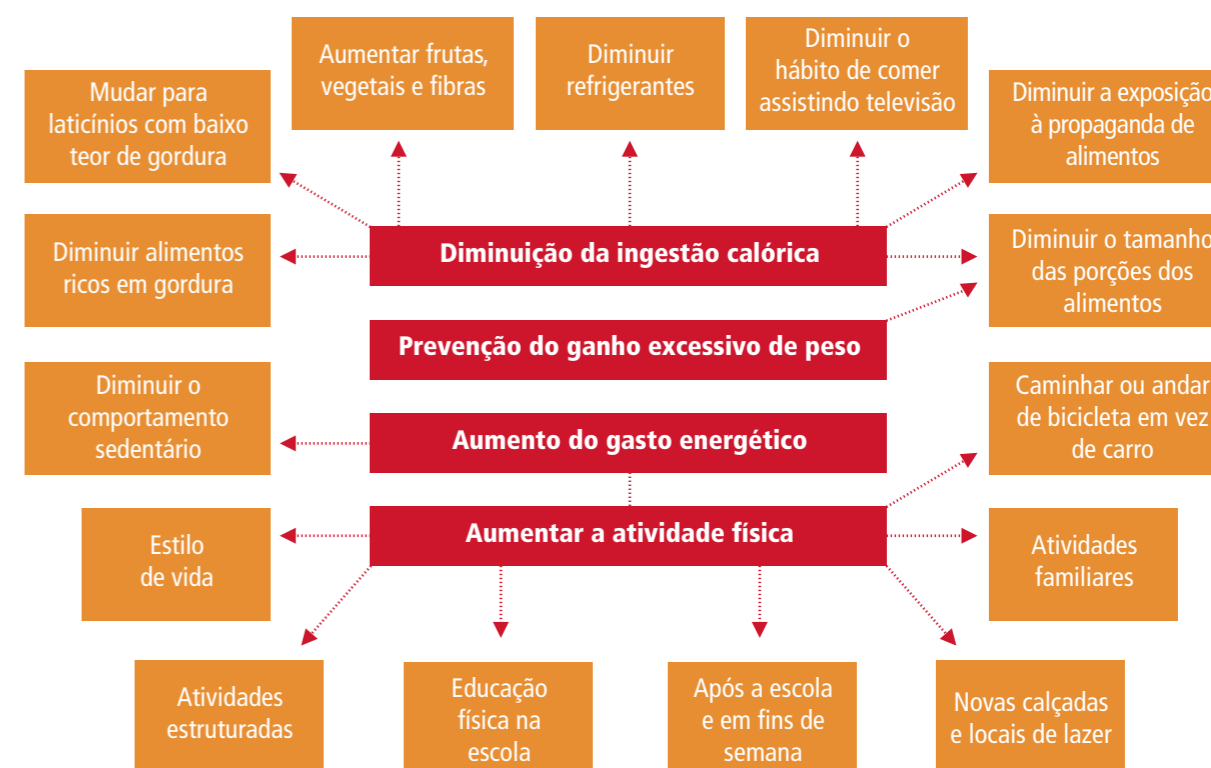
ças e adolescentes obesos, é essencial identificar estratégias efetivas de preferência simples e sem efeitos adversos para a prevenção da obesidade nessa população. Nesse contexto, o aleitamento materno emerge como uma estratégia importante para a prevenção da obesidade infantil, cujo efeito protetor já reconhecido pela OMS.

- Inicie cedo (a partir dos 2anos).
- Trate e acompanhe intensamente, com retornos frequentes.
- Trate toda a família, não apenas as crianças.
- Trate famílias motivadas.
- Envolve centros escolares em atividades nutricionais e físicas saudáveis.
- **Tenha como objetivo:**
 - Solucionar as comorbidades.
 - Realizar mudanças alimentares e de estilo de vida (assegurar que as famílias
 - monitorem sua própria dieta, atividade física, horas de TV e o uso do computador e games).
 - Atingir principalmente a manutenção do peso e não a sua redução.

■ Recomenda-se:

- Evitar o desmame precoce.
- Introduzir os alimentos complementares de forma adequada (evite produtos industrializados).
- Evitar fast food.
- Não pular refeições ou substituí-las por lanches.
- Não usar a comida como recompensa ou castigo.
- Não realizar as refeições vendo TV.
- Variar os alimentos evitando a monotonia.
- Não brigar ou criticar a criança à mesa. Dê o exemplo e oriente-a.
- Elogie os progressos e estimule-a.

ALVOS EM POTENCIAL PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL E ADOLESCENTE



Fonte: scielo.com.br

2.13 PARASITOSES INTESTINAIS

- As parasitoses intestinais continuam sendo um grave problema de saúde pública;
- Apresentam alta prevalência nas regiões com baixo nível sócio econômico cultural, precárias condições de habitação e saneamento.

QUADRO CLÍNICO

- **Ancylostoma duodenale**
 - Anemia ferropriva: espolia cerca de 0,5 ml de sangue por verme por dia;
 - Eosinofilia intensa;
- **Ascaris lumbricoides**
 - Maioria dos casos são assintomáticos;
 - Indisposição, náusea, vômitos, cólicas, diarreia (rara), pira de desnutrição;
 - Sintomas respiratórios: tosse, pneumonite, taquidispnéia, quadros de asma, urticária, eosinofilia intensa;
 - Quadros de obstrução intestinal ou intussuscepção, volvo, perfuração intestinal, migração biliar;
- **Balantidium coli**
 - Maioria dos casos são assintomáticos;
 - Diarreia baixa, colite, dor abdominal, vômitos;
 - Pacientes de área rural e suinocultura;
 - Disenteria em infestações maciças.
- **Endolimax nana**
 - Assintomático;
 - Não é patogênico;
 - Não exige tratamento.
- **Entamoeba coli**
 - Assintomático;
 - Não é patogênico;
 - Não exige tratamento.
- **Entamoeba histolytica**
 - Maioria dos casos são assintomáticos;
 - Cólicas, diarreia crônica (frequência ↑, Volume ↓) com muco, sangue nas fezes, (disenteria);
 - Febre, anorexia, prostração, tenesmo, emagrecimento;
 - Formas raras: abscesso hepático, perfuração, intestinal, meningite amebiana.

- **Enterobius vermicularis (Oxiuríase)**
 - Prurido anal intenso, predominantemente noturno;
 - Vulvovaginite secundária;
 - Hepatoesplenomegalia;
 - Eosinofilia intensa.
- **Eschistossoma mansoni**
 - Hepatoesplenomegalia;
 - Eosinofilia intensa.
- **Giardia lamblia**
 - Maioria dos casos são assintomáticos;
 - Dor abdominal alta intermitente, episódios de diarreia aguda;
 - Diarreia crônica com má absorção (fezes volumosas, claras e brilhantes);
 - Anorexia, vômitos, dificuldade de ganhar peso, distensão abdominal e flatulência.
- **Hymenolepis nana**
 - Geralmente assintomático;
 - Anorexia, diarreia e vômito.
- **Isospora belli**
 - Quase todos assintomáticos. Quadro auto limitado, febre, diarreia, distensão abdominal, flatulência, cólicas, cefaléia, anorexia. Raro: diarreia coleriforme ou má absorção em imunodeprimido.
- **Necator americanus**
 - Anemia espoliativa: 0,2ml de sangue por verme por dia;
 - Eosinofilia intensa durante a fase de migração tecidual;
 - Broncoespasmo.
- **Strongyloides stercoralis**
 - Anemia, eosinofilia intensa;
 - Surto diarréico, forma obstrutiva e pseudoulcerosa, dor epigástrica, cólica no abdômen superior;
 - Quadro grave com disseminação em imunodeprimidos, desnutrição grave.
- **T. Solium e T. Saginata**
 - Assintomática;
 - Diarreia leve, cólicas, anorexia;
 - A cisticercose na T. solium (homem ingere ovos maduros);
 - Na T. saginata os proglotes podem sair ativamente pelo ânus.

- **Trichurus trichiura**
 - Assintomática;
 - Em infecções maciças, em desnutridos: diarreia, enterorragia, prolapso retal, anemia.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Parasitológico de fezes: (Realizado no Laboratório da SEMUS apenas o Hoffman e MIF)
 - Método direto (fezes frescas) – trofozoítas; (giárdia; isospora)
 - Hoffman-Pons-Janner – concentração – ovos e cistos;
 - Baerman-Moraes – larvas;
 - MIF (mertiolate, iodo, formol) – ovos e cistos;
 - Sedimentação espontânea e Faust – cistos;
 - Kato e Katz – esquistossomos e quantificação de ovos (ascaridíase, necaturíase/ancilostomíase e trichiuríase);
 - Coloração pelo lugol – ovos e cistos.
- Elisa – giardiase, amebíase e criptosporíase;
- Aglutinação pelo látex – amebíase;
- Teste cutâneo – amebíase.
- Método de Graham (fita gomada) – oxiuríase: swab anal para pesquisa de ovos – oxiuríase e teníase.

TRATAMENTO

- **Ancylostoma**
 - Albendazol: 400mg, dose única, repetida após 07 dias.
 - Mebendazol (REMUME): 100mg, 02 vezes ao dia por 3 dias; (controle de cura 7, 14 e 21 dias após tratamento)
 - **Ascaris**
 - Albendazol: 400mg, dose única;
 - Levamisol ou tetramisol: 80mg dose única;
 - Mebendazol (REMUME): 100mg, 02 vezes aodia, 3 dias; (controle de cura 7, 14 e 21 dias após tratamento).
- Oclusão e Sub-occlusão intestinal: encaminhar para atendimento hospitalar.
- **Balantidium (só tratar os casos sintomáticos)**
 - Metronidazol (REMUME): 20mg/kg/dia durante 7 dias

- **E. histolytica (Amebíase)**
 - Metronidazol (REMUME): 20 a 40mg/kg/dia durante 10 dias;
 - Tinidazol: 50mg/kg/dia durante 2 a 5 dias; (controle de cura 7, 14, 21 e 28 dias após tratamento).
- **Enterobius**
 - Albendazol: 400mg dose única;
 - Mebendazol (REMUME): 100mg, dose única, (se não houver associação) ou 100mg, 02 vezes ao dia por 03 dias (se houver parasitismo associado com outros nematódides); (controle de cura 5 a 7 dias, a partir do 8º dia após tratamento).
- **E. mansoni (Esquistossoma mansoni)**
 - Oxaminiquina: 20mg/kg, dose única
 - Praziquantel (REMUME): 50-60mg/kg, dose única; (controle de cura 60 dias, após tratamento).
- **Strongyloides Stercoralis**
 - Tiabendazol (REMUME): 50mg/kg/dia, 2 vezes ao dia por 3 dias sem ultrapassar 3 gramas por dia. Repetir o tratamento após 10 dias;
 - Albendazol: 400mg/dia, 3 dias.
- **Giardia**
 - Metronidazol (REMUME): 15mg/kg/dia, divididos em 03 tomadas 7 a 10 dias;
 - Albendazol: 400mg/dia, durante 5 dias;
 - Furazolidona: 5-8 mg/kg/dia, divididos em 02 tomadas; (controle de cura 7, 14 e 21 dias, após tratamento).
- **Taenia**
 - Mebendazol (REMUME): 100 mg, 02 vezes ao dia por 03 dias;
 - Praziquantel (REMUME): 10mg/kg, dose única; (controle de cura 90 dias, após tratamento).
 - Albendazol: 400mg/dia 3 dias;
- **Trichiurus**
 - Mebendazol (REMUME): 100mg 02 vezes ao dia por 03 dias, (controle de cura 7, 14 e 21 dias, após tratamento).
 - Albendazol: 400mg, dose única, 1 dia;

AS PRINCIPAIS DROGAS ANTIPARASITÁRIAS, DOSAGEM E EFEITOS COLATERAIS

DROGA	DOSE	EFEITOS COLATERAIS
Albendazol	Acima de 2 anos – 400mg/dose única Ascariíase – 400mgx2 por 3 a 5 dias Giardiase – 400mg/dia por 5 dias Estrongiloidíase – 400mg/dia por 3 dias	Dor abdominal, cefaléia, diarreia, náusea, vômitos, tontura, boca seca, febre, prurido; Raros – alopecia reversível, leucopenia, transaminases elevadas; Não usar na gravidez
Mebendazol*	100mg2x/dia/3 dias Repetir após 2 semanas Na teníase usar dose dobrada	Incomuns: dor abdominal, diarreia, náusea, vômito, cefaléia, febre, prurido e exantema. Relato de convulsões em menores de 1 ano; Não usar na gravidez;
Furazolidona	5 a 8 mg/kg/dia 2x por 7 dias	Náusea, vômito, alergia, rash. Não associar com álcool; Hemólise em def G6PD;
Levamisol	VO dose única < 2a – 20 – 40mg 2 a 8a – 40 a 80mg 8a-80a 150mg Meia hora antes das refeições Repetir após 3 semanas	Raros: cefaléia, vertigem, náusea, vômito e dor abdominal; Não usar na gravidez, lactação, hepatopatia e nefropatia grave;
Metronidazol*	Amebíase: 35 a 50mg/kg/d 2 a 3x 10 dias Repetir após 20 dias Giardiase: 15 a 20mg/kg/d 2 a 3x 10 dias Repetir após 20 dias	Náusea, vômito, anorexia, dor abdominal epigástrica, diarreia, alergia, cefaléia, boca seca, insônia, ataxia, vertigem, prurido, disúria, urina escura, neutropenia reversível, alteração na onda T no ECG, estomatite, neuropatia periférica sensitiva reversível; Não usar na gravidez, nem associar com bebida alcoólica; Em doses elevadas – ataxia e convulsões;
Niclosamida	Teníase – 1g. Em < 2a – 500mg Himenolepiase – mesma dose pó 6d	10% fraqueza, dor abdominal e náusea no dia que a droga é administrada. Não usar na gravidez.
Piperazina	50 a 75mg/kg/dia – 1 a 2x – 2d semi-obstrução – 100mg/kg (max 3g) – 3 – 5d	Náusea, vômito, anorexia, cefaléia, agitação, incoordenações, alterações visuais. Raro – convulsões. Não usar na gravidez, lactação, insuficiência hepática, renal e epilepsia.
Pirvínio	Dose única em jejum. Repetir em 3 semanas Máximo – 700mg – 10g/kg	Não absorvível. Efeitos colaterais raros. Cora as fezes de vermelho.
Pirantel	Acaridíase e oxiuriase – 10mg/kg Máximo – 1g Ancilostomíase – 20mg/kg/d – 3d	Anorexia, vômito, náusea, diarreia, cefaléia, dor abdominal, tontura, sonolência, erupção cutânea. Não usar na gravidez, lactação, insuficiência hepática e em menores de 2 anos
Praziquantel*	Teníase – 10 a 15mg/kg (dose única) Neurocisticercose – 50mg/kg/d – 15d Himenolepiase – 20 a 25mg/kg Esquistossomose – 20mg/kg – 2 a 3x Intervalo de 4h entre as doses	Mal estar, anorexia, vômitos, náusea, cefaléia, tontura, febre, dor abdominal, urticária, mialgia e sonolência. Não usar na gravidez, lactação, cisticercose ocular, hepatopatas, nefropatas, cardiopatas.
Tiabendazol*	50mg/kg/d – 1 a 2x – 3d após refeições Dose max. – 3g Estrongiloidíase disseminada – 500mg/d, por 25 a 30 d	Muito freqüentes: anorexia, náusea e vômito. Tontura, diarreia, dor abdominal, prurido, sonolência e tontura. Incomuns: rash, cutâneo, febre, edema, conjuntivite, linfadenopatia. Raros: Stevens – Johnson, hipotensão, aumento das transaminases, anafilaxia, convulsões, hematúria, hipoglicemia e leucopenia. Não usar na gravidez, lactação, insuficiência hepática e renal.
Tinidazol	50mg/dia – dose única – max. 3g Amebíase – 25 a 45mg/kg 1x – 2d Giardiase – 50mg/kg/d – 2x – 5d	Náusea, vômitos, cólica, gosto metálico, rash. Raro: leucopenia e depressão medular. Não usar na gravidez

Secnidazol	30mg/kg/d – dose única – máx. 2g Amebíase hep – 30mg/kg/d – 3x – 5 a 7d	Náusea, vômito, cólica, gosto metálico, rash. Raro: leucopenia, depressão medular. Não usar na gravidez
Oxaminiquine	Até 30k – 20mg/kg – dose única ou 2x Com 3h de intervalo após refeição >30k – 15mg/kg – dose única – máx. 1250	Tontura, náusea, vômito, dor abdominal, anorexia, cefaléia, sonolência, excitação, alucinação, irritabilidade, febre, sudorese, hematúria, convulsões (raro), urina avermelhada e aumento transitório das transaminases. Não usar na gravidez, lactação, insuficiência hepática, renal, ICC descompensada e epilepsia.
Invermectina	150 a 400 mcg/kg – dose única Estrongiloidíase, ascariíase Ancilostomíase, filariose Escabiose, pediculose Larva migrans	Náusea, vômito, fadiga, fraqueza, cefaléia, artralgia, dor abdominal, anorexia, constipação, reações às larvas mortas na microfilariose, prurido, rash, edema, febre, hipotensão postural. Não usar na gravidez, lactação e crianças com menos de 15kg

* REMUME

2.14 PUBERDADE

A puberdade é um evento esperado para todos os indivíduos no final da sua infância. É o componente biológico de transformação na adolescência. Não é sinônimo de adolescência, mas faz parte desta etapa da vida. É um conjunto de modificações hormonais e físicas, que torna o indivíduo apto para reprodução. As transformações biológicas da puberdade são determinadas pelo eixo hipotálamo- hipófise- supra-renal-gonadal.

Os Profissionais de Saúde devem saber monitorar com eficiência o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Destacam-se as principais mudanças físicas que ocorrem na puberdade:

- Estirão do Crescimento, sendo no início da puberdade para as meninas e no meio da puberdade para os meninos.
- Alterações na distribuição da gordura do corpo com ganho de peso.
- Aparecimento dos caracteres sexuais secundários.
- Desenvolvimento da maioria dos órgãos.
- Involução do tecido linfóide.

DESENVOLVIMENTO DA PUBERDADE FEMININA

No sexo feminino a puberdade tem início entre 8 e 13 anos sendo geralmente o primeiro sinal do desenvolvimento puberal o aparecimento do broto mamário (telarca) que pode ocorrer de modo unilateral podendo demorar até 6 meses para o aparecimento da outra mama. Após a

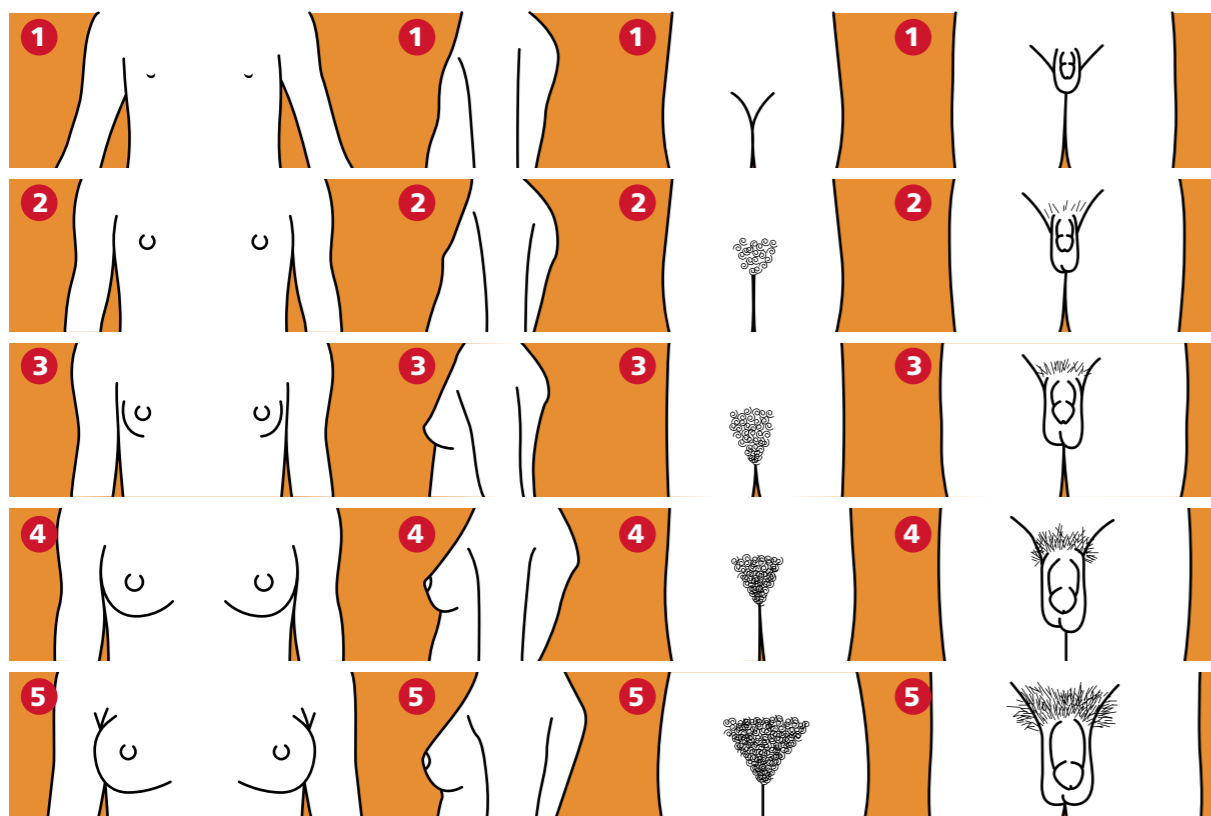
telarca, surge a adrenarca que é o aparecimento dos pelos pubianos. Os pelos axilares desenvolvem junto com as glândulas sudoríparas. A primeira menstruação conhecida como menarca ocorre geralmente 4,5 anos após o início da telarca, algumas vezes com ciclos menstruais irregulares e anovulatórios, podendo permanecer com esta irregularidade geralmente até 2 anos.

DESENVOLVIMENTO DA PUBERDADE MASCULINA

No sexo masculino geralmente o primeiro evento da puberdade é aumento testicular que ocorre entre 9 e 14 anos podendo passar despercebido pela família e até mesmo pelo menino. Surgem os pelos pubianos e o início do desenvolvimento do pênis que cresce primeiro em comprimento e depois em diâmetro. Aparecem os pelos corporais e faciais, mudança do timbre de voz e a primeira ejaculação, conhecida como semenarca ou espermamarca. Cerca de 50% dos adolescentes desenvolve a ginecomastia, que é o aumento do tecido mamário frequentemente bilateral de consistência firme e muitas vezes dolorosa. A ginecomastia tende a desaparecer entre 1 a 2 anos, causando muito constrangimento nos meninos influenciando na sua auto-estima devendo ser bem trabalhada pelo Profissional de Saúde.

A seqüência dos eventos puberais foi estudada por Tanner que classificou a puberdade em 5 estágios levando em consideração no sexo feminino o desenvolvimento mamário e a distribuição dos pelos pubianos e no sexo masculino aspectos da genitália e distribuição dos pelos pubianos.

2.14.1 ESTÁGIOS DE TANNER



NA MENINA

Grau	Mama	Pêlos Pubianos
I	Pré-puberal	Pré-puberal
II	Em botão	Esparsos e Levemente pigmentados
III	Adulta pequena	Escuros, Mais grossos e Encaracolados
IV	Aréola e papila formam elevação secundária	Características de adultos, mas não distribuição adulta
V	Adulta	Distribuição até raiz de coxas

NO MENINO

Grau	Escroto e testículos	Pêlos Pubianos
I	Pré-puberal	Pré-puberal
II	Aumento de testículos e Bolsa Avermelhada	Esparsos e Levemente pigmentados
III	Aumento do comprimento do pênis	Mais escuros, Grossos e se espalhando
IV	Aumento do diâmetro peniano	Características de adultos, mas não distribuição adulta
V	Adulto	distribuição losangular

2.14.2 QUANDO E COMO ENCAMINHAR

Para o Profissional de Saúde é de grande importância saber que qualquer sinal dos caracteres sexuais secundários para meninas antes dos 8 anos e

meninos antes dos 9 anos é considerada puberdade precoce, necessitando ser avaliado pelo endocrinologista ou ginecologista infante - puberal.

O atraso puberal, é um evento que merece também atenção. Quando nas meninas aos 13 anos ainda não aconteceu a telarca, aos 14 anos a pu-

barca e aos 16 a menarca ou quando o período entre a telarca e a menarca for superior a 5 anos e nos meninos quando aos 14 anos não houve crescimento testicular, 14,5 anos ausência de pubarca ou se após 5 anos do início da puberdade a genitália não completou sua maturação, deve ser encaminhado também para endocrinologista ou ginecologista infante - puberal.

2.15 REFLUXO GASTROESOFÁGICO E DOENÇA DO REFLUXO

O Refluxo Gastroesofágico é definido como o fluxo retrógrado do conteúdo gástrico para o esôfago, podendo ser um fenômeno completamente normal (fisiológico) e de ocorrência comum. Mais de 67% das crianças entre 04 e 05 meses de idade apresentam refluxo fisiológico com resolução espontânea entre o primeiro e o segundo ano de vida (1-2).

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é um processo patológico e definido como a presença de sintomatologia ou complicações do RGE, não restrito a regurgitações ou vômitos. Assim, a criança com DRGE pode apresentar: baixo peso, sinais de esofagite, sintomas respiratórios além de mudanças comportamentais. O material refluído pode ser exclusivamente ácido ou apresentar um padrão misto, com refluxo duodeno-gástrico (biliar), que parece estar relacionado a quadros graves de esofagite (3-4).

Saber diferenciar essas duas situações nos parece essencial, uma vez que, enquanto no RGE fisiológico é indicado o tratamento conservador com orientações relacionadas à alimentação, mudanças posturais e ambientais, evitando a exposição à fumaça de cigarro; na DRGE o manejo requer a pesquisa diagnóstica e o tratamento farmacológico que será direcionado dependo da história e apresentação clínica.

O quadro abaixo descreve algumas manifestações clínicas que podem diferenciar o RGE da DRGE.

RGE (fisiológico)	DRGE
Regurgitação/vômitos com peso normal	Regurgitação/vômitos com perda de peso
Sem sinais de esofagite	Irritabilidade ou choro intenso, hematêmese, disfagia
Sem sintomas respiratórios	Apnea seguida de cianose, sibilância, aspiração ou pneumonia recorrente, tosse crônica (?), estridor.
Sem alterações de comportamento	Extensão do pescoço (Síndrome de Sandifer)

2.15.1 DIAGNÓSTICO

Na maior parte das vezes a história clínica e exame físico são suficientes para o diagnóstico de DRGE.

Diante da suspeita de anomalia anatômica (estenose, hérnia hiatal, obstrução ou malrotação), o exame contrastado do esôfago, estômago e duodeno pode ser realizado. A cintilografia com Tc é capaz de avaliar o tempo de esvaziamento gástrico e a aspiração pulmonar. Essas duas modalidades de exame possuem baixa sensibilidade e especificidade (5-6).

Para examinar a associação entre doença respiratória e refluxo indica-se a Phmetria de 24 horas (padrão ouro) (7). Recentemente a impedância intraluminal de múltiplo canal é capaz de avaliar o movimento do bolus alimentar dentro do esôfago e de forma combinada a phmetria, ampliando a

capacidade de informação do método. É indicado em lactentes muito jovens e que apresentam índice de refluxo negativo à phmetria (8).

A endoscopia digestiva alta é indicada na suspeita de esofagite e não deve ser empregada de rotina (9-10).

2.15.2 TRATAMENTO

REFLUXO GASTROESÔFÁGICO FISISOLÓGICO

No refluxo gastroesôfágico fisiológico é preciso orientar pais ou familiares quanto à resolução espontânea do refluxo, assegurando aos mesmos que se trata de uma situação comum entre os lactentes (11).

O aleitamento materno deve ser mantido no lactente. Na impossibilidade de aleitamento materno, considerar o espessamento de fórmulas lácteas e a

introdução de refeições sólidas, de acordo com a idade e desenvolvimento da criança. Apesar de a dieta espessada reduzir os sintomas clínicos do refluxo, o esôfago permanece exposto ao refluxo ácido, portanto, essa medida apenas reduz o número ou episódios de regurgitações ou vômitos (12-13).

Em termos de restrições alimentares recomenda-se evitar as substâncias que aumentam a frequência dos relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior como: chocolate, cafeína e alimentos picantes. Recomenda-se também o controle da obesidade e de situações como a constipação intestinal (3).

Para o lactente jovem é recomendada a postura elevada, no colo e em decúbito lateral esquerdo, no leite. Alguns estudos têm demonstrado que a posição em decúbito ventral reduz os episódios de refluxo, porém a Sociedade Brasileira e Americana de Pediatria a contraindica, devido ao risco de morte súbita no lactente, principalmente

no primeiro ano de vida (14-15).

Na suspeita de alergia alimentar para a criança em aleitamento materno, é indicado retirar o leite de vaca e/ou soja da mãe durante duas semanas e avaliar a melhora clínica. Caso ocorra melhora, é preciso suplementar a mãe com cálcio oral (500mg/dia), enquanto a mesma estiver amamentando e em dieta restritiva. Se, entretanto a criança já faz uso de alguma fórmula láctea, recomenda-se substituí-la por fórmula alimentar hidrolisada também ao longo de duas semanas para posterior avaliação (16).

A suspensão a exposição à fumaça de cigarro é preconizada (tabagismo passivo) (17).

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Além das condutas mencionadas acima, o tratamento farmacológico é recomendado nas situações descritas na tabela 1. É prudente verificar os comentários ressaltados nesta tabela.

TABELA 1. Tratamento medicamentoso de acordo com algumas manifestações clínicas associadas ao RGE.

Manifestações clínicas	Medicação	Observações
RGE e irritabilidade / choro intenso/ disfagia/ dificuldade para se alimentar em lactentes.	Inibidor H2/Inibidor da bomba de prótons (?).	A importância do sintoma aumenta se ocorre durante ou após a ingestão de alimentos(18). Não há evidências em estudos, até o momento, que demonstrem que a irritabilidade esteja associada à esofagite. Frequentemente crianças com disfagia apresentam doença neurológica associada. Quando a criança apresenta melhora com a medicação pode ser difícil avaliar se ocorreu resposta terapêutica ou se houve melhora da ansiedade dos pais.
RGE e apnéia	Procinético e Inibidor H2/Inibidor da bomba de prótons (?).	No neonato e em prematuros a maior parte dos episódios de apnéia não está relacionado a refluxo. Alguns autores referem as seguintes características associadas à RGE: apnéia em vigília, apnéia obstrutiva, apnéia, vômitos e cianose concomitantes (3).
RGE e rouquidão/ laringite posterior/ tosse recorrente	Inibidor H2/Inibidor de bomba de prótons (por no mínimo 3 meses)	Em escolares e crianças maiores a rouquidão pode estar relacionada ao RGE (19). Não há até o momento estudos controlados e randomizados que demonstrem a eficácia do tratamento com bloqueadores de ácido. Apenas estudos com série de casos descrevem o uso de IH2 ou IBP para essas situações e com resultados satisfatórios.
RGE e asma	Inibidor da bomba de prótons	Muitos estudos têm demonstrado que RGE e Asma podem coexistir, porém sua relação causal continua sem esclarecimento. Crianças com sintomas de RGE e asma devem receber tratamento para refluxo (comorbidade). Crianças com asma de difícil controle, porém sem sintomas específicos de RGE precisam ser investigadas com Phmetria de 24 horas para avaliar a necessidade do tratamento com IBP por três meses ou mais (3).
RGE e pneumonia recorrente	Procinéticos Inibidor da bomba de prótons Cirurgia	As macroaspirações são raras e geralmente ocorrem em crianças com déficit neurológico. Em situações mais graves é indicado o tratamento com funduplicatura. (20).
RGE e esofagite erosiva à endoscopia	Inibidor da bomba de prótons	Estudos em crianças têm demonstrado que o omeprazol na dose de 0,7-3,5 mg/kg/dia contribui para a cicatrização de erosões e melhora dos sintomas (18).

As principais medicações disponíveis e empregadas para o tratamento da doença do refluxo na criança encontram-se listadas na tabela 2.

TABELA 2. Principais drogas usadas no tratamento da DRGE

Droga	Mecanismo de ação	Dose
Cimetidina	Inibidor H2	20-40mg/kg/dia
Ranitidina	Inibidor H2	5-10mg/kg/dia
Omeprazol ¹	Inibidor da bomba de prótons	0,7-3,5mg/kg/dia
Lanzoprazol	Inibidor da bomba de prótons	1.4mg/kg/dia
Metoclopramida ²	Antidopaminérgico, aumenta o tônus do EEI	0,1-0,2mg/kg/dia
Domperidona ³	Antagonista periférico do receptor D2 da dopamina	0,3mg/kg/dose

¹ Liberado para > de 2 anos

² Aumenta o tônus do esfíncter esofágico inferior. Causa sintomas extra-piramidais com frequência.

³ É um antagonista periférico do receptor D2 da dopamina. Droga efetiva para os indivíduos que apresentam retardo de esvaziamento gástrico. Os estudos de revisão sistemática encontraram pequenas evidências com relação a sua eficácia.

Recentemente, alguns estudos têm avaliado o uso do Baclofen, um agonista do receptor do ácido gama aminobutírico (GABA B) para o tratamento da DRGE. O Baclofen inibe os episódios de relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior, principal mecanismo responsável pelo RGE, sendo uma droga promissora no tratamento da DRGE(20).

2.16 TUBERCULOSE

Doença infecto contagiosa de transmissão aérea causada pelo Mycobacterium tuberculo-

sis cuja fonte de infecção é geralmente um adulto bacilífero.

2.16.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estima-se que 1/3 da população mundial esteja infectada, isto significa dois bilhões de habitantes. Dentre os infectados, 10% adoecerão, sendo 50% no primeiro ano pós-infecção e os outros 50% em qualquer fase da vida.

No Mundo ocorrem três milhões de óbitos pela doença anualmente, no Brasil 6 mil/ano. Atenção especial deve ser dada às crianças no primeiro ano de vida por apresentarem alto risco de adoecimento.

2.16.2 DISTRIBUIÇÃO DA DOENÇA POR FAIXA ETÁRIA

≥ 15 anos (85%)	{ 90% Tuberculose pulmonar 10% Extra pulmonar	70% Baciloscopia positiva
		30% Baciloscopia negativa
< 15 anos (15%)	{ 75% Tuberculose pulmonar 25% Extra pulmonar	20% Baciloscopia positiva
		80% Baciloscopia negativa

2.16.3 APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Podemos detectar casos sintomáticos através de um sistema de pontuação organizado pelo Ministério da Saúde (Quadro 1), o que representa 50% dos diagnósticos de tuberculose na infância. Como sintomas temos febre, habitualmente moderada, persistente por mais de 15 dias, tosse seca ou produtiva, inapetência com perda ou estacionamento do peso.

Artralgia, eritema nodoso e conjuntivite flictenular são sintomas pouco frequentes que se relacionam com hipersensibilidade.

Deve ser sempre lembrada nos casos de pneumonia de evolução lenta sem melhora com antimicrobianos para germes comuns. As crianças geralmente adoececem de formas primárias da doença, com apresentação clínica e radiográfica diferentes da TB de re-infecção.

Muitas vezes, a tuberculose na criança é detectada através dos exames dos contatos (Quadro 2).

2.16.4 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

Os casos de tuberculose extrapulmonar podem cursar com poucos sintomas gerais e variar de acordo com a localização. As apresentações mais comuns são:

- 1. TB ganglionar** – Linfadenomegalia mais frequentemente cervical, geralmente unilateral de evolução lenta, endurecida com tendência à fistulização.
- 2. TB Pleural** – Síndrome de Derrame Pleural.
- 3. Meningoencefalite tuberculosa** – Febre, irritabilidade, paralisia de pares cranianos, sinais de hipertensão intracraniana, convulsões, entre outros. Às vezes com sintomas de instalação insidiosa, sub-aguda.
- 4. Osteoarticular** – A localização mais comum é na coluna vertebral (Mal de Pott), podendo

acometer quadril, joelho e raramente pequenas articulações. A dor é o sintoma mais frequente, às vezes acompanhada de posição antálgica, às vezes paraplegias, gibosidade e fistulização.

2.16.5 DIAGNÓSTICO

Por se tratar de forma paucibacilar o diagnóstico é fundamentado basicamente no quadro clínico radiológico, na história epidemiológica de contato com adultos bacilíferos e PPD (Quadro 1).

- **Radiografia de tórax** – Na tuberculose pulmonar as imagens mais sugestivas são: adenomegalias hilares, mediastinais, e/ou paratraqueais, pneumonias com qualquer aspecto radiológico de evolução lenta, padrão miliar e síndrome do lobo médio. Em adolescentes os aspectos são semelhantes aos de adultos: opacidades pulmonares nos terços superiores, cavitações e disseminação brônquica.

- **Teste tuberculínico - PPD** – Deverá ser interpretado como sugestivo de infecção pelo *M. tuberculosis*. Quando superior a 10 mm em crianças não vacinadas com BCG ou vacinadas a mais de dois anos ou quando o resultado for superior a 15 mm em vacinados a menos de dois anos

Baciloscopia e cultura de escarro nas crianças maiores de 5-6 anos que consigam expectorar, além disso, podemos fazer uso de lavado gástrico, que hoje pode ser realizado ambulatorialmente com o mesmo rendimento dos realizados com a criança internada, broncoscopia com Lavadobroncoalveolar (LBA) indicada nos casos onde o diagnóstico diferencial é imperativo e nos casos de atelectasia, punções (aspirativas, LCR), Ressonância Magnética Nuclear (RMN), tomografia de tórax.

Obs.: Culturas para *BK* de todos os espécimes e *TSA* (quando necessário) são realizadas pelo Núcleo de Doenças Infecciosas (NDI / UFES) e pelo Laboratório Central (LACEN).

QUADRO 1 – Diagnóstico de tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes sem confirmação bacteriológica.

Quadro Clínico – radiológico	Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico e vacinação BCG	Estado Nutricional	
Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese >2 semanas (Adicionar 15 pts)	Adenomegalia ou padrão miliar: * Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas * Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado >2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns (Adicionar 15 pts)	Próximo, nos últimos 2 anos (Adicionar 10 pts)	Vacinação há mais de 2 anos: * < 5 mm (0 pt) * 5 mm a 9 mm (adicionar 5 pts) * 10 mm a 14mm (adicionar 10 pts) * 15mm ou mais (adicionar 15 pts)	Desnutrição grave ou peso abaixo do percentil 10 SISVAN** (Adicionar 5 pts)
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas (0 pts)	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas (Adicionar 5 pts)		Vacinados há menos de 2 anos * < de 10 mm (0 pt) * 10 mm a 14mm (Adicionar 5 pts) * 15 mm ou mais (Adicionar 15 pts)	Peso igual ou acima do percentil 10 (0 pts)
Infecção respiratória com melhora após uso de antibiótico para germes comuns ou sem antibióticos (Subtrair 10 pts)	Radiografia normal (Subtrair 5 pts)	Ocasional ou negativo (0 pts)	Não vacinados * < de 5 mm (0 pts) * 5 a 9 mm (Adicionar 5 pts) * 10 mm ou mais (Adicionar 15 pts)	Peso igual ou acima do percentil 10 (0 pts)

Legenda: pts= pontos ; esta interpretação não se aplica a revacinados em BCG ; **SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (MS/1997)

Interpretação: * Maior ou igual a 40 pontos: diagnóstico muito provável

*30 a 35 pontos : diagnóstico possível

*Igual ou inferior a 25 pontos : diagnóstico pouco provável

2.16.6 PREVENÇÃO

Vacinação BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), o mais precoce possível, idealmente antes da alta da maternidade, com boa eficácia na proteção dos casos de TB miliar e no Sistema Nervoso Central.

O Ministério da Saúde suspendeu recentemente a aplicação da segunda dose da BCG aos 6 anos em todo o país, ficando a revacinação apenas para lactentes que não apresentam cicatriz BCG após 6 meses da vacinação.

QUIMIOPROFILAXIA (QP)

Isoniazida 10 mg/Kg/dia (dose máxima 300 mg/dia). Indicada nas seguintes situações:

■ Quimioprofilaxia primária

Os recém-nascidos contatos de bacilíferos não devem ser vacinados com BCG e Isoniazida 10mg/Kg deve ser iniciada. No terceiro mês de vida, realiza-se PPD se ≥ 5 mm mantêm-se até 6º mês. Se PPD não reator, ou seja < 5 mm, suspender QP e vacinar com BCG. As mães devem ser orientadas a usar máscara durante amamentação. Não há contra-indicação para o aleitamento por mães que estejam em tratamento de TB com esquema I.

■ Quimioprofilaxia secundária (Quadro 2)

Nos contatos de tuberculose com menos de 15 anos assintomáticos onde a doença tenha sido descartada, considerando a reação ao PPD:

- PPD ≥ 10 mm nos não vacinados com BCG

ou vacinados há mais de dois anos.

- PPD \geq 15 mm nos vacinados com BCG há menos de dois anos.

Em crianças com risco de adoecimento por tuberculose: HIV +, neoplasias, diabetes, linfomas, uso de drogas imunossupressoras, doença renal grave, entre outras, com PPD \geq 5 mm.

2.16.7 TRATAMENTO

- **Esquema I** (para casos novos, duração de seis meses): Rifampicina 2%, 10 mg/Kg/dia; Isoniazida 100mg, 10 mg/Kg/dia; PZA 3%, 35mg/Kg/dia. A partir do 3º mês suspende-se a PZA.
- **Esquema II** (para meningoencefalite): também indicado o Esquema I, o que difere é a duração que neste caso é de 9 meses, o acréscimo de corticóide ao tratamento (duração de 1 a 4 meses), e a dose de Rifampicina e Isoniazida

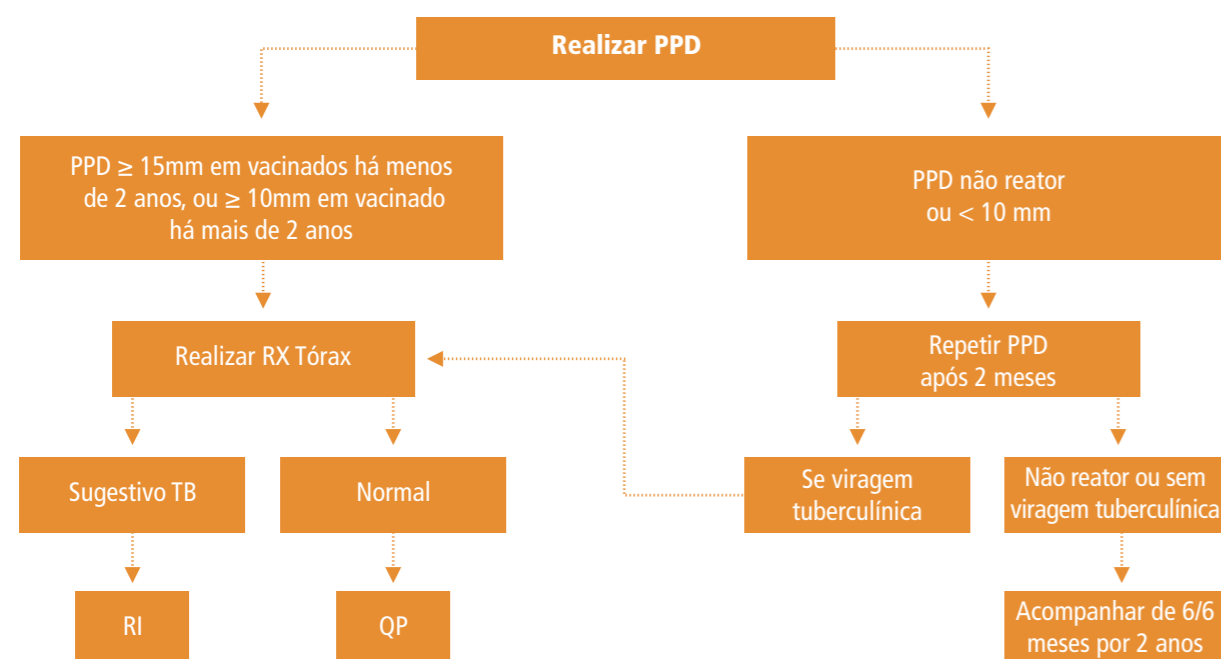
deverá ser dobrada nos dois primeiros meses de tratamento.

- **Esquema IR** (usado para recidiva no período menor que 5 anos e no retorno após abandono do tratamento por mais de 30 dias): Esquema I acrescentado de Etambutol (35 mg/Kg/dia).

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

- Nos casos de suspeita de resistência devemos solicitar TSA e só então trocamos o esquema se a situação clínica permitir.
- Ajuste de dose deve ser feita nas seguintes situações: nefropatias e hepatopatias.
- Devemos lembrar das interações medicamentosas, principalmente com rifampicina.
- Para os pacientes com co-infecção HIV/TB sugerimos consulta ao consenso de AIDS do Ministério da Saúde (Tratamento de TB em pacientes com AIDS).

QUADRO 2 – Investigação de comunicantes assintomáticos menores de 15 anos





3 VIOLÊNCIA

A violência é um fenômeno que vem adquirindo cada vez mais importância na sociedade brasileira e que tem atingido, indistintamente vários grupos sociais, instituições e faixas etárias da população.

Os estudos sobre a violência urbana têm mostrado que é um fenômeno multicausal e depende tanto de fatores econômicos, sociais e culturais.

A violência apresenta várias expressões e sujeitos envolvidos, ocorrendo nas ruas, nas escolas, nas instituições e principalmente, no seio familiar, onde também os dados são alarmantes, mostrando abuso do poder disciplinador e coercitivo do adulto sobre a criança e o adolescente.

3.1 CATEGORIAS DA VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA FÍSICA

- É qualquer ação, única ou repetida por um adulto sobre uma criança ou adolescente e que lhe cause dano físico, mesmo que leve;

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

- É quando existe a intervenção do adulto, depreciando uma criança, causando-lhe grande constrangimento e sofrimento mental;
- São seis as formas mais praticadas: isolar, rejeitar, aterrorizar, ignorar, corromper, produzir expectativas irreais ou extremadas;

NEGLIGÊNCIA

- Consiste na omissão em prover as necessidades físicas, emocionais e sociais de uma criança ou adolescente;
- Casos como a não garantia de educação prevista por lei e falhas no alimentar e vestir adequadamente os filhos são alguns exemplos e negligência;

VIOLÊNCIA SEXUAL

- É todo ato ou jogo sexual ou relação homossexual, entre um adulto que tenha laços de consanguinidade, de afinidade ou de responsabilidade com uma criança ou adolescente menor de dezoito anos, tendo por finalidade estimular sexualmente as mesmas ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sem contato físico, com ou sem emprego de força física;

- Um dado relevante com relação à violência sexual, é que em 85-90% dos casos os agressores são pessoas conhecidas da criança, geralmente pai, padrasto ou outra pessoa com quem tem laços de confiança e afeto;

- Desta forma, é um fenômeno complexo que deve ser combatido de forma sistemática e rigorosa, pois o que está em jogo é a vida de uma criança e adolescente;

FORMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

- **Abuso Sexual:** acontece com ou sem abuso físico, e consiste em toda ação em que a criança é usada para satisfação sexual de pessoas mais velhas.
- **Assédio Sexual:** caracteriza-se por propostas de relações sexuais. Nesses casos, crianças e adolescentes são chantageadas e ameaçadas pelos autores da agressão.
- **Exploração Sexual:** é a forma de violência sexual caracterizada pelos fins comerciais, tais como: turismo sexual, pornografia e prostituição.

Todos os tipos de violência sexual são uma violação dos direitos humanos da criança e do adolescente. São atos que devem ser identificados e denunciados.

3.2 SINAIS DE ALERTA

Existem alguns sinais de alerta que podem subsidiar os profissionais da saúde na identificação das diversas modalidades de violência, como:

VIOLÊNCIA FÍSICA

- **Indicadores físicos da criança**
 - Lesões físicas como queimaduras, feridas e fraturas;
- **Comportamento da criança:**
 - Agressiva;
 - Apática;
 - Hiperativa;
 - Depressiva;
 - Teme aos pais;
 - Foge constantemente de casa;
 - Problemas de aprendizagem;
- **Características da família:**
 - Oculta as lesões ou as justifica de forma

contraditória;

- Descreve a criança como má ou desobediente;

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

■ Indicadores físicos da criança:

- Problemas de saúde, obesidade, urinar na roupa e na cama, chupar dedo;
- Comportamento da criança:
- Problema de aprendizagem;
- Apático;
- Tendência suicida;
- Problemas com o sono;

■ Características da família:

- Rejeita a criança, aterroriza, ignora, isola, corrompe, produz expectativas irreais;

NEGLIGÊNCIA

■ Indicadores físicos da criança:

- Crescimento deficiente, fadiga constante, pouca atenção;

■ Comportamento da criança:

- Hiper ou hipoatividade, comportamentos regressivos, atrasos na escola e nas consultas médicas;

■ Característica da família:

- Apática e passiva;
- Pode usar álcool e drogas;
- Desleixo;

VIOLÊNCIA SEXUAL

■ Indicadores físicos da criança:

- Dificuldade de caminhar;
- Infecções urinárias;
- Secreções vaginais ou penianas;
- Dificuldades de urinar ou deglutir;
- Comportamento da criança:
- Vergonha excessiva;
- Autoflagelação;
- Comportamento sexual inadequado para a sua idade;
- Tendência suicida;
- Fugas constantes de casa;
- Alternância de humor e medo de lugares fechados;

■ Característica da família:

- Crê que o contato sexual é uma forma de amor sexual;
- Promiscuidade ou sedução sexual;
- Abusa de álcool e drogas;

- O perpetrador pode ter sofrido abuso na infância;
- Possessividade com a criança;

■ Demais sintomas:

- Conhecimento e interesse precoce por assuntos relacionados ao sexo;
- Manifestação precoce da sexualidade;
- Medo ou pânico de certas pessoas;
- Oscilação no humor entre retraída e extrovertida;
- Choro excessivo sem causa aparente;
- Dificuldade de relacionamento em grupo e isolamento social;
- Comportamento auto-destrutivo ou suicida;
- Roupas íntimas ragadas ou manchadas;
- Freqüentes fugas de casa;
- Dificuldade de concentração e aprendizagem resultando em baixo rendimento escolar;
- Marcas físicas constantes, como hematomas, lesões ou sangramentos;
- Queixa de dores, coceiras, corrimentos e outras secreções nos órgãos genitais.

Se a criança e adolescentes próximos a você apresentam alguns desses sintomas, pode ser um caso de violência sexual.

3.3 ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

- Mapear a rede de serviços existentes na cidade que atua no enfrentamento à violência doméstica, para conhecimento das suas atribuições e possíveis encaminhamentos;
- Notificar os casos segundo as modalidades de violência apresentadas;
- Atentar para as falas, os gestos, comportamentos e expressões das crianças e adolescentes como sinalizadores da relação que ela estabelece com o mundo e com outro, para reunir elementos que possam apontar para um possível diagnóstico da violência;

- Encaminhar quando indicado, a criança ou adolescente para atendimento especializado e programas sociais específicos;
- Comunicar imediatamente ao Conselho Tutelar do município os casos identificados de violência doméstica;
- Criar um espaço multidisciplinar de discussão e intervenção junto aos casos diagnosticados de violência doméstica;
- Acessar a rede de proteção existente na cidade, para o devido apoio psicossociais a grupos de famílias vítimas, fortalecendo a rede de assistência em torno dessas famílias;
- Acompanhar permanentemente os casos de crianças e adolescentes vitimados junto à rede de serviços para qual foram encaminhados, junto à família e a comunidade local.

3.4 REDE DE PROTEÇÃO EXISTENTE NA CIDADE

- **PAVIVIS - Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual / Sentinela**
 - Endereço: Hospital Universitário Cassiano

Antônio de Moraes – HUCAM – Ambulatório de Ginecologia – casa 2;
 • Telefone: (27) 3335.7184;

- **Conselho Tutelar de Vitória**

- Centro: Av. Marcos de Azevedo, 334 – Parque Mosquoso – Vitória/ES;
- Telefone: (27) 3132.7058 / 3132.7059;
- Maruípe: Av. Leitão da Silva, 2580 – Santa Luzia – Vitória/ES;
- Telefone: (27) 3315.4983;

- **DPCA - Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente**

- Av. Florentino Avidos, 100 – Térreo da Vara de Infância e Juventude – V. Rubim, Centro – Vitória;
- Telefone: (27) 3132.1917 / 3132.1916

- **CEAV - Centro de Atendimento a Vítima de Violência**

- Rua Deoclecio de Oliveira, 18 – Centro – Vitória;
- Telefone: (27) 3222.4646

- **Promotoria de Justiça da Infância e Juventude**

- Telefone: (27) 3233.8991

- **Rede Criança de proteção à criança e adolescente**

- Telefone: 0800 395055

- **CONCAV – Conselho Municipal da Criança e do Adolescente de Vitória**

- Telefone: (27) 3382.6179 / 3382.2265;

- **CAPS INFANTIL HUCAM**

- Telefone: (27) 3335.7428 / De 02 a 17 anos
- Transtorno mental grave. Atende só a Região de Maruípe.

- **CENTRO DE PSICOLOGIA APLICADA**

- Telefone: UFES – 3335.2509
- Atende criança.

- **DISQUE DENÚNCIA: 100**

- **Vara Especializada da Infância e Juventude**

- Endereço: Av. Florentino Avidos, 100 – Vila Rubim
- Telefone: 3222.5077 / 3223.0527

3.5 NOTIFICAÇÃO

(Formulário para notificação em ANEXOS)

Considerando o Estatuto da Criança e do Ado-

lescente (lei 8.069/90), a notificação compulsória de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes, no Sistema Municipal de Saúde, seguirá o seguinte fluxo:

- I. O preenchimento ocorrerá no serviço de saúde onde foi atendida a criança ou o adolescente;
- II. A primeira via da ficha de notificação ficará no serviço de saúde onde foi atendida a criança ou o adolescente;
- III. A segunda via da ficha de notificação será remetida para o Conselho Tutelar;
- IV. A terceira via da ficha de notificação será remetida para o Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde;

A notificação deve ser entendida como um instrumento de proteção e o início de um processo de informação que tem como finalidade maior o acompanhamento integral da criança ou adolescente. A notificação não deve ser entendida como uma denúncia e nem ser um fim em si mesma. O fato de notificar uma situação observada não significa o término do processo e não desobriga do acompanhamento e avaliação constante da situação.



4

INTOXICAÇÕES
AGUDAS
NA CRIANÇA

4.1 INTRODUÇÃO

As intoxicações agudas exógenas constituem uma porcentagem importante dos atendimentos nos Serviços de Urgência dos Hospitais Pediátricos ou Serviços de Pediatria. Um número significativo de casos é atendido inicialmente nas estruturas de saúde locais. As medidas aqui defini-

das e instituídas, bem como as previstas para o transporte, podem ser cruciais. Informação escrita com a história clínica e medidas já tomadas deverão sempre acompanhar o paciente encaminhado ao hospital.

O médico deve estar preparado para tratar de forma imediata o doente e não o tóxico, qualquer que seja o seu local de atuação.

4.2 EPIDEMIOLOGIA

Casos registrados de Intoxicação Humana e em crianças menores de 10anos, por faixas etárias. TOXCEN, 2005.

Agente/Tipo de solicitação	Humana	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos
Medicamentos	2411	119	647	184
Agrotóxico-agrícola	539	5	29	10
Agrotóxico-domiciliar	187	6	41	9
Produto veterinário	36		7	2
Raticidas	94	2	21	2
Prod uso domiciliar	627	18	334	36
Cosméticos	98	8	51	6
Produto químico	338	12	106	25
Metais	25	2	10	2
Drogas de abuso	1235		1	5
Plantas	239	7	100	55
Alimentos	367	7	42	35
Animal peçonhento – cobra	129	1	7	9
Animal peçonhento – aranha	71		4	
Animal peçonhento – escorpião	149		14	24
Outros animais peçonhentos	277	2	29	47
Animais não peçonhentos	287	11	37	39
Outro	57	4	13	11
DesDesconhecido	482	11	90	51
Total geral	7648	215	1583	559

No Brasil, assim como no Espírito Santo, os dados sobre intoxicações estão concentrados nos Centros de Controle de Intoxicações distribuídos pelo país. Esses dados são compilados, analisados e divulgados pelo Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica (SINITOX-FIOCRUZ), órgão do Ministério da Saúde. No ano de 2002, foram reunidos nesta base de dados, 75.212 exposições tóxicas (25,4% em crianças menores de cinco anos de ida-

de) e 375 óbitos sendo 31 nesta faixa etária.

Em 2005, o TOXCEN (Centro de Atendimento Toxicológico do ES) registrou 7.648 casos de intoxicação humana em geral com 29 óbitos.

- Crianças menores de 10 anos contribuíram com 2.357 casos de intoxicação (30,8%) e três óbitos (10,3%).

- A faixa etária de 1-4 anos foi a mais vulnerá-

vel, contribuindo com 1.583 casos (20,7%).

- Alguns agentes variaram ao longo dos anos, mas os medicamentos continuam a ocupar o primeiro lugar. Os principais agentes responsáveis por intoxicação na faixa etária de 0-9 anos foram os medicamentos com 950 casos (39,4%), os produtos de uso domiciliar 388 notificações (16%) e as plantas tóxicas com 162 (6,7%).
- A principal circunstância foi a acidental representado por cerca de 60% dos casos em, principalmente, crianças entre 1- 5 anos, refletindo a propensão do desenvolvimento sociopsicomotor.
- Chama a atenção o registro de cinco casos de tentativa de suicídio entre 5-9 anos.
- Dos 100 casos de intoxicação por agrotóxicos, houve predomínio de agrotóxicos de uso domiciliar, principalmente nos menores de cinco anos.
- Dentre os 144 casos de acidentes por animais peçonhentos, os acidentes por escorpiões foram relevantes, contribuindo com 26,4% dos envenenamentos; por serpentes com 11,8% e por aracnídeos, 7,6% dos relatos, nos menores de 10 anos de idade.
- Os óbitos (3) ocorreram entre 4-7 anos devido a picadas por escorpiões e, na idade de 9 anos, por um animal desconhecido.

4.3 QUANDO SUSPEITAR

Quadros de início súbito, sem motivo evidente, com história inconsistente ou bizarra, sobretudo se existe antecedente de intoxicação. Criança encontrada inconsciente ao lado de frascos de medicamentos ou de produtos tóxicos. Alterações psíquicas agudas com delírios ou alucinações, depressão neurológica, secra da boca ou hipersalivação, miose ou midríase. Todas as emergências com sintomatologia estranha.

4.4 CONCEITOS BÁSICOS

- **Toxicologia** - ciência que estuda os efeitos tóxicos das substâncias químicas sobre o organismo vivo.
- **Intoxicação** – caso em que após a exposição

a um determinado tipo de produto e/ou substância química há aparecimento de alterações bioquímicas, funcionais e/ou sinais clínicos compatíveis com o quadro de intoxicação.

- **Exposição** – quando há uma exposição a um determinado tipo de produto e/ou substância química, mas não se evidencia alterações bioquímicas, funcionais e/ou sinais clínicos compatíveis com um quadro de intoxicação.
- **Reação adversa** – inclui todas as situações ou manifestações clínicas de efeitos adversos (colaterais) de medicamentos isolados ou em associação quando utilizados dentro dos limites de doses terapêuticas propostas para o mesmo. Incluem-se aqui desde manifestações discretas (mal estar, desconforto gástrico p.ex.) até quadros com reações idiossincrásicas graves e anafilaxia.

4.5 MEDIDAS GERAIS

4.5.1 IDENTIFICAÇÃO DO TÓXICO

Dentro do possível, é conveniente tentar estabelecer qual foi o produto envolvido (farmacêutico, não farmacêutico ou droga ilícita), há quanto tempo ocorreu a exposição (menos ou mais de uma hora); a dose estimada (tóxica ou não tóxica), composição, peso da criança, a via de exposição (na grande maioria das vezes, ocorre por ingestão de um único produto); se a exposição foi acidental ou intencional (mais grave); onde ocorreu (em casa, na casa do vizinho, em terreno baldio, em festas, etc.); quem estava cuidando da criança; o que foi feito; o estado do paciente (com ou sem manifestações clínicas); se há necessidade de encaminhamento para uma sala de emergência; se há indicação de medidas de descontaminação; e se há necessidade de triagem laboratorial. Sendo a quantidade muitas vezes difícil de avaliar, deverá ter-se em conta a quantidade máxima que poderá ter sido ingerida, vendo o que ainda resta. É importante questionar sobre todas as substâncias que possam ter estado ao alcance da criança.

Um exame físico cuidadoso poderá facilitar a identificação da substância envolvida, com foco nos sinais vitais, temperatura, estado de hidratação, tamanho e resposta pupilar à luz, exame neurológico e reflexos, na tentativa de caracterizar uma das síndromes tóxicas (ver no final deste capítulo).

4.5.2 MEDIDAS DE SUPORTE

As medidas iniciais serão sempre assegurar a via aérea (A), respiração (B) e circulação (C). A depressão do sistema nervoso central é freqüente com alguns tóxicos, podendo levar a comprometimento da via aérea, falência respiratória ou aspiração. Entubar, se necessário, sobretudo pacientes em coma ou com depressão SNC, principalmente se vão ser submetidos à lavagem gástrica e/ou carvão ativado. É importante destacar que a criança tem maior risco de desidratação, e a reposição volêmica deve ser prontamente iniciada se há comprometimento da qualidade dos pulsos distais ou aumento do tempo de enchimento capilar. Os limitados estoques de glicogênio no lactente e pré-escolar aumentam os riscos de hipoglicemia após exposição tóxica.

4.5.3 PREVENÇÃO DA ABSORÇÃO

4.5.3.1 DESCONTAMINAÇÃO CUTÂNEA

Remover roupas contaminadas. Lavar a pele exposta com água corrente por 15 minutos, atentando para as áreas retroauricular, umbilical, axilar, couro cabeludo, subungueal e pubiana. As substâncias oleosas podem ser retiradas com água e sabão

4.5.3.2 DESCONTAMINAÇÃO OCULAR

Lavar cuidadosamente os olhos com as pálpebras abertas, em água corrente ou soro fisiológico por vários minutos. A lavagem sempre deverá ser no sentido medial-lateral, com a cabeça lateralizada para evitar o comprometimento do outro olho. Encaminhar para avaliação oftalmológica.

4.5.3.3 DESCONTAMINAÇÃO GASTRINTESTINAL

Em geral, a maioria dos produtos líquidos é quase completamente absorvida dentro de 30 minutos da ingestão, e a maioria das apresentações sólidas dentro de 1 a 2 horas. A descontaminação gastrointestinal após este período só tem valor no caso de substâncias que retardam o esvaziamento gástrico, como barbitúricos, anticolinérgicos e antidepressivos tricíclicos.

A. Indução de vômito (emese) – Detergente de pH neutro (cozinha) na dose de 2 colheres de sopa. Oferecer 1-2 copos de água antes.

É mais eficaz que a lavagem gástrica na eliminação do conteúdo gástrico.

Contra-indicações: ingestão de cáusticos (álcalis ou ácidos), hidrocarbonetos (derivados de petróleo), depressores do SNC, agentes convulsivantes, crianças menores de 6 meses e gestantes no último trimestre de gestação.

B. Outras medidas usadas a nível hospitalar: lavagem gástrica (LG), carvão ativado (CA) e Catárticos.

4.5.4 AUMENTO DA ELIMINAÇÃO

As técnicas de eliminação ativa (irrigação intestinal, diálise, hemodiálise, hemoperfusão com carvão, alcalinização urinária), têm papel limitado, estando reservadas para meio hospitalar nas situações em que exposições prolongadas a altas concentrações de tóxico são potencialmente graves tais como nos casos de instabilidade hemodinâmica, convulsões não controláveis, falência de órgão.

4.6 PRINCIPAIS SÍNDROMES TÓXICAS

4.6.1 SÍNDROME COLINÉRGICA

Sinais comuns	Agentes comuns
Salivação	Inseticidas organofosforados
Lacrimejamento	Carbamatos
Broncorréia	Cogumelos
Miose	
Fasciculações musculares	
Taquicardia ou bradicardia	
Hipertensão	
Vômitos	
Diarréia	
Convulsão	

4.6.2 SÍNDROME ANTICOLINÉRGICA

Sinais comuns	Agentes comuns
Midríase	Atropina
Taquicardia	Antidepressivos tricíclicos.
Hipertermia	Antipsicóticos
Pele quente e seca	Anti-histamínicos
Delírio/alucinações	Antiespasmódicos
Retenção urinária	Escopolamina (hioscina)
Mioclonia	Plantas e cogumelos

4.6.3 SÍNDROME OPIÓIDE, SEDATIVA

Sinais comuns	Agentes comuns
Depressão respiratória	Narcóticos opióides
Miose	Benzodiazepínicos
Hipotensão	Barbitúricos
Bradycardia	Descongestionante tópico
Hipotermia	Etanol
Hiporreflexia	Metanol
Sonolência	

4.6.4 SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL

Sinais comuns	Agentes comuns
Hipertonia	Metoclopramida
Espasmos musculares	Bromoprida
Crises oculógiras	Domperidona
Opistótono	Haloperidol
Sinal da roda dentada	Fenotiazínicos
Catatonía	Bloqueadores dopaminérgicos D2
Acatísia	
Choro monótono	
Mímica facial pobre	

4.6.5 SÍNDROME SIMPATOMIMÉTICA

Sinais comuns	Agentes comuns
Taquicardia	Cocaína
Hipertensão	Anfetamina
Hipertermia	Ecstasy
Delírio	Descongestionantes sistêmicos
Midríase	Teofilina
Arritmias	
Convulsão	

4.6.6 SÍNDROME DE METEMOGLOBINEMIA

Sinais comuns	Agentes comuns
Cianose	Sulfonas
Taquicardia	Anilina e derivados
Astenia	Sulfonamidas
Dificuldade respiratória	Nitratos e nitritos
Depressão neurológica	Anestésicos locais
Irritabilidade/Convulsão	Fenazopiridina

4.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal tratamento das exposições tóxicas é a prevenção. Criar um ambiente seguro para o desenvolvimento das crianças é essencial. É fundamental que os pediatras eduquem os pais e outros cuidadores a respeito dos riscos potenciais de intoxicação, sobre como tornar "à prova de veneno" o ambiente de uma criança, e o que fazer se uma intoxicação ocorrer, diminuindo assim a probabilidade de grave morbidade ou mortalidade. Em vista dos dados apresentados, é imperioso que o projeto de Lei nº 4841-A/94, em tramitação no Congresso Nacional, visando a adoção, a exemplo do que ocorre em muitos países, da Embalagem Especial de Proteção à Criança (EEPC) em medicamentos e produtos químicos de uso doméstico que apresentem potencial de risco à saúde seja aprovada. E que tenham sempre disponível o número do Centro de Atendimento Toxicológico para consulta a qualquer hora.

O TOXCEN-ES é um serviço da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, localizado no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, em Vitória. Tem como finalidades: difundir à população, informações técnicas atualizadas, proporcionando novos rumos e melhoria da qualidade do atendimento aos intoxicados, reduzindo assim os índices de mortalidade; produzir conhecimento toxicológico para comunidade científica; avaliar e cadastrar os agrotóxicos a serem utilizados no Estado; atuar como referência médica do SINAN nas notificações por agrotóxicos e picadas por animais peçonhentos; gerar estudos epidemiológicos para embasar políticas públicas e promover ações objetivando a prevenção dos acidentes toxicológicos além de capacitar profissionais com habilidades em proceder ao diagnóstico e o tratamento adequado de pacientes atendidos nos inúmeros serviços de urgência e emergência no Espírito Santo e outros estados.

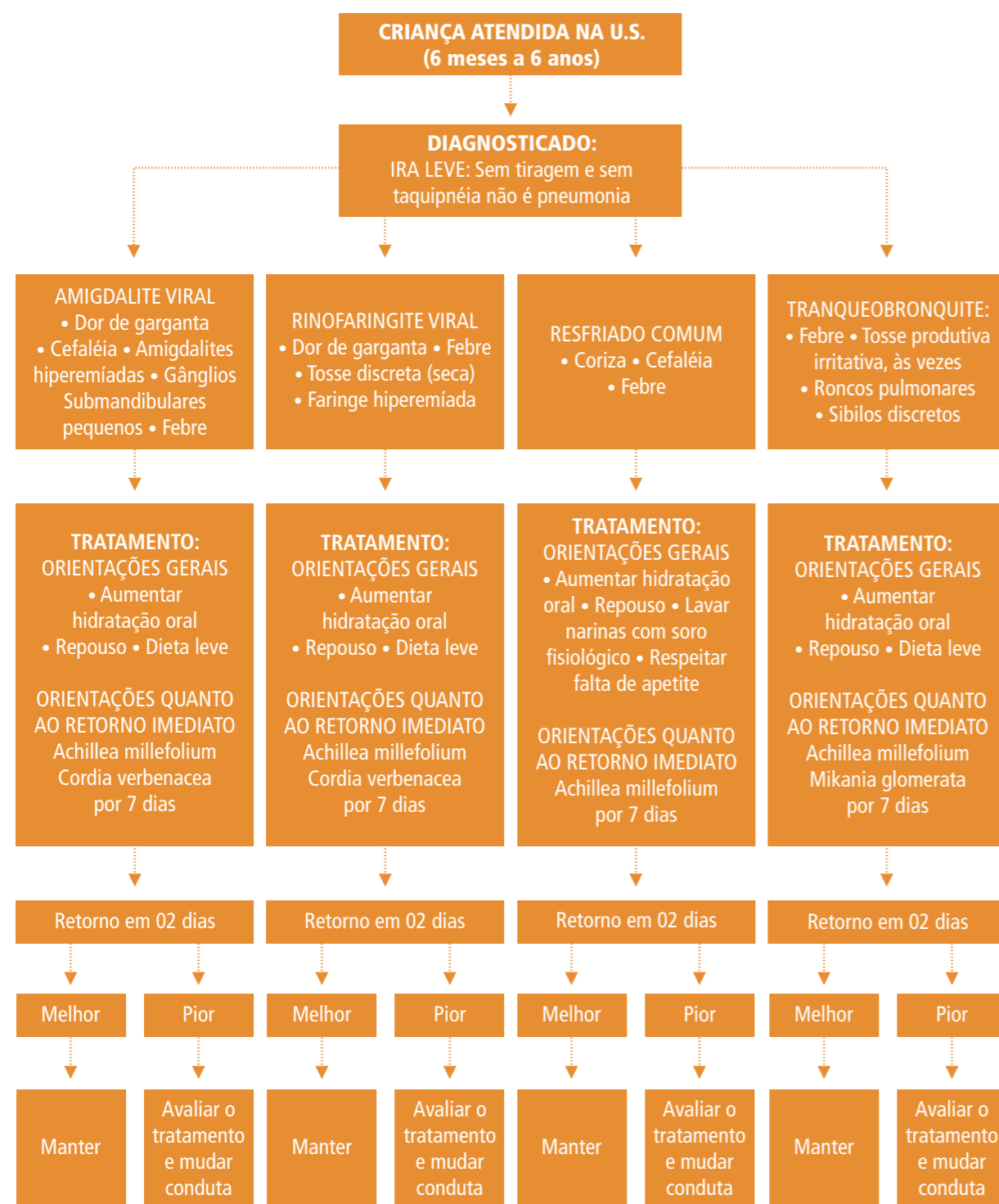
Este serviço que presta atendimento telefônico em casos de intoxicação, funciona em regime de plantão 24 horas, mantém uma equipe de médicos, psicólogo, enfermeiro, plantonistas acadêmicos de medicina, estagiários acadêmicos de enfermagem e farmácia.

Atendimento 24 horas
0800 2839904 / 31372400



5 **FITOTERAPIA PARA**
CRIANÇAS
DE 0 A 10 ANOS

5.1 FLUXOGRAMA DA PRESCRIÇÃO DE FITOTERÁPICOS NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES NAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS LEVES



NOME: MIL-FOLHAS

Nome científico:

Achillea millefolium L.

Família:

Asteraceae (Compositae).

Parte usada:

Capítulo floral.

Indicação:

Usada em casos de resfriado comum, febre e processos inflamatórios em geral.

Ações farmacológicas:

- Antiinflamatória – óleos essenciais e flavonóides.
- Antiespasmódica – óleos essenciais e flavonóides.

Apresentação:

Tintura a 20%.

Administração:

ADULTOS:
30 a 50 gotas, diluídas em água, 3 vezes ao dia.

CRANÇAS:

6 meses a 3 anos: 10 a 15 gotas, diluídas em água, 3 vezes ao dia.
4 a 10 anos: 20 a 30 gotas, diluídas em água, 3 vezes ao dia.

Reações adversas:

Indivíduos sensíveis podem desenvolver reações alérgicas com o uso da mil-folhas, principalmente aqueles que são sensíveis a outras espécies da família Asteraceae/Compositae. Há casos relatados de dermatite de contato e irritação ocular. Em altas doses, os extratos dessa planta podem provocar vertigem e dor de cabeça. Pode provocar alterações do ciclo menstrual.

Contra-indicações:

Não usar durante a gestação e lactação.

NOME: ERVA BALEEIRA

Nome científico:

Cordia verbenacea D.C.

Família:

Borraginaceae.

Parte usada:

Folhas.

Indicação:

É indicado como antiinflamatório nas artralguas, bursites, tendinites, artroses e sinovites.

Ações farmacológicas:

- Antiinflamatória – artemetina (flavona) redução da permeabilidade vascular induzida por histamina.
- Protetor da mucosa gástrica.

Apresentação:

Tintura a 20%.

Administração:

- ADULTOS:
50 gotas, diluídas em água, 3 vezes ao dia.
- CRANÇAS:
6 meses a 3 anos: 10 a 15 gotas, 3 vezes ao dia.
4 a 10 anos: 20 a 30 gotas, 3 vezes ao dia.

Contra-indicação:

Não se aconselha seu uso durante a gestação e lactação.

NOME: GUACO

Nome científico:

Mikania glomerata Spreng.

Família:

Asteraceae (Compositae).

Parte usada:

Folhas.

Indicação:

Tosses agudas e crônicas, tranqueobronquites asmáticas e catarrais, em pacientes com bom estado geral.

Ações farmacológicas:

- Broncodilatador: Cumarinas.
- Expectorante: Óleo essencial.
- Relaxamento de músculos lisos do intestino e útero (extrato-alcoólico).
- Antiinflamatório.

Apresentação:

Tintura a 20%.

Administração:

- ADULTOS:
30 a 50 gotas, diluídas em água, 3 vezes ao dia.
- CRANÇAS:
6 meses a 3 anos: 10 a 15 gotas, 3 vezes ao dia.
4 a 10 anos: 20 a 30 gotas, 3 vezes ao dia.

■ **Reações adversas:**

Seu uso prolongado pode causar acidentes hemorrágicos. Quando utilizada em excesso (superdosagem) pode causar vômitos e diarreia.

■ **Contra-indicação:**

Evitar o uso durante a gestação e lactação. Evitar o uso concomitante com terapia anticoagulante.

5.2 ORIENTAÇÃO SOBRE O USO E PREPARO DE CHÁS E XAROPES CASEIROS

O uso de fitoterápicos caseiros é muito conhecido pela população de Vitória, de acordo com levantamentos que a coordenação do Programa de Fitoterapia da Secretaria de Saúde de Vitória vem realizando ao longo dos anos. Geralmente o emprego destes preparados à base de ervas medicinais é feito sem orientação de um profissional de saúde, com base apenas nos conhecimentos populares e tradicionais.

Este capítulo se destina a equipe de saúde com recomendações e sugestões em medicina fitoterápica e complementar, para ser utilizado em um número restrito de doenças, visando reorientar o uso caseiro de modo a dar mais critério ao uso popular e automedicação.

Segundo E. Buchbon, a experiência médica documentada mostrou ser equivalente a experimental, em teoria e observação. Então devemos estar atentos e sempre registrar as nossas condutas através do emprego de protocolos de segui-

mento e acompanhamento dos tratamentos fitoterápicos.

Abordaremos alguns aspectos do emprego e preparo de receitas caseiras com base em descrições de livros científicos e técnicos, elaborados por médicos e farmacêuticos e que consideramos necessários para automedicação consciente e responsável. Falamos disso por considerarmos que a automedicação exerce um papel importante no caso de doenças pediátricas leves.

A fitoterapia científica em pediatria deve ser coordenada pelo médico e conduzida e acompanhada pelos demais profissionais de saúde da equipe multidisciplinar.

Assim estas orientações foram solicitadas para que sejam repassadas aos pais de pacientes de 06 meses a 10 anos devido à grande aceitação da população aos tratamentos com ervas medicinais e que buscam na natureza a cura de diversos problemas de saúde.

5.2.1 PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES:

1. A qualidade da planta ou produto natural é fundamental, portanto é necessário conhecer a origem da planta, local do plantio, tipo de adubação, qualidade da água para irrigação; identificação botânica da planta, etc.
2. Se o produto for produzido em farmácia deve ter o nome científico da planta, parte utilizada, nome do responsável técnico, concentração, data de validade, endereço do local onde foi fabricado, telefone, CRF do farmacêutico.

3. Evitar o uso de vários chás ao mesmo tempo e o preparo com associação de mais de três plantas;
4. Utilizar os preparados no mesmo dia evitando guardá-los em geladeira por muitos dias, por exemplo.
5. Recomenda-se orientar as mães para o preparo de chás com o cuidado para lavar bem as plantas com água corrente, deixar de molho em preparado, na proporção de um litro de água, para 01 colher de água sanitária, durante uma hora e depois enxaguar em água filtrada. As folhas devem ser secas em local arejado para se evitar os fungos e guardadas em local fechado, com validade de três meses.
6. A infusão é o método mais simples de obtenção dos princípios ativos. Utiliza-se este modo de preparo para as partes delicadas das plantas (flores e folhas). Picar com as próprias mãos pedaços bem pequenos e colocar num recipiente preferencialmente de vidro, ágata ou barro. Ferver a água e jogar sobre as partes picadas. Tampar e deixar descansar por 10 a 15 minutos. Coar e beber morno. Evitar adoçar.
7. **Dosagem do preparo do chá:**
 - Água filtrada: uma xícara ou copo de 150 ml.
 - Planta picada em pedacinhos: 01 colher das de sopa bem cheia de planta fresca ou
 - 01 colher bem cheia das de chá de planta seca.
8. Os xaropes geralmente são utilizados popularmente para tratar crianças nos casos de tos-

se. Faz-se de diversas maneiras. A mais correta é fazer o chá e depois adicionar mel de abelhas ou calda de açúcar. Quando fervemos por muito tempo as plantas perdemos muito de seus princípios ativos e conseqüentemente não obteremos o resultado esperado. Receita caseira: duas xícaras de açúcar + 2 xícaras de água. Para o preparo da calda. Após a calda pronta e o fogo desligado, adicionar duas xícaras de folhas das ervas medicinais picadas. Abafar por 20 minutos. Coar as folhas. Guardar em vidro seco e limpo.

5.2.2 DOSAGENS DE CHÁS E XAROPES

Deve-se ter muito cuidado e não aconselho a oferta de fitoterápicos caseiros para bebês até três meses de vida, pois são muito sensíveis aos ativos de algumas plantas e a maioria dos pais e mães não respeitam as doses recomendadas.

De 3 a 12 meses dar 1/10 da dose do adulto, ou seja, 15 ml do infuso preparado ou 01 colher das de café do xarope, três a quatro vezes ao dia.

De um a seis anos dar 1/3 da dose de adulto, ou seja, 50 ml do infuso ou 01 colher das de chá do xarope de cada vez, três a quatro vezes ao dia.

De 7 a 10 anos dar a metade da dose do adulto, ou seja, 1/2 xícara das de chá do infuso ou 01 colher das de sobremesa do xarope, três a quatro vezes ao dia.

Obs.: Alguns fitoterápicos não estão mais disponíveis na rede.



6

ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO
DE TRABALHO

6.1 ACOLHIMENTO

- Os profissionais de saúde devem atender a todas as crianças, oferecendo uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética;
- A equipe deve ainda, fortalecer a relação com as famílias e crianças, através do respeito, solidariedade, possibilitando o vínculo com a equipe de saúde;
- Para tanto, objetivando a humanização no trato com a criança e família, os profissionais devem procurar estabelecer uma relação cordial, mantendo a motivação, disponibilidade e atenção para ouvir;
- O Acolhimento também tem por objetivo melhorar o atendimento prestado às crianças, tanto nas intercorrências clínicas quanto nas consultas eletivas e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- Ao acolher a criança, a equipe de saúde deve levar em conta a queixa relatada pela mãe e o olhar clínico, procurando classificar as situações de risco. Quanto menor a idade da criança doente, maior o risco de adoecer e ir a óbito.

6.2 UNIDADE DE SAÚDE

A Unidade de Saúde é a porta de entrada do Sistema de Saúde para o atendimento da criança.

6.2.1 COMPETÊNCIAS

CAPTAR CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS PARA ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

- Captar através de:**
 - Egresso de hospitais e das urgências;
 - Declaração de Nascidos Vivos, que é encaminhada às US pelas maternidades;
 - Agente Comunitário de Saúde, que acompanha as gestantes de seu território;
 - Visita à Sala de Vacinas pelo recém-nascido e sua família;
 - Presença do recém-nascido e sua família na US, por demanda espontânea;
 - Atividades educativas no grupo de gestantes;

- Encaminhamento do assistente social;
- Encaminhamento de escolas.

DESENVOLVER AS AÇÕES DE SAÚDE

- Acolhimento da criança na US;
- Atendimento da criança pela equipe de saúde de acordo com as prioridades estabelecidas no acolhimento: consulta imediata ou agendada, vacinas, nebulização, curativo, atendimento odontológico, etc;
- Atendimento integral da criança, envolvendo os diversos profissionais de saúde: pediatra, médico de família, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, psicólogo e assistente social;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças de 0 a 2 anos de idade do território: garantia de no mínimo 08 consultas de 0 a 1 ano e 03 consultas de 01 a 02 anos;
- Imunização de todas as crianças do território, de acordo com o calendário nacional de vacinação;
- Avaliação nutricional das crianças: nas consultas de puericultura, nas consultas de intercorrências e pelo agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares de rotina, e encaminhamento para os programas de recuperação nutricional existentes;
- Ações de promoção e tratamento da saúde bucal da criança;
- Coleta ou encaminhamento para coleta de exames laboratoriais;
- Ações de Educação em Saúde: reuniões com grupos de mães sobre assuntos referentes à promoção da saúde da criança (Grupos de Puericultura), reuniões com grupos de mães de crianças desnutridas, palestras na comunidade quando pertinente;
- Notificação para órgãos competentes de situações suspeitas de violência e negligência contra a criança;
- Encaminhamento da criança para unidades de cuidados secundários e terciários, quando pertinente;
- Informar a comunidade da existência de programas de assistência à criança na US (placas

indicativas em local visível, panfletos, carta de serviço da US, etc.);

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Reuniões

Deverão ser organizadas em cada território, seguindo o cronograma de puericultura.

Programação Mínima Sugerida

- Aleitamento materno;
- Caderneta de Saúde da Criança;

- Crescimento e desenvolvimento;
- Infecções respiratórias;
- Medidas de higiene pessoal e ambiental;
- Orientação para alimentação complementar;
- Prevenção de acidentes e intoxicações;
- Diarréias;
- Comportamento x relacionamento familiar;
- Higiene Bucal;
- Imunizações;
- Prevenção da violência física, psicológica e negligência.

6.2.2 EQUIPE DE SAÚDE

6.2.2.1 RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE

RESPONSABILIDADE	ATIVIDADES
VIGILÂNCIA NUTRICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar o crescimento e desenvolvimento Incentivar o aleitamento materno Combater as carências nutricionais Alimentar regularmente o SISVAN
IMUNIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Realizar esquema vacinal básico de rotina Buscar faltosos Realizar campanhas e intensificações Alimentar e acompanhar os sistemas de informação - PNI
ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA	<ul style="list-style-type: none"> Infecções respiratórias agudas, em menores de 5 anos Doenças diarreicas, em crianças menores de 5 anos Assistência a outras doenças prevalentes Atividades educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças Encaminhamento à referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário Realização ou referência para exames laboratoriais necessários
VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> Identificar sinais de alerta de violência física Encaminhar aos profissionais/órgãos competentes Notificar conforme Protocolo

6.2.2.2 CUIDADOS BÁSICOS COM A CRIANÇA

VISITA DOMICILIAR PRECOCE

PROFISSIONAL

- Enfermeiro
- Auxiliar / Técnico de Enfermagem
- ACS

ATIVIDADES

- Realizar a visita na 1ª semana de vida da criança, aproveitando o momento da visita puerperal;
- Identificar as necessidades da mulher: “O que a esta preocupando no momento?”
- Identificar situação familiar: “E a família como está?”
- Identificar as condições sócio-econômica cultural, renda, moradia, profissional, situação civil, religião;
- História de doença na família: pai, mãe, irmão, irmã, avós, tios;
- Dados do nascimento : peso, comprimento, perímetro cefálico, idade gestacional, capurro, APGAR, sorologia, tipo sangüíneo, tipo de parto;
- Alimentação da criança: estimular o aleitamento materno; orientar quanto à técnica de amamentação, avaliar as dificuldades encontradas pela mãe no tocante ao aleitamento, corrigir os problemas, reforçar os cuidados necessários;
- Desenvolvimento ponderal;
- Desenvolvimento Neuropsicomotor – DSPM, verificar a estimulação;
- Acidentes ocorridos;
- Funções de eliminação;
- Cuidados de higiene com todas as eliminações;
- Higiene oral e corporal, principalmente o coto umbilical;
- Higiene das roupas;
- Sono: onde, com quem, que tipo, etc;
- Estado vacinal – anotar e orientar;
- Verificar se realizou o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha;
- Intercorrências;
- Exame físico (pele, cabeça, face, tórax, abdome, genitália, reflexos, sinais de infecção, coto umbilical, secreção ocular);
- Levantamento de problemas (queixas);

Conduta:

- Registrar todas as informações na caderneta de saúde da criança e do prontuário familiar;
- Orientar quanto a levar a documentação para abertura do cadastro e prontuário da Unidade de Saúde;
- Encaminhar à 1ª consulta médica de puericultura;
- Orientar sobre os cuidados com a higiene da criança, principalmente o coto umbilical.

CADASTRAMENTO

PROFISSIONAL

- Auxiliar/Técnico de Enfermagem

ATIVIDADES

O cadastramento consiste na inclusão da criança no monitoramento pela equipe de saúde da família e pela equipe de saúde da Unidade de Saúde Básica.

No cadastramento:

- Preencher o cadastro da criança;
- Abrir o prontuário da criança;
- Fornecer a caderneta de Saúde da Criança, caso não tenha recebido na maternidade.

CONSULTA MÉDICA

PROFISSIONAL

- Médico

ATIVIDADES

- Realizar a 1ª consulta até o 10º dia de vida;
- Analisar as queixas referidas pela mãe;
- Avaliar as condições do parto e nascimento da criança;
- Questionar sobre o tipo de aleitamento, se existe complementação e identificar os problemas caso se façam presentes, verificar a pega;
- Avaliar o desenvolvimento pondero-estatural, através do peso, altura e medição do perímetro cefálico;
- Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor;
- Avaliar as situações de risco;
- Orientar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, imunização, cuidados com a higiene, sono e aspectos do desenvolvimento normal da criança;
- Orientar a mãe para que possa identificar os sinais de alerta e que na presença destes, procure a Unidade de Saúde;
- Orientar sobre o acompanhamento de pue-

ricultura, pela Unidade de Saúde;

- Estabelecer conduta adequada;
- Realizar os encaminhamentos necessários;
- Realizar os registros no prontuário da criança, caderneta de saúde da criança e outros impressos padronizados;

CONSULTA DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL

- Enfermeiro

ATIVIDADES

- Conforme periodicidade estabelecida na Puericultura;
- Anotar a idade da criança em meses e dias;
- Verificar e anotar o peso, comprimento/altura, perímetro cefálico e temperatura;
- Pesquisar e anotar a imunização, alimentação, sono, evacuações, micção e o desenvolvimento neuropsicomotor;
- Pesquisar e anotar as intercorrências desde o último comparecimento;
- Pesquisar e anotar as preocupações, se houver;
- Fazer exame físico;
- Orientar a mãe quanto aos cuidados necessários;
- Caso necessite, encaminhar para consulta médica;
- Encaminhar para a imunização, conforme calendário vacinal preconizado;
- Preencher o prontuário, os gráficos de peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento neuropsicomotor e a caderneta de saúde da criança;
- Reforçar a data do próximo retorno;
- Reforçar aleitamento materno e a introdução de novos alimentos a partir do 6º mês;
- Solicitar exames quando indicado (hemograma, EAS, urocultura e EPF).
- Prescrever ferro profilático conforme protocolo da SEMUS.

ACOMPANHAMENTO SOCIAL

PROFISSIONAL

- Assistente Social

ATIVIDADES

- Orientar a família para o acolhimento afetivo ao novo membro;

- Orientar quanto a importância do registro civil da criança o mais breve possível;
- Estimular uma relação próxima e afetiva da mãe com a criança através da amamentação e orientar sobre a importância da tranquilidade no ato de amamentar;
- Contribuir com a equipe da US no que se refere às orientações à família ou pessoa com vínculo afetivo com a criança, sobre os cuidados necessários;
- Contribuir com a equipe de saúde na orientação sobre o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha e na verificação da caderneta de saúde da criança;
- Informar a mãe sobre o auxílio natalidade, orientando como utilizá-lo em benefício da saúde da criança e à mãe trabalhadora sobre a licença maternidade;
- Identificar e trabalhar a relação familiar;
- Realizar estudo sócio-econômico das famílias;
- Avaliar a situação de risco pessoal e social que possa afetar a criança;
- Contribuir com a equipe no levantamento da história de doença da família, através das ferramentas do PSF;
- Orientar sobre os serviços oferecidos pela US e a rede de serviços locais;
- Fazer encaminhamento social quando necessário;-
- Investigar, registrar e encaminhar situações em que a criança esteja sendo desrespeitada em seus direitos;
- Mobilizar as famílias para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF;
- Atender as intercorrências sociais;
- Registrar todas as informações no prontuário da família;
- Reforçar quanto a importância do acompanhamento de puericultura;
- Fazer estudo e emitir laudo e/ou parecer específicos da área de Serviço Social;
- Estabelecer parcerias com as Organizações não Governamentais, Poder Público, Igrejas, Pessoa Jurídica, Física, etc, objetivando construir estratégias para contribuir com a saúde da criança;
- Contribuir com a equipe nas situações que demandem intervenção do Serviço social;
- Realizar atividades com pais/responsáveis

de Educação em saúde com as famílias beneficiárias do PBF;

- Fazer levantamento da demanda de Educação em Saúde e PBF, para planejamento, execução e avaliação das atividades;
- Trabalhar de forma coletiva e/ou individual os temas: afetividade, relações familiares, cuidados próprios, auto-estima, desenvolvimento da sexualidade infantil, violência doméstica, prevenção de acidentes, geração de renda, exercício dos direitos da pessoa humana, etc.

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

PROFISSIONAL

- Psicólogo e equipe

ATIVIDADES

Acolhimento

- Atendimento em grupo e/ou individual à criança e seus familiares para conhecimento e avaliação da demanda;
- Discussão do caso com equipe multiprofissional;
- Definição da estratégia de intervenção (atendimento individual, grupal, aos familiares, intervenção na escola, etc.)

PROFISSIONAL

- Psicólogo e equipe

ATIVIDADES

Atendimentos grupais

- Grupos operativos com média de seis crianças com objetivo de desenvolver atividades de promoção de saúde e trabalho com temas específicos,

PROFISSIONAL

- Psicólogo

ATIVIDADES

Atendimentos grupais

- Grupos terapêuticos com média de dez crianças, com objetivo de tratamento de

problemáticas pessoais.

PROFISSIONAL

- Psicólogo e equipe

ATIVIDADES

Atendimento familiar

- Atendimento aos familiares e crianças com vistas à resolução de situações conflituosas geradoras de sofrimento psíquico na criança, e questões psicossociais

PROFISSIONAL

- Psicólogo

ATIVIDADES

Atendimento psicoterápico individual

- Atendimento à criança em sessões de psicoterapia. Com prioridade aos transtornos mentais grave e uso indevido de drogas

PROFISSIONAL

- Psicólogo e equipe

ATIVIDADES

Participação em atividades de educação em saúde

- Participação junto a equipe multiprofissional para planejamento e realização de atividades em grupos de planejamento familiar, sexualidade, uso de drogas e outros temas relacionados à saúde da criança.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PROFISSIONAL

- Médico
- Enfermeiro
- Assistente Social
- Psicólogo
- Odontólogo
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- ACS

ATIVIDADES

- Realizar atividade com os pais ou responsáveis pela criança com o objetivo de desen-

volver ações de educação em saúde, voltadas para a promoção da saúde da criança;

- Realizar atividade individual ou em grupos, antes ou após o atendimento de enfermagem ou consulta médica, ou mesmo em calendários específicos, conforme for mais adequado à clientela;
- Priorizar os temas: aleitamento materno, diarreia, IRA, afetividade, alimentação, higiene ambiental e pessoal, estimulação, desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, entre outros.

VISITA DOMICILIAR

PROFISSIONAL

- Enfermeiro
- Assistente Social
- Auxiliar de Enfermagem
- ACS

ATIVIDADES

- Realizar visita aos faltosos, às famílias das crianças que estão com o esquema vacinal atrasado, as famílias cadastradas em programas de saúde, ou que não compareceram a um atendimento agendado da puericultura;
- Realizar visita de técnica – destinadas a acompanhamento das crianças ou nos casos de vigilância epidemiológica;

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DOMICILIAR

PROFISSIONAL

- Médico
- Enfermeiro
- Auxiliar de Enfermagem
- ACS

ATIVIDADES

- Atendimento para acompanhamento clínico das crianças, no domicílio;
- Avaliar e acompanhar crianças que tenham recebido alta hospitalar recente;
- Pesquisar a evolução da criança, o estado

geral, alimentação, funcionamento intestinal e urinário;

- Verificar sinais vitais, se pertinente;
- Pesquisar e anotar a queixa;
- Fazer a inspeção da criança;
- Anotar o diagnóstico e a conduta;
- Pesquisar se a criança está fazendo uso adequado da medicação recomendada
- Orientar a mãe.

6.2.3 COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

O enfermeiro deve assegurar o cumprimento das normas estabelecidas, orientar e supervisionar a equipe:

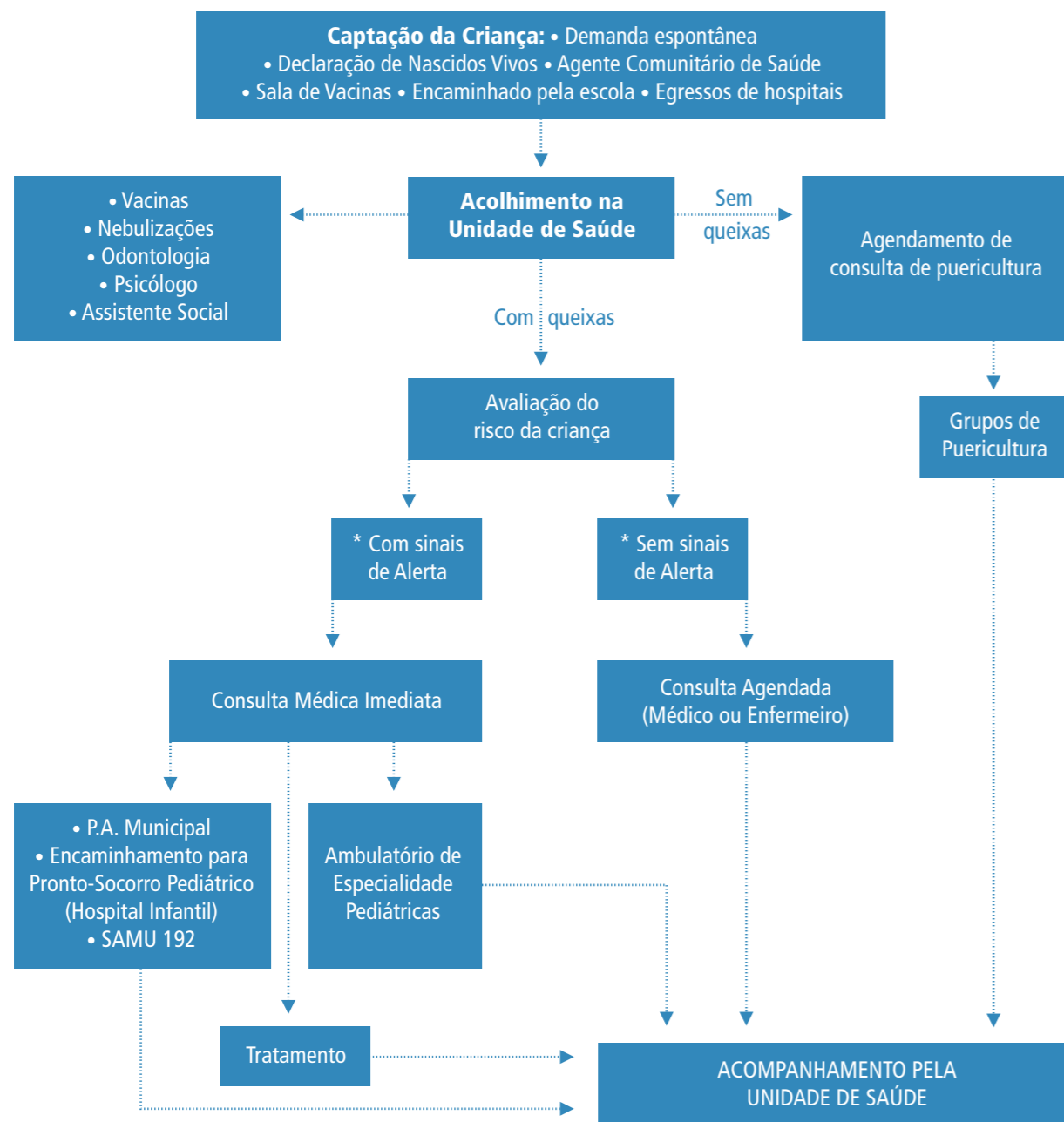
- Nas técnicas de preparo da criança, tais como: aferição de peso, altura, perímetro cefálico e sinais vitais;
- Anotações e interpretações para preenchimento do prontuário, gráficos, caderneta de saúde da criança, ficha de notificação obrigatória e Formulários do SISVAN, NAH e DNV;
- Educação em saúde;
- Visita domiciliar;

O enfermeiro deverá controlar os faltosos e o agendamento dos atendimentos da equipe de enfermagem: visitas domiciliares, acompanhamento dos desnutridos, baixo peso e de risco. Também é função deste profissional esclarecer dúvidas que possam surgir quanto à conduta a ser adotada no atendimento da equipe de enfermagem.

É importante realizar encontros sistemáticos mensais com a participação da equipe de saúde da família e encontros trimestrais com a equipe da Unidade de Saúde. Na ocasião deverão ser discutidos temas ligados aos procedimentos clínicos relacionados com encaminhamento de pacientes e acompanhamento/vigilância de crianças egressas de cuidados domiciliares.

6.2.4 FLUXOGRAMA

MONITORAMENTO DA CRIANÇA PELA UNIDADE DE SAÚDE



* SINAIS DE ALERTA

- Tiragem subcostal;
- Estridor em repouso;
- Batimentos das asas do nariz em < 2 meses;
- Rigidez de nuca;
- Petéquias;
- Abaulamento de fontanela;
- Tumefação dolorosa ao toque da orelha;
- Emagrecimento acentuado;
- Edema dos pés;
- Pústulas grandes ou extensas;
- Prostração mesmo sem febre;
- Agitação / Irritabilidade intensas;
- Recusa alimentar / Sucção débil;
- Vômito ao ingerir alimento / Líquido;
- Convulsão;
- Cianose;
- Palidez intensa;
- Hipotonia / Hipertonia;
- < de 2 meses com FR < 30/min;
- Temperatura corporal muito baixa: < 35,5;
- **Respiração rápida:**
* 0 a 2 meses: > 60/min
- * 2 a 12 meses: > 50/min
- * 1 a 5 anos: > 40/min
- * > 6 anos: > 30/min
- Esforço respiratório;
- Diarréia com sangue;
- Desidratação;
- Secreção purulenta no ouvido;
- Doente há mais de 7 dias;
- Febre persistente há mais de 3 dias;
- Apnéia;
- < 2 meses com qualquer sinal ou sintoma;

6.2.5 INFRA-ESTRUTURA

- O município de Vitória possui 28 Unidades de Saúde, sendo 03 convencionais (Unidades Básicas de Saúde), 04 tem Programa de Agentes Comunitários de Saúde e 21 Unidades Básicas de Saúde da Família.
- 03 Unidades de Saúde funcionam em horário ampliado, até às 22 horas. São elas: U.S Santo André, U.S Jardim Camburi e U.S Maruípe.
- Composição Física da Unidade de Saúde:
 - Recepção/Acolhimento; arquivo; sala de preparo; sala de vacina; sala de nebulização / injeção; sala de curativo; farmácia; sala de situação/biblioteca/estudo; consultórios clínicos; consultório odontológico; sala para assistente social/psicólogo; apoio administrativo; almoxarifado; copa; sanitários públicos; sanitários para funcionários; sala de preparo de material / esterilização; auditório; sala de coleta de exames.

6.2.6 RECURSOS HUMANOS MUNICIPAIS PARA A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

- Na US: médico, enfermeiro, auxiliar / técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, psicólogo, assistente social, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, farmacêutico, auxiliar de laboratório, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais;
- CES (Coordenação de Educação em Saúde): realiza treinamento em serviço em Pediatria para os médicos do PSF.
- Programa Saúde da Criança:
 - Referência Técnica em Saúde da Criança;
 - Referência Técnica para SISVAN (Sistema de Vigilância e Avaliação Nutricional) e Bolsa Família;
 - Referência Técnica para notificação de alta hospitalar;
 - Referência Técnica para Comitê Vitória da Vida.
- Comitê de Mortalidade Materno-Infantil: realiza a investigação de óbitos em menores de 01 ano e estuda fatores envolvidos nos óbitos.

6.3 COMPETÊNCIA DOS DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO

6.3.1 SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO

O município possui dois Pronto-Atendimentos 24 horas, sendo:

- Pronto Atendimento Municipal: localizado na Rodovia Serafim Derenze, número 4489, em São Pedro III. Telefones: 3132 5099 / 3132 5100 / 3132 5101. Este PA funciona anexo à Policlínica São Pedro.
- Pronto Atendimento Municipal: localizado na Rua Almirante Barroso, s/n, Praia do Suá. Telefones: 3137 2764 / 3137 2765 / 3137 2379
- Serviços Oferecidos:
 - Consultas médicas, por pediatra para casos de urgência, de clientela encaminhada pelas US da região ou demanda espontânea;
 - Pequenas Cirurgias;
 - Leito crítico para estabilização de pacientes em urgência e emergência;
 - Leitos de Observação;
 - Terapia de rehidratação;
 - Curativos;
 - Coleta de exames laboratoriais;
 - Exames radiológicos;
 - Medicação injetável e nebulizações;
 - Assistência odontológica de urgência;
 - Profilaxia da raiva e do tétano;

6.3.2 HOSPITAIS DE REFERÊNCIA EM PEDIATRIA

Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)

- Hospital pediátrico terciário que conta com os seguintes serviços:
 - Pronto Socorro Pediátrico: atendimento de urgência e emergência clínica, cirúrgica e traumatológica;
 - Enfermarias de especialidades pediátricas;
 - UTI Pediátrica;
 - Centro de Tratamento de Queimados;
 - Centro de Intoxicações do Estado (tel. 3137-

- 2400 ou 0800-2839904);
- Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais: referência para vacinas especiais;
- Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)
 - Enfermaria pediátrica geral;
 - UTI Neonatal;
- Santa Casa de Misericórdia
 - Enfermaria pediátrica geral;
 - UTI Neonatal

6.3.3 AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADE PEDIÁTRICA

- **CME** (Centro Municipal de Especialidades)
 - Acupuntura, Ambulatório de Cirurgia Pediátrica, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Pneumologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Serviço de Agendamento de Exames de média e alta complexidades (Tomografia, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Cintilografia, Exames Contrastados, etc).
- **HINSG** (Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória)
 - Ambulatório de onco-hematologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Cardiologia, Infectologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, endocrinologia e genética;
- **HUCAM** (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes)
 - Ambulatório de pediatria;
 - Especialidades pediátricas de referência estadual;
 - Ambulatório de follow-up de prematuros;
- **APAE** – Vitória
 - Atendimento multidisciplinar para distúrbios do desenvolvimento, Acompanhamento para bebês de risco e Teste do Pezinho.

6.3.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO

SERVIÇOS DE RADIOLOGIA

- Policlínica de São Pedro: apenas para os atendimentos do PA;

- PA Praia do Suá: apenas para os atendimentos do PA;

■ Laboratório Central

Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 07 às 17 horas e regime de plantão nos feriados e finais de semana;

6.3.5 CENTROS DE REFERÊNCIA

- **CRE Vitória** (Centro de Referência para Especialidades)
 - Cardiologia, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, pneumologia, oftalmologia e otorrinolaringologia;
- **Referência para Tuberculose e Hanseníase**
 - Tuberculose: Unidades de Saúde: Vitória, Maruípe, Hospital das Clínicas, Hospital Infantil (só para HIV +);
 - Hanseníase: Unidades de Saúde: Vitória, Maruípe, Santo Antonio e Jabour, Hospital das Clínicas;
- **Centros de referência psico-social**
 - CRAS (Centro de Referência de Assistência Social)
- **Referência em Fonoaudiologia**
 - 01 (uma) para cada região;
 - US Forte São João, US Andorinhas, US Santo Antonio, US Maria Ortiz e US Santa Tereza e HUCAM;
- **Referência em Oftalmologia**
 - Hospital São Lucas (Emergência)
 - CME (Urgência)

6.3.6 COMITÊ DE PREVENÇÃO E ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL (COPEMI)



7

PREVENÇÃO
E ESTUDO DA
MORTALIDADE
INFANTIL

7.1 INTRODUÇÃO

Os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil têm se mostrado uma importante estratégia na redução de óbitos de mulheres e crianças. Contribuem para a melhoria do registro dos óbitos, da qualidade da assistência ao pré – natal, parto, nascimento e puerpério, assim como, para o incremento de ações no planejamento familiar e puericultura, mediante monitoramento contínuo das ações desenvolvidas.

O Ministério de Saúde, reiterando seu compromisso com o resgate da cidadania, reconhece que a mesma compreende direitos e deveres nos âmbitos políticos, econômico e sócio – cultural. Neste contexto, é dever de todos os brasileiros, seja qual for a sua atividade profissional ou ocupacional, contribuir com a redução da mortalidade de mulheres e crianças.

A mortalidade materna – infantil constitui-se num importante indicador de qualidade de vida e da realidade social de um país, bem como, da determinação política de realizar ações de saúde coletivas e socializadas.

A identificação dos níveis e das tendências da mortalidade no Brasil é de difícil alcance, pois há em nosso meio uma grande sub-informação e um grande sub-registro da declaração de óbito. A sub-informação é o resultado do preenchimento incorreto das declarações de óbito e o sub-registro é a omissão do registro de óbito em cartório.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), expressa o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de idade. O CMI

que se situar abaixo de 20 mortes de crianças menores de 01 ano /1000 nascidos vivos é considerado baixo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

O Ministério vem adotando como estratégia básica a criação e o fortalecimento dos comitês de mortalidade materna e infantil. Desse modo, o Município de Vitória criou o comitê de mortalidade materno - infantil através do Decreto nº 11.228, de 05 de março de 2002, com o objetivo de identificar a magnitude desta, seus determinantes e propor medidas de intervenção para reduzi-la.

Em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, por meio dos técnicos da área de Saúde da Mulher e da Criança, publicou o Manual de Mortalidade Materno – Infantil do Município. Esta iniciativa vem subsidiar as ações do Comitê de Mortalidade Materno – Infantil no município, com vistas a organizar e padronizar todos os instrumentos de investigação dos óbitos da população alvo.

7.2 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

Segundo definição internacional, Mulher em Idade Fértil é a que se encontra entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se a faixa etária entre 10 e 49 anos.

Portanto, pela OMS, Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, corresponde aos óbitos de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos de idade, e no Brasil, aos óbitos de mulheres que se encontram entre 10 a 49 anos de idade.

Gestações podem ocorrer antes ou depois desses limites, apresentando riscos especiais para a mulher e o filho, ainda que estes sejam diferentes para cada grupo de idade.

7.3 OBJETIVOS DO COPEMI

As atividades desenvolvidas pelo Comitê de Mortalidade Materno Infantil, consistem na difusão dos conhecimentos e experiências obtidas pelo relato objetivo e impessoal dos casos estudados, tendo as seguintes finalidades:

- Reduzir os óbitos maternos e infantis em Vitória;
- Obter informações confidenciais sobre mortes maternas e infantis ocorridas no município de Vitória;
- Discutir e analisar cientificamente as causas dos óbitos maternos e infantis que ocorrem em Vitória, atendendo aos princípios éticos e legais que garantam o anonimato das partes envolvidas, sendo as fichas de investigações de uso exclusivo do Comitê;
- Valorizar as informações obtidas por meio de visita domiciliar, autópsias verbais e outras, para análise das causas dos óbitos;

- Determinar a existência e natureza dos fatores determinantes dos óbitos, classificando-os conforme critérios de evitabilidade e definindo ações que venham a reduzir a mortalidade materna e infantil em Vitória;
- Trabalhar estatisticamente as informações de mortalidade materna e infantil correspondentes aos grupos estudados, avaliar e divulgar os dados obtidos e suas tendências entre serviços, instituições e profissionais afins, em Vitória;
- Estimular o sentido de responsabilidades individual e institucional relacionada às mortes maternas e infantis;
- Estimular as autoridades competentes a tomarem medidas cabíveis no sentido de modificar os fatores que contribuem para os óbitos maternos e infantis;
- Estimular a criação e atuação dos comitês hospitalares de mortalidades, mantendo intercâmbio de informações;
- Contribuir para diminuir as subnotificações dos óbitos maternos-infantis;
- Orientar os profissionais de saúde, bem como o público em geral, para que possam contribuir e permitir que o Comitê cumpra seus propósitos e;
- Encaminhar os dados estatísticos obtidos aos Comitês Estaduais de Mortalidade Materna e Mortalidade Infantil, bem como, o relatório final às instituições de Interesse.



8

ANEXOS

ANEXO 01

ROTINA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS (Pediatria)

1. A avaliação nutricional da criança de 0 a 6 anos, deverá ser realizada na 1ª consulta do mês.
2. Mediante os dados de peso e altura, o profissional anotar o peso e a altura nos gráficos (NCHS) que estarão em anexo ao prontuário, realizando avaliação do estado nutricional, segundo os indicadores preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS): (Peso/Idade, Altura/Idade e Peso/altura)
3. Após sua avaliação, anotar no espaço [código] do BUP na última coluna, o estado nutricional utilizando os seguintes códigos:
(A) Anemia
(B) Baixa – Estatura
(D) Desnutrição

Obs: Os pontos de corte para:

Anemia: Hemoglobina – abaixo de 11g/l

Hematócrito – abaixo de 33%

Baixa estatura: abaixo do Percentil 3

Desnutrição: abaixo do Percentil 3

Os códigos podem ser anotados individualmente ou em conjunto, de acordo com a avaliação realizada.

Ex: A ou B ou D; ou ainda, AB ou BD ou AD ou ABD.

4. Os dados de avaliação nutricional deverão ser anotados diariamente no BUP. Lembre-se que a mesma criança só será computada na 1ª consulta do mês que ela comparecer à U.S.

ROTINA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS (Sala de Preparo)

1. Receber a criança com o seu prontuário
2. Anotar no BUP número do prontuário, nome, data de nascimento, sexo, bairro e código 103,

no espaço do procedimento realizado.

3. Realizar o preparo:

Peso: retirar toda a roupa da criança e as maiores deixar só de calcinha ou cueca.

Observar todas as técnicas corretas da pesagem.

Altura: Menores de 2 anos – deitada, utilizando régua antropométrica.

Maiores de 2 anos – em pé, utilizando fita métrica fixada à parede.

4. Anotar no prontuário o peso, altura e pontuar no gráfico do cartão da criança o peso.
5. Caso seja a 1ª consulta do mês da criança, fazer avaliação nutricional da criança e anotar no campo [código] do BUP na última coluna, a avaliação nutricional utilizando os seguintes códigos:
(SP) Sobrepeso – se o peso estiver acima de Percentil 97
(N) Normal – Se o peso estiver entre Percentil 10 e Percentil 97
(BP) Baixo-peso – se o peso estiver abaixo de Percentil 10

Para a avaliação nutricional utilizar tabela Peso/Idade (NCHS) padronizada pelo SISVAN Vitória.

6. Os dados deverão ser anotados diariamente no BUP. Lembre-se que a mesma criança só será computada na 1ª consulta do mês que ela comparecer à U.S.

ANEXO 02

PROTOCOLO PARA ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A**PARA MÉDICO E ENFERMEIRO**

Identificar a criança abaixo do percentil 3 (P3) através da curva de crescimento do gráfico Peso para Idade (NCHS).

A prescrição da vitamina A será realizada pelo médico ou enfermeiro. A vitamina A será administrada na Sala de Vacina, mediante a apresentação da prescrição.

A mega dose de vitamina A deverá ser administrada conforme a orientação abaixo:

- Certifique-se de que a criança não recebeu a vitamina A nos últimos 30 dias;
- Em crianças de 06 a 11 meses prescrever 100.000 UI da vitamina A, cápsula de cor amarela;
- Em crianças de 11 meses a 5 anos incompletos prescrever 200.000 UI da vitamina A cápsula de cor vermelha.
- A vitamina A será administrada VO, com copo graduado ou seringa descartável, caso a criança não aceite a dose, na Sala de Vacina;
- A criança deverá ingerir todo o conteúdo da vit. A oferecida.
- A dose deverá ser registrada no Cartão de Vacina, Prontuário Médico e BUP;
- Registre a data no Prontuário, cada vez que prescrever a Vit. A para a criança. É importante que o faça; caso lhe dê doses repetidas de vit. A em intervalo inferior a 4 meses existirá o risco de uma super dosagem.
- A criança que em acompanhamento clínico, que após 06 meses da administração da Vit. A, permanecer abaixo do P3 (desnutrida), buscar causas associadas e repetir a mega dosagem caso o médico considere necessário. Poderá ser repetida até 03 vezes se a criança permanecer abaixo do percentil 3, com intervalos de 6 meses.
- Crianças com anorexia severa, desnutrição edematosa ou choque séptico, deverão receber tratamento com vit. A intramuscular, em serviço hospitalar.

- Se a criança apresentar além da desnutrição qualquer sinal de xerofalmia (opacificação da córnea), deverá receber uma 2ª dose, 24 horas após a 1ª e uma 3ª dose quatro semanas após a 2ª.

- Essa criança será encaminhada urgentemente ao Oftalmologista da rede para avaliação; e ao ambulatório de pediatria hospitalar, para receber o tratamento necessário.

- O acompanhamento da criança desnutrida será sistematizado pelo médico assistente, conforme apresentação do quadro clínico da criança.

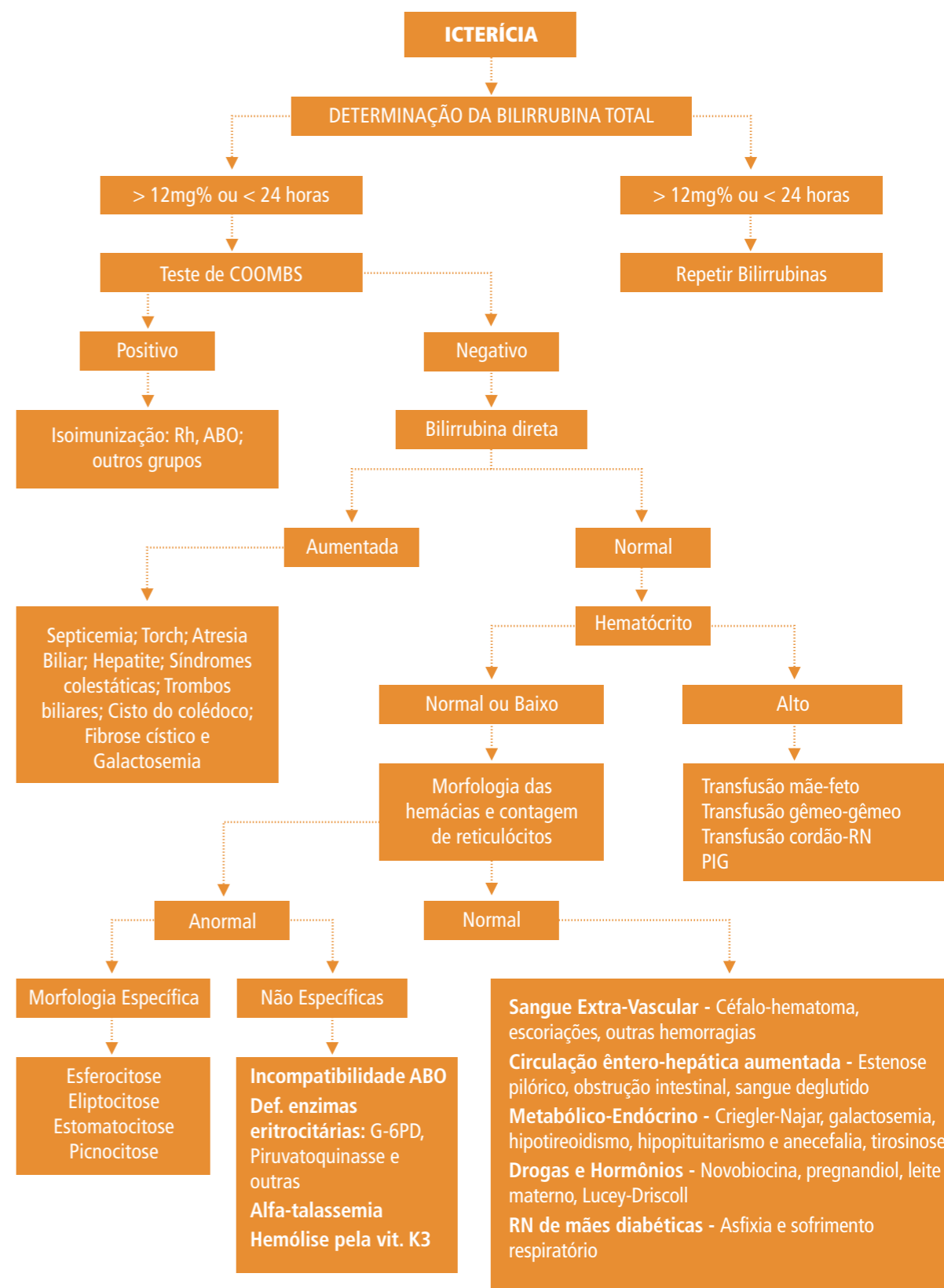
PARA SALA DE VACINA**A mega dose de vitamina A deverá ser administrada conforme a orientação abaixo:**

- Certifique-se de que a criança não recebeu a vitamina A nos últimos 06 meses;
- Em crianças de 06 a 11 meses administrar o conteúdo da cápsula de 100.000 UI de vitamina A (cor amarela);
- Em crianças de 11 meses a 5 anos incompletos administrar o conteúdo da cápsula de 200.000 UI de vitamina A (cor vermelha).
- A vitamina A será administrada VO, com copo graduado ou seringa descartável, caso a criança não aceite a dose;
- A criança deverá ingerir todo o conteúdo da vit. A oferecida. Certifique-se de que a criança engoliu todo o líquido. Não deixe que ela cuspa.
- A dose deverá ser registrada no BUP Códigos 1112 (1ª dose) e 1113 (2ª dose);
- Registre a data no Cartão da Criança, cada vez que administrar Vit. A para a criança. É importante que o faça; caso lhe dê doses repetidas de vit. A em intervalo inferior a 4 meses existirá o risco de uma super dosagem.

ANEXO 03 AMAMENTAÇÃO E USO DE DROGAS

GRUPO DE DROGAS	USO CONTRA INDICADO DURANTE A LACTAÇÃO	USO CRITERIOSO DURANTE A LACTAÇÃO	USO COMPATÍVEL COM LACTAÇÃO
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTI-INFLAMATÓRIOS E OPIÁCEOS	SAIS DE OURO	Fenilbutazona, Indometacina, Dextropropoxifeno Doses elevadas/uso prolongado : Morfina, Codeína, Petidina, Salicilatos.	Ácido Mefenâmico e Flufenâmico, Diclofenaco, Piroxicam, Naproxeno, Cetoprofeno, Ibuprofeno, Colchicina, Paracetamol, Dipirona. Uso de curta duração: Morfina, Codeína, Petidina, Salicilatos.
ANTIBIÓTICOS E ANTI-INFECCIOSOS		Clindamicina, Cloranfenicol, Imipenem, Sulfametoxazol, Sulfonamidas, Nitrofurantoina, Ácido Nalidixico. Quinolonas: evitar Ciprofloxacina, preferir Norfloxacina. Antivirais Escabecidas: Lindano e Monossulfiran. Antimicóticos: Cetoconazol, Itraconazol, Isoconazol, Metronidazol, Timidazol, Furazolidona. Antimaláricos. Pirimetamina. Clofazimina, Dapsona.	Penicilinas, Ampicilina, Amoxicilina, Carbenicilina, Oxacilina, Cefalosporinas, Aminoglicosídeos, Aztreonam, Telclopamina, Vancomicina, Eritromicina, Azitromicina, Claritromicina, Lincomicina, Tetraciclina, Rifampicina, Tuberculostáticos Antivirais: Aciclovir, Idoxuridina Escabecidas: exceto Lindano e Monossulfiran. Antimicóticos: Miconazol, Nistatina, Fluconazol, Clotrimazol, Anfotericina B Griseofulvina Anti-helmínticos: Anti-Esquistossomóticos. Pentamina, Antimoniato de Meglumina.
MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Amfetaminas, Cocaína, heroína LSD, Maconha	Antidepressivos: Amitriptilina, Imipramina, Lítio, Moclobemida, Fluoxetina, Maprotilina, Paroxetina. Anticonvulsivante: Fenobarbital, Butabarbital, Primidona, Difenilhidantoína, Etosuximida, Clonazepam Antipsicóticos: Haloperidol, Droperidol, Pimozida, Sulpirida, Clorpromazina, Levopromazina, Flufenazina, Pericazina, Toridazina, Pipotiazina. Derivados da Ergotamina (anti-enzima) Antiparkinsonianos	Benzodiazepínicos: Oxazepam e Lorazepam. Anticonvulsivantes: Carbamazepina, Ácido Valpróico, Clomipramina
HORMÔNIO E ANTAGONISTAS	Tamoxifen, Andrógenos, Bromocriptina, Cabergolina, Misoprostol, Mifepristone, Estrogênios doses elevadas	Hipoglicemiantes orais Propriluracil, carbamazol, metimazol. Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado. Oxitocina, Ergonovina	Adrenalina, Insulina, Tiroxina Anticoncepcionais: Progesterona (microdosagem), Espermatocidas, DIU com progestogênio. Corticosteróide: uso de curta duração
MISCELÂNEA	Amiodarona Anti-neoplásicos: Citotóxicos Imunossupressores. Substâncias Radioativas Fenindiona	Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol Teofilina, Aminofilina Iodetos, Iodopovidona Antitussígenos Nafazolina, Oximetazolina, Fenilefrina Carisoprodo Clonidina, Pizotifeno Reserpina Bebidas Alcoólicas Nicotina	Antiácidos, Cimetidina, Ranitidina, Famotidina. Cisaprida, Metoclopramida, Bromoprida, Alisaprida, Domperidona. Anti-histamínicos: preferir Loratadina, Descongestionantes. Mucolíticos: exceto Iodetos. Broncodilatadores Orais e Inalados. Heparina, Warfarin, Dicumarol. Broncoqueadores: preferir Propanolol, Labetolol, Digitalícos. Bloqueadores de Canais de Cálcio: Nifedipina, Verapamil. Anti-hipertensivos: Metildopa, Captopril, Hidralazina, Diuréticos Lidocaina, Laxativos Vitamínicos, Imunoglobulinas, Vacinas

ANEXO 04 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA ICTERÍCIA NEONATAL*

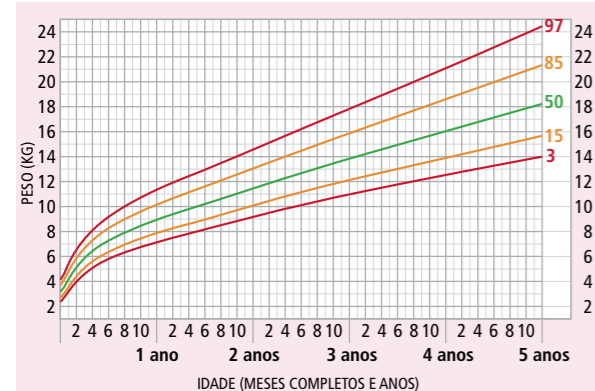


Adaptada de MAISEL, MJ.

ANEXO 05 CURVAS DE CRESCIMENTO

PESO POR IDADE MENINAS

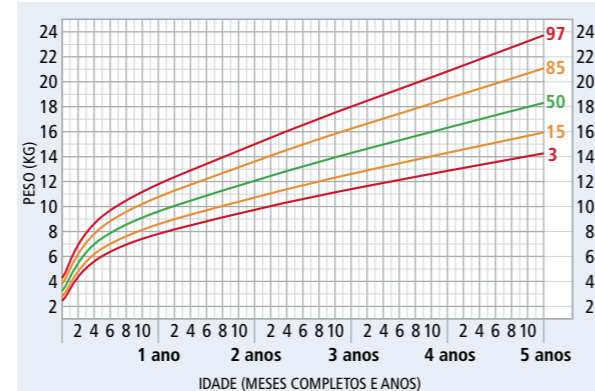
DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

PESO POR IDADE MENINOS

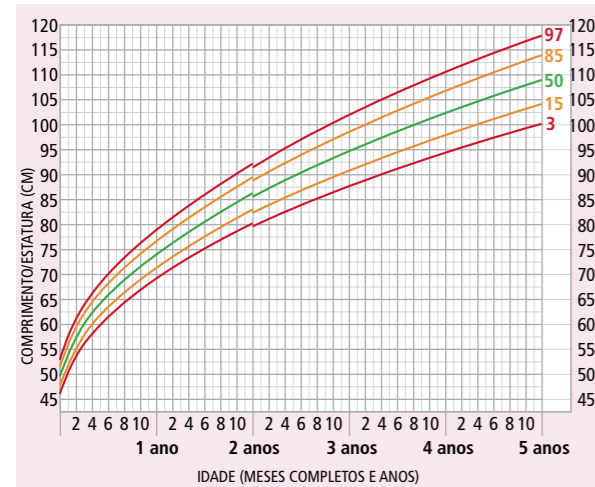
DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

COMPRIMENTO/ESTATURA POR IDADE MENINAS

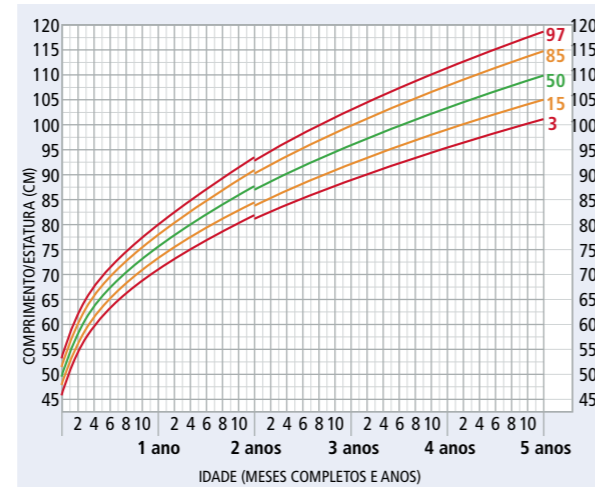
DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

COMPRIMENTO/ESTATURA POR IDADE MENINOS

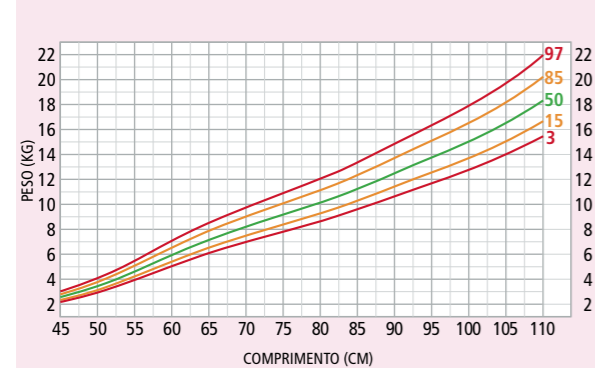
DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

PESO POR COMPRIMENTO MENINAS

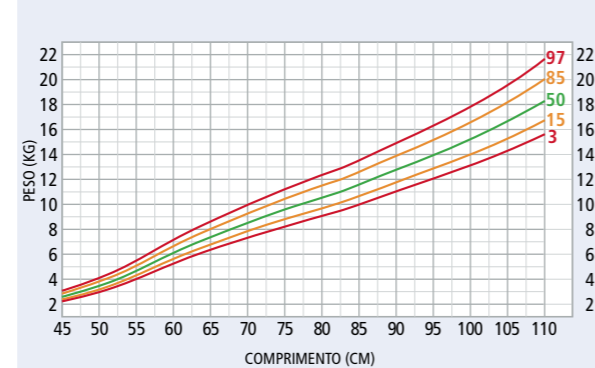
DO NASCIMENTO AOS 2 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

PESO POR COMPRIMENTO MENINOS

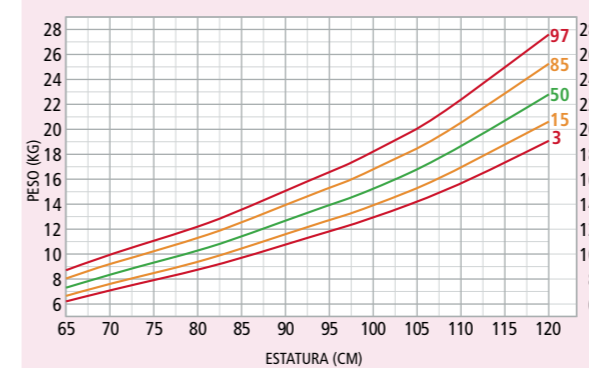
DO NASCIMENTO AOS 2 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

PESO POR ESTATURA MENINAS

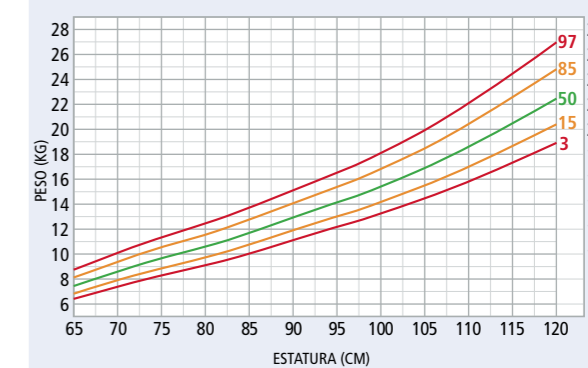
DOS 2 AOS 5 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

PESO POR ESTATURA MENINOS

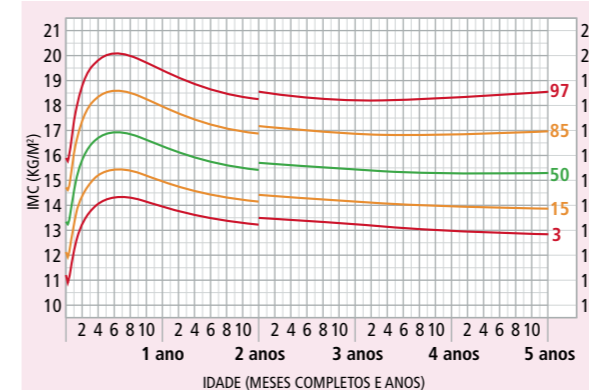
DOS 2 AOS 5 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

IMC POR IDADE MENINAS

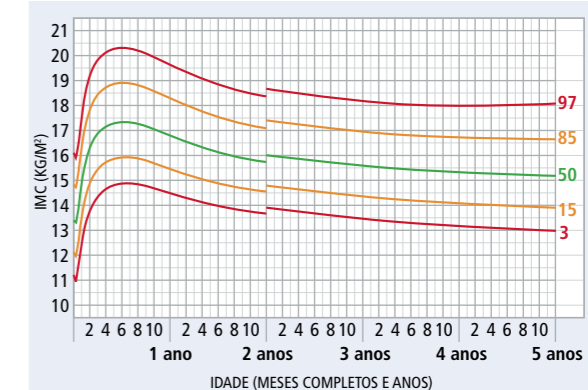
DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

IMC POR IDADE MENINOS

DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS (PERCENTIS)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

ANEXO 06 OS DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

- **Passo 01** – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
- **Passo 02** – A partir dos 6 meses, oferecer, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
- **Passo 03** – A partir dos 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) no mínimo três vezes ao dia.
- **Passo 04** – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
- **Passo 05** – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papa/purê) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até che-

gar à alimentação da família.

- **Passo 06** – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- **Passo 07** – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- **Passo 08** – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- **Passo 09** – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir armazenamento e conservação adequados.
- **Passo 10** – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

ANEXO 07 OS DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS

- **Passo 01** – Aumente e varie o consumo de verduras, legumes e ofereça-os em cinco porções diárias. Esses alimentos são fontes de vitaminas e minerais que ajudam na prevenção de doenças e melhoram a resistência do organismo.
- **Passo 02** – Ofereça feijão pelo menos uma vez por dia, no mínimo quatro vezes por semana. O feijão é boa fonte de ferro auxilia na prevenção da anemia. Para variar, pode-se substituir o feijão por lentilha, grão-de-bico ou soja. Para melhorar a absorção do ferro, é importante ingerir suco de limão, laranja ou acerola, que são fontes de Vitamina C.
- **Passo 03** – Alimentos gordurosos devem ser evitados, podendo ser ofertados no máximo uma vez por semana. É melhor optar por alimentos assados, grelhados ou cozidos do que fritos. Retire a gordura da carne, a pele do frango e o couro do peixe. Evite oferecer manteiga, banha de porco e gordura hidrogenada (leia os rótulos dos alimentos). Prefira o azeite de oliva, óleo de canola, de girassol, de milho ou de soja, mas não utilize em excesso.
- **Passo 04** – Modere o uso de sal. O sal em excesso pode contribuir para o aumento da pressão arterial (hipertensão). Evite temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela,

presunto, lingüiça, etc. Todos contêm muito sal.

- **Passo 05** – Procure oferecer pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Para os lanches e sobremesas prefira frutas.
- **Passo 06** – Doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar devem ser evitados, podendo ser oferecidos no máximo duas vezes por semana.
- **Passo 07** – Evite o consumo diário de refrigerantes. A melhor bebida é a água.
- **Passo 08** – Para que a criança aprecie sua refeição, ela deve comer devagar e mastigar bem os alimentos. Faça das refeições um momento de encontro da família. Não alimente seu filho assistindo à TV, trabalhando ou discutindo.
- **Passo 09** – mantenha o peso do seu filho dentro dos limites saudáveis para a idade. Peça para a equipe de saúde anotar no gráfico de crescimento desta caderneta o peso e a altura do seu filho.
- **Passo 10** – Estimule seu filho para que seja ativo. Saia para caminhar com ele, leve-o para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, fazer algum tipo de esporte. Não deixe seu filho passar muitas horas assistindo à TV, jogando videogame ou brincando no computador.

ANEXO 08 UNIDADES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL

UNIDADE DE SAÚDE	TIPO	TELEFONE	ENDEREÇO	COMPETÊNCIAS
PA da Praia do Suá	24h	3137.2764 3137.2770 3137.2778	Rua Almirante Barroso, s/nº, Praia do Suá	Serviços: Clínica Médica, Pediatria, Pequenas Cirurgias, Odontologia, As. Social, Serviço de Apoio Diagnóstico, Injeção, Nebulização, Terapia de Reidratação, Curativos, Leitos de Observação e Leito crítico para estabilização de pacientes. * Clientela: Pacientes em situação de Urgência.
PA Policlínica de São Pedro	24h	3132.5100 3132.5101	Rodovia Serafim Derenzi, 449, São Pedro V	Serviços: Clínica Médica, Pediatria, Pequenas Cirurgias, Odontologia, As. Social, Serviço de Apoio Diagnóstico, Injeção, Nebulização, Terapia de Reidratação, Curativos, Leitos de Observação e Leito crítico para estabilização de pacientes. * Clientela: Pacientes em situação de Urgência.
Policlínica São Pedro	24h	3132.5100 3132.5101	Rodovia Serafim Derenzi, 449, São Pedro V	Serviços: Consulta Médica e de Enfermagem, As. Social, Especialidades: Homeopatia, Neurologia, Oftalmologia, Dermatologia, Cardiologia e Psiquiatria. * Clientela: Crianças e Adultos
US Andorinhas	PSF	3382.6758 3382.6759	Avenida Leitão da Silva, s/nº, Andorinhas	
US Avelina	PACS	3132.5114 3132.5115	Rua São Bartolomeu, s/nº Morro do Quadro	
US Bairro da Penha	PSF	3382.6760 3382.6761	Rua Padre Luiz Koester, s/nº, Bairro da Penha	
US Bairro República	PACS	3135.2035 3135.2036 3135.2037	Avenida Rosendo Serapião de Souza Filho, s/nº, B. República	
US Consolação	PSF	3382.6744 3382.6745 3382.6746	Rua Des. Otávio de Carvalho Lengruber, s/nº, Consolação	
US Favalessa	PSF	3132.5112 3132.5113	Praça Antônio Trajano dos Santos, s/nº, Alagoano	
US Fonte Grande	PSF	3132.5116 3132.5117	Rua Medardo Cavalline, s/nº, Fonte Grande	
US Forte São João	PACS	3132.5080 3132.5081 3132.5082	Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 1185, Forte São João	
US Grande Vitória	PSF	3132.5083 3132.5084	Rua das Palmeiras, s/nº, Grande Vitória	
US Ilha das Caieiras	PSF	3132.5085 3132.5086	Rua Guilherme Bassini, s/nº, Ilha das Caieiras	
US Ilha do Príncipe	PSF	3132.5087 3132.5088	Rua Fenelon Gomes, 112, Ilha do Príncipe	
US Ilha de Santa Maria	Básica	3132.5089 3132.5090	Rua Hermes Curry Carneiro, 282, Ilha de Santa Maria	
US Jabour	Básica	3135.2030 3135.2031	Rua Engº César Dantas, s/nº quadra 19, Jabour	
US Jardim Camburi	Básica 22h	3138.8130 3138.8131	Rua Belmiro Teixeira Pimenta, s/nº, Jardim Camburi	

US Jardim da Penha	PSF	3382.6747 3382.6748 3382.6749	Rua Francisco Generoso da Fonseca, s/nº, Jardim da Penha
US Jesus de Nazareth	PSF	3382.6740 3382.6741	Rua Helena Muller, 168, Jesus de Nazareth
US Maria Ortiz	Básica 22h	3135.2033 3135.2034	Rua Profº Renato Ribeiro dos Santos, s/nº, Maria Ortiz
US Maruípe	PSF 22h	3382.6742 3382.6743	Rua José Luiz de Mattos, s/ nº, Maruípe
US Praia do Suá	PSF	3382.6512 3382.6514	Rua Caetano Tunholi, s/nº, Praia do Suá
US Resistência	PSF	3382.6762 3382.6763	Avenida Brasil, 84, Resistência
US Santa Luiza	PSF	3135.3001 3135.3002 3135.3003 3135.3004	Rua Dr. João Carlos de Souza, s/nº, Stª Luiza
US Santa Marta	PSF 22h	3324.7414 3324.7558 3324.7345	Rua Getúlio Miranda, s/nº, Santa Marta
US Santa Tereza	PACS	3132.5092	Rua São João, 552, Morro do Quadro
US Santo André	PSF 22h	3323.8130 3323.7222	Rua José Francisco de Oliveira, 40, Stº André
US Santo Antônio	PSF	3132.5096 3132.5097 3132.5098	Rua Ernesto Bassini, s/nº, Santo Antônio
US São Pedro V	PSF	3233.1828 3317.9632	Rua São Marcos, 80, São Pedro V
US Thomaz Tommasi	PSF	3335.7187 3335.7410	Rua Diáscano Carneiro Filho, s/nº, Bonfim
US Vitória	PSF	3132.5102 3132.5103	Rua Cais de São Francisco, s/nº Parque Moscoso

CENTROS DE REFERÊNCIA

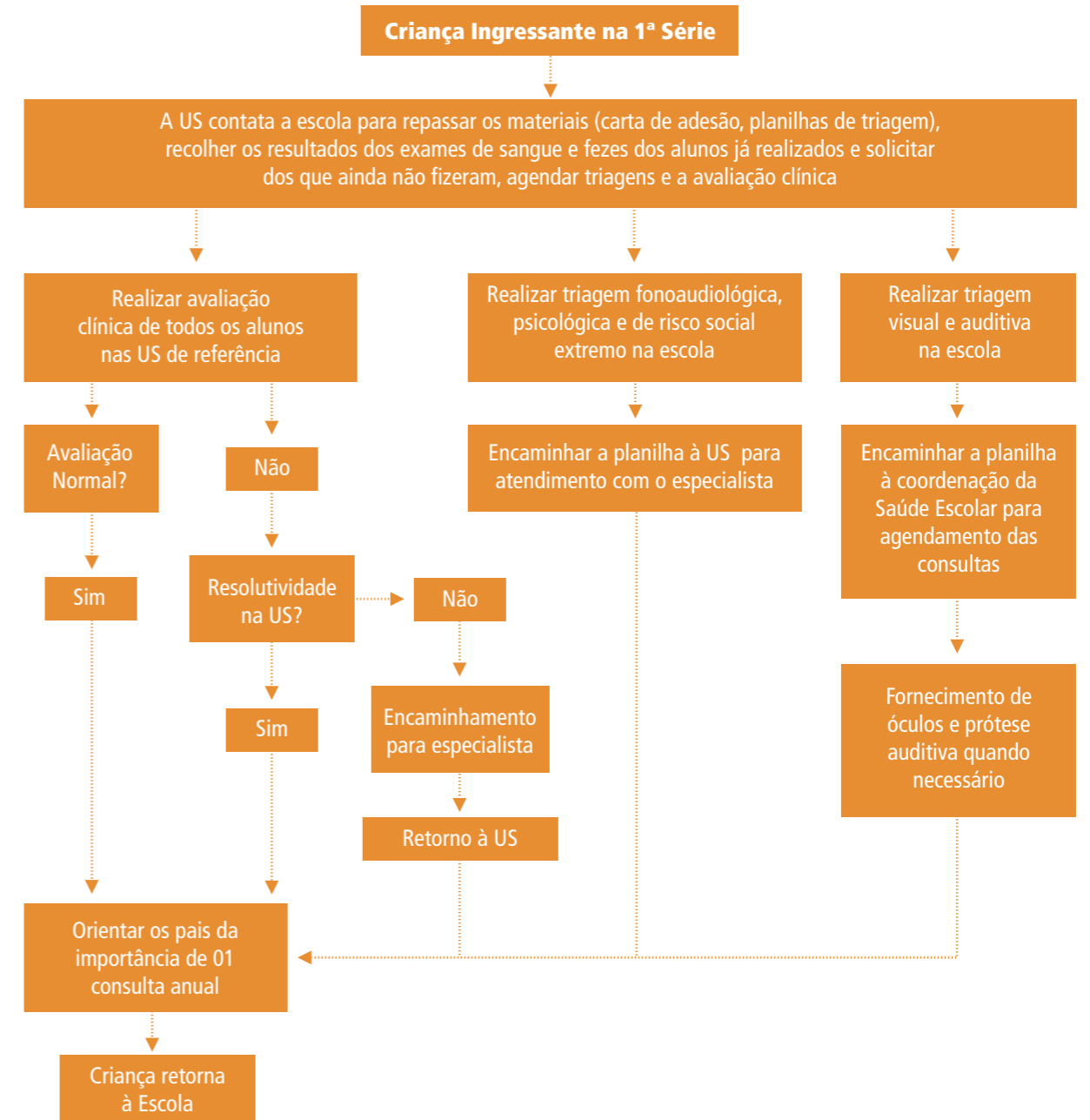
CENTROS DE REFERÊNCIA	TIPO	TELEFONE	ENDEREÇO	COMPETÊNCIAS
Centro de Referência e Atendimento a Idoso - CRAI	-	3132.5010 3132.5011	Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 1185 - Forte São João	Atendimento Multiprofissional: Geriatria, Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiologia, As. Social, Enfermeiro e Téc. Enfermagem. * Clientela: > 60 anos.
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	-	3132.5110 3132.5111	Rua José de Carvalho, 404 - Ilha de Santa Maria	Atendimento Multidisciplinar, Psiquiatra, Psicólogo, As. Social, Enfermeiro e Téc. Enfermagem, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Artista Plástico e Artesão. * Clientela: Adultos
Centro de Controle de Zoonoses - CCZ	-	3382.6751 3382.6753 3382.6754 3382.6755	Rua São Sebastião, s/ nº Resistência	Serviços Prestados: Realização de Palestras Educativas sobre Zoonoses, Bloqueio para Controle da Dengue e Extermínio de roedores, insetos etc.
Centro de Prevenção e de Toxicômanos - CPTT	22h	3132.5104 3132.5105	Rua Álvaro Sarlo, s/ nº Ilha de Santa Maria	Equipe Multidisciplinar, Psiquiatras, Clínica médica, Psicólogo, As. Social, Enfermeiro e Téc. Enfermagem, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional, Artista Plástico e Artesão. * Clientela: Crianças, Adolescentes e Adultos.
Centro de Referência DST/AIDS	22h	3132.5106 3132.5108	Rua Caramuru, 10 Parque Moscoso	Atendimento Multidisciplinar com Ginecologista, Infectologista, Pré-natal pra HIV +, Peniscopia, Colposcopia, Pequenas Cirurgias Ginecológicas, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Dispensação de medicamentos. * Clientela: Adolescentes e Adultos.
Centro Municipal de Especialidades CME	22h	3132.5007 3132.5008	Rua Cais São Francisco, 54, 2º andar - Parque Moscoso	Serviços: Neurologia, Endocrinologia, Pré-Natal para gestação de alto risco, Ginecologia com Colposcopia, Proctologia, Oftalmologia, Ambulatório de Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Cardiologia, Psiquiatria, Ortopedia e CAF (Cirurgia de Alta Frequência). * Clientela: Crianças e Adultos
Serviço de Orientação ao Exercício SOE	22h	3132.5070	Módulos de Orientação ao Exercício, localizados em praças, parques, praias e um carro volante (SOE Móvel).	Estímulo de prática de atividade física e orientação adequada ao exercício. Atividades Oferecidas: Avaliação Antropométrica, Medida de pressão arterial e frequência cardíaca. Atividades Coletivas: Ginástica, Alongamento, Yoga e Hidroginástica. * Clientela: Adultos
Centro de Especialidades Odontológicas CEO	22h	3132.5007 3132.5008	Rua Cais São Francisco, 54, 2º andar - Parque Moscoso	Serviços: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Diagnostico de Câncer Bucal, Raio X Odontológico e Atendimento para pacientes com necessidades especiais. * Clientela: Munícipes de: -Vitória(Encaminhados pelas US), Cariacica, Santa Leopoldina e Viana. * Clientela: Crianças e Adultos.
Central de Ambulâncias CEAMB	24h	3132.5050	Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 1185, Forte São João	A equipe é composta por motorista e auxiliar de enfermagem, adequado apenas para urgências simples e transporte eletivo (hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, consultas, curativos, remoção para administração de medicamentos extra-domiciliar, curativos, altas) e de emergência simples.

ANEXO 09 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

TABELA DE RECOMENDAÇÃO DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

POPULAÇÃO A SER ATENDIDA	RECOMENDAÇÃO DOSAGEM	PERIODICIDADE	TEMPO DE PERMANÊNCIA	PRODUTO
Lactentes nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em AM exclusivo até 6 meses de idade	Não indicado	-	-	-
Lactentes nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em uso de fórmula infantil até 6 meses de idade e a partir do 6º mês se houver ingestão mínima de 500ml de fórmula por dia	Não indicado	-	-	-
Prematuros maiores que 1500g e recém-nascidos de baixo peso, a partir do 30º dia de vida.	2mg de ferro elementar/kg/dia, durante todo primeiro ano de vida. Após este período, 1mg/kg/dia até 2 anos de idade	Diariamente	Até 2 anos de idade	Sulfato Ferroso em gotas 25mg/5ml
Lactentes a partir do início da alimentação complementar	25mg ferro elementar	1 vez por semana	Até completar 18 meses	Xarope de Sulfato Ferroso 25mg/5ml
Peri concepcional	Ácido Fólico = 1 comprimido	Todos os dias	3 meses	Ácido Fólico 5mg/compr.
Gestantes a partir da 12ª semana	Sulfato Ferroso = 2 comprimidos Ácido Fólico = 1 comprimido	Todos os dias	Até o final da gestação	Sulfato Ferroso 40mg/compr. Ácido fólico 5mg/compr.
Mulheres no pós-parto e pós-aborto	Sulfato Ferroso = 2 comprimidos	Todos os dias	Até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto	Sulfato Ferroso 40mg/compr

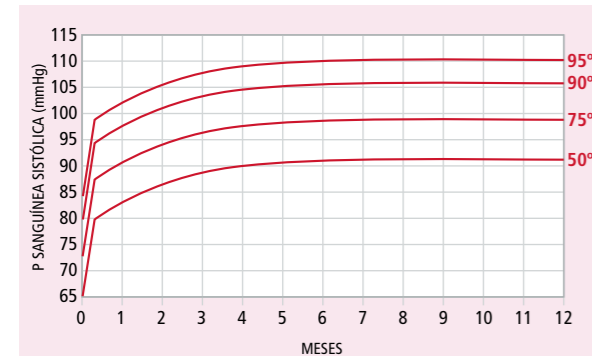
ANEXO 10 FLUXOGRAMA DO PSE



ANEXO 11 TABELAS DE PA PARA LACTENTES DE 0 A 12 MESES

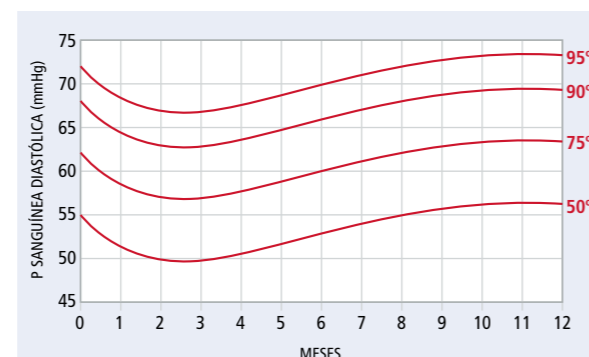
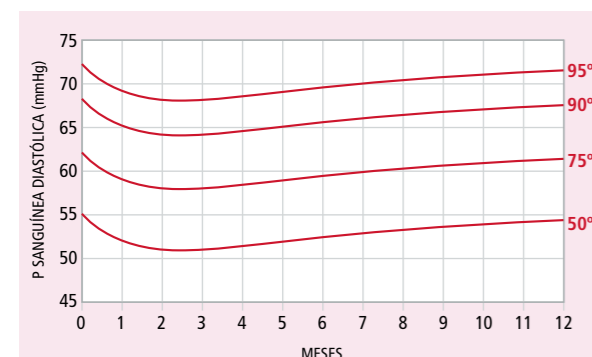
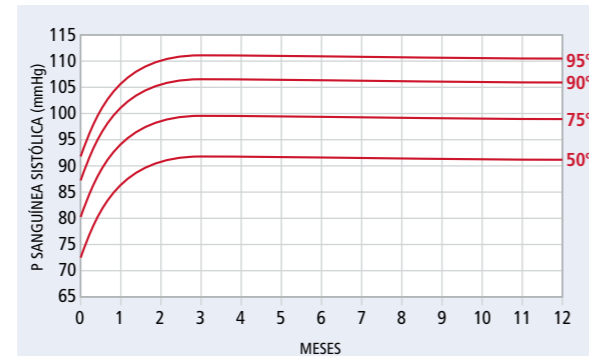
IDADE ESPECÍFICA PARA PRESSÃO MENINAS

DO NASCIMENTO ATÉ 12 MESES (PERCENTIS)



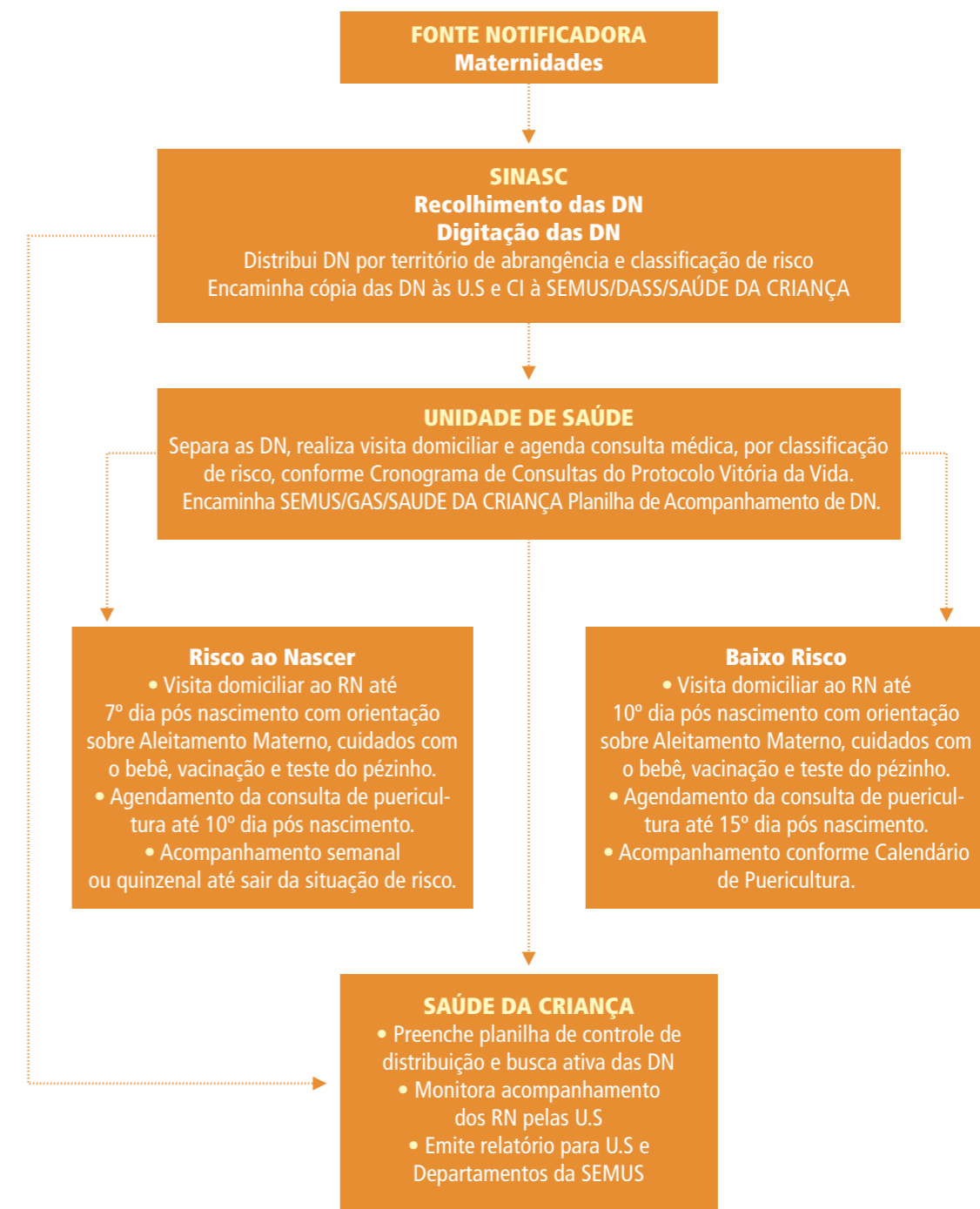
IDADE ESPECÍFICA PARA PRESSÃO MENINOS

DO NASCIMENTO ATÉ 12 MESES (PERCENTIS)

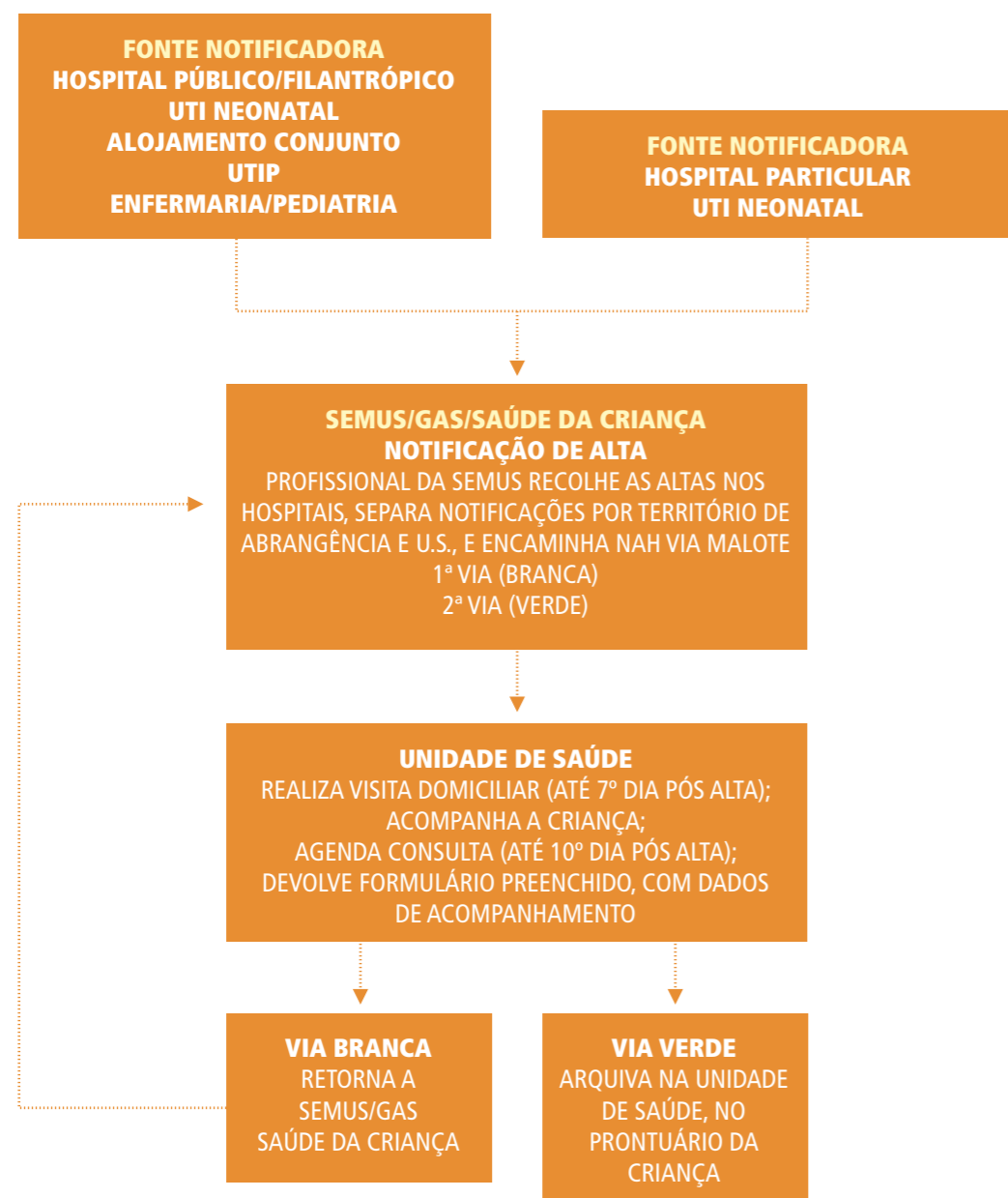


P = Pressão

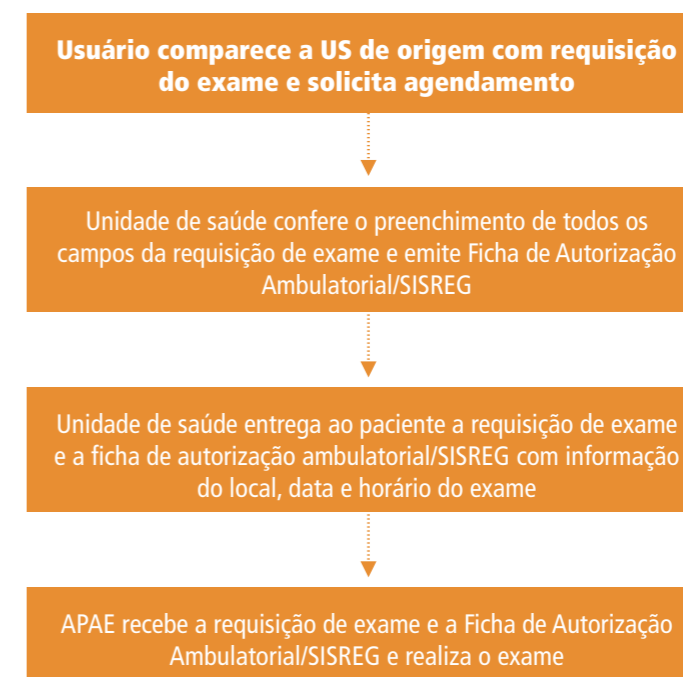
ANEXO 12 FLUXOGRAMA DE BUSCA ATIVA DO RECÉM NASCIDO



ANEXO 13 - FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR PARA MENORES DE 05 ANOS



ANEXO 14 FLUXO PARA AGENDAMENTO DE EXAME DE EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA) PELA UNIDADE DE SAÚDE NO SISREG - PRESTADOR APAE* Bebês de risco:



DADOS PARA CONFERENCIA DAS REQUISIÇÕES DE EXAME DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS (Teste da Orelhinha)

- Nome Completo;
- Idade;
- Identificação da Unidade de Saúde;
- Descrição do tipo de exame e CID;
- Assinatura e carimbo do médico;
- Data da solicitação.

PRÉ REQUISITO

- Só poderá solicitar o exame o Pediatra/Médico do PSF.

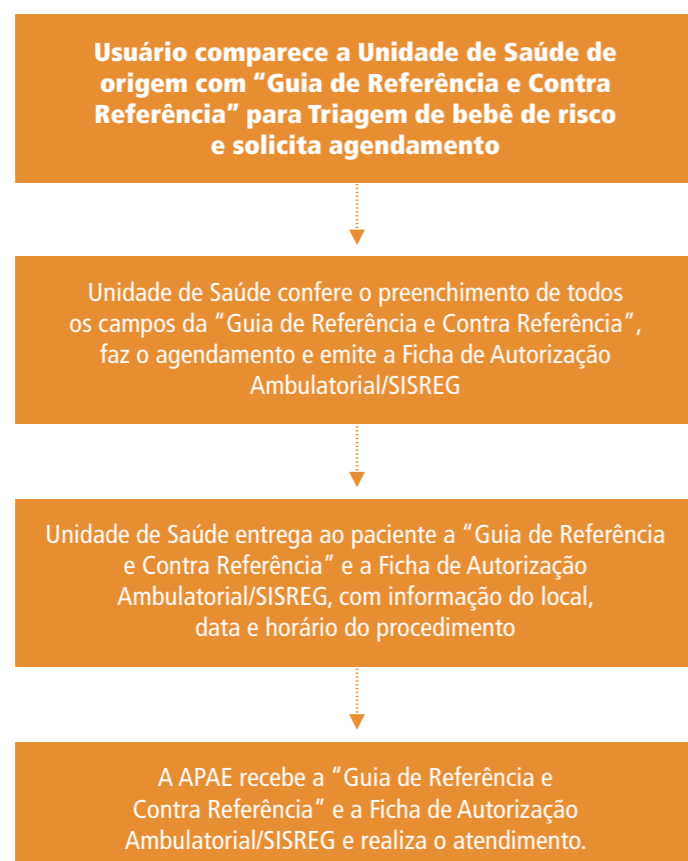
COMO AGENDAR

- O exame Emissões Acústicas Evocadas (teste da orelhinha) estará configurado no SISREG dentro do grupo "Diagnostico em otorrinolaringologia/fonaudiologia".

NO DIA DO EXAME

- Apresentar documentos de identidade/certidão de nascimento do paciente,
- Não agendar paciente em estado gripal (congestionada ou com secreção).

ANEXO 15 FLUXO DE AGENDAMENTO DE TRIAGEM DE BEBÊ DE RISCO PELA UNIDADE DE SAÚDE NO SISREG - PRESTADOR APAE



DADOS PARA CONFERENCIA DA "GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA" PARA AGENDAMENTO DE BEBÊS DE RISCO:

- Nome Completo;
- Idade;
- Identificação da Unidade de Saúde;
- Descrição do tipo de exame e CID;
- Assinatura e carimbo do médico;
- Data da referência.

PRÉ REQUISITO

- Conforme protocolo clínico, só poderão ser encaminhadas crianças de 0 a 3 anos e 11 meses que apresentem ADNPM, Síndrome ou fatores de risco para deficiência mental.
- Não é necessário a presença da criança no 1º atendimento (1º atendimento será com a família).

COMO AGENDAR

- O procedimento estará configurado no SISREG como "Triagem de bebê de risco".
- Ao solicitar o procedimento, cadastrar o nome da criança ou RN de (nome da mãe).

GRCA/CCR 07/10/2008

ANEXO 16 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO / ENCAMINHAMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DO MUNICÍPIO



9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AACT/EAPCCT position statement and practical guidelines on the use of gastric lavage, single dose and multiple dose-activated charcoal in the treatment of acute poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1999

Acute Gastroenteritis Guideline Team. Ciccinati Children's Hospital Medical Center. Evidence-based care guidelines. *Gastroenteritis* 2005.

American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. **Vitamin A treatment of measles**. *Pediatrics* 1993; 91: 5.

American Academy of Pediatrics. Obesity in Children. In: *Pediatric Handbook*. Illinois:APP; 2004.423-58.

American Academy of Pediatrics. Rubella. In: Peter G, ed. *Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases*. 24th ed. Illinois; 1997. p. 456-62.

Andrade Filho, A de; Campolina, D; Dias, M.B. Toxicologia na prática clínica. Belo Horizonte. Schvartsman, S. Intoxicações agudas

AZULAY, R. D. **Dermatozoonoses**. In: Azulay Dr, Ed *Dermatologia*. 2ª Ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan. P. 234-44, 1997.

BLANK, Danilo. "A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências." *Jornal de Pediatria*, nº 79, página 13-22, Rio de Janeiro, 2003.

BUNDY, D. A. P. **The Global Burden of Intestinal Nematode Disease. Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. P. 88:259, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Dermatologia na Atenção Básica*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual dos Centros de Referência de Imunológicos Especiais**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS: DIRETRIZES PARA O CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA. Brasília, DF, 2005.

BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS: RECOMENDAÇÕES PARA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E TERAPIA ANTI-RETROVIRAL EM GESTANTES. Brasília, DF, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em

Saúde. **Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação: cartilha para trabalhadores de sala de vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAPUTO R, ACKERMAN AB, SISON-TORRE EQ. *Pediatric Dermatology and Dermatopathology*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990.

CARNEIRO F. R. O., et al. **Terapêutica da Dermatite Atópica**. *Anais Bras. Dermatol*; 73 (Supl. 2) 35-8, 1998.

Carvalho ES. Imunização. In: Tonelli E, Freire LMS, ed. **Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência**. 2ª ed. Rio Janeiro: Medsi; 2000. p. 213-25.

Chang HG, Glass RI, Smith PF, Cicirello HG, Holman RC, Morse DL. Disease burden and risk factors for hospitalizations associated with rotavirus infection among children in New York State, 1989 through 2000. *Pediatr Infect Dis J*. 2003 Sep;22(9):808-14.

Cherry JD. Rubella Virus. In: Feigin RD, Cherry JD, ed. **Textbook of Pediatric Infectious Diseases**. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1998. p. 1922-48.

Clínica pediátricas da America do Norte – **Infeções Urinárias** Vol 02/1991.

Cole TJ. Establishing standard definition for obesity for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-3.

COMITEE ON QUALITY IMPROVEMENTE, SUBCOMITEE ON URINARY TRACT INFECTION. **Practice parameter: the diagnosis, Treatment and Evaluation of initial urinary tract infection in febrile infants and young children**. *Pediatrics*, nº 4, April 1999, vol. 103: 843 – 852

Controle da Tuberculose – Uma proposta de integração ensino-serviço - FUNASA / Centro de Referência Prof. Hélio Fraga/ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2002.

Cooper LZ, Preblud SR, Alford Jr. CA. Rubella. In: Remington JS, Klein JO, ed. **Infectious Diseases of the Fetus & Newborn Infant**. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1995. p. 268-310.

COOPER, E.S. **Trichuris and Trichuriasis in Humans**. *Advance in Parasitology*, 28:107-73, 1989.

COOPER, E.S.; BUNDY, D.A. P. **Growth Suppression in the Trichuris Dysentery Syndrome**. *European Journal of Clinical Nutrition*, 44: 285-91, 1990.

Cunliffe NA, Nakagomi O. A critical time for rotavirus vaccines: a review. *Expert Rev Vaccines*. 2005 Aug;4(4):521-32.

DENENHOLZ D. A. Crissey, J.T. **Cutaneous Infestations**. In: Ruiz-Maldonado R, Ed. *Textbook of Pediatric Dermatology*. Philadelphia: Grune & Stratton; P.555-65, 1989.

Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência / Edward Tonelli e Lincoln Freire, volume I, 2ª edição – MG – ME-

DSI, 2000. (capitulo 66 paginas 926-944)

DU VIVIER A, MCKEE PH. *Atlas de Dermatologia Clínica*. 2ª ed. Bras. São Paulo: Manole; 1995.

DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial**. 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

Duran P., Krammer R. Pediatric Obesity: Concerns and controversies. *Pediatr Case Rev*. 2002 Jul;2(3):168-79.

Edwards MS, Baker CJ . Rubella. In: Katz SL, Gershon AA, Wifert C, ed. **Krugman's Infectious Diseases of Children**. St. Louis: Mosby; 1998. p. 314-23.

Elliott EJ. Acute gastroenteritis in children. *BMJ*. 2007 Jan 6;334(7583):35-40. Review. No abstract available

EMERICH, P. S. **Sinopse de dermatologia pediátrica**. Vitória, 1995.

Emond RTD, Rowland HAK, Welsby PD. **Color Atlas of Infectious Diseases**. 3rd ed. London: Times Mirror International Publishers Limited; 1995.

Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LHFR, Succi RCM. **Infectologia Pediátrica**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1999.

FARHAT, C. et all *Infectologia Pediátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

Farhat CK. **Tratamento da Itu na infância: temas infeccioses comunitários**, 2000.

Feigin RD, Cherry JD. **Textbook of Pediatric Infectious Diseases**. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1998.

FRANÇA E, et al. **Dermatozoonoses**. In: França, ed *Dermatologia*. Recife: Bagaço; P. 125-34, 1999.

Freire LMS, Menezes FR. Sarampo. In: Tonelli E, Freire LMS, ed. **Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. P. 851-83.

Freitas RB, Linhares AC, Oliveira CS, Gusmão RHP, Linhares MIS. **Association of Human Herpesvirus 6 infection with exanthem subitum in Belém**, Brazil. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 1995; 37 (6): 1-3.

Friedman JM. A war on obesity, not the obese. *Science*. 2003 Feb 7;299(5608):856-8.

GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 2005

GRIZZIS e ESCOBAR, **A prática pediátrica**. Ed. Ate-neu. São Paulo, 2000.

Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, Hennessy T, Griffin PM, DuPont H, Sack RB, Tarr P, Neill M, Nachamkin I, Reller LB, Osterholm MT, Bennis ML, Pickering LK; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2001 Feb 1;32(3):331-51. Epub 2001 Jan 30.

HAAL, A; ORINDA, V. **Promoting Child Health throu-**

gh Helminth Control – A Way Forward? *Parasitology Today*, 11:411-2, 1997.

HOROWITZ, F., **"Desenvolvimento da Criança para o Pediatra"**, *Pediatria Comportamental, Clínicas Pediátricas da América do Norte*, 1989.

KOCH, V, ZUCCOLOTTI, S. **Infeção do Trato Urinário**. Em busca das evidências. *Jornal da Pediatria*, 2003, nº79 (suplemento 1) 97-106.

KORTING, GW. *Atlas de Dermatologia Pediátrica*. 3ª ed. New York: Schaffaner Verlag; 1978.

King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C; Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR Recomm Rep*. 2003 Nov 21;52 (RR-16):1-16.

KOZMHINSKY V. **Noções de Dermatologia para o Pediatra**. In: FIGUEIRA F, Ferreira O, ALVES V A B, ed. *Pediatria*. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. 2ª ed. Recife: Med; P.681-90, 1996.

Leão, RNQ. **Doenças Infecciosas e Parasitárias - Enfoque Amazônico**. 1ª ed. Belém: Cejup; 1998.

MACHADO, V. M. Dulce. **Ação Psicoprofilática do Pediatra. Monografias médicas**, série pediatria, vol XII, ed. Savier, pg 27-38.

Linhares AC, Villa LL. Vaccines against rotavirus and human papillomavirus (HPV). *J Pediatr (Rio J)*. 2006 Jul;82(3 Suppl):S25-34. Epub 2006 Jun 16.

LOCH, J. A. **Problemas de aprendizagem**. SBP, Módulos de Reciclagem. PRONAP, Ciclo IV, número 3, 2000

LOWY G, ALONSO FJF, CESTARI TF, OLIVEIRA ZNP. *Atlas de Dermatologia Pediátrica*. 1ª ed. São Paulo: Médica Científica; 1999.

MACIEL, E.L.N. – **Avaliação do Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar em Crianças** – Tese de doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2004.

MACHADO, V. M. Dulce. *Pediatria em Consultório, Higiene Mental*. Ed Savier, 3ª edição 45-52.

MALDONADORR, PARISH LC, BEARE JM. *Pediatric Dermatology*. Philadelphia: WB Saunders company; 1989.

Manual de Diarreia Aguda do Ministério da Saúde-1983.

MANUAL DO COMITÊ DE PREVENÇÃO E ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL DO MUNICÍPIO – VITÓRIA-ES, 2004.

MANUAL DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005

MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8. ed. 1994.

MARCONDES E. **Pediatria Básica**. 8ª ed. São Paulo: Sarvier; 1999.

MARCONDES, et al. **Pediatria básica**: pediatria clínica geral. 9 ed. São Paulo: sarvier, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde. Brasília, 1.999.

Miranda MFR, Linhares AC, Shirley JA. **Fifth disease in children living in Belém, Brazil**. Rev Inst Med Trop São Paulo 1989; 31 (5):359-62.

MONTE, C. M. **Promoção da nutrição de crianças menores de 5 anos no dia-a-dia da comunidade**. 1. ed. Vitória, UFES, 2001.

MUNIZ, Helenice de Fátima. **Obesidade e Desnutrição** – Texto adaptado. Vitória, 2002.

MURASHOVSKI, J. **Pediatria – Diagnóstico = Tratamento – Problemas de Pele (Dermatologia)** Romiti N. E Faraht. K.C seção XV – Sarvier São Paulo, 1994.

MURASHOVSKI, J. **Pediatria : diagnóstico e tratamento**. 5. ed. São Paulo, Sarvier, 1998.

NASPGHAN Nutrition Report Committee; Michail S, Sylvester F, Fuchs G, Isenman R. Clinical efficacy of probiotics: review of the evidence with focus on children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006 Oct;43(4):550-7.

NOKES, C.; COOPER, E.S. **Geohelminth Infection and Academic Assessment in Jamaican Children**. Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 85: 272-3, 1991.

NUTTI, J. Z. **Distúrbios, transtornos, dificuldades e problemas de aprendizagem**. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=339>. Acesso em: 25/02/2007.

PALOWSKY, Z. S. **Morbidity and Mortality in Ascariasis**. In: "Ascariasis and its prevention and control". London, Taylor and Francis, 1989.

Parashar UD, Gibson CJ, Bresse JS, Glass RI. Rotavirus and severe childhood diarrhea. Emerg Infect Dis. 2006 Feb;12(2):304-6.

PEDIATRICS. **Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children**. January 2003,nº 6, vol. 348 : 195 – 202

PEDIATRICS. **Imaging after urinary tract infection in males neonates**. June 2000, nº 6, vol. 105 : 1232 – 1235.

PEDIATRICS. **Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood**. August 1997, nº 2, vol. 100 : 228 – 231.

Pediatria Básica: pediatria clínica geral, tomo II / Eduardo Marcondes [et al] – 9ª edição – SP – SARVIER, 2003. (capítulo 11 páginas 150-153). Pronap 2006-08-26

Peter G, Hall CB, Halsey NA, Marcy SM et al. **Red**

Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, 2.002.

PROGRAMA NACIONAL. **Educação Continuada em Pediatria** – PRONAP – CICLO III – Número 1, Janeiro – Fevereiro – Março de 1999.

PRONAP Estudando Dermatologia 2000, Sociedade Brasileira de Pediatria.

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOC. BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA., Jornal de Pneumologia, volume 24, **I Consenso Brasileiro sobre Pneumonias**, Junho 1998.

RED BOOK 2002: RELATÓRIO DO COMITÊ DE DOENÇAS INFECCIOSAS 26ª EDIÇÃO.

RED BOOK 2004: Relatório do Comitê de Doenças Infecciosas

Reilly JJ, Wilson D. ABC of obesity. Childhood obesity. BMJ. 2006 Dec 9;333(7580):1207-10.

Ruiz-Palacios GM, Perez-Schael I, Velazquez FR, Abate H, Breuer T, Clemens SC, Cheuvart B, Espinoza F, Gillard P, Innis BL, Cervantes Y, Linhares AC, Lopez P, Macias-Parra M, Ortega-Barria E, Richardson V, Rivera-Medina DM, Rivera L, Salinas B, Pavia-Ruz N, Salmeron J, Ruttimann R, Tinoco JC, Rubio P, Nunez E, Guerrero ML, Yarzabal JP, Damaso S, Tornieporth N, Saez-Llorens X, Vergara RF, Vesikari T, Bouckennooghe A, Clemens R, De Vos B, O’Ryan M; Human Rotavirus Vaccine Study Group. Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. N Engl J Med. 2006 Jan 5;354(1):11-22.

Sacramento, H.T. Manual de Plantas medicinais da Semus, Vitória, 1992.

SAMPAIO, S. e RIVITTI, E. **Dermatologia**. 2ª ed. Artes Médicas. São Paulo, 2001.

SAMPAIO SAP, RIVITTI EA. **Dermatologia Básica**. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

Sanekata T, Ahmed MU, Kader A, Taniguchi K, Kobayashi N. Human group B rotavirus infections cause severe diarrhea in children and adults in Bangladesh. J Clin Microbiol. 2003 May;41(5):2187-90.

Sant’Anna, C. C. - **Tuberculose na Infância e na Adolescência**. Editora Atheneu, 2002.

Sawyer MH. **Enterovirus infections: diagnosis and treatment**. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18:1033-40.

Schettino CE. **Doenças Exantemáticas em Pediatria e Outras Doenças Mucocutâneas**. 1a ed. São Paulo: Atheneu; 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Manual de Prá-**

ticas de Enfermagem. Curitiba, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Protocolo de Doenças e Alergias Respiratórias na Infância. Programa Crescendo com Saúde**. Curitiba, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Manual de Práticas de Enfermagem**. Curitiba, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Protocolo de Doenças e Alergias Respiratórias na Infância. Programa Crescendo com Saúde**. Curitiba, 2001.

Secretaria Municipal de Saúde – “Protocolo para Assistência ao Paciente com Dengue”, Vitória, 2003.

II Consenso Brasileiro de Tuberculose - **Diretrizes Brasileiras para Tuberculose** -Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol 30, supl 1, junho de 2004.

Silva EE, Winkler MT, Pallansch MA. Role of Enterovirus 71 in acute flaccid paralysis after the eradication of poliovirus in Brazil. Emerg Infect Dis 1996; 2(3): 231-3.

SILVA, G. e MOTTA, M. e F. **Tratamento Medicamentos das Helmentíases Intestinais**. SBP. Documento Científico. Dez.2000.

Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX. Casos registrados de Intoxicação Humana e Envenenamento. Brasil, 2002. www.fiocruz.br/sinitox./2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Módulos de Reciclagem. PRONAP, CICLO IV, Nº 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Jornal de Pediatria*, volume 79, Maio 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Estudando dermatologia**. PRONAP, fascículos I, II, III, IV, V e VI. 2001.

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Jornal de pneumologia*, III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Módulos de Reciclagem**. PRONAP, CICLO VI, número 2, 2003.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **“Doenças Exantemáticas”** – PRONAP – Número Extra – 1001, São Paulo.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, **“Indicadores de Risco para distúrbios do DNPM”** www.sbp.com.br

SUCUPIRA, A M. **Pediatria em consultório**. São Paulo, Sarvier, 2000.

TIBA, Içami. **Disciplina na Medida Certa**. Ed. Gente, 26a edição.

TONELLI, E. FREIRE, L. **Doenças infecciosas na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

Tonelli E, Melo, LAO. Rubéola. In : Tonelli E, Freire LMS, ed. **Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência**. 2a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p. 884-902.

Tratado de pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria-Barueri, SP: Manole,2007.

Troiano RP, Flegal KM. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics*. 1998 Mar;101(3 Pt 2):497-504.

Wagner, H. e Wiesenauer M.: **Fitoterapia, Fitofármacos, Farmacologia e Aplicações Clínicas**. Alemanha, 2003.

WHO. **Physical Status: The use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization: 1995.

Wilhelmi I, Roman E, Sanchez-Fauquier A. Viruses causing gastroenteritis. *Clin Microbiol Infect*. 2003 Apr;9(4):247-62.

World Health Organization. **The treatment of diarrhea – a manual for physicians and other senior health workers**. 4th rev. Geneva: WHO, 2005.

Zavaleta N, Figueroa D, Rivera J, Sanchez J, Alfaro S, Lonnerdal B. Efficacy of rice-based oral rehydration solution containing recombinant human lactoferrin and lysozyme in Peruvian children with acute diarrhea. *Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007 Feb;44(2):258-64.

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL

- Ana Maria Nogueira Servino - Médica SEMUS/US Jardim Camburi
- Ana Maria Vasconcelos Guio - Médica SEMUS/GAS/MS/IESP - Saúde da Criança
- Eneida Fardin Perim Bastos – Professora Assistente de Pediatria UFES, Mestre em Medicina pela UFES - Médica SEMUS / GAS / Saúde da Criança
- Ivana Macedo Cardoso - Médica SEMUS
- Márcia Regina dos Anjos Brandão - Pediatra e Dermatologista, Mestre em Saúde Coletiva, Profª. Assistente do curso de Medicina, Departamento de Pediatria/UFES. Membro do Departamento Científico de Dermatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Mariângela Alochio Avelar - Médica SEMUS/GVS (COPEMI)
- Renilsa Silveira Amorim Souza - Assistente Social - SEMUS/GAS - Saúde da Criança
- Roberta Paranhos Fragoso - Médica SEMUS/GAS/ Saúde da Criança Gastroenterologista Pediatra do HUCAM
- Shirley Pimenta Pegorete - Enfermeira Especialista em Saúde da Família - USF Maruípe
- Tânia Gomes Martins de Aragão - Médica SEMUS/ CES

EQUIPE DE COLABORADORES DESTA REVISÃO

- Ana Paula Neves Burian – Médica Infectologista Pediatra do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
- Cecília Maria Figueira - Doutora em Medicina pela UNIFESP - Escola Paulista de Medicina, Prof. Adjunta do Departamento de Pediatria da UFES, Especialista em Pediatria e Onco-Hematologia pediátrica, Coordenadora do Projeto de Extensão Viva a Vida* - Departamento de Pediatria - CCS – UFES/HUCAM
- Cláudia Sumaia Ferreira de Oliveira Belonia – Enfermeira SEMUS/GAS
- Elizabeth Pires - Médica Infectologista Pediatra do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
- Euzanete Maria Coser – Pediatra, Infectologista Pediátrica, Presidente do Comitê de Infectologia da SOESPE, Preceptora da Residência Médica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
- Helenice Fátima Muniz - Médica- Profª Dep. de Pediatria UFES / EMESCAM
- Henriqueta Tereza do Sacramento - Médica e coordenadora do Programa de Fitoterapia e práticas integrativas da SEMUS
- Herlan Wagner Peixoto - Psicólogo - SEMUS/GAS - Saúde do Adolescente
- Jacqueline Oliveira Rueda - Pediatra, Infectologista Pediátrica - Mestre em Doenças Infecciosas pelo Núcleo de Doenças Infecciosas da UFES
- Jeusa Maria Faé – Cirurgiã Dentista – SEMUS/GAS/ Saúde Bucal Especialista em Periodontia e Saúde Coletiva
- Lucília Pereira Dutra Molino - Pediatra e Infectologista Pediatra e Membro do Centro de Referência Estadual para Controle da Tuberculose
- Luiz Paulo Pegoretti – Médico Pediatra e Sanitarista e Membro do Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materno-Infantil do Município de Vitória – SEMUS/GVS
- Luiza Helena Victal Bastos - Psicóloga - Mestre em Saúde Pública - SEMUS/GAS/Saúde Mental
- Margareth Carneiro Neves Ruschi - Especialista em Cirurgia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica, Cirurgiã Pediátrica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)
- Maria Fátima Reis Ceolin – Médica Pediatra e Preceptora da Residência Médica do Setor de Infectologia do HINSG
- Maria Helena Fernandes Barbosa – Enfermeira SEMUS/GAS/Saúde da Criança
- Maria Isabel Lima dos Santos - Médica Pediatra / Nefrologia pediátrica - Hospital Infantil Dr Alzir B. Alves (HIABA,) Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM)
- Rachel Lacourt Costa - Especialista em Pediatria e Hematologia Pediátrica, Médica da Divisão de Pediatria do HUCAM/UFES, Médica assistente no Projeto de Extensão Viva a Vida - CCS - UFES / HUCAM
- Regina Mara Neves Ferreira – Médica Pediatra SEMUS/GAS/Saúde da Criança – Unidade Saúde Básica Carapebus – Serra. Pediatra-Socorrista Vitória Apart Hospital
- Sandra Fagundes Moreira Silva - Pediatra e Mestre em Doenças Infecciosas - NDI / UFES
- Sheila C. de S. Cruz - Enfermeira - SEMUS/GAS/Coordenação da Atenção Básica
- Simone Lacerda Poton – Enfermeira SEMUS/GAS
- Sony de Freitas Itho – Médica Pediatra e Doutora em Toxicologia
- Terezinha Sarquis Cintra - Geneticista - Coordenadora do Serviço de Triagem Neonatal da APAE
- Túlio Alberto Martins de Figueiredo – Enfermeiro, Doutor em Saúde Pública, Professor Associado do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, UFES
- Vera Lúcia Taqueti Machado – Médica Pediatra Homeopata, especialista em Psicossomática. SEMUS/GAS - Saúde Escolar

COLABORADORES

- Cecília Maria Figueira - Doutora em Medicina pela UNIFESP - Escola Paulista de Medicina, Prof. Adjunta do Departamento de Pediatria da UFES, Especialista em Pediatria e Onco-Hematologia pediátrica, Coordenadora do Projeto de Extensão Viva a Vida* - Departamento de Pediatria - CCS – UFES/HUCAM
- Cláudia Sumaia Ferreira de Oliveira Belonia – Enfermeira SEMUS/GAS
- Eida Maria Borges Gonçalves - Odontóloga SEMUS/GAB – Secretaria Executiva
- Equipe Técnica do Laboratório da SEMUS
- Fátima Eleonora Firme de Almeida - Assistente Social - US Forte São João
- Helenice Fátima Muniz - Médica- Profª Dep. de Pediatria UFES / EMESCAM
- Henriqueta Tereza do Sacramento - Médica e coordenadora do Programa de Fitoterapia e práticas integrativas da SEMUS
- Herlan Wagner Peixoto - Psicólogo - SEMUS/GAS - Saúde do Adolescente
- Jacira dos Anjos Pereira – Bibliotecária SEMUS/GVS/CVE/NUPREVI
- Jeusa Maria Faé – Cirurgiã Dentista – SEMUS/GAS/ Saúde Bucal Especialista em Periodontia e Saúde Coletiva
- Luiz Paulo Pegoretti – Médico Pediatra e Sanitarista e Membro do Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materno-Infantil do Município de Vitória – SEMUS/GVS
- Luiza Helena Victal Bastos - Psicóloga - Mestre em Saúde Pública - SEMUS/GAS/Saúde Mental
- Márcia de Jesus R. Pereira Bastos – Sanitarista SEMUS/GVS/CVE/NUPREVI
- Margaret Miriam Scherer de Abreu - Bióloga - SEMUS/GAS/Saúde Escolar
- Maria Cristina Ramos - Enfermeira/UFES
- Maria Isabel Lima dos Santos - Médica Pediatra / Nefrologia pediátrica - Hospital Infantil Dr Alzir B. Alves (HIABA,) Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM)
- Mercedes Falchetto Antoniazzi - Assistente Social - Aleitamento Materno MS/IESP
- Rachel Lacourt Costa - Especialista em Pediatria e Hematologia Pediátrica, Médica da Divisão de Pediatria do HUCAM/UFES, Médica assistente no Projeto de Extensão Viva a Vida - CCS - UFES / HUCAM
- Regina Célia Gama Soares - Assistente Social - USF Maruípe
- Sandra R. Resende Camisão Nogueira - Assistente Social - USF Jesus de Nazareth
- Sheila Teixeira Zambom - Farmacêutica - SEMUS/GAS/GAF
- Silvío César Machado dos Santos – Farmacêutico - SESA
- Simone Lacerda Poton – Enfermeira SEMUS/GAS
- Solange Drummond Lanna – Enfermeira SEMUS/GVS/CVE/NUPREVI
- Vânia Azevedo de Souza - Odontóloga/SEMUS/GAS - Saúde Bucal
- Verúcia Frizzera Musso - Odontóloga - SEMUS/GAS/Saúde Bucal

DIGITAÇÃO

Thiago Gaspar Corrêa
Cirlania Busato

COORDENAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA

Renilson Silveira Amorim Souza

COORDENAÇÃO DO PROTOCOLO SAÚDE DA CRIANÇA

Ana Maria Vasconcelos Guio