

BH VIVA CRIANÇA

COMPROMISSO COM A
ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE
DA CRIANÇA E ADOLESCENTE



BH VIVA CRIANÇA

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À CRIANÇA
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DE BELO HORIZONTE

2004

PARTE I

**AGENDA DE COMPROMISSOS PELA SAÚDE INTEGRAL
DA CRIANÇA E ADOLESCENTE E
REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL**



BH VIVA CRIANÇA

**PREFEITO
FERNANDO DA MATA PIMENTEL**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR**

**Gerência de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde
Gerente: Sônia Gesteira e Matos**

**Coordenação de Atenção à Criança
Coordenadora : Sônia Lansky**

Equipe técnica:

**Alexandra Silva Velloso
Amélia Augusta de Lima Friche
Carmen Cândida Passos De Marco
Cláudia Ribeiro Andrade
Geralda Magela Calazans
Maria Cecília Accioly
Marislaine Lumena Mendonça
Rosana Scotti
Vera Maria G. Martino de Faria
Zoraia Rocha Magalhães Gomes**

Colaboradores:

**Coordenação de Saúde Bucal
Coordenação de Saúde Mental**

**Adolfo Paulo Bicalho Lana
Ana Amélia Miglio
Ana Lúcia Nogueira Diniz
Andréa Chaimowicz
Beatris Maria dos Santos Batista
Karla Adriana Caldeira
Maria Gonçalves Soares
Maria de Lourdes Miri Megda**

**Coordenação de Imunização/SMSA
Coordenação DST/AIDS
Marília Makaroun Figueiredo
Rosângela Cássia Dias Correia Lima
Solange Miranda
Valéria Barbosa
Valéria Radichi
Zélia Cardoso
Grupo de Adolescentes - CS Gentil
Gomes**

ÍNDICE

PARTE I – AGENDA DE COMPROMISSOS COM A SAÚDE DA CRIANÇA

- I- INTRODUÇÃO
- II- PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ATENÇÃO
- III- LINHAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO À CRIANÇA E ADOLESCENTE
- IV- PRINCIPAIS EIXOS
- V- LINHAS DE CUIDADO PARA ABORDAGEM PRIORITÁRIA
- VI- PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO
- VII- A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DA REDE DE ATENÇÃO À CRIANÇA
- VIII- COMPROMISSOS DAS UNIDADES DE SAÚDE: “ O QUE NÃO PODE DEIXAR DE SER FEITO”
- IX- INSTRUMENTOS PARA A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENÇÃO À CRIANÇA

PARTE II – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

- 1- PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO E CRIANÇA DE RISCO
- 2- PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO FETAL E INFANTIL
- 3- ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
- 4- ACOMPANHAMENTO DO RN DE RISCO
- 5- INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
- 6- IMUNIZAÇÃO
- 7- DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS
- 8- ATENÇÃO À DOENÇAS PREVALENTES
 - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
 - DOENÇAS DIARRÉICAS
 - DOENÇAS PARASITÁRIAS
- 9- VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS INFECTO - PARASITÁRIAS
 - HIV/AIDS
 - HEPATITE B e C
 - SÍFILIS, RUBÉOLA E TOXOPLASMOSE CONGÊNITA
- 10- ABORDAGEM ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
- 11- ATENÇÃO À CRIANÇA EM INSTITUIÇÕES INFANTIS
- 12- ABORDAGEM À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE E DO JOVEM

APRESENTAÇÃO

Os quinze anos do Sistema Único de Saúde – SUS - e no tempo da XII Conferência Nacional de Saúde, nos estimula a algumas reflexões, especialmente aqui em Belo Horizonte, que tem tido a oportunidade de assistir a uma das belas e singulares páginas de construção do SUS neste país.

A primeira é o reconhecimento do muito do que se fez por aqui neste caminhar, especialmente no campo da atenção à criança. Apenas como símbolo e marca, a redução expressiva da mortalidade infantil em mais de 65% de 34,6 em 1993 para 13,1 em 2002. Resultado de ações sustentadas nos vários níveis tecnológicos da atenção: da universalização, do planejamento familiar e do pré-natal de qualidade à ampliação de unidades de terapia intensiva neonatal, passando pela vinculação das gestantes previamente às maternidades, ao controle permanente da qualidade destes serviços, incluindo o fechamento definitivo de cinco maternidades de baixa qualidade, às medidas de controle de grupos especiais como as crianças de risco, os desnutridos e os pequenos chiadores, além da cobertura da imunização e terapia de reidratação oral. Isto nos estimula a continuar nesta trajetória de proteção e defesa da vida e da saúde de nossos mais recentes belorizontinos.

Em segundo lugar, o reconhecimento do muito do que se há ainda por fazer. Para isto, construindo e reconstruindo nossos diagnósticos, dialogando com milhares de trabalhadores e usuários, pesquisando, defendendo teses e inovando, vamos refazendo nossas trilhas da gestão e da assistência. Daí o lançamento, em mais uma parceria que tanto nos orgulha, com a Pastoral da Criança e a Sociedade Mineira de Pediatria, do **BH VIVA CRIANÇA**, com o viva no duplo sentido da afirmação radical da vida e da comemoração de uma vida feliz! Esta remodelagem atualizada de nossa proposta vem incorporar aos princípios do acolhimento, vinculação, responsabilização, humanização e qualidade da atenção, potencialmente inscritos no formato organizacional saúde da família, a história e o sentido de acúmulo conceitual e operativo já vivenciado na área da atenção à criança, especialmente nos últimos dez anos de gestão democrática e popular

na SMSA. O Viva Criança é a face infantil e adolescente do nosso projeto global da assistência **BH VIDA: Saúde Integral**. Aos poucos tudo vai se juntando e se articulando em nós solidários de uma rede.

Por fim, falando deste simbólico sobrenome de nosso projeto assistencial, o grande desafio de garantir a integralidade verdadeira nos processos de atenção. Tendo como pano de fundo a marca da universalidade, sustentado no pilar do controle social, reconhecido a equidade como síntese de desejos, enfrentando em todos os campos os imensos desafios do financiamento e da gestão da força de trabalho, o jovem SUS de Belo Horizonte aposta na conquista da integralidade como opção política e estratégica de qualificação do sistema. Neste sentido afirmativo, a aposta nas chamadas linhas de cuidado, começa pela saúde das crianças e está reafirmado nesta agenda de compromissos, que são éticos, políticos, de opções metodológicas e tecnológicas contemporâneas, bem dimensionados operacionalmente e em fina sintonia com o conjunto de todas as nossas ações de saúde, no nosso próprio campo e na busca precisa das parcerias intersetoriais das demais políticas públicas. Com tudo isto, lá vamos nós, gestores, trabalhadores, usuários, poder público e parceiros da boa causa, em busca de mais vitórias, defendendo a vida, a começar onde ela estiver mais ameaçada e dando chance a uma Belo Horizonte mais feliz. Feliz por seus pequenos cidadãos vivos e com saúde: BH, viva.....suas crianças!

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

I - INTRODUÇÃO:

A Coordenação de Atenção à Criança, em conjunto com a Comissão Perinatal e o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde apresenta esta **AGENDA DE COMPROMISSOS COM A SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL** como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Pretende-se assim ressaltar que o foco da atenção de todos, cada qual dentro de sua missão profissional, é a criança, em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche e a escola. Assim, esta pode se beneficiar do cuidado integral, multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. Ainda, como cuidado integral entende-se a responsabilidade de se disponibilizar o cuidado necessário para a criança em todos os níveis de atenção: da promoção à saúde e prevenção de agravos ao nível mais complexo de assistência, seja no *locus* próprio da atenção à saúde ou nos demais setores que mantêm interface estreita e fundamental com a saúde (moradia e ambiente físico adequado com esgotamento sanitário e água tratada; educação, alimentação, entre outros).

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio em Belo Horizonte para os trabalhadores e serviços de saúde e para a sociedade como um todo. Apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida) os índices são ainda elevados, com predomínio da mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) e uma concentração nas regiões e populações mais pobres da cidade, reflexo das marcantes desigualdades sociais. Destacamos também as altas taxas de mortalidade perinatal (óbitos fetais ocorridos no final da gestação e os óbitos neonatais precoces, ou seja, até 7 dias de vida), mortes ainda pouco trabalhadas pelos serviços de saúde e com índices também elevados na cidade. Esta situação é agravada quando se reconhece que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de

saúde resolutivos e qualificados. As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção de destaque. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças mais vulneráveis e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda sua plenitude.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

A finalidade deste documento é apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gerentes de unidades de saúde e profissionais identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança. Propõe a definição de diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral que devem constar no cardápio básico para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população.

A organização de uma rede integrada de assistência deve se basear nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no Sistema Único de Saúde, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam resolubilidade adequada e promovam equidade. Deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, equipes de apoio, unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família. Assumindo o desafio da conformação de uma **rede única integrada de assistência à criança**, é apresentada a **linha de cuidado integral da saúde da criança**, com a identificação das ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades de saúde e da rede como um todo, visando o cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbi-mortalidade para níveis aceitáveis.

Este documento apresenta inicialmente os principais eixos de ação a serem desenvolvidas em toda a rede de assistência à criança, já que comprovaram eficiência em diversos estudos e experiências locais na qualificação da assistência à criança, no enfrentamento dos principais problemas de saúde da criança e na redução da mortalidade infantil. A seguir é apresentada a proposta de operacionalização destas ações prioritárias na rede assistencial, com a identificação das ações de saúde que não podem deixar de ser realizadas para o alcance de resultados mais positivos para população infantil nos diversos níveis de organização do SUS. Assumimos assim um compromisso, um pacto pela qualificação da atenção à criança e redução da mortalidade perinatal e infantil, nos responsabilizando pela prevenção destas mortes precoces e evitáveis, em um movimento *em defesa da vida*.

II - PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO NA SAÚDE DA CRIANÇA:

- **Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais:** definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população. Neste aspecto a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches) devem estar contempladas. A intersectorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações. Este conceito desperta para a necessidade de participação da unidade de saúde nas redes sociais locais que se constituem a partir do território, na defesa dos direitos da criança.
- **Acesso universal:** deve ser entendido como o direito de toda criança receber assistência de saúde e a responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação.
- **Acolhimento:** receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas. Deve-se adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento dos usuários - durante todo o expediente - para não se incorrer no erro comum de burocratização desta prática, com a instituição de agendamento ou distribuição de senhas para o acolhimento, que de fato deve acontecer como fluxo contínuo. A unidade/equipe assume o paciente e estabelece compromisso e responsabilidade sobre todas as suas necessidades de saúde. A consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem da criança e toda a equipe deve participar da assistência e resolução do

problema do usuário, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção. São encaminhadas para a consulta médica apenas aquelas crianças que dela necessitam.

- **Responsabilização**: Definição da população sob a responsabilidade da equipe, estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, garantindo a continuidade da assistência, com a responsabilização dos profissionais e da unidade de saúde sobre a saúde integral da criança e sobre os problemas colocados, até a sua completa resolução.
- **Assistência integral**: abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende ainda a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutica até a atenção hospitalar/terciária, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica.
- **Assistência resolutiva**: promover a articulação necessária para disponibilizar os diversos saberes e recursos adequados à necessidade apresentada, em todos os níveis de atenção; o cuidado não deve ser dispensado pontualmente e de forma fragmentada, devendo-se garantir a continuidade da assistência até a completa resolução do problema.
- **Equidade**: com a definição das prioridades para atuação no processo de organização da assistência à saúde da criança, com maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade.
- **Atuação em equipe**: articulando os diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde, efetivando-se o trabalho solidário e

compartilhado e produzindo resposta qualificada às necessidades em saúde da criança.

- **Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde:** com estruturação de ações educativas nas escolas, creches e unidade de saúde e abordagem das ações de promoção de saúde, com o entendimento das interferências necessárias sobre o ambiente e hábitos de vida para a qualidade e vida saudável.
- **Participação da família / controle social na gestão local:** incentivo à participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias, entendido como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência.
- **Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada:** ação a ser permanentemente desenvolvida pela unidade de saúde/equipe de saúde da família, de maneira a contribuir para que os problemas prioritários sejam identificados, os ajustes e ações necessários sejam realizados, de modo a prover resultados mais satisfatórios para a população; os instrumentos que poderão ser utilizados com esta finalidade, na forma de sistemas de informação já disponíveis, estão descritos na descritos **Parte X** deste documento, além de outros mecanismos locais que podem ser desenvolvidos.

III- LINHAS DE CUIDADO DA ATENÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

1-Ações da saúde da mulher e planejamento familiar:

A saúde da criança se inicia com a saúde da mulher. A promoção de saúde integral da mulher, com ênfase na anticoncepção, no atendimento às mulheres vítimas de violência, às doenças sexualmente transmissíveis/aids e à saúde das adolescentes são importantes ações de saúde, tanto para a garantia do intervalo interpartal e para a prevenção de gravidez indesejada ou de alto risco, quanto para identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças/problemas que podem comprometer a saúde da mulher e do recém nato, ou até mesmo alterar a evolução normal de uma futura gestação. Este é ainda momento privilegiado para se incentivar hábitos de vida e nutricional saudáveis, prevenção de tabagismo e uso de drogas, infecções, entre outras, fundamentais para a saúde da mulher, da gestante e do bebê. Não se deve esquecer a atenção à infertilidade, direito do cidadão ou casal e dever do estado.

2- Assistência qualificada à gestante e ao recém-nascido:

O pré-natal iniciado em momento oportuno, com abordagem integral, qualificada e humanizada, acesso aos exames preconizados, pré-natal de alto risco (pela Central de Marcação de Consultas da SMSA), vacinas e medicamentos necessários, promovem a vida e saúde da gestante e do bebê. No entanto, o pré-natal isoladamente não pode garantir um resultado final positivo e desejado para a mulher e a criança: é necessário a integração e continuidade da assistência até o final deste ciclo da vida, ou seja, o nascimento para a criança e o puerpério para a mulher. “Alta do pré-natal” é algo que não pode existir. A porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde é a equipe de atenção básica e a integração com as de média e alta complexidade,

conformando-se uma rede articulada de assistência que responda à necessidade da gestante e recém-nascido, é fundamental. A qualidade da assistência ao parto (em BH 99% dos partos são hospitalares) merece nossa atenção, para prover segurança, qualidade e humanização do atendimento à gestante e ao recém-nascido. Sabemos que mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto. O monitoramento da assistência nas maternidades pela SMSA (Comissão Perinatal) deve se manter, levando em conta não apenas os aspectos relativos à disponibilidade de estrutura hospitalar como equipamento adequados e recursos humanos em número suficiente e capacitados, de modo a conferir segurança para o atendimento, mas também aqueles relativos ao processo da assistência. Destacamos a importância da vinculação da gestante à maternidade desde o pré-natal, o transporte adequado, o acolhimento imediato da gestante e a utilização do *partograma* com *avaliação materna e fetal pelo menos de hora em hora* (conforme protocolo do Ministério da Saúde) com a permissão de acompanhante durante o trabalho de parto e parto. O acesso ao leito de risco para o RN e a puérpera deve ser garantido e disponibilizado pela Central de Internação da SMSA. A avaliação da satisfação da usuária dos serviços de pré-natal e atenção ao parto deve ser incorporado como rotina nos serviços.

A UBS deverá acolher e avaliar o RN em toda a sua necessidade, podendo demandar atendimento da maternidade nas intercorrências após nascimento nos primeiros 15 dias de vida, de acordo com fluxo estabelecido pela Comissão Perinatal da SMSA. A partir desta data a assistência da criança é responsabilidade integral da UBS/ESF e, em caso de urgência ou necessidade de realização de exames laboratoriais, seguirá o fluxo de atendimento de urgência existente em cada Distrito Sanitário.

3- 5º dia saúde integral e "teste do pezinho"

O pós-parto é outro momento de cuidado especial com a mulher e os serviços de saúde devem se organizar para garantir a atenção à puérpera. O **"5º dia saúde integral"**, quando o teste do pezinho é recomendado, é uma estratégia e oportunidade

de atenção à saúde da mulher e da criança, em um momento especial e de maior vulnerabilidade na vida.

As unidades de saúde devem divulgar informações sobre a importância da realização do teste do pezinho, a partir do 5º dia de vida, para detectar doenças como o hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística, que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança. As equipes de saúde devem estar atentas às crianças que não comparecerem à Unidade de Saúde na 1ª semana de vida. Neste caso os ACS deverão fazer visita domiciliar e encaminhar à criança e a mãe ao Centro de Saúde. No momento da realização do teste do pezinho a equipe de saúde deverá atender integralmente a criança e a mulher com avaliação das condições de saúde da criança, da mãe, incentivo ao aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para a puérpera e a criança, agendamento da consulta de pós-parto e planejamento familiar para a mãe e de controle para a criança.

4- Incentivo ao aleitamento materno

O incentivo ao aleitamento materno deve se iniciar no pré-natal com orientações à gestante sobre suas vantagens e sobre os cuidados com as mamas. Na maternidade deve-se promover o aleitamento precoce ainda na sala de parto, o alojamento conjunto, além de reforçar as orientações de incentivo (livre demanda) e dar apoio às dificuldades e orientar sobre os cuidados com o RN. Nas unidades básicas de saúde o aleitamento materno deve ser sempre avaliado pelas equipes de saúde, em todo atendimento da criança menor de 6 meses e da nutriz, ressaltando-se a importância desta abordagem no primeiro mês de vida, quando ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce. A visita domiciliar do ACS no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mulher e do bebê e de fundamental importância para o apoio à amamentação. As equipes de saúde devem estar capacitadas para avaliar, orientar e prestar assistência às gestantes e mulheres que querem ou estão amamentando.

5- Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e Desenvolvimento (CD)

Toda criança deve receber o “**Cartão da Criança**” ainda na maternidade. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, que envolve o registro e avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências no Cartão da Criança (0 a 6 anos), do estado nutricional, bem como orientações à mãe/família sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento. Toda a equipe de saúde deve estar capacitada para este acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. O seguimento da criança será feito com base no protocolo de C/D da SMSA, que mantém a continuidade da atenção na infância e adolescência com atendimento anual pela ESF, visando estreitar e manter o vínculo da criança/adolescente e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, imunização, prevenção de problemas como a gravidez indesejada, agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

6- Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil

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

importância dos hábitos alimentares, como um meio eficiente de promoção da saúde e prevenção de várias doenças, na infância e na vida adulta, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

7- Combate à desnutrição e anemias carenciais

As equipes de saúde deverão incentivar ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição, como orientação alimentar para as famílias, acompanhamento pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, orientação no desmame, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, uso do ferro profilático e vitaminas para o RN prematuro e de baixo peso, suplementação alimentar para gestantes desnutridas, nutrizes e crianças em risco nutricional. As equipes de saúde deverão estar capacitadas para avaliar o **Cartão da Criança** em todos os atendimentos, promover atividades educativas, identificar e captar gestantes desnutridas, crianças em risco nutricional e/ou desnutridas, realizar acompanhamento e tratamento segundo protocolo específico da SMSA, manter arquivo atualizado de crianças cadastradas por ESF e fazer busca ativa de faltosos ao calendário de acompanhamento proposto.

Devem estar destacadas as ações de *Vigilância Alimentar e Nutricional*, incluindo avaliação de consumo alimentar, além da identificação e priorização do atendimento das famílias e crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis.

8- Imunização

Para reduzir as taxas de morbi-mortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação destas doenças na cidade. Para isto, as doenças controladas através de imunização, como poliomielite, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, entre outras, devem ser notificadas pela equipe de saúde, para se traçar as medidas de prevenção.

A Unidade de Saúde deve garantir o *funcionamento contínuo da sala de vacina*, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população. Este é ainda um espaço privilegiado para abordagem integral da criança, quando outras demandas e uma avaliação global da criança pode ser realizada, com verificação da curva de peso, situação geral de sua condição e desenvolvimento, intercorrências, agravos, etc. As equipes de saúde devem se organizar para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos (semanal/quinzenal) pelo arquivo de vacinação com a 2ª via do cartão.

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

9- Atenção às doenças prevalentes:

As doenças diarreicas e respiratórias persistem como graves problemas para a criança e, associadas com a desnutrição, colocam em risco a sua vida. As doenças respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência, o que demanda capacitação das equipes de saúde para uma atenção resolutiva, com continuidade da assistência até a solução completa dos problemas e evitando-se a morte por causa evitável (ainda uma situação freqüente na nossa realidade) e também a internação hospitalar desnecessária. A pneumonia é uma das principais doenças da infância e a segunda causa de morte em menores de 1 ano. A asma e sua associação com a alergia e pneumonia merecem atenção especial, dada a sua grande interferência na qualidade de vida da criança. A doença diarreica e as parasitoses intestinais seguem com prevalência significativa na infância, interferindo no desenvolvimento adequado da criança, sendo necessárias ações intersetoriais integradas e promotoras de acesso à água tratada e esgotamento sanitário, além do cuidado individual.

A transmissão vertical do HIV e hepatite, a sífilis, rubéola e a toxoplasmose congênitas devem ser destacadas como **eventos-sentinelas**, dado que as ações de

prevenção e controle estão disponíveis no município. Assim, cada caso deve ser levado para avaliação pela equipe de atenção básica para levantamento dos problemas que podem ter contribuído para a sua ocorrência, de forma que as intervenções necessárias possam ser realizadas para prevenção de novos casos.

10- Atenção à saúde bucal

A saúde bucal da criança começa com a linha do cuidado da saúde da mulher. Condições favoráveis antes e durante a gravidez e o aleitamento materno promovem a saúde dos dentes, a prevenção de problemas ortodônticos e da fala. Como ponto de partida, deve-se tentar conhecer, através de trabalhos em grupos, consultas, visitas, observação, qual a importância atribuída pela gestante à sua saúde bucal e os hábitos que desenvolve. Este processo de conhecimento entre os profissionais de saúde e a gestante, a puérpera ou uma mãe que busca o serviço com criança de colo, e com as próprias crianças é fundamental para a construção de vínculo e laços de confiança que possibilitem o desenvolvimento de ações cuidadoras e estímulo à autonomia de mães e crianças em relação à saúde bucal. É importante a discussão construtiva sobre as funções e a importância da boca para a saúde das pessoas e nas relações sociais, bem como sobre o desenvolvimento das estruturas bucais durante a gestação e após o nascimento, até completar doze anos de idade.

Na gestação são importantes os cuidados com a alimentação, ingestão de medicamentos, consumo de álcool, fumo e drogas e sua relação com o desenvolvimento dos dentes/boca da criança, inclusive riscos de ingestão excessiva de medicamentos com flúor em locais onde já há o abastecimento com água fluoretada (COPASA BH).

Após o nascimento é necessário destacar aspectos como a importância do aleitamento, dos hábitos alimentares (riscos do alto consumo de açúcar), a transmissibilidade da cárie, as doenças que afetam a boca, medicamentos com manifestação sobre as estruturas dentárias (como p. ex., a tetraciclina), a cronologia da erupção dos dentes e os fenômenos que geralmente os acompanham (incômodos, febre, irritação), o uso excessivo de chupetas. Os cuidados de higiene bucal (uso de panos,

gaze, escova e fio dental), o exame da boca (dentes e mucosas) devem ser constantemente estimulados e construídos nas diversas ações das equipes de saúde. Os cuidados a serem tomados durante tratamentos, ações de controle, quando do evento de dor, de alguma emergência (abscessos, fraturas, luxações, avulsões) ou referência e contra-referência junto a outros níveis, devem ser objeto do trabalho cotidiano de se fazer ações de saúde com vistas ao esclarecimento de causas, determinações dos problemas, à assimilação de hábitos positivos, bem como à autonomia das crianças, das mães e das famílias em relação a sua própria saúde.

11- Atenção à saúde mental

Há inúmeros fatores que devem ser considerados quando se fala em saúde mental de crianças. Nesse sentido, deve-se reconhecer que todos os cuidados que se tem com a mulher e mãe, antes mesmo do nascimento do bebê, são importantes também para a saúde mental da futura criança. A forma como se assiste a família, sua relação com o neném, a maneira como essa família se dispõe a cuidar da criança, seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, como essa criança é recebida e 'endereçada' ao mundo, são fatores fundamentais para a saúde mental. Nesse contexto, todos os profissionais que atuam na rede de cuidados que se relacionam com a família, a criança e a escola (desde a educação infantil) têm responsabilidade em zelar também por sua saúde mental. O *acompanhamento do crescimento e desenvolvimento* se coloca como o eixo privilegiado do cuidado com a criança, possibilitando a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna e deve ser realizado pela equipe de saúde conforme protocolo da SMSA.

As equipes de saúde mental da atenção básica estão habilitadas a intervir nos casos em que se caracteriza a necessidade de uma abordagem mais específica. Compõem uma rede capaz de fazer o acolhimento de bebês para avaliação e tratamentos psicoterapêuticos de crianças e adolescentes. Nos casos em que se verifica a necessidade de intervenção como a existência de sintomas indicativos de autismo, psicose, ou neuroses mais severas, os profissionais devem estar aptos a encaminhar as

crianças às Equipes Complementares ou CRIAS (Centro de Referência da Infância e Adolescência), existentes nas regionais. Nos demais casos, é indispensável que os profissionais da saúde mental, em parceria com as ESF possam verificar em que medida os problemas apresentados pela criança podem ser resolvidos com sua inclusão em atividades de socialização, em oficinas culturais e esportivas da própria comunidade. Muitas das demandas atuais à saúde mental decorrem da impossibilidade da cidade oferecer espaços de participação social, de exercício do protagonismo infanto-juvenil, bem como da falta de perspectivas e de oportunidades para a produção dos talentos, aptidões e mesmo do efetivo exercício de cidadania de crianças e jovens. E é por isso que se deve reconhecer a importância e o significado dos ***Fóruns Regionais de Atenção à Criança e Adolescentes***, como espaços de construção coletiva e de efetivo exercício da intersetorialidade, fundamentais na luta para assegurar o lugar da criança no seu território, na comunidade, na cidade.

12- Prevenção de acidentes, maus tratos/ violência, trabalho infantil

Ações de saúde e intersetoriais diferentes das tradicionalmente desenvolvidas são necessárias para abordagem de problemas relevantes em saúde pública na atualidade, como a violência urbana, a violência doméstica, acidentes domésticos e do trânsito, causas importantes de morbidade na infância e primeira causa de mortalidade a partir de 4 anos. A atenção integral à criança vítima de violência e abuso do trabalho infantil deve compor o cardápio de ações da saúde, com a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável e prevenção de agravos, na detecção oportuna dos problemas e abordagem multiprofissional e intersetorial.

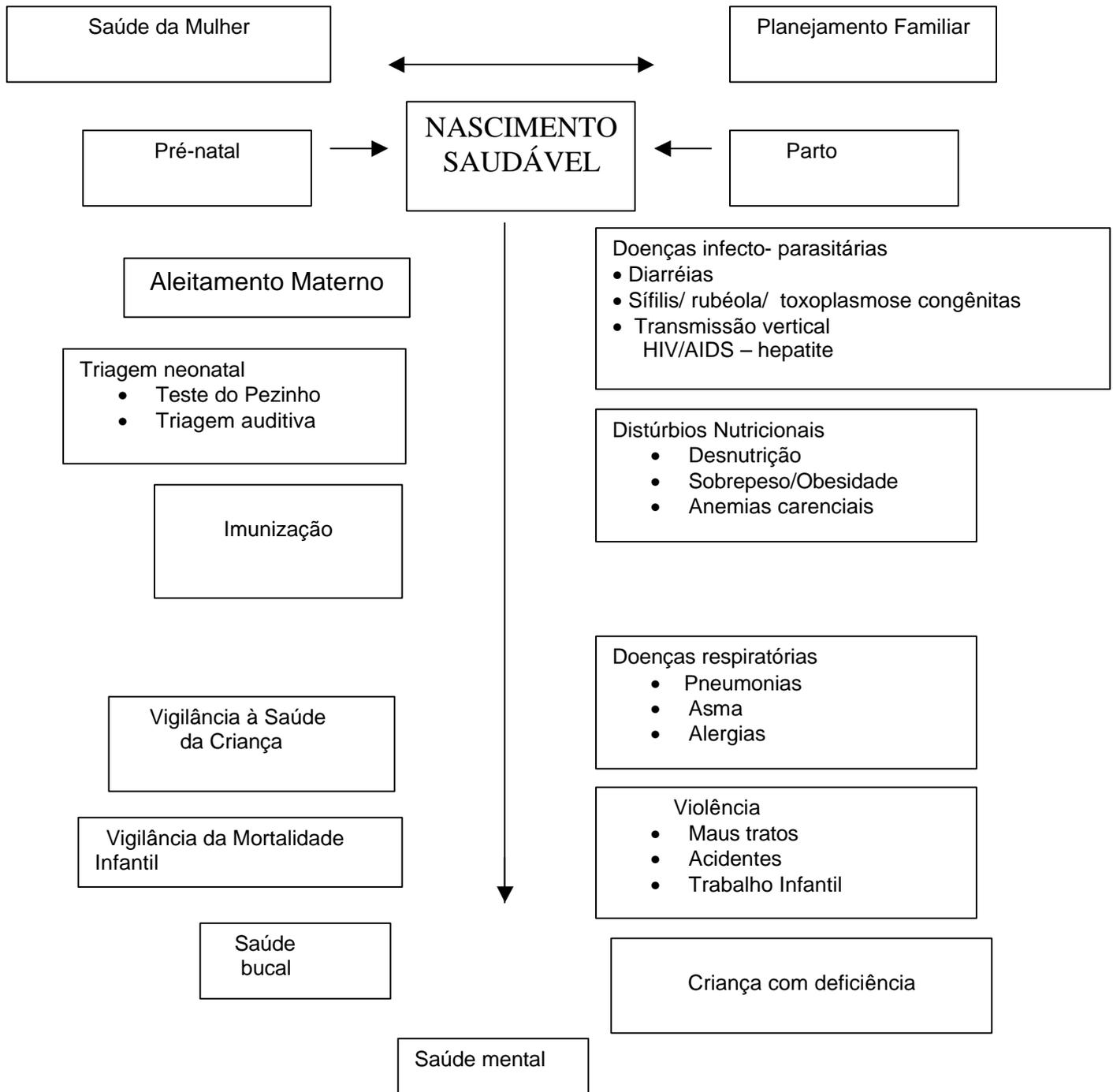
13- Atenção à criança portadora de deficiência

Segundo a UNICEF, pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem algum tipo de deficiência – física, mental ou sensorial – com repercussão negativa no desenvolvimento neuropsicomotor. A criança com necessidades especiais merece atenção

integral e multiprofissional, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce, de habilitação e reabilitação, promoção de saúde e prevenção de impedimento físico, mental ou sensorial e de agravos secundários, minimizando as conseqüências da deficiência. A abordagem da criança deve ter como referencial a promoção da sua inclusão e participação social, para o quê é necessária a atuação integrada da equipe de saúde com a família, a comunidade e os equipamentos sociais disponíveis.

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

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE REDUÇÃO
DA MORTALIDADE INFANTIL
LINHAS DE CUIDADO**



BH - VIVA CRIANÇA
AGENDA DE COMPROMISSOS SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

IV- PRINCIPAIS EIXOS – LINHAS DE CUIDADO

NASCIMENTO SAUDÁVEL

- Saúde da mulher pré-concepção
- Planejamento familiar
- Pré-natal
- Atenção ao parto

**CRESCIMENTO
E
DESENVOLVIMENTO**

**ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL**

MENOR DE 1 ANO

- Cuidados com o RN: 5º dia saúde integral
- Acompanhamento RN risco
- Triagem neonatal
- Aleitamento materno
- Saúde coletiva nas instituições de educação infantil
- Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias anemais carenciais, doenças respiratórias

SAÚDE BUCAL

**SAÚDE
MENTAL**

IMUNIZAÇÃO

**1 A 6 ANOS
7 A 10 ANOS**

- Saúde coletiva nas instituições de educação
- Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias anemais carenciais, doenças respiratórias

**ACIDENTES/VIOLÊNCIA
TRABALHO INFANTIL**

10-19 ANOS

- Saúde coletiva nas instituições de educação
- Educação em saúde: sexualidade, prevenção DST/AIDS promoção hábitos saudáveis: atividade física, prevenção do tabagismo, álcool, drogas
- Planejamento familiar

**PORTADOR
DEFICIÊNCIA**

BH - VIVA CRIANÇA
AGENDA DE COMPROMISSOS SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

V-DESTAQUES PARA ABORDAGEM PRIORITÁRIA

Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no município, apresentamos as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança:

1- PROMOÇÃO DO NASCIMENTO SAUDÁVEL

2- ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

**3- ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E
IMUNIZAÇÃO**

**4- PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL - ATENÇÃO AOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS**

5- ABORDAGEM DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E INFECCIOSAS

BH - VIVA CRIANÇA
AGENDA DE COMPROMISSOS SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

VI-PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

1- VIGILÂNCIA À SAÚDE PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Entendida como a postura ativa que o serviço de saúde deve assumir em situações de maior risco e dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas específicas para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde, programando visitas domiciliares para captação dos usuários e realização de busca ativa daqueles sem o acompanhamento programado. Devem ser priorizados os seguintes grupos populacionais: ***gestante, puérpera, recém-nascido e a criança < 5 anos.***

Recomenda-se que algumas ações sejam consideradas eventos-sentinelas (situações que não deveriam ocorrer dada a disponibilidade de conhecimento, recursos técnicos e de assistência em saúde) e incorporadas à rotina das equipes de atenção básica, com destaque para: ***vigilância da ocorrência de sífilis, rubéola e toxoplasmose congênita, da transmissão vertical da hepatite e HIV, incluindo a disponibilidade de exames e medicamentos, conforme orientações da SMSA e Ministério da Saúde (PHPN e Projeto Nascer).*** O objetivo é que, para além da notificação dos casos identificados, o serviço procure compreender quais foram os fatores que contribuíram para a ocorrência destes eventos e, desta forma, desencadear as ações locais necessárias para prevenção de novas ocorrências (insuficiências dos exames preconizados, atraso nos resultados, dificuldade de acesso aos medicamentos, etc.)

2- VIGILÂNCIA DA MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL:

A vigilância do óbito materno, fetal infantil é de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada pela equipe de atenção básica para levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma mulher e de uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade - **evento sentinela** - o que possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde e redução da mortalidade materna, infantil e perinatal. Deve ser realizado:

- estudo dos óbitos de mulheres em idade fértil, conforme orientação do Comitê de Prevenção do Óbito Materno da SMSA.
- estudo dos óbitos fetais e neonatais com peso ao nascer maior que 1500 g e dos óbitos pós-neonatais (exceto mortes por malformação congênita letal) da área de abrangência da unidade, de acordo com o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal da SMSA-BH
- análise da evitabilidade dos óbitos em reuniões na unidade / Distrito Sanitário e identificação das medidas necessárias para prevenção de novas ocorrências

3-CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO À CRIANÇA

A capacitação teórico-prático das equipes de saúde de família e de atenção básica é de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. Assim, o trabalho com a criança e a família pode ser realizado com todo o potencial que a equipe multiprofissional detém (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS , equipe de apoio como o pediatra e demais profissionais). A abordagem deve ter como eixo a visão global da criança, enfocando a identificação daquela com maior vulnerabilidade e risco, de forma a orientar a priorização do atendimento para a criança com algum sinal de gravidade, o aconselhamento da mãe/família e a responsabilização pela continuidade da assistência com acompanhamento até a solução dos problemas apresentados.

BH - VIVA CRIANÇA
AGENDA DE COMPROMISSOS SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

VII- A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
E DA REDE DE ATENÇÃO À CRIANÇA

O papel da Equipe de Atenção Básica de Saúde na atenção à criança

A estratégia da saúde da família é o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde, entendida como o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde. Portanto, a porta de entrada preferencial do sistema de saúde é a unidade básica de saúde /equipe de saúde da família e o momento privilegiado para prover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas, para além da assistência à saúde. No entanto, não se pode perder de vista que qualquer local do sistema de saúde e outros espaços sociais se colocam como *oportunidade de cuidado* e devem prestar a atenção integral à criança, além de envolver / demandar a atuação da ESF/UBS.

As unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e /ou cobertura por equipes de saúde da família, devem aderir à Agenda de Compromisso para a Atenção Integral à Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Devem ainda pactuar o cumprimento de alcance de resultados, com o seu desempenho sendo avaliado periodicamente. Os critérios e indicadores para esta avaliação devem ser definidos e pactuados entre as unidades de saúde e gestores municipais, tendo como referência as diretrizes apontadas pelos níveis regionais, estaduais e federal.

Como ressaltado anteriormente, o foco de todos profissionais nesta agenda é a criança, dentro do contexto da sua família e sociedade. Cada olhar (de cada profissional da equipe de saúde e de acordo com a sua competência profissional) adiciona saberes e

possibilitadas de atuação integral, sobre o todo da criança, *a criança por inteiro*. A idéia central deve ser a de *não perder oportunidades* de atuação, de prevenção, promoção e de assistência, enfim, de cuidado, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção. É sob esta ótica que cada trabalhador articula sua ação com a do outro e de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, conformando uma rede de saúde de fato e uma rede de apoio social por onde caminha a criança/família, e funcionando em seu benefício. A atenção básica deve estabelecer:

- **Articulação com as equipes de apoio e rede ambulatorial especializada:** de maneira a verificar que a criança tenha efetivamente conseguido o atendimento referido, e manter a continuidade da assistência na atenção básica (promoção da saúde com acompanhamento do CD, aleitamento materno/ alimentação, imunização, etc), com vistas a promover a saúde integral da criança e não transferir a responsabilidade sobre a criança para o nível de assistência especializada, para não haver prejuízo da visão global sobre esta e o cuidado necessário em cada caso. O encaminhamento de crianças para atenção especializada deverá seguir os protocolos da SMSA para este nível de assistência. Deve ser feita a contra-referência por escrito (relatório de atendimento e proposta terapêutica) da unidade especializada para a equipe de atenção básica, fundamental para qualificar o seguimento da criança.

- **Articulação com os serviços de urgência** (*vigilância da saúde da criança que necessitou de atendimento em serviço de urgência*) para a continuidade da assistência após o atendimento nos serviços de urgência, desenvolvendo mecanismos de comunicação com a equipe de saúde da família / unidade básica para o seguimento da criança, para garantir a continuidade da assistência pela atenção básica. Esta comunicação deve ser feita pelo serviço de urgência, por meio de relatório de atendimento (contra-referência), telefone ou outras alternativas, desde que a criança tenha o seu acompanhamento garantido até a resolução do seu problema, propiciando melhores resultados para a sua saúde, inclusive evitando-se internações desnecessárias.

- **Articulação com a rede hospitalar** (*vigilância da saúde da criança que necessitou de internação*): da mesma maneira, deve-se garantir a continuidade da assistência da criança após a alta hospitalar por patologias agudas, por meio de comunicação com a equipe de saúde da família / unidade básica para o seguimento do cuidado da criança que apresenta maior risco de morbi-mortalidade, principalmente no primeiro ano de vida. Esta comunicação pode se dar por meio de relatório de atendimento (contra-referência), telefone ou outras alternativas e deverá ser realizada a captação desta criança (busca ativa / visita domiciliar) para que a criança tenha o seu acompanhamento garantido até a sua completa recuperação.

No nascimento, o Cartão da Criança deve ser preenchido e entregue à família na maternidade, propiciando as informações necessárias ao seguimento adequado da criança na atenção básica, com o destaque para o RN de risco. A maternidade deve ainda orientar sobre a importância do **"5º dia saúde integral"** na UBS.

- **Articulação com o programa de atenção domiciliar**, de forma a prover o cuidado necessário para a criança no seu domicílio, evitando-se a internação hospitalar sempre que possível, garantida a assistência necessária e a continuidade da atenção pela equipe da atenção básica.

O Agente Comunitário de Saúde na atenção à criança

Todas as atividades contidas no cuidado à criança fazem parte do roteiro de abordagem da criança pelo ACS / PACS. A possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana (domicílio e instituições de educação infantil) ampliam a capacidade de atuação na prevenção de doenças e promoção da saúde e a identificação de necessidades especiais em tempo oportuno, por exemplo, o crescimento e desenvolvimento alterados, desvios na alimentação, imunização e a pronta abordagem da criança com algum sinal de risco ou perigo, conforme descrito no roteiro de visita domiciliar da SMSA. Por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade esta equipe estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de

proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação específica em saúde.

A Equipe de Apoio na atenção à criança (pediatra):

Em algumas situações de maior risco a criança deverá receber atenção do profissional pediatra como suporte à equipe de saúde da família ou para acompanhamento da criança mais grave; no entanto, deve ser mantido o compromisso de acompanhamento da criança pela equipe de saúde da família, que propicia a continuidade da assistência e a abordagem familiar. Por sua vez o pediatra se insere na atenção com:

- atuação articulada com a equipe de saúde da família para supervisão sempre que necessário;
- estabelecimento de mecanismos de educação continuada da equipe em termos de conteúdo e da prática do cuidado em saúde com a criança;
- atuação como retaguarda para o atendimento das crianças referenciadas pela equipe;
- assistência à criança nas seguintes situações, desde que esta atuação seja definida e pactuada em conjunto com as equipes de saúde família: *recém-nascido prematuro; recém-nascido com Apgar < 7 no 5º minuto; recém-nascido retido na maternidade ou com recomendações especiais à alta; criança desnutrida grave; criança desnutrida em grau moderado que não melhora após 6 meses de acompanhamento; criança com desenvolvimento alterado; criança com doenças congênitas e /ou crônicas; criança com asma moderada e grave; egresso hospitalar por patologia aguda; criança que utiliza os serviços de urgência com frequência.*

BH - VIVA CRIANÇA

AGENDA DE COMPROMISSOS COM A SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

VIII- COMPROMISSO DAS UNIDADES DE SAÚDE: "O QUE NÃO PODE DEIXAR DE SER FEITO"

1- LINHA DE CUIDADO: NASCIMENTO SAUDÁVEL

NA ATENÇÃO À MULHER QUE DESEJA ENGRAVIDAR

- Orientar sobre a importância do intervalo interpartal e oferecer os meios necessários à anticoncepção quando este for o desejo da mulher;
- Orientações sobre alimentação, visando o peso ideal; sobre os riscos do tabagismo, o uso rotineiro de bebidas alcoólicas, uso de medicamentos; avaliação de anemia e tratamento; avaliação das condições de trabalho;
- Administração preventiva de ácido fólico durante 60 a 90 dias antes da concepção;
- Investigação para rubéola e hepatite B, com imunização prévia à gestação
- Aconselhar a realização do teste anti-HIV; nos casos positivos esclarecer sobre o risco de transmissão vertical e oferecer os tratamentos disponíveis;
- Investigação para sífilis; nos casos positivos, tratar a mulher e seu parceiro para evitar sífilis congênita
- Diagnosticar e tratar a infertilidade quando este for o desejo e a necessidade da mulher/ casal
- Diagnosticar e tratar ou controlar doenças crônicas, tais como diabetes hipertensão, epilepsia;

NO CUIDADO PRÉ-NATAL:

- A ESF/UBS deve conhecer o número de gestantes da área de abrangência, programar e avaliar as ações de saúde (PN, exames, PN alto risco, assistência ao parto)

- Conhecer o número de gestantes da área de abrangência, programar e avaliar as ações de saúde (PN, exames, PN alto risco, assistência ao parto);
- Captar a gestante para início do pré-natal no 1º trimestre
- Acolher a gestante imediatamente na unidade de saúde
- Seguir protocolo da SMSA: mínimo de 6 consultas, exames, vacinas e medicamentos; avaliar necessidade de se realizar Papanicolau;
- Identificar da gestante de risco e encaminhamento para PN alto risco via Central de Marcação de Consultas;
- Ofertar atenção à adolescente conforme suas especificidades;
- Cartão da gestante, prontuários e registro de atendimento completos;
- Realizar práticas educativas com incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal, hábitos saudáveis de vida; orientação sobre sinais de alerta na gravidez, cuidados com RN; sobre a importância da consulta de puerpério, do planejamento familiar; direitos da gestante e do pai;
- Acompanhar o ganho de peso no decorrer da gestação, orientação sobre alimentação saudável no decorrer da gestação e avaliação do estado nutricional da gestante;
- Ofertar o atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência doméstica e sexual, encaminhando-a para o atendimento adequado, conforme fluxo da SMSA;
- Manter a continuidade do cuidado até o parto (também para a gestante de alto risco acompanhada em outra unidade), com consultas mais frequentes no último mês
- Garantir a vinculação com a maternidade para o parto e intercorrências
- Realizar busca ativa da gestante faltosa ao pré-natal
- Realizar visita domiciliar no último mês de gestação
- Qualificar e humanizar a assistência;

NO CUIDADO AO NASCIMENTO, a unidade que atende o parto deverá:

- Garantir acolhimento imediato da gestante na maternidade; avaliação e início da assistência; se necessária a transferência da gestante ou RN, acionar a Central de Internação;
- Providenciar transporte pré e inter-hospitalar responsável e seguro para gestante e recém-nascido;
- Garantia de equipamento e recursos humanos capacitados na maternidade para o atendimento com segurança da gestante, puérpera e recém-nascido; retaguarda laboratorial e de unidades transfusionais, e bancos de leite, conforme o nível de complexidade da assistência;
- Acompanhar o trabalho de parto com partograma e avaliação materna e fetal no mínimo a cada hora;
- Implantar “boas práticas” e humanizar a assistência, incluindo permissão de acompanhante para a gestante; chamar a mulher pelo nome; permitir que ela identifique cada membro da equipe; informar a gestante sobre os procedimentos realizados, esclarecer dúvidas e aliviar suas ansiedades; utilizar recursos para o conforto durante o trabalho de parto, como exercícios de relaxamento, banhos e massagens no pré-parto; evitar tricotomia, enteroclisma, episiotomia e a ruptura artificial da bolsa de rotina;
- Ofertar a analgesia no parto, quando a mulher assim o desejar;
- Apoiar a gestante na sua escolha sobre a posição do parto;
- Estimular a prática do parto normal, utilizando a cesariana apenas em caso de indicação precisa, esclarecendo a gestante sobre esta necessidade;
- Garantir o alojamento conjunto e permitir acompanhante em tempo integral para o RN internado;
- Orientação e incentivo ao aleitamento materno e cuidados com RN;
- Implantar Cartão da Criança na maternidade;
- Orientação sobre a importância do “5º dia saúde integral”;

NO CUIDADO APÓS O PARTO, a unidade de atenção básica deverá:

- Conhecer o número de puérperas e recém-nascidos da área de abrangência para programar as ações de saúde e realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto.
- Avaliar a saúde da mãe, verificar relatório de alta;
- Verificar cartão da criança e relatório da maternidade;
- Identificar o RN de risco ao nascimento;
- Avaliar a saúde do RN;
- Orientar e incentivar o aleitamento materno e cuidados com RN;
- Checar e orientar sobre o registro de nascimento.
- Orientação sobre a importância do "5º dia saúde integral".

NO CUIDADO AO RN na unidade de saúde : " 5º dia saúde integral"

Consulta com enfermagem

- verificar cartão da criança / condições de alta da maternidade
- avaliação geral da criança
- identificação de criança de risco ao nascer*
- avaliação saúde da puérpera
- avaliação e orientação aleitamento materno
- teste do pezinho
- vacinas (BCG e contra hepatite para o RN; rubéola e tétano para a mãe, se necessário)
- agendamento de consulta para o RN e para a puérpera (30 dias após o parto)

*Criança de risco ao nascer:

- residente em área de risco (médio, elevado e muito elevado)
- BPN (< 2500 g)
- prematuros (< 37 semanas de idade gestacional)
- asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida)
- crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou unidade de assistência ao RN, com orientações especiais à alta da maternidade
- RN de mãe adolescente (< 18 anos)
- RN de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo)
- história de morte de crianças < 5 anos na família

NO CUIDADO COM A CRIANÇA, a unidade de atenção básica de saúde deverá

identificar a criança com risco adquirido/associado para vigilância à saúde:

- crianças que não compareceram à unidade de saúde na primeira semana de vida para o teste de pezinho;
- menor de 1 ano sem acompanhamento;
- menor de 6 meses que não mama no peito;
- desnutrido sem acompanhamento;
- egresso hospitalar (prioridade para o < 5 anos);
- crianças com atendimento freqüente em serviços de urgências;
- criança com asma sem acompanhamento;
- criança com vacinas em atraso;
- criança com diarreia persistente ou recorrente;
- criança com anemia ou sinais de hipovitaminose A ;

- história de desnutrição nas outras crianças da família;
- criança com sobrepeso ;
- criança vítima de violência doméstica;
- criança explicitamente indesejada;
- mãe sem suporte familiar;
- família sem renda;
- mãe/pai /cuidador com problemas psiquiátricos ou portadora de deficiência, impossibilitando o cuidado com a criança;
- mãe/pai /cuidador em dependência de álcool/drogas;

As crianças de risco (ao nascimento ou associados/adquiridos) devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança, segundo proposta de acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança < 5 anos e segundo protocolos específicos (atenção ao desnutrido, criança com asma, etc.), além da avaliação de assistência especial com retornos mais frequentes e outros cuidados que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais.

Deve-se destacar os **recém-nascidos de alto risco**, ou seja, aquelas crianças que, além do cuidado ofertado pela equipe de saúde da família e unidade básica de saúde, demandam atenção especializada e atendimento multiprofissional, como: neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outros. Deve ser considerado RN de alto risco: *o prematuro pesando menos de 2000 g ao nascer, o RN com asfixia grave ao nascer (Apgar <7 no 5º minuto) e RN com outras patologias graves ao nascimento*. Esta criança deve ser acompanhada em ambulatório de RN de alto risco, conforme fluxo e protocolo de crescimento e desenvolvimento do RN de alto risco da SMSA.

Esta assistência deverá estar desenhada de forma a compor a rede integral de saúde da criança, de forma regionalizada, permitindo o acesso e promovendo a qualidade de vida para estes bebês. A responsabilidade das equipes de saúde da família se mantém sobre esta população de maior risco, provendo a continuidade do cuidado e desenvolvendo ações de vigilância à saúde, contando, quando possível, com agenda intercalada de atendimento pelo pediatra de apoio das equipes.

DESTAQUE
QUINTO DIA SAÚDE INTEGRAL

Cuidado com a mãe e recém-nascido na Unidade de Saúde: consulta de enfermagem

Verificar se é criança de risco ao nascimento

- residente em área de risco
- peso ao nascer (<2500g)
- prematuro (< 37 semanas de gestação)
- asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida)
- mãe adolescente (< 18 anos)
- mãe com baixa instrução (< 8 anos)
- criança internada ou com intercorrências na maternidade /unidade de assistência ao RN
- criança com orientações especiais à alta da maternidade (prescrição de antibióticos, observação de icterícia, entre outros)
- história de morte de crianças < 5 anos na família

Verificar:

- Na Declaração de Nascido Vivo (DNV): peso ao nascer, idade gestacional, Apgar, endereço, idade e escolaridade materna.
- No Cartão da Criança e/ou relatório de alta da maternidade: peso ao nascer, Apgar e orientações especiais à alta da maternidade (se a criança ficou retida, se teve intercorrências, se há prescrição de antibióticos ou outros medicamentos à alta da maternidade, se recomendada observação de icterícia, entre outros)

• **Avaliar:**

- **A criança:** estado geral, se está ativa, corada, se tem icterícia, cianose, febre, hipotermia ou outro sinal de anormalidade; verificar aspecto do umbigo; checar com a mãe/responsável se existem queixas e se as eliminações (fezes e urina) estão normais. Se detectada alguma alteração, solicitar avaliação pelo enfermeiro ou médico da unidade imediatamente. Neste caso, manter continuidade do acompanhamento com retornos freqüentes à unidade ou visita domiciliar. Se a criança está em bom estado geral, em aleitamento e sem queixas, orientar sobre os cuidados com o RN e aleitamento e agendar consulta de acompanhamento

do crescimento e desenvolvimento com 15 dias (puericultura). Se RN de alto risco (prematureo + patologias graves) agendar consulta com pediatra e checar o referenciamento para ambulatório de RN de alto risco .

• **A mãe:** se tem queixas, dor contínua no ventre ou nas mamas; seu estado geral, se está corada (pele e mucosas), se tem febre, se há corrimento com mau cheiro ou sangramento intenso, se a cicatriz cirúrgica está com bom aspecto (PN / cesárea); avaliar alterações emocionais no puerpério (depressão pós-parto); avaliar a interação com o bebê. Se detectada alguma alteração, solicitar avaliação pelo médico da unidade imediatamente ou referenciar, se necessário, para tratamento adequado, e/ou manter continuidade do acompanhamento com retornos frequentes à unidade ou visita domiciliar. Se a mãe está em bom estado geral e sem queixas, orientar sobre cuidados após o parto, higiene, alimentação saudável no puerpério e marcar consulta de puerpério e planejamento familiar 1 mês após o parto;

• **Amamentação:** identificar a forma como a mãe planeja alimentar o filho até os 2 anos de idade ou mais. Observar a formação do vínculo afetivo, a posição da mãe durante a amamentação, a posição da criança, a pega da aréola, o uso de artefatos que podem prejudicar o aleitamento materno, como mamadeiras, chucas e chupetas; verificar o aspecto das mamas, presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, existência de cicatrizes ou traumas e se existem dificuldades. Se a mãe apresenta ingurgitamento mamário, mais comum do 3º ao 5º dia após o parto, ensinar a auto ordenha manual e orientar a adequada extração do leite do peito para doação a um Banco de Leite Humano. Se detectadas alterações/dificuldades, encaminhar para avaliação pelo médico ou banco de leite, assim como para grupos de apoio à amamentação. Se a mãe apresenta sinais de infecção no peito (mastite), mais comum a partir do 14º dia após o parto, encaminhar imediatamente para atendimento de urgência em unidade especializada.

- **Aplicar vacinas:**

BCG e anti-hepatite B para a criança
Anti-rubéola, e completar esquema anti-tétano (se necessário) para a mãe

- **Realizar teste do pezinho** no bebê

2-LINHA DE CUIDADO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (CD)

A equipe de atenção básica deverá:

- Conhecer a população infantil da área de abrangência da unidade de saúde /ESF para programar e avaliar as ações de saúde, tendo como eixo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- Disponibilizar as consultas do calendário de CD da SMSA-MS, imunização, práticas educativas, medicamentos, agendamento para consulta especializada, transporte adequado em caso de necessidade (serviços de urgência e internação);
- Garantir a execução do calendário de acompanhamento do CD para toda criança da área de responsabilidade da unidade/ESF, com enfoque prioritário para a criança de risco;
- Executar as ações de vigilância à saúde da criança, com busca ativa da criança faltosa ao "*5º dia saúde integral*", às consultas propostas no calendário de acompanhamento do CD e retornos solicitados pela equipe, da criança com vacinas atrasadas, da criança que foi hospitalizada.
- Manter continuamente a prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada;
- Avaliar sinais de risco/perigo em toda criança que chega na unidade/ no domicílio ou instituição de educação infantil, com priorização da criança grave e encaminhamento para atendimento imediato com enfermeiro/médico/urgência ou hospital;
- Avaliar integralmente a criança, sem restringir o atendimento apenas à queixa apresentada (não perder oportunidades para abordagem global da criança).
- Avaliar o Cartão da Criança em todas as oportunidades, seja nas visitas domiciliares ou nas instituições de educação infantil ou na unidade de saúde, verificando a curva de crescimento, o desenvolvimento e o estado vacinal. Se o Cartão da Criança não está preenchido adequadamente, providenciar a pesagem e medida da criança, preencher a curva de crescimento e anotar as intercorrências, avaliar o desenvolvimento e registrar no local específico; providenciar as vacinas necessárias. Se a criança não possui o cartão, providenciar a sua entrega e preenchimento.
- Avaliar e observar a mamada quando da presença da criança na unidade de saúde, por qualquer motivo, para não haver perda de oportunidades para a prevenção do desmame.

- Orientar a família para que ela, utilizando o cartão da criança, acompanhe o crescimento e desenvolvimento de suas crianças.
- Manter o funcionamento contínuo da sala de vacinas para não haver perda de oportunidades para a vacinação quando da presença da criança na unidade.
- Manter o funcionamento contínuo do fornecimento de medicamentos disponíveis na unidade para não haver perda de oportunidades e melhorar a resolubilidade da assistência.

**3-LINHA DE CUIDADO: PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO,
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATENÇÃO AOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS**

A equipe de atenção básica deverá:

- Realizar no pré-natal e nas visitas domiciliares as ações de prevenção e combate à desnutrição, com orientação para alimentação saudável, incentivo e preparo ao aleitamento materno, incluindo a visita domiciliar no último mês de gestação;
- Apoiar e orientar a nutriz no domicílio na primeira semana após o parto e orientar para a importância do "5º dia *Saúde Integral*"; se detectadas alterações na amamentação referenciar para a unidade de saúde;
- Avaliar o Cartão da Criança em todas as oportunidades, seja nas visitas domiciliares ou toda vez que a criança vai à unidade de saúde (nos diversos locais de assistência, como na sala de vacinas, farmácia, sala de injeções), além das instituições de educação infantil verificando a curva de crescimento, avaliação do desenvolvimento e estado vacinal.
- Se o cartão não está preenchido adequadamente, providenciar a pesagem e medida da criança, preencher a curva de crescimento e anotar as intercorrências, avaliar o desenvolvimento e registrar no local específico; providenciar as vacinas necessárias. Se a criança não possui o cartão, providenciar a sua entrega e preenchimento.
- Realizar orientação alimentar e avaliação nutricional anual de todas as crianças de 0 a 6 anos residentes nas áreas de risco.
- Identificar os fatores de risco nutricionais, como baixo peso ao nascer, prematuridade, doenças associadas etc. que predispõem à desnutrição, para um acompanhamento mais rigoroso;

- Manter o Cartão da Criança corretamente preenchido, e avaliá-lo em todo o atendimento da criança. Se a curva de crescimento estiver abaixo do percentil 10 , utilizar os gráficos de peso/idade e altura/idade para classificar o grau de desnutrição. Se a curva estiver acima do percentil 90 orientar alimentação e iniciar seguimento adequado para a criança com sobrepeso ou obesidade;
- Manter atualizado o cadastramento das crianças desnutridas, para propiciar a busca ativa de faltosos, especialmente aquelas crianças com desnutrição moderada e grave;
- Identificar a gestante desnutrida e realizar o acompanhamento;
- Realizar o acompanhamento e tratamento segundo protocolo específico;
- Acompanhar a nutriz e a criança nos cuidados com a saúde integral, com orientações sobre o aleitamento materno, alimentação saudável e educação nutricional;
- As equipes de saúde deverão incentivar ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição, tais como: orientação alimentar, acompanhamento pré-natal, suplementação alimentar para gestante desnutrida, nutriz e criança de risco nutricional, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliação da anemia e hipovitaminose A com tratamento adequado; uso do ferro profilático e polivitamínicos para o RN prematuro e de baixo peso, orientação para o desmame.

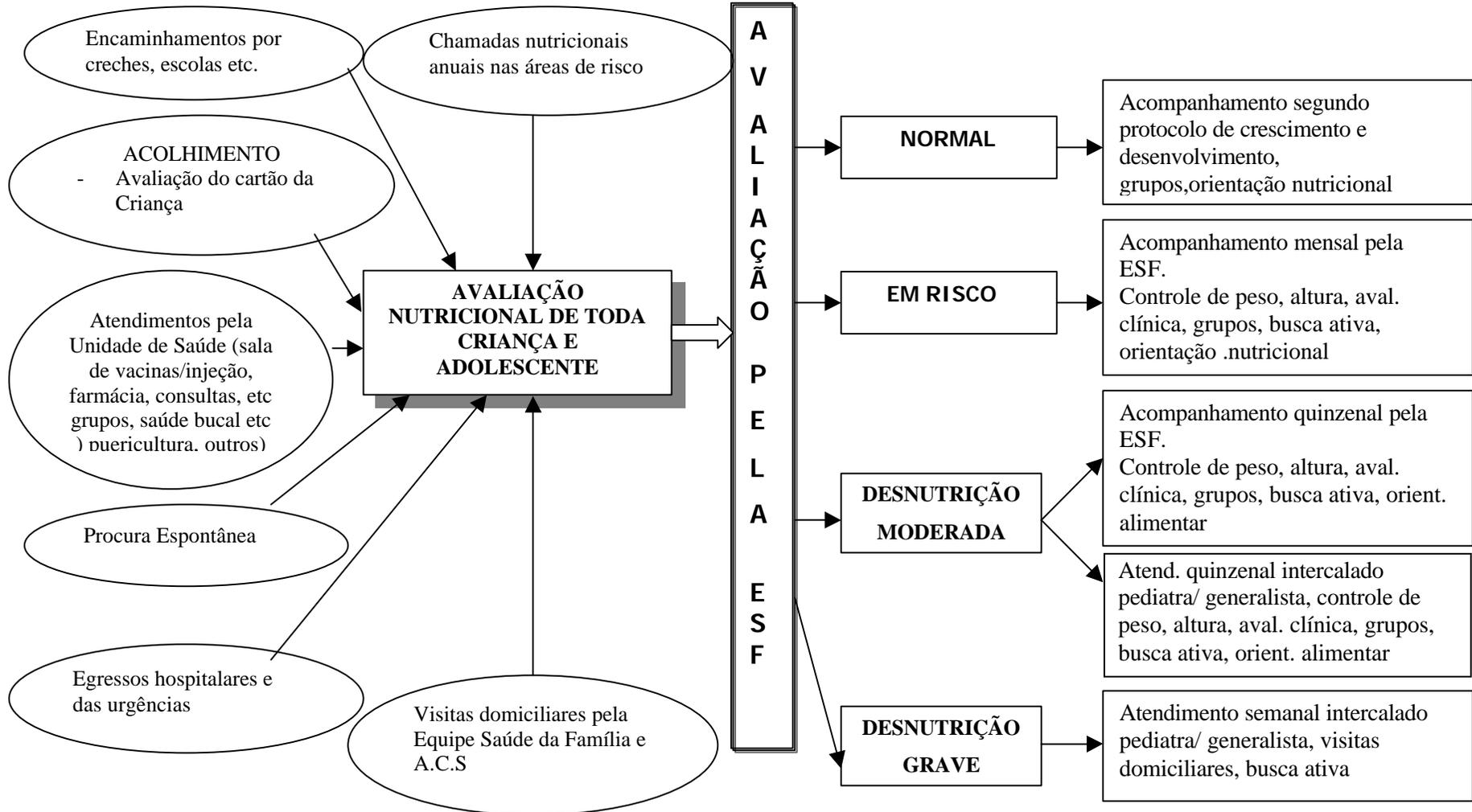
LINHA DE CUIDADO : ATENÇÃO À CRIANÇA DESNUTRIDA

CAPTAÇÃO

ACOLHIMENTO

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

ACOMPANHAMENTO

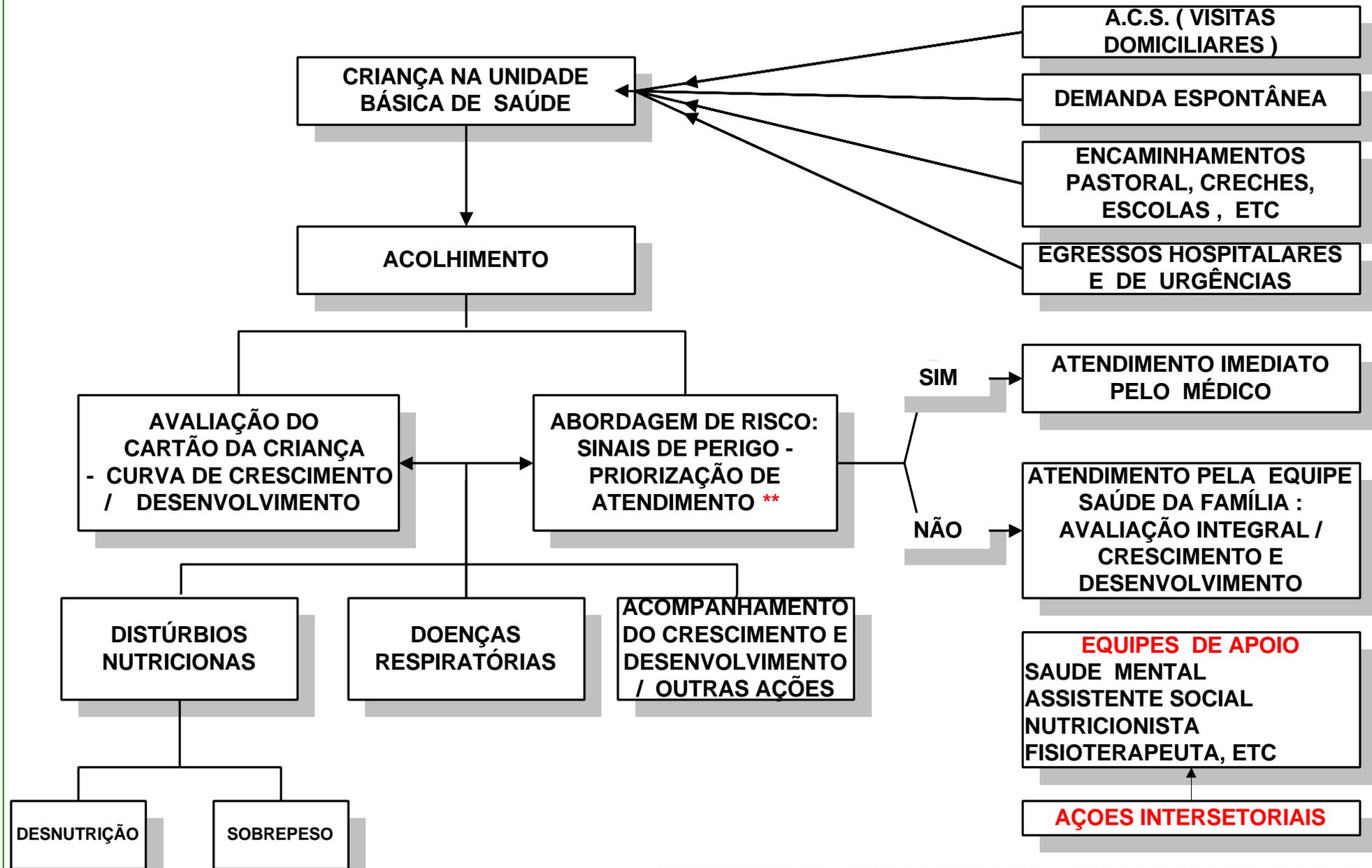


4-LINHA DE CUIDADO: DOENÇAS PREVALENTES/ABORDAGEM DE RISCO

A equipe de saúde deverá:

- Manter continuamente a prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada;
- Na unidade/ domicílio ou instituição de educação infantil: identificar a criança de risco/ sinais de gravidade e priorizar o atendimento, referenciando para urgência / hospital se necessário; (vide diagramas1 e 2)
- Manter a continuidade da assistência, agendando retorno e visita domiciliar de acordo com a necessidade da criança, de modo a aumentar a resolubilidade da assistência, evitando-se a internação desnecessária, seqüelas e mesmo a morte por causas evitáveis;
- Realizar busca ativa da criança faltosa ao acompanhamento proposto segundo protocolo ou sua necessidade;
- Realizar visita domiciliar para orientação, avaliação da situação em que a criança vive, do controle do ambiente e outros cuidados de saúde, com destaque para as crianças egressas de internação hospitalar, as que utilizam o serviço de urgência com frequência, as portadoras de asma, desnutridas ou outra patologia importante.
- Conhecer o número de crianças da área de abrangência do serviço de saúde que chamam e/ou apresentam pneumonias frequentes e/ou se internam ou utilizam com frequência o serviço de urgência por pneumonia e/ou asma;
- Captar as crianças com asma em toda oportunidade: consultas, fornecimento de medicamentos na farmácia da unidade, na sala de vacinas, injeções, nebulização, na visita domiciliar do agente comunitário de saúde (ACS); identificando egressos hospitalares e dos serviços de urgência.
- Encaminhar à atenção secundária (pediatra / pneumologia pediátrica) criança com asma grave, ou aquela com evolução insatisfatória e dúvidas no diagnóstico.
- Manter o acompanhamento pela ESF / Centro de Saúde das crianças encaminhadas para atenção secundária.

A CRIANÇA NA UNIDADE DE SAÚDE



** VIDE DIAGRAMA " ABORDAGEM DE RISCO DA CRIANÇA "

ABORDAGEM DE RISCO DA CRIANÇA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- *RESIDENTE EM ÁREA DE RISCO*
- *BAIXO PESO AO NASCER*
- *CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA/GRAVE*
- *PREMATUROS*
- *DESNUTRIDOS*
- *INTERNAÇÃO PRÉVIA*
- *MENORES DE 01 ANO (DESTAQUE PARA MENORES DE 3 MESES)*
- *CARTÃO DE VACINAS ATRASADO*

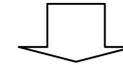
**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO
DE FATORES DE RISCO**

***RESPIRAÇÃO RÁPIDA:**
0 a 2 meses: > 60/min
2 a 12 meses: >50/min
1 a 5 anos: >40/min
6 a 8 anos: >30/min

**ATENDIMENTO
MÉDICO
IMEDIATO**

VERIFICAR QUEIXAS:

TOSSE, CORIZA, OBSTRUÇÃO NASAL
DOR DE OUVIDO/SECREÇÃO NO OUVIDO
DOR DE GARGANTA
DIFICULDADE PARA RESPIRAR, CHIEIRA
DIARRÉIA,, VÔMITOS, CEFALÉIA



IDENTIFICANDO SINAIS E SINTOMAS GERAIS DE PERIGO:

PROSTRAÇÃO MESMO SEM FEBRE
AGITAÇÃO/IRRITABILIDADE INTENSAS
RECUSA ALIMENTAR/SUCÇÃO DÉBIL
VOMITA TUDO O QUE BEBE E O QUE COME
CONVULSÃO
CIANOSE
PALIDEZ INTENSA
MENORES DE 2 MESES COM FR < 30/MIN
HIPOTONIA/HIPERTONIA
DOENTE HÁ MAIS DE 7 DIAS
FEBRE PERSISTENTE HÃ MAIS DE 3 DIAS
TEMPERATURA CORPORAL MUITO BAIXA (TAX<35,5°)
PRINCIPALMENTE EM MENORES DE 2 MESES
ESFORÇO RESPIRATÓRIO
SECREÇÃO PURULENTO NO OUVIDO
DIARRÉIA COM SANGUE

Destaque entre as doenças prevalentes

“CRIANÇA QUE CHIA”

A unidade de atenção básica de saúde deverá:

- Conhecer o número de crianças da área de abrangência que chamam e/ou apresentam pneumonias frequentes e/ou se internam por pneumonia e/ou asma. (fonte: farmácia distrital; AIH; Cadastro Social de BH)
 - Captar essas crianças em toda oportunidade: consultas, fornecimento de medicamentos na farmácia da unidade, na sala de vacinas, injeções, nebulização, na visita domiciliar do agente comunitário de saúde (ACS), os egressos hospitalares e dos serviços de urgência.
 - Acolher e avaliar essas crianças na unidade de saúde;
 - Agendar consulta médica para diagnosticar e classificar o grau de gravidade da doença: *asma intermitente, persistente leve, persistente moderada ou persistente grave*
- Crianças com asma intermitente não receberão medicamentos inalatórios, apenas broncodilatador oral e acompanhamento dentro da realidade de cada unidade, salvo aquelas com crises graves com necessidade de CTI, que receberão profilaxia como na asma persistente.
- Crianças com asma persistente devem receber profilaxia (medicamento inalatório), sendo necessário: cadastrar a criança conforme o protocolo; enviar protocolo para a farmácia distrital junto com a cópia da receita médica; comunicar à farmácia distrital quando for suspensa a profilaxia.
- Acompanhar a criança inscrita no programa *“Criança que Chia”*
- ® Acompanhamento das crianças cadastradas (em uso de profilaxia) intercalando pediatra e generalista, agendando consultas conforme o protocolo ou sua necessidade;
- Preencher o *“Protocolo de Acompanhamento da Criança em Uso de Corticóide Inalatório”* (modificado, ano 2003) para acompanhamento da evolução do tratamento de cada criança individualmente e para avaliação do programa.
- Manter acompanhamento das crianças para vigilância à saúde com o *“Protocolo de Acompanhamento da Criança em Uso de Corticóide Inalatório”* em arquivo rotativo; este deve ser preenchido em cada consulta.

- ® Realizar busca ativa da criança faltosa ao acompanhamento proposto segundo protocolo ou sua necessidade.
- Avaliar o programa na unidade a cada 3 meses, com levantamento dos dados do arquivo rotativo.
 - Enviar esta avaliação do programa semestralmente para a coordenação na SMSA, em formulário próprio.
 - Verificar técnica inalatória todas as vezes em que a criança comparecer à unidade, principalmente durante a consulta, checando também a limpeza do espaçador.
 - Encaminhar à atenção secundária (pneumologia pediátrica) criança com asma persistente grave, criança com asma persistente leve ou moderada com evolução insatisfatória e dúvidas no diagnóstico.
 - Manter o acompanhamento pela ESF / Centro de Saúde das crianças encaminhadas para atenção secundária.
 - Realizar grupos educativos mensais, abertos à comunidade tendo como participantes as mães ou responsáveis pelas crianças captadas que ainda não passaram pela avaliação médica, crianças já acompanhadas e outros interessados.
 - Preencher o "Cartão do Asmático" no dia da participação no grupo educativo. Este cartão contém informações importantes para o atendimento da criança na unidade de saúde quando é admitido em crise asmática.
 - Manter continuamente a prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada.
 - Conforme protocolo, a enfermeira poderá medicar uma criança em crise asmática se esta estiver em acompanhamento na unidade e tiver o "Cartão do Asmático".
 - Orientação sobre o controle ambiental nos vários momentos de abordagem da criança e através de cartazes, painéis e outros instrumentos educativos.
 - Visita domiciliar do ACS/ ESF para orientação, na situação em que a criança vive, do controle do ambiente e outros cuidados de saúde.

IX- INSTRUMENTOS DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

DIRETRIZES:

Para o adequado planejamento das ações e tomada de decisão é fundamental a análise das informações, com a elaboração de diagnóstico sobre a população de uma determinada unidade territorial (escolaridade, renda, saneamento, indicadores de saúde, etc). Estas informações estão disponíveis em sistemas que em geral são alimentados nos próprios serviços de saúde e em outras instâncias municipais. A equipe deve ser sensibilizada quanto ao adequado preenchimento de instrumentos como por exemplo as declarações de óbito e de nascidos vivos, fichas de doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial (SIA, SIAB), etc. Entre os sistemas de informação que podem subsidiar a definição de estratégias básicas para intervenção, destacamos os seguintes:

1- SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC):

Através deste sistema é possível extrair informações essenciais para o planejamento das ações dirigidas às gestantes e crianças do território:

- estimativa do número de gestantes da área de abrangência da unidade de saúde / equipe de saúde da família ou município
- organização do serviço de maneira a oferecer cobertura de 100% de pré-natal (com início da assistência no primeiro trimestre, mínimo de 6 consultas por gestante, 8 exames e imunização antitetânica conforme preconizado pelo MS)
- identificação de todas as crianças nascidas vivas para a organização do serviço de maneira a dar cobertura de a 100% das crianças na promoção de sua saúde, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento, imunização e atendimento das intercorrências / patologias agudas da infância.

- identificação da criança de risco ao nascimento, que necessita de acompanhamento prioritário (baixo peso, prematuro, com asfixia ou outra patologia grave ao nascer, filha de mãe adolescente, mãe sem instrução, morador em área de maior risco sócio-econômico, além de outros critérios definidos e pactuados na gestão local)
- construção das taxas de mortalidade da população sob responsabilidade do serviço de saúde.

2- SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM):

Através deste sistema é possível extrair informações de avaliação das ações realizadas, relativas aos óbitos maternos e de crianças, especialmente aqueles passíveis de prevenção pela atuação do sistema de saúde. É essencial o conhecimento dos óbitos ocorridos na área de abrangência do serviço de saúde pelos gestores da saúde (unidade de saúde, município e estado) para avaliação da ocorrência de eventos-sentinela, como a morte de crianças e mulheres por causas evitáveis e identificação das oportunidades perdidas de intervenção pelos serviços de saúde, de modo a reorientar as práticas de assistência e evitar novas ocorrências. Mesmo onde não está estruturado o Comitê de Investigação de Óbitos Infantis e de Óbito Materno esta prática deverá ser realizada para compreensão da responsabilidade do serviço de saúde sobre a ocorrência de óbitos preveníveis na população de sua área de abrangência. Além disto, permite a construção das taxas de mortalidade para avaliação da realidade local e atuação dos serviços sobre a população de sua responsabilidade.

3- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) /Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) : " Sistema FÊNIX" - PBH

- Permite conhecer as características da população da área sob responsabilidade da unidade de saúde, acompanhar o atendimento de populações específicas, como gestantes, puérperas e a população infantil realizado pela equipe de

atenção básica / ESF, com destaque para o registro de indicadores sobre pré-natal, da atenção à criança, (vacinação, aleitamento materno, desnutrição, diarreia, uso de TRO), além das mortes ocorridas na população. Trata-se de instrumento gerencial de extrema importância e utilidade para o gestor local, que permite realizar a avaliação das ações realizadas, possibilitando o planejamento contínuo das medidas e ajustes a serem realizados para o alcance dos resultados esperados.

4- SISPRENATAL

- Acompanhamento das gestantes da área de abrangência da unidade de saúde para cobertura adequada de pré-natal, conforme protocolo do MS;
- Vigilância à saúde da gestante, com busca ativa das gestantes não frequentes ao pré-natal
- Identificação das gestantes nos extremos de idade (adolescentes e acima de 35 anos) para vigilância à saúde
- Identificação mensal das puérperas e RNs para visita domiciliar através da informação obtida no relatório "data provável do parto" do SISPRENATAL.
- Avaliação da captação precoce da gestante (até o quarto mês), cobertura com seis consultas, exames e vacinas preconizadas para as gestantes atendidas.

5- Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

Este sistema permite acompanhar a trajetória da gestante na rede de assistência com a identificação do local do parto, além de informações importantes sobre problemas/patologias durante a sua internação e a do RN. Permite identificar de internação da população da área de abrangência da unidade para parto e aborto e planejamento das ações após alta hospitalar e continuidade da assistência para a mulher e a criança;

Permite ainda identificar as crianças internadas por patologias de importância, de modo que a unidade de saúde possa manter a continuidade da assistência após a

alta hospitalar e se organizar para a vigilância à saúde da criança, já que estas devem ser consideradas crianças de maior risco para morbi- mortalidade.

6- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Neste sistema, são armazenadas as notificações e investigações de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria 1943, de 18 de outubro de 2001), bem como problemas de saúde de interesse dos estados e municípios. A partir do banco de dados do SINAN, é possível conhecer a magnitude dos agravos sob vigilância, como incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, e assim como analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos de determinado agravo, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção, controle ou eliminação das doenças. Além disso, o SINAN permite subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das doenças evitáveis por imunização, bem como avaliar a qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, como por exemplo, em relação ao tétano neonatal.

PARTE II

PROTOCOLOS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE



BH VIVA CRIANÇA

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À CRIANÇA
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

2004

PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO E CRIANÇA DE RISCO

I- Introdução

A linha de cuidado da saúde da criança é uma prioridade da Secretaria Municipal de Saúde, que assume o compromisso de reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a saúde da criança, com promoção da qualidade de vida e de equidade. A organização da assistência ao recém-nascido (RN) e criança de risco coloca-se neste contexto como uma necessidade absoluta, já que estas crianças são mais vulneráveis e demandam uma assistência qualificada e oportuna.

O estudo dos óbitos infantis e maternos na cidade tem demonstrado que não é incomum o usuário passar pelo serviço de saúde mais de uma vez na doença que levou à morte e não obter resposta apropriada e em tempo oportuno aos problemas colocados, muitas vezes devido à baixa resolubilidade da atenção ou falta de acompanhamento da criança ou mulher com algum problema de saúde até a sua completa resolução.

Por este motivo propõe-se estreitar os laços da assistência com aqueles que mais precisam, com a reorganização da assistência integral à criança dando destaque para a **abordagem de risco** e de **vigilância à saúde**. Estas ações devem ser executadas de forma cotidiana e organizadas de maneira consistente em cada unidade de saúde.

A **abordagem de risco** garante que a atenção adequada (imediate e continuada) será destinada a cada criança e mulher, sem perda de oportunidade de ação da saúde. Significa não deixar de responder oportunamente e de forma qualificada e resolutiva à situação em que pode haver graves prejuízos à saúde da criança e da mulher, muitas vezes com risco de vida, como observado no estudo dos óbitos.

A **vigilância à saúde** é compreendida como a postura ativa que o serviço deve assumir em situações de maior risco, dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégias específicas para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde. Significa intensificar o cuidado e não perder de vista aquelas pessoas com maior necessidade de atenção.

Devem ser priorizados os seguintes grupos populacionais para vigilância

- **o recém-nascido**
- **o recém-nascido de alto risco**
- **a criança < 5 anos**
- **a criança com patologias que demandam acompanhamento estreito: criança em risco nutricional ou desnutrida**
criança asmática
criança com outras patologias - protocolo SMSA
- **a gestante**
- **a puérpera**

Esta ação prevê, por exemplo, a programação de

- *visitas domiciliares para captação dos usuários*
- *busca ativa daqueles sem o acompanhamento programado.*
- *continuidade do cuidado de saúde, com a programação de agendamentos e/ou visitas domiciliares freqüentes, até a resolução completa dos problemas.*

Para isto é fundamental a interlocução entre os serviços, garantindo a continuidade da assistência após atendimento em serviços de urgência ou após alta hospitalar.

A definição do fluxo para assistência do RN e criança de risco é fundamental, para orientar o seu caminhar na rede de saúde, com a definição da missão e responsabilidades de cada nível de assistência para atender às suas particularidades.

II-Objetivos:

- 1- Captar o mais precoce possível as crianças de risco, gestantes e puérperas para disponibilizar a assistência de saúde necessárias.
- 2- Oferecer assistência qualificada de saúde de forma integral e responsável, com acolhimento, identificação de riscos à saúde e oferta de cuidado resolutivo e continuado com a resolução completa dos problemas.
- 3- Executar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além do atendimento das demandas colocadas.
- 4- Garantir a continuidade da assistência, conforme os protocolos da SMSA, com a marcação de retornos ou visitas domiciliares freqüentes sempre que necessário.
- 5- Promover o vínculo com os usuários e família, ampliando e estreitando as relações de confiança e responsabilidade e incentivando o auto-cuidado, o reconhecimento de risco, com a garantia de acesso sempre que necessário.

III- Operando a vigilância à saúde

1- Do recém-nascido

Todo recém-nascido deve ter prioridade de atendimento e deve ser *acolhido, avaliado e assistido* em **qualquer unidade do sistema quando**

procura assistência, seja unidade básica de saúde, serviço de urgência, maternidade ou hospital. A peregrinação das mães com os recém-nascidos em busca de assistência não é infreqüente. Muitas vezes as UBS “devolvem” a criança à maternidade onde nasceu, alegando não ser de sua responsabilidade este atendimento e vice-versa. Neste conflito quem perde é a criança. Perde oportunidade de intervenção, o que atrasa a sua assistência, expondo-a a riscos desnecessários. Acolher e responder de forma qualificada ao RN é um compromisso que todos os profissionais e todos os serviços de saúde devem assumir para a prevenção de morbidade e mortes infantis evitáveis, já que as patologias do RN evoluem e se agravam rapidamente.

Além da condição de maior risco inerente ao RN, algumas situações devem ser destacadas pois colocam a **criança em situação de risco**, por que aumentam ainda mais a chance de evolução desfavorável. Estas situações devem ser prontamente reconhecidas pela equipe de saúde, pois demandam atenção especial e prioritária. Podem estar presentes ao nascimento - **RN de risco ao nascer** - ou acontecer ao longo da vida da criança, consideradas aqui como **riscos adquiridos ao longo da vida**.

1.1- Recém-nascido de risco ao nascimento

Considera-se RN de risco ao nascer

- RN residente em área de risco (médio, elevado e muito elevado)
- RN de mãe adolescente (< 20 anos)
- RN de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo)
- RN com baixo peso ao nascer (< 2500 g)
- RN prematuro (< 37 semanas de idade gestacional)
- RN com asfixia ao nascer (Apgar < 7 no 5º minuto de vida)
- RN internado ou com intercorrências importantes na maternidade
- RN com orientações especiais à alta da maternidade
- História de morte de crianças < 5 anos na família
- Criança explicitamente indesejada

1.2- Do recém-nascido de alto risco:

Considera-se RN de alto risco

- Prematuro pesando menos de 2000 g ao nascer
- RN com < 35 semanas de idade gestacional
- RN com asfixia grave ao nascer (critério utilizado Apgar <7 no 5º minuto)
- RN com outras patologias graves ao nascimento (distúrbios neurológicos graves, malformações congênitas graves, doença da membrana hialina, aspiração meconial, entre outros)

Estas crianças merecem destaque, por que, além do cuidado ofertado pela equipe de saúde da família e unidade básica de saúde, demandam atenção especializada. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças deve ser assegurado de maneira a prover o cuidado adequado em momento oportuno, evitando agravos e seqüelas secundárias à sua condição de nascimento. Com muita freqüência demandam atendimento especializado e multiprofissional, com neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outros, além de propedêutica e tratamento específicos. Estas crianças devem ser atendidas preferencialmente nos ambulatórios de acompanhamento do RN de alto risco existentes nas maternidades de alto risco e no ambulatório próprio da SMSA (URS Saudade), segundo critérios de regionalização da assistência, facilitando o acesso do usuário.

Esta assistência deverá ainda se inserir na rede integral de saúde da criança, permitindo o acesso e promovendo a qualidade de vida para estes bebês. *A responsabilidade das equipes de saúde da família se mantém sobre esta população de maior risco*, mesmo que a criança esteja em acompanhamento em ambulatório de alto risco, provendo a continuidade do cuidado e desenvolvendo ações de vigilância à saúde, com agenda intercalada de atendimento pelo pediatra de apoio das equipes (vide protocolo do RN alto risco da Atenção à Criança - SMSA).

Da criança ou RN com riscos adquiridos ao longo da vida:

Considera-se criança com riscos adquiridos

- Criança que não compareceu à unidade de saúde na primeira semana de vida para o teste de pezinho / "5º dia Saúde Integral"

- Criança no primeiro ano de vida sem o acompanhamento proposto no protocolo de Crescimento e Desenvolvimento
- Criança menor de 6 meses que não mama no peito
- Criança desnutrida sem acompanhamento proposto no protocolo de desnutrição
- Criança egressa de internação hospitalar (prioridade para o < 5 anos)
- Criança com atendimento freqüente em serviços de urgências
- Criança com asma sem acompanhamento proposto no protocolo
- Criança com vacinas em atraso
- Criança com diarreia persistente ou recorrente
- Criança com anemia ou sinais de hipovitaminose A
- Criança com sobrepeso
- História de desnutrição nas outras crianças da família
- Criança vítima de violência doméstica
- Criança explicitamente indesejada
- Mãe sem suporte familiar
- Família sem renda
- Mãe/pai /cuidador com problemas psiquiátricos ou portador (a) de deficiência, impossibilitando o cuidado com a criança
- Mãe/pai /cuidador em dependência de álcool/drogas

As crianças de risco (ao nascimento ou associados/adquiridos) devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja:

- captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança, segundo proposta de acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança
- captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário segundo protocolos específicos, como a atenção ao desnutrido, à criança com asma, entre outros (vide protocolos específicos da Atenção à Criança - SMSA).

Além disso, deve ser realizada avaliação da necessidade de assistência especial, que demandam *retornos mais freqüentes*, como no caso de criança com patologias agudas ou após atendimento no serviço de urgência ou internação hospitalar, que devem ser reavaliadas em espaços curtos de tempo (diarreia , pneumonia, asma, entre outros). Outros cuidados que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais, devem ser igualmente avaliadas e demandadas aos setores

específicos, como a assistência social, educação, etc.

IV- Organização da assistência ao RN em Belo Horizonte

Todo serviço de saúde deverá *acolher e atender imediatamente a criança que procura assistência*, seja a UBS, o serviço de urgência ou a maternidade, conforme definido na Agenda de Compromisso com a Saúde Integral da Criança e Adolescente e Redução da Mortalidade Infantil da SMSA, de modo a não perder oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso.

1- Programação da atenção ao RN

A UBS seguirá as recomendações da Atenção à Criança da SMSA

- visita domiciliar na primeira semana após o parto, com avaliação global e de risco da criança, orientação ao aleitamento materno e encaminhamento para o C.S. para o **"5º dia Saúde Integral"**

- abordagem global da criança no **"5º dia Saúde Integral"** no C.S.
- primeira consulta com pediatra na primeira semana de vida ou 15 dias de vida e retornos, conforme a necessidade (protocolo de Crescimento e Desenvolvimento/CD da Atenção à Criança da SMSA)

- manutenção do calendário de acompanhamento na UBS e visitas domiciliares, conforme o protocolo e de acordo com a necessidade da criança,
- o RN de alto risco deverá manter o calendário de acompanhamento do CD na UBS, **independente do acompanhamento do RN de alto risco pelo ambulatório de acompanhamento nas maternidades** ("follow-up")

- busca ativa:
 - do RN e puérpera faltosos ao **"5º dia saúde integral"**
 - dos faltosos ao calendário de CD

- dos faltosos ao calendário de acompanhamento segundo protocolo de seguimento da **criança desnutrida** e **criança com asma**
- da criança com vacinação em atraso
- do egresso hospitalar
- da criança que vai com frequência ao serviço de urgência
- da criança que é referenciada pelo serviço de urgência (impresso próprio ou comunicação via telefone) para continuidade da assistência

2-Atenção ao RN com problemas, que procura assistência de saúde por demanda espontânea

- **o atendimento será realizado preferencialmente pela unidade básica**, responsável por avaliar a criança imediatamente e definir a necessidade de realização de propedêutica, de internação, etc.

O Centro de Saúde deverá utilizar a referência de urgência do Distrito Sanitário para realização de propedêutica e apoio de urgência se este for necessário e/ou avaliar a necessidade de retorno à maternidade e/ou solicitar internação pela Central de Internação. Se não houver necessidade de encaminhamento a UBS deve manter o acompanhamento da criança conforme os protocolos ou necessidade de sua reavaliação.

- em todos os casos a UBS **deverá manter a continuidade do acompanhamento (vigilância à saúde)** após o atendimento na maternidade e/ou serviço de urgência, com retornos e visitas domiciliares frequentes, até a resolução do problema e continuidade do acompanhamento segundo protocolos.
- as crianças atendidas nas **unidades de urgência** (UPAS, hospitais de pronto atendimento) e que tiverem indicação de internação, após realização de propedêutica e início do tratamento, devem fazer contato com maternidade onde a criança nasceu para informá-los da transferência da mesma (se a maternidade tiver capacidade para atendimento do RN patológico (vide listagem

a seguir) e/ou solicitar vaga pela Central de Internação.

- **na maternidade (procura direta pela família ou encaminhamento pela UBS), toda criança deverá ser** acolhida, avaliada a necessidade de realização de propedêutica e/ou internação da criança.

Hospitais que poderão internar o RN, se houver necessidade, dado o seu nível de complexidade para assistir o RN patológico (berçário ou pediatria) :

Hospital Evangélico

Hospital Dom Bosco

Hospital Júlia Kubistcheck

Hospital das Clínicas

Santa Casa

M. Odete Valadares

Hospital Sofia Feldman

Hospital Odilon Behrens

As demais maternidades (Materclínica e Santa Lúcia), após acolher, avaliar e iniciar a terapêutica adequada, devem solicitar a transferência / internação do RN pela Central de Internação para as unidades com maior nível de complexidade.

O RN de alto risco (critérios definidos anteriormente) deverá ser encaminhado pela maternidade no momento da alta para o ambulatório de seguimento do RN de alto risco ***por telefone ou com agendamento direto*** garantindo a sua primeira consulta, conforme o protocolo do RN de alto risco da SMSA.

V- Instrumento para organização da vigilância à saúde da criança:

Para a organização das ações de saúde da criança e vigilância à saúde sob responsabilidade da UBS/ESF, é necessário:

1- Conhecer a população sob maior risco

- conhecer e captar os nascidos vivos (SINASC, SISPRENATAL)

- conhecer e captar as gestantes e puérperas (SINASC, SISPRENATAL)
- conhecer e captar as crianças < 5 anos para acompanhamento de saúde segundo calendário proposto
- identificar e captar as crianças desnutridas
- identificar e captar as crianças com asma
- identificar e captar as crianças egressas de internação hospitalar (lista da SMSA)
- identificar e captar as crianças com outros agravos importantes para acompanhamento adequado

2-Disponer de instrumentos de identificação do adequado acompanhamento segundo calendário e protocolos da Atenção à Criança - SMSA.

- Cartão da Criança
- Ficha de cadastro da criança
- Arquivo rotativo para imunização, acompanhamento do CD, da criança desnutrida e da criança com asma.

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO FETAL E INFANTIL

I- INTRODUÇÃO

O Coeficiente de Mortalidade Infantil ou Taxa de Mortalidade Infantil, indicador do nível de vida da população, representa o número de óbitos de menores de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Este coeficiente pode ser desdobrado em três componentes: *neonatal precoce* – óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida; *neonatal tardio* – óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida e *pós neonatal* – óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL E COMPONENTES

- **coeficiente de mortalidade infantil:**

$$\frac{\text{óbitos de menores de 1 ano}}{\text{nascidos vivos}} \times 1000$$

- **mortalidade neonatal precoce:** $\frac{\text{óbitos 0 - 6 dias de vida}}{\text{nascidos vivos}}$
- **mortalidade neonatal tardia:** $\frac{\text{óbitos 7 - 27 dias de vida}}{\text{nascidos vivos}}$
- **mortalidade pós-neonatal:** $\frac{\text{óbitos 28 - < 1 ano}}{\text{nascidos vivos}}$

MORTALIDADE PERINATAL

- **mortalidade perinatal:** indicador da qualidade da assistência obstétrica e neonatal

$$\frac{\text{óbitos fetais}^* + \text{óbitos neonatais precoces (0-6 dias)}}{\text{óbitos fetais}^* + \text{nascidos vivos}}$$

- * ≥ 500 g ou 22 semanas de gestação

A taxa de mortalidade infantil é considerada um sensível indicador da qualidade de vida e das condições de saúde de uma população. Já a taxa de mortalidade perinatal (que inclui óbitos fetais e de recém-nascidos até 6 dias de vida) tem sido reconhecida como um indicador da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao RN.

Apesar da redução observada nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil ainda é elevada em Belo Horizonte (13,4/1000 em 2002) e agrava-se o fato de a taxa global do município encobrir importantes diferenciais entre populações (estas mortes precoces estão concentradas na população pobre). Estes óbitos são determinados pelo acesso oportuno a serviços de saúde, relacionados com a qualidade da assistência e são, em sua maioria, consideradas evitáveis. A redução da mortalidade infantil é, portanto, um importante desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo.

Considerando que as informações contidas nas declarações de óbito (DO) não são suficientes para a compreensão das causas e das circunstâncias que envolvem os óbitos, em 2001 foi constituído o Comitê de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil de Belo Horizonte, em parceria com a Sociedade Mineira de Pediatria, Pastoral da Criança e Universidade Federal de Minas Gerais (Projeto de Extensão), que integra, com o Comitê de Prevenção de Morte Materna, a Comissão Perinatal da SMSA.

A composição do Comitê é de caráter interinstitucional, multiprofissional, com representantes da SMSA, hospitais, universidades, entidades de defesa dos direitos da criança e do Conselho Municipal de Saúde.

Além do Comitê Central da SMSA, cada um dos nove distritos sanitários estruturou o Comitê Distrital, em geral composto por 3 profissionais (representante da Gerência de Epidemiologia e Informação, da Gerência de Atenção à Saúde e de Unidade Básica da Saúde). Ainda é incipiente a formação de Comitês Hospitalares, apesar da recomendação do Comitê Municipal.

As investigações do Comitê de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil, foram iniciadas em maio de 2002.

II- OBJETIVOS:

- avaliar, acompanhar e divulgar de forma sistemática as taxas de mortalidade fetal e infantil de Belo Horizonte;
- estudar os óbitos reconstituindo a história de vida e morte destas crianças;
- identificar fatores de risco,
- analisar os óbitos com o enfoque de evitabilidade (classificação de Wigglessworth, SEADE);
- promover discussão de casos de óbitos potencialmente evitáveis com as equipes de saúde (centros de saúde, hospitais, distritos e SMSA) para sensibilizar profissionais;
- propor medidas para melhoria da qualidade da assistência à gestante e à criança;
- reduzir a mortalidade fetal e infantil no município;

III- CRITÉRIOS PARA ESTUDO DOS ÓBITOS:

São investigados, com exclusão dos óbitos por mal formação congênita grave, os seguintes óbitos de residentes em Belo Horizonte:

- óbitos fetais e neonatais (0 a 27 dias de vida) com peso de nascimento acima de 1500g;

- todos os óbitos pós-neonatais (28 dias a 1 ano de vida);

IV-OPERACIONALIZAÇÃO:

Para o estudo de cada óbito é realizada entrevista domiciliar e levantamento de dados de prontuários ambulatoriais e hospitalares, com a utilização de formulários próprios com manual de instrução para o preenchimento. Existem 3 formulários:

Formulário 1- Investigação de Óbito Fetal e Infantil, ocorrido na maternidade;

Formulário 2- Investigação de Óbito Pós-neonatal após alta da maternidade;

Formulário 3- Investigação dos Óbitos Neonatais e Pós-neonatais por causas perinatais ocorridos após a alta da maternidade;

A seguinte rotina de trabalho é realizada conforme ilustrado no fluxograma:

- Busca ativa diária das DO nos cartórios do município pela SMSA (GEREPI);
- GEREPI (SMSA):separa DO segundo critérios e encaminha cópia p/ Comitê Central (SMSA);
- Comitê Central (SMSA): separa DO, segundo os critérios de inclusão definidos, por distrito de residência e encaminha junto com formulários próprios para cada distrito;

➤ Comitê Distrital:

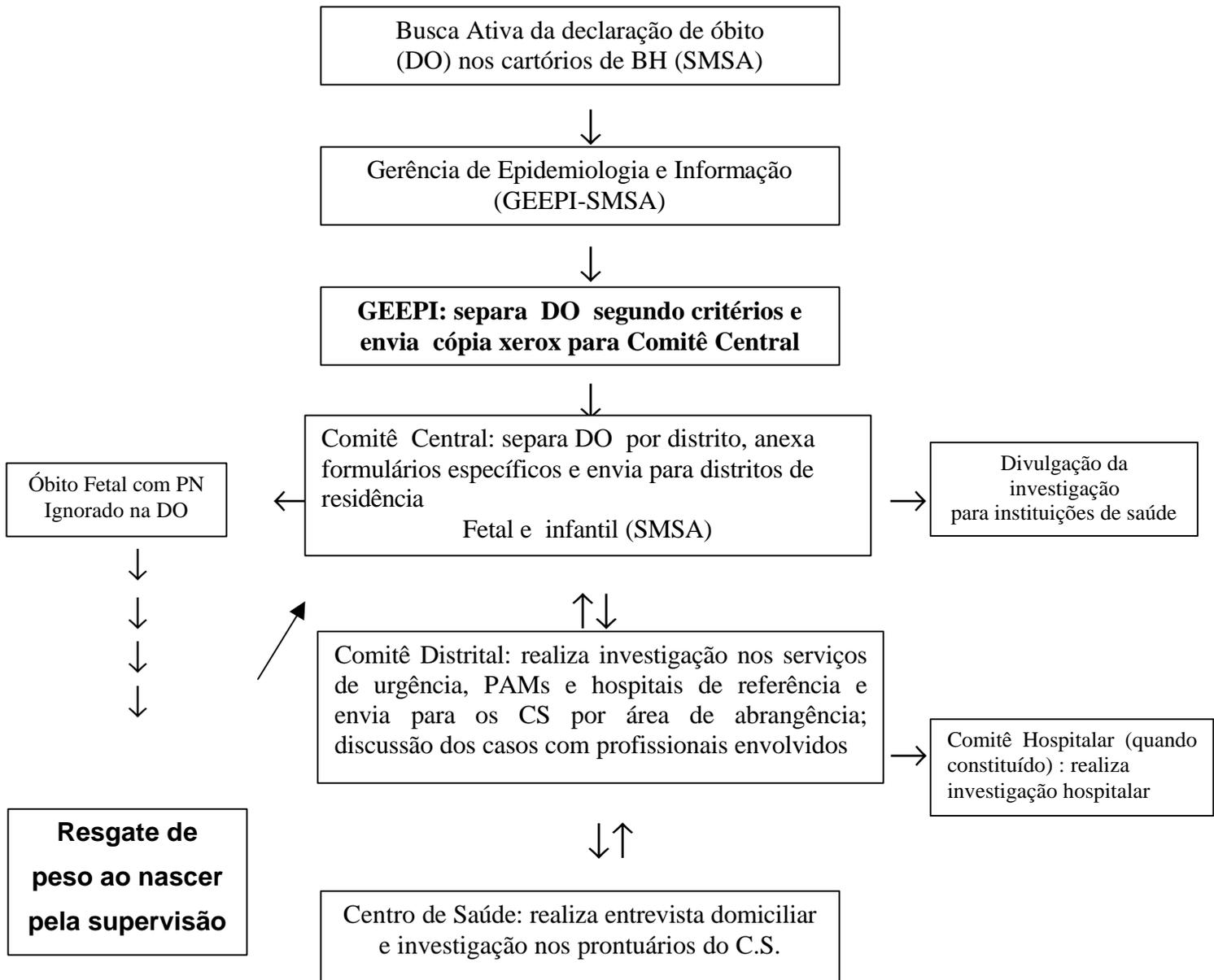
separa casos por área de abrangência e envia p/ Unidades Básicas de Saúde para investigação domiciliar e nos prontuários da própria unidade;

- realiza investigação em hospitais de referência do distrito (vide tabela de distribuição dos hospitais por distrito) e nas urgências;
- separa os óbitos ocorridos em hospitais de referência de outros distritos e encaminha para investigação;
- conclui os casos junto com os profissionais envolvidos na investigação;
- classifica os óbitos com enfoque de evitabilidade;
- organiza discussões com os profissionais envolvidos na assistência e os serviços de saúde do distrito e envia os casos concluídos para o Comitê Central;

➤ Comitê Central :

- organiza as informações no âmbito do município;
- divulga e coordena as discussões sobre os casos com as instituições envolvidas (Comissão Perinatal, Hospitais etc.)
- propõe medidas para melhoria da assistência à mulher e à criança visando a redução da mortalidade fetal e infantil

Fluxograma do Comitê de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil



DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS POR DISTRITO

DISTRITOS	HOSPITAIS
BARREIRO	Hospital Júlia Kubistcheck
	Hospital Santa Lúcia
	Hospital São Paulo
	Ordem dos Advogados
LESTE	Maternidade Santa Fé
	Santa Casa
	Hospital da Baleia
	Hospital São Camilo
NORDESTE	Hospital Padre Anchieta
	Sofia Feldman
	Hospital das Clínicas
VENDA NOVA	Mater Clínica
	Hospital Dom Bosco
PAMPULHA	Mater Dei
	Maternidade Odete Valadares
CENTRO SUL	Hospital da Previdência
	Hospital Evangélico
	João XXIII
	Centro Geral de Pediatria
	Hospital Vera Cruz
	Life Center
	Hospital São Bento
OESTE	Biocor
	Hospital de Lourdes (AMH)
	Hospital da Criança
	Hospital Santa Terezinha
	Hospital Universitário São José
	Hospital Felício Rocho
	Hospital São Domingos
NORTE	Hospital Sofia Feldman
	Maternidade Octaviano Neves
	Hospital Semper
NOROESTE	Odilon Bherens
	Promater
	Hospital Alberto Cavalcanti
	Hospital Miguel Couto

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

I- INTRODUÇÃO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), do nascimento até a adolescência é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos das crianças e adolescentes, identificando problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e situações de risco, buscando atuar de forma precoce nas intercorrências.

Ações simples, como pesar, medir, avaliar os marcos de desenvolvimento e aquisição de novas habilidades, além do registro e avaliação do Cartão da Criança, devem ser incorporadas na rotina de atendimento às crianças e adolescentes pelas equipes de saúde.

Para que estas ações contribuam para a melhoria da saúde infantil, é necessária a capacitação continuada das equipes de saúde, o seguimento dos protocolos estabelecidos, bem como o trabalho integrado das equipes de saúde. As propostas apresentadas a seguir, se inserem dentro da proposta da SMSA/BH de reorganização das ações de atenção à criança (BH Viva-Criança), objetivando garantir o acesso e qualificar a assistência às crianças e adolescentes através da organização do trabalho em equipes e sistematização do atendimento.

II - OBJETIVOS

- Implementar o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, pelas unidades básicas de saúde, priorizando a população das áreas de risco;
- Estabelecer calendário de atendimento à criança e adolescente, preferencialmente através de consultas intercaladas entre pediatra, médico generalista e enfermeira, além de atividades educativas desenvolvidas em grupo;
- Instrumentalizar a equipe de saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, definindo suas atribuições;
- Capacitar a equipe de saúde para identificar e captar crianças e adolescentes de risco (RN de risco, desnutridas) para acompanhamento na unidade de saúde.

III - ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

A equipe de atenção básica deverá:

- Conhecer a população infantil da área de abrangência da unidade de saúde /ESF para programar e avaliar as ações de saúde, tendo como eixo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- Disponibilizar as consultas do calendário de CD da SMSA, imunização, práticas educativas, medicamentos, agendamento para consulta especializada, transporte adequado em caso de necessidade (serviços de urgência e internação);
- Garantir a execução do calendário de acompanhamento do CD para toda criança da área de responsabilidade da unidade/ESF, com enfoque prioritário para a criança de risco; Consultar, quando necessário, o protocolo de RN de risco;
- Executar as ações de vigilância à saúde da criança, com busca ativa da criança faltosa ao "*5º dia saúde integral*", às consultas propostas no calendário de acompanhamento do CD, no Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição e retornos solicitados pela equipe, da criança com vacinas atrasadas, da criança que foi hospitalizada.
- Manter continuamente a prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada;
- Avaliar sinais de risco/perigo em toda criança que chega na unidade/ no domicílio ou instituição de educação infantil, com priorização da criança grave e encaminhamento para atendimento imediato com enfermeiro/médico/urgência ou hospital;
- Avaliar integralmente a criança, sem restringir o atendimento apenas à queixa apresentada (não perder oportunidades para abordagem global da criança).
- Avaliar o Cartão da Criança em todas as oportunidades, seja nas visitas domiciliares ou nas instituições de educação infantil ou na unidade de saúde, verificando a curva de crescimento, o desenvolvimento e o estado vacinal. Se o Cartão da Criança não está preenchido adequadamente, providenciar a pesagem e medida da criança, preencher a curva de crescimento e anotar as intercorrências, avaliar o desenvolvimento e registrar no local específico; providenciar as vacinas necessárias. Se a criança não possui o cartão, providenciar a sua entrega e preenchimento.
- Avaliar e observar a mamada quando da presença da criança na unidade de saúde, por qualquer motivo, para não haver perda de oportunidades para a prevenção do desmame precoce.
- Orientar a família para que ela, utilizando o cartão da criança, acompanhe o crescimento e desenvolvimento de suas crianças.

- Manter o funcionamento contínuo da sala de vacinas para não haver perda de oportunidades para a vacinação quando da presença da criança na unidade.
- Manter o funcionamento contínuo do fornecimento de medicamentos disponíveis na unidade para não haver perda de oportunidades e melhorar a resolubilidade da assistência.

IV- ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Toda a equipe de saúde deverá estar atenta para programar e avaliar as ações de saúde, tendo como eixo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

A - Equipe Básica:

Médico (generalista, pediatra), enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS.

B - Equipe de Apoio:

Profissionais de Saúde Mental, Saúde Bucal e outros especialistas quando necessário;

C - Fluxo de Atendimento:

A captação da criança para o controle de crescimento e desenvolvimento deve ser o mais precoce possível, sendo propostas as seguintes alternativas:

1. Orientação às gestantes acompanhadas nas Unidades de Saúde para retorno ao serviço até o 5º dia após o parto – 5º dia Saúde Integral, para avaliação do RN, da puérpera, realização do teste do pezinho, imunização etc;
2. Visita domiciliar na primeira semana após o parto;
3. Captação dos recém-nascidos – 5º dia Saúde Integral para avaliação da enfermagem e realização do teste do pezinho, imunização, etc.;
4. Visitas domiciliares para crianças nascidas com critérios de risco, identificados pelo SINASC / SISPRENATAL, que não compareceram na unidade de saúde nos primeiros 15 dias de vida;
5. Divulgação dos serviços de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança oferecidos pela SMSA-BH, através de cartazes e folhetos, afixados e disponibilizados em maternidades, outros serviços de saúde, creches, escolas, igrejas, ônibus, etc.

D - Calendário de Atendimento:

O calendário proposto para o controle do crescimento e desenvolvimento, de crianças e adolescentes pressupõe a atuação de toda a equipe de saúde, de forma intercalada, possibilitando ampliação na oferta de atendimentos da unidade de saúde.

No caso de crianças de risco, RN prematuros, de baixo peso, crianças desnutridas, asmáticas, entre outras, este calendário poderá sofrer alterações, a critério da equipe de saúde e deverá ser priorizado o acompanhamento pelo médico (generalista ou pediatra), além das atividades educativas, imunização, teste do Pezinho, etc.

No RN de risco, deverá estar garantido o acompanhamento diferenciado inclusive com calendário próprio (ver capítulo do RN de alto risco).

Os critérios que definem o RN de alto risco são:

- peso de nascimento (PN) <2000gr,
- idade gestacional (IG) <35 semanas,
- asfixia perinatal, (APGAR < 7 no 5º minuto de vida)
- outras patologias graves no período neonatal (distúrbios neurológicos graves, parada cárdio-respiratória, hipoglicemia sintomática, doença pulmonar crônica, hiperbilirrubinemia

CALENDÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA e ADOLESCENTE – CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	
IDADE	ATIVIDADE
1º ano de vida	
1ª semana após o parto	Visita domiciliar (ACS / ESF)
5º dia Saúde Integral	consulta com enfermeiro
01 mês	consulta com pediatra
02 meses	grupo educativo + cons. Enfermagem
03 meses	consulta com generalista
04 meses	consulta com enfermeiro
06 meses	consulta com pediatra
09 meses	grupo educativo + cons. Enfermagem
12 meses	consulta com generalista
2º ano de vida	
15º mês	consulta com pediatra
18º mês	Consulta com generalista
3 a 19 anos	uma consulta médica anual

A primeira avaliação da criança deverá ser feita no **5º dia de vida- Saúde Integral**, com realização de avaliação global da criança e da mãe através de consulta de enfermagem, avaliação do aleitamento materno, realização de teste do pezinho, BCG. O acompanhamento da criança deverá ser feito de forma intercalada, com atendimento de enfermagem, generalista, pediatra, e grupos operativos.

As atividades de grupo educativo serão coordenadas por um integrante da Equipe de Saúde da Família. Ao final da atividade deverão ser tomadas as medidas

antropométricas das crianças participantes. Somente serão encaminhados para consulta os casos que porventura mostrem necessidade.

E - Inscrição na Unidade:

Serão inscritas no controle de crescimento e desenvolvimento todas as crianças da área de abrangência da Unidade de Saúde, priorizando as áreas de risco, destacando-se a importância da captação precoce e garantia de acesso, principalmente dos RN de risco e criança desnutridas.

Etapas:

a) Cadastramento da criança na unidade:

O cadastro da criança na unidade de saúde, pode ser feito preferencialmente em arquivo rotativo ou ficha ou através de registro em livro;

O cadastro deve ser organizado de forma a facilitar o controle de faltosos e a vigilância às crianças de risco.

Devem constar do cadastro da criança, as seguintes informações:

- Nome da criança e da mãe;
- Endereço completo com referência e telefone para contato;
- Número do prontuário e número da DN (se possível)
- Data de nascimento
- Data dos atendimentos (agendados/previstos)
- Idade (correspondente a cada atendimento)
- Motivo/tipo de atendimento (opcional)

b) Abertura de prontuário para anotação dos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional;

c) Abertura do Cartão da Criança com preenchimento dos dados relativos ao crescimento e desenvolvimento em cada atendimento. Este cartão deverá ficar com a mãe da criança e ser solicitada em toda visita domiciliar ou na Unidade de Saúde

F- Agendamento:

Na recepção, as atividades que compõem o controle de puericultura, serão agendadas conforme o calendário proposto e registradas na ficha de cadastro da criança e no Cartão da Criança ou cartão de consultas que fica com a mãe.

G - Controle de Faltosos:

A equipe de saúde deve realizar controle de crianças faltosas (mais de 30 dias) , a partir do arquivo rotativo ou livro de registro.

Serão encaminhadas correspondências ou telegramas às mães, solicitando o comparecimento na unidade. Após 30 dias, as mães de crianças com critérios de risco que não comparecerem à unidade de saúde, receberão visita domiciliar.

A visita objetiva verificar motivo do não comparecimento, enfatizar importância do controle periódico da criança e oferecer agendamento de nova consulta ou atividade.

V – Atribuições dos profissionais:

Enfermeiro

1. Consulta de enfermagem;
2. Orientar, treinar e supervisionar as auxiliares de saúde em suas atividades;
3. Definir atribuições e delegar tarefas para a equipe de enfermagem;
4. Promover a integração de equipe no desenvolvimento do programa;
5. Promover visitas domiciliares às crianças de risco, quando necessário;
6. Promover atividades educativas;
7. Prescrição de medicamentos básicos, estabelecidos pelas Normas da SMSA/BH, e previsto na lei de exercício profissional da enfermagem (sulfato ferroso profilático, polivitamínicos, pasta d`água, nistatina) quando necessário, conforme rotina em anexo;
8. Promover orientação e acompanhamento sobre aleitamento materno;
9. Orientar a prescrição;
10. Marcar o peso no gráfico de crescimento ensinando as mães como interpretá-lo e informar sobre a importância do mesmo.

Médico

1. Consulta médica;
2. Dar apoio a enfermagem;
3. Promover e participar das avaliações periódicas e dos grupos educativos;
4. Visita domiciliar quando necessário;
5. Preencher o Cartão da Criança, ensinando às mães como interpretá-lo e sua importância;
6. Promover a integração da equipe;
7. Incentivo ao Aleitamento Materno e ações de promoção à saúde;

Auxiliar de Enfermagem

1. Realizar medidas antropométricas, sinais vitais e imunizações;
2. Executar atividades definidas pelo enfermeiro;
3. Inscrever as crianças no programa e agendá-las conforme calendário e atendimento proposto;
4. Preencher o Cartão da Criança, ensinando as mães como interpretá-lo e sobre a importância do mesmo;
5. Participar e promover atividades de educativas;
6. Avaliar o Cartão da Criança com imunização, curva de crescimento e marcos do desenvolvimento, enfatizando sua importância;
7. Realizar visitas domiciliares quando se fizer necessário;

8. Orientar os responsáveis pela criança em relação à prescrição médica e de enfermagem;
9. Realizar pós-consulta, que consiste na orientação sobre as condutas médica e de enfermagem, reforçando as orientações sobre uso de medicamentos, pedidos de exames e encaminhamento da criança para o agendamento da próxima consulta;
10. Orientar sobre a importância do aleitamento materno e demais ações de prevenção e promoção à saúde.

Assistente Social – Psicólogo e outros profissionais de saúde

1. Promover atividades educativas, individuais e em grupos;
2. Realizar visitas domiciliares quando se fizer necessário;
3. Promover a integração da equipe no desenvolvimento do programa;
4. Apoiar e prover orientações /encaminhamentos quando necessário

VI - PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

- **Consulta de Enfermagem:**

Descrição: Avaliação das condições de saúde das crianças e seu estado de desenvolvimento e crescimento. Deverá abranger educação para saúde, condutas preventivas e curativas conforme padronização das ações no programa.

Núcleo: Enfermeiro

Ações:

1. Recepção do cliente
2. Solicitar e avaliar o Cartão da Criança
3. Colher e anotar informações sobre história pregressa e familiar;
4. Indagar e anotar dados sobre alimentação, vacinação e hábitos;
5. Realizar exame clínico (avaliar o crescimento e desenvolvimento, dirigir o exame para queixa, pesquisar outros dados semiológicos);
6. Descrever estado clínico encontrado e formular hipótese diagnóstica;
7. Anotar condutas (tratamento, orientações, encaminhamentos);
8. Orientar as mães ou responsáveis pela criança sobre: higiene, alimentação, aleitamento materno, prevenção de acidentes, vacinas;
9. Registrar intercôrrências no gráfico de crescimento e encaminhar para o médico quando necessário;
10. Orientar sobre a próxima consulta;
11. Encaminhar para vacina e/ou pós-consulta;
12. Orientar sobre prescrição.
13. Registrar ação no formulário de produção.

- **Consulta Médica:**

Descrição: Avaliação das condições de saúde da criança e seu estado de desenvolvimento e crescimento. Deverá abranger educação para saúde, condutas preventivas e curativas conforme necessidade do caso.

Núcleo: Médico generalista

Ações

1. Recepção do cliente;
2. Solicitar e avaliar o Cartão da Criança;
3. Realizar anamnese;
4. Realizar exame clínico (avaliar crescimento e desenvolvimento)
5. Avaliar e registrar resultados de exames;
6. Registrar diagnósticos ;
7. Anotar condutas (exames solicitados, tratamento quando indicado, orientações) ;
8. Orientar os responsáveis pela criança sobre higiene, alimentação, aleitamento materno, prevenção de acidentes, vacinação, riscos à saúde;
9. Registrar intercorrências no gráfico de crescimento;
10. Encaminhar para serviços de maior complexidade caso necessário;
11. Encaminhar para aplicação de vacina e/ou pós-consulta;
12. Orientar sobre prescrição e próxima consulta;
13. Registrar ação no formulário de produção.

Núcleo: Médico Pediatra

Ações

1. Idem conduta médico generalista
2. Atuar articuladamente com a ESF para supervisão sempre que necessário;
3. Estabelecer mecanismos de educação continuada da equipe em termos de conteúdo e da prática do cuidado em saúde com a criança;
4. Atuar como retaguarda para o atendimento das crianças referenciadas pela equipe;
5. Assistir à criança nas seguintes situações, desde que esta atuação seja definida e pactuada em conjunto com as equipes de saúde família:
 - Recém-nascido prematuro
 - Recém-nascido com Apgar < 7 no 5º minuto
 - Recém-nascido retido na maternidade ou com recomendações especiais à alta
 - Criança desnutrida grave
 - Criança desnutrida em grau moderado que não melhora após 6 meses de acompanhamento
 - Criança com desenvolvimento alterado
 - Criança com doenças congênitas e /ou crônicas
 - Criança com asma moderada e grave
 - Egresso hospitalar por patologia aguda
 - Criança que utiliza os serviços de urgência com frequência
6. Registrar ação no formulário de produção

- **Pós - Consulta:**

Descrição: Consiste na orientação sobre as condutas (exames; medicamentos) da consulta médica ou de enfermagem e sobre medidas preventivas e curativas. A orientação será individual, considerando a necessidade de cada caso. A pós-consulta será realizada para todos os clientes que se submeterem a consulta médica ou de enfermagem.

Núcleo: Auxiliar de enfermagem:

Ações

1. Recepção do cliente
2. Registrar e avaliar dados da criança, da prescrição médica ou de enfermagem
3. Reconhecer sinais de risco
4. Orientar dieta e importância do aleitamento materno, e outras ações de promoção à saúde
5. Orientar sobre uso de medicação
6. Orientar sobre imunização
7. Registrar ação no formulário de produção

• **Atividades de Grupo/ Operativos**

Descrição: Conjunto de ações educativas que visa a promoção da saúde.

Núcleo: Representantes da equipe de atenção à criança, mães e responsáveis pelas crianças inscritas na puericultura.

Ações

1. Selecionar temas segundo as prioridades detectadas
2. Selecionar bibliografia e material gráfico educativo
3. Recepção do grupo de mães pela equipe do Centro de Saúde
4. Apresentação do grupo
5. Tempo de duração: 01 hora a 01 hora e 30 minutos
6. Estimular diálogo entre pais e profissionais
7. Registrar ação no formulário de produção

VII - MATERIAL GRÁFICO E EDUCATIVO

O material gráfico e educativo deverá ser conhecido por toda a equipe multiprofissional e usado em todas as atividades da puericultura/ acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

A tabela de desenvolvimento deverá ser afixada na sala de reuniões e consultórios pediátricos.

VIII - REQUISITOS BÁSICOS

Garantir:

1. Fornecimento de medicamentos
2. Prescrição de medicamentos básicos pelos enfermeiros , desde que estabelecidos e normatizados pelos programas de saúde pública da instituição

(SMSA/BH). prevista pela lei no.7.498 que dispõe sobre o exercício de enfermagem

3. Fornecimento de impressos necessários
4. Pleno funcionamento das atividades de atenção aos desnutridos com fornecimento de multimistura, conforme protocolo de Distúrbios Nutricionais
5. Organização do sistema de referência e contra-referência para as crianças que necessitem de encaminhamentos, mantendo-se o acompanhamento pela ESF/UBS.
6. Suporte adequado para apoio diagnóstico e terapêutico
7. Fornecimento de material educativo (álbum seriado sobre aleitamento materno, folders, e outros).

IX- AVALIAÇÃO

Propõe-se que a equipe de atenção à criança faça avaliações periódicas do atendimento à criança, considerando aspectos qualitativos e quantitativos.

Sugere-se que a equipe avalie as seguintes questões:

- Cobertura do programa, em relação às crianças da área de abrangência, incluindo as crianças com critérios de risco (baixo peso, mãe adolescente, mãe com baixa instrução, área de risco, desnutridos etc , conforme orientações da Agenda da Criança);
- Capacidade da equipe captar precocemente o RN de risco; (vide critérios na Agenda de Compromissos da Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, documento da Coordenação de Atenção à Criança –SMSA);
- Capacidade de resposta aos casos agudos;
- Indicadores relativos às crianças acompanhadas:
 - % com vacinação em dia
 - % com alimentação adequada
 - % com aleitamento materno (<6 meses)
 - % com desenvolvimento normal e alterado
 - % com Cartão da Criança preenchido
 - % de desnutridos (por grau)
 - Intercorrências (diarréias, pneumonias, internações, óbitos) etc.
 - Internações
 - Vigilância ao óbito infantil na área de abrangência
- Avaliação de satisfação das mães

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

A família deve ser orientada a estimular a criança em todos os aspectos do desenvolvimento: sensorial, perceptivo, emocional e motor. A avaliação do bebê prematuro deve ter como parâmetro a idade corrigida, que deverá ser feita até os 24 meses de idade. A tabela abaixo mostra alguns marcos do desenvolvimento para crianças nascidas a termo e algumas estratégias de estimulação adequada.

AQUISIÇÕES	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA
1º mês	
Postura flexora dos membros	Estimular a mãe a tocar a criança e conversar carinhosamente com ela. Acariciar, brincar e falar com a criança quando lhe der banho, vesti-la ou amamentá-la. Atender a situações de desconforto
Fixa o rosto da mãe ou cuidador	
Predomínio de respostas reflexas: Moro, RTCA, preensão palmar e plantar, etc.	
Produz sons nasais e guturais	
Sucção vigorosa e eficiente	
Reage aos sons do ambiente e à voz humana	
2º mês	
Fixa e segue objetos até 90 graus	Apresentar objetos sonoros e/ou coloridos Conversar com a criança
Choro diferenciado (dor, fome, etc)	
Produz sons vocálicos	
3º mês	
Sorriso social	Chamar a atenção da criança sorrindo e conversando carinhosamente Estimular o sorriso Tocar e conversar com a criança
Sustenta a cabeça quando colocada no colo	
Segue objetos até 180 graus	
De bruços, sustenta a cabeça com apoio de antebraços	

AQUISIÇÕES	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA
4º /5º mês	
Sustenta a cabeça	Oferecer brinquedos de borracha e outros materiais seguros Colocar a criança de bruços Permitir que a criança brinque com as mãos e leve-as a boca
Sorri e observa atentamente o ambiente	
Segura objetos e brinca com eles na linha média	
Postura simétrica	
Localiza lateralmente a fonte sonora	
6º/7º mês	
Senta com apoio	Repetir os sons que a criança emite Oferecer brinquedos sonoros Estimular a movimentação e mudança de postura Conversar e cantar para a criança
Segura objetos, explora-os visualmente e com a boca	
Rola sobre o próprio corpo	
Balbucia	
Atende quando chamado pelo nome	

8º/9º mês	
Senta sem apoio com bom controle de tronco	Brincar com a criança na posição sentada Oferecer brinquedos e objetos para que a criança os alcance (sentado e de bruços) Estimular o balbucio e a comunicação oral Mostrar e nomear partes do corpo durante o banho e troca de roupa Conversar e cantar para a criança
Reage negativamente frente a pessoas estranhas	
Arrasta-se ou engatinha	
Entende palavras e ordens simples	
Localiza sons acima e abaixo dos ouvidos	
Explora as características dos objetos (balança, bate, etc) e do ambiente	
10º /11º mês	
Fica em pé com apoio	Favorecer o uso funcional dos objetos: empurrar o carrinho, pentear o cabelo da boneca, etc.
Reconhece algumas partes do corpo	
Transfere objetos de uma mão a outra	
Associa objetos a suas funções	
12º mês	
Anda quando seguro pelos dedos	Estimular a criança a andar Brincar de esconder e achar Priorizar a fala como meio de comunicação Reforçar todo tipo de intenção comunicativa da criança Oferecer alimentos de diferentes texturas, consistências e sabores
Pega objetos pequenos usando o polegar e o indicador	
Fica de pé, às vezes sem apoio	
Linguagem compreensiva bem desenvolvida	
Primeiras palavras com significado: mama, papa, dá, tchau	
Alimenta-se de todas as consistências	
Procura por objetos escondidos	
AQUISIÇÕES	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA
13º. /18º.mês	
Anda sem apoio	Brincar, conversar e contar histórias Estimular a marcha e a exploração do ambiente Estimular a participação ativa da criança em todas as atividades de vida diária
Fala pelo menos 4 a 6 palavras	
Explora ativamente o ambiente	
Mastigação bastante eficiente	
Participa ativamente das atividades de vida diária, ajudando em tarefas como vestir, despir, alimentar, etc	

Obs: Prevenir os acidentes domésticos, deixando fora do alcance da criança de qualquer idade objetos cortantes, pontudos ou muito pequenos; medicamentos de qualquer tipo; produtos de higiene e limpeza e material de qualquer natureza que ofereça riscos à saúde e à vida da criança.

Nunca deixe a criança sozinha sem a supervisão de um adulto.

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO

I – INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento da tecnologia e o aumento progressivo do número de leitos em unidades intensivas neonatais em Belo Horizonte, a sobrevivência dos RNs de alto risco é cada vez maior. Porém, essas crianças são mais expostas a inúmeros fatores de risco e apresentam maior incidência de complicações no período perinatal, como hipóxia, infecções, distúrbios metabólicos, problemas neurológicos, doenças respiratórias, entre outros. Muitas vezes são crianças pequenas para a idade gestacional (PIG).

Estas complicações associadas à prematuridade, asfixia perinatal (APGAR menor que 7 no 5º minuto), mal formações congênitas, entre outros problemas, muitas vezes resultam em distúrbio do crescimento, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, seqüelas oculares, auditivas, doenças pulmonares, comprometendo o desenvolvimento global dessas crianças. Além disso, muitas vezes o vínculo familiar é difícil e essas famílias geralmente são inseguras e despreparadas para o cuidado dessas crianças. Portanto, tendo em vista tantas particularidades, essas crianças exigem um acompanhamento diferenciado que assegure seu pleno crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, e a abordagem adequada das diversas patologias que apresentam.

Para que esta atenção possa acontecer na sua plenitude, os RNs de risco deverão ser acompanhados tanto na unidade básica de saúde (UBS) como em ambulatório para seguimento de RN de alto risco. A equipe da UBS deverá estar atenta para o reconhecimento destes RNs e verificar se estão sendo acompanhados devidamente em ambulatório específico.

Critérios para reconhecimento de RN de alto risco:

- Peso de nascimento (PN) < 2000g;
- Idade gestacional (IG) < 35 semanas;
- Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto de vida);
- Outras patologias graves no período neonatal (distúrbios neurológicos graves, parada cardio-respiratória, hipoglicemia sintomática, doença pulmonar crônica, hiperbilirrubinemia importante, enterocolite necrotizante, entre outras).

II- OBJETIVOS

- Propiciar o acompanhamento adequado aos RN de alto risco quanto ao crescimento e desenvolvimento neuro-psico-motor, identificando precocemente os desvios e proporcionando um plano de orientação e/ou intervenção terapêutica precoce.
- Acompanhar e tratar problemas clínicos em curso.
- Prover suporte e orientação aos pais nos cuidados com o bebê, facilitando o vínculo e a integração deste ao meio familiar e social.

- Criar banco de dados para acompanhamento, fornecendo subsídios para as ações de saúde.
- Respeitando as peculiaridades deste grupo de crianças, oferecer calendário diferenciado com os profissionais de saúde, visando abordagem integral com assistência contínua e resolutiva.

III- ROTINAS DE ATENDIMENTO

1 - Acompanhamento do Crescimento

O crescimento do recém nascido prematuro (PT) deve ser avaliado considerando-se a “idade corrigida”. Idade corrigida é a idade cronológica da criança (em semanas) menos o número de semanas que faltou entre o nascimento prematuro (idade gestacional) e o referencial de 40 semanas.

Ex: bebê nascido com 35 semanas, atualmente com 2 meses de vida (8 semanas) : Sua idade corrigida é : 8 semanas - 5 semanas = 3 semanas de vida.

Isso possibilita a continuidade da avaliação do crescimento de forma adequada, especialmente nos primeiros dois anos de vida, porque leva em conta o desenvolvimento pômbero-estatural desde a sua concepção.

A criança terá nesse tempo duas idades a considerar: a idade cronológica (considerada a partir do nascimento) e a idade corrigida (considerada a partir da concepção).

O perímetro cefálico deve ser corrigido até 18 meses.

O peso deve ser corrigido até 2 anos.

A estatura deve ser corrigida até 3 anos e 6 meses.

Anotar as medidas na curva de crescimento do Cartão da Criança e demais gráficos de acompanhamento, utilizando sempre a idade corrigida. O importante é verificar a continuidade de uma velocidade de crescimento e a manutenção de um canal de crescimento.

2 - Orientação Alimentar

Estimular e apoiar sempre o aleitamento materno.

A introdução de novos alimentos deverá levar em conta a média entre a idade cronológica e a idade corrigida, devido ao tempo de amadurecimento das vias digestivas. Lembrar que a coordenação sucção-deglutição se dá em torno de 34 semanas de idade gestacional.

Observar dificuldades na coordenação da sucção e deglutição, tônus muscular oral enfraquecido, energia limitada para alimentação, sucção débil por comprometimento neurológico. Nessas situações a intervenção e acompanhamento do fonoaudiólogo é essencial.

3 - Imunização

Como regra geral a vacinação dessas crianças deve ser efetuada segundo o mesmo calendário adotado para as crianças a termo, levando em conta a **idade cronológica**.

Não se deve reduzir as doses em crianças pré-termo ou de baixo peso ao nascer.

- O peso mínimo para vacinar **BCG** é de 2000 gr.
- Em RN com peso de nascimento menor ou igual a 2 kg ou idade gestacional menor ou igual a 34 semanas, a vacinação contra **Hepatite B** deve seguir o esquema 0, 1, 2 e 6 meses.
- A vacina contra **Influenza** anualmente a partir de 6 meses de idade, está indicada nas crianças pré-termo que apresentem doença pulmonar crônica. Os profissionais de saúde e familiares dessas crianças também devem ser vacinados contra Influenza para protegê-los indiretamente.

4 - Suplemento Vitamínico

Usar polivitamínicos a partir de 7 dias de vida até 1 ano de idade.

5 - Suplemento Férrico

O suplemento férrico deve ser iniciado com 4 semanas de vida e oferecido até 40 semanas de idade corrigida na dose de:

- 2 mg/kg/dia se PN > 1500gr
- 3 mg/kg/dia se PN entre 1000gr e 1500gr
- 4 mg/kg/dia se PN < 1000gr

Solicitar hemograma, reticulócitos, ferritina sérica, e saturação da transferrina, 30 dias após a última dosagem realizada no hospital e/ou com 40 semanas de idade corrigida.

Resultados:

- Se Hb < 9 mg%, repetir hemograma e reticulócitos em 30 dias. Solicitar concomitante os outros exames alterados anteriormente.
- Se Hb entre 9mg% e 11mg%, repetir hemograma e reticulócitos a cada 2 meses até atingir 11 mg%, a seguir a critério clínico.

Se houver anemia, usar sulfato ferroso na dose de 5 mg/kg/dia, durante 3-4 meses, sempre em horário distante da refeição láctea e de preferência junto com a vitamina C (suco de laranja/limão)

Se com 40 semanas de idade gestacional corrigida não houver anemia, e houver complementação alimentar férrica satisfatória usar sulfato ferroso na dose profilática de 2mg/kg/dia até 1 ano de vida e 1 mg/kg/dia até 2 anos de vida.

6 - Doença Pulmonar Crônica (DPC)

A persistência de sintomas respiratórios e a dependência de oxigênio e/ou de ventilação mecânica são as principais características de um recém-nascido que está desenvolvendo esta doença. Os sinais clínicos mais comuns são a retração costal e a dispnéia inspiratória. A ausculta pulmonar é normal nos casos leves e mostra sibilos e roncospasmo nos casos mais graves, indicando a presença de hipersecreção e brocoespasmo.

O tratamento da DPC em longo prazo, deverá ser feito conjuntamente com o pneumologista e inclui manutenção da normoxemia, cuidados nutricionais adequados, controle de infecções agudas, fisioterapia respiratória, diuréticos. Broncodilatadores e corticóides inalados serão avaliados pelo pneumologista.

A família deve ser orientada a oferecer dieta com maior aporte calórico e restrição de volume, se não houver prejuízo da nutrição. Controlar as infecções agudas que podem ser freqüentes e graves nessas crianças.

Se houver suspeita ou diagnóstico de doença pulmonar crônica, encaminhar para o pneumologista com RX de tórax recente.

7 - Doença Metabólica Óssea (DMO)

São sugestivos de DMO:

- Cálcio sérico (CA) normal ou baixo (<7mg%);
- Fósforo sérico (P) baixo (<3,5mg%);
- Fosfatase alcalina sérica (FA) alta (>450mu/ml);
- Alterações radiológicas, geralmente detectadas a partir de 6 semanas, que incluem rarefação óssea, alterações metafisárias, imagem em taça, formações ósseas periostais e fraturas espontâneas;
- Hipofosfatúria importante (<1mg/kg/dia), e elevações da excreção urinária de CA (>4mg/kg/dia).

Recomendações:

- Rastreamento em RN com PN <1500g e idade gestacional menor que 34 semanas: dosar cálcio, fósforo e fosfatase alcalina com 30, 45 e 60 dias. RX de ossos longos (MSE) com 30 e 60 e 120 dias.
- Suplementação de CA e P: na presença de alterações bioquímicas/radiológicas descritas acima, fazer suplementação, mantendo uma relação de 2:1, complementar o aporte para:
cálcio: 200mg/kg/dia, fósforo: 100mg/kg/dia.

Se o bebê encontra-se em uso de leite materno exclusivo (lembrar que o mesmo contém cálcio: 34mg/100ml, fósforo: 14mg/100ml), ou leite de vaca comum (lembrar que o mesmo contém cálcio: 117mg/100ml, fósforo: 92mg/100ml), recomenda-se a suplementação mineral através de fórmulas manipuladas de CA e P. Recomenda-se fosfato tricálcico (90mg/ml). Cada ml contém 35,88mg de CA e 16,5 mg de P. A suplementação deverá ser mantida até 40 semanas de idade corrigida.

- Acompanhamento para RN em tratamento de DMO: dosar CA, P e FA a cada 15 dias até normalização dos valores. Suspender o tratamento e repetir exames após 15 dias. Com os resultados normais, considerar o tratamento realizado. Se anormais reiniciar o tratamento.

8 - Retinopatia da Prematuridade (ROP)

A ROP é atualmente considerada uma doença tratável e uma causa importante de cegueira infantil prevenível. Para tal é essencial uma triagem adequada para identificar os bebês que necessitam tratamento.

Encaminhar para oftalmoscopia indireta o seguinte grupo:

- RN com idade gestacional < 32 semanas.
- RN com idade gestacional > 37 semanas que ficaram em ventilação mecânica e/ou CPAP por mais de 15 dias.
- RN em qualquer idade gestacional com mais de 30 dias de oxigenoterapia.
- RN com peso de nascimento < 1500g.
- RN com peso entre 1500g e 2000g considerado de alto risco pelo pediatra.

O 1ª exame deverá ser realizado entre 4 e 6 semanas de idade cronológica, ou em idade corrigida de 32-33 semanas. Exames sucessivos deverão ocorrer a critério do oftalmologista.

9 - Hemorragia Intracraniana

Encaminhar para ultra-som transfontanelar todas as crianças com PN <1500gr e/ou IG <33 semanas, principalmente se houver comprometimento neurológico ou crescimento anormal do perímetro cefálico, pois neste grupo há maior risco de HIC. Medir perímetro cefálico a cada 15 dias.

10 - Avaliação da Visão

Utilizar estímulo colorido, cores vivas e contrastantes (amarelo/vermelho, preto/branco) a 30 cm dos olhos da criança.

Avaliar fixação e acompanhamento de acordo com a idade corrigida.

- Com 1 mês a criança fixa e acompanha quase 90 graus;
- Com 2 meses acompanha 90 graus
- Com 3 meses acompanha mais de 90 graus para baixo e para cima
- Com 4 meses possui campo visual de 180 graus, acompanha para baixo, para cima e na direção diagonal.

Avaliar reflexo de piscar e ameaça visual.

11 - Avaliação da Audição

É recomendada a avaliação audiométrica na alta da maternidade para cada RN.

Utilizar estímulos sonoros mais intensos, longe do campo visual da criança observando resposta comportamental.

Até 3 meses de idade, a criança apresenta respostas do tipo reflexo de Moro, piscar, despertar, cessar a atividade, movimento ocular.

Com 3 meses inicia o movimento lateral da cabeça e com 4 a 6 meses vira a cabeça lateralmente em direção a fonte sonora, reagindo também a voz humana.

Com 6 a 9 meses atende pelo nome.

Com 9 a 12 meses reage a música vocalmente.

12 - Avaliação Neuromotora

Aplicar o Teste de Denver, utilizando idade corrida até 2 anos. Observar o tônus e principalmente a simetria. Ao detectar qualquer alteração no desenvolvimento neuropsicomotor encaminhar precocemente para avaliação neurodinâmica, estimulação com fisioterapia, fonoaudiologia e/ou terapia ocupacional.

13-Proposta de calendário para o atendimento do RN de alto risco na UBS

CALENDÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO DO RN DE ALTO RISCO – CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	
IDADE	ATIVIDADE
1º ANO DE VIDA	
Pós alta	consulta com pediatra + visita domiciliar (ACS / ESF)
5º dia Saúde Integral	consulta com enfermagem
01 mês	consulta com pediatra
02 meses	consulta com pediatra
03 meses	consulta com generalista
04 meses	consulta com pediatra
05 meses	consulta com enfermagem
06 meses	consulta com pediatra
07 meses	consulta com pediatra
08 meses	consulta com pediatra
09 meses	consulta com generalista
10 meses	consulta com pediatra
11 meses	consulta com enfermagem
12 meses	consulta com pediatra
A PARTIR DO 2º ANO DE VIDA	
15 meses	consulta com pediatra
18 meses	consulta com generalista
24 meses	consulta com pediatra
2 anos e meio	consulta com generalista
3 anos	consulta com pediatra
3 anos e meio	consulta com generalista
4 anos	consulta com pediatra
4 anos e meio	consulta com generalista
5 anos	Consulta com pediatra
Até 19 anos	Consulta anual médica

I – INTRODUÇÃO

Considerando-se o alto índice de interrupção do aleitamento materno e o grande número de óbitos infantis por causas evitáveis, ações sistemáticas de promoção ao aleitamento materno podem minimizar estes problemas na orientação individual e em grupos durante o pré-natal, no pós-parto e controle do crescimento e desenvolvimento, na captação precoce e no acompanhamento de mães que apresentam maior risco de desmame (baixa renda, adolescentes, baixa escolaridade).

O incentivo ao aleitamento materno deve se iniciar no pré-natal com orientações à gestante sobre suas vantagens, cuidados e avaliação das mamas. Na maternidade deve-se promover o aleitamento precoce, ainda na sala de parto, o alojamento conjunto, além de reforçar as orientações sobre o aleitamento materno (livre demanda) e cuidados com o RN. Nas unidades de saúde o aleitamento materno deve ser sempre avaliado pelas equipes de saúde, em todo atendimento à criança menor de 6 meses e à nutriz, ressaltando-se o primeiro mês de vida onde ocorrem a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce.

As equipes de saúde devem estar capacitadas para avaliar, orientar e prestar assistência às mulheres que estão amamentando.

O leite materno deve ser exclusivo até os 6 meses e complementado, no mínimo, até 2 anos de vida, desde que complementando para que a dieta possa suprir o aumento das necessidades calóricas, protéicas e de minerais, principalmente do ferro.

No momento da realização do teste do pezinho a equipe de saúde deverá atender integralmente a criança e a mulher – 5º Dia Saúde Integral - avaliando as condições de saúde da criança, da mãe e a amamentação atuando nas dificuldades apresentadas, aplicando as vacinas indicadas para a puérpera e para a criança, agendando consulta de pós-parto e planejamento familiar de controle para a criança.

II – OBJETIVOS

As vantagens da amamentação natural são bastantes conhecidas e o incentivo ao aleitamento materno tem como objetivos principais:

- Reduzir a mortalidade infantil;
- Proteger as crianças contra doenças, em especial as infecciosas;
- Proporcionar condições ideais de vínculo entre mãe e filho;
- Manter um crescimento adequado para a criança;
- Contribuir para a saúde materna;
- Fator de economia na renda familiar.

III– IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

A abordagem do Aleitamento Materno deve ser multidisciplinar, abrangendo cuidados e orientações às gestantes e mães, durante o pré-natal, no período perinatal, nas maternidades no período pós-natal, nas visitas domiciliares e em todos os momentos em que a mãe comparece à Unidade de Saúde.

IV – ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE

1) No Pré-Natal:

Toda a equipe de saúde:

O pré-natal é o momento ideal para se iniciar o trabalho de preparação para o aleitamento materno, através da formação de grupos de gestantes, além do atendimento individual.

1. Desenvolver dinâmicas de grupo, com a participação ativa das gestantes, buscando trabalhar com o conhecimento que elas têm sobre a amamentação, incentivando e apoiando o aleitamento materno;
2. Identificar tabus e crenças existentes (leite fraco, insuficiente) e discuti-los, abordando temas como: a anatomia da mama, fisiologia da lactação, alimentação adequada na gravidez, aspectos emocionais, uso de bebidas alcoólicas, cigarros e drogas, importância do leite materno para o bebê e para a mãe.
3. Identificar problemas e situações de risco para a amamentação.

Agente comunitário de Saúde

1. Realizar visita domiciliar no último mês de gestação para o incentivo e preparo da gestante para o aleitamento materno, detectando possíveis problemas e dificuldades;
2. Realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto e fornecer orientações adequadas;
3. Remeter à equipe de saúde os problemas detectados, possibilitando a intervenção necessária em tempo oportuno.

Auxiliar de Enfermagem

1. Realizar dos grupos operativos, incentivando e apoiando o aleitamento materno;
2. Orientar as gestantes para a prática do aleitamento;
3. Detectar problemas e encaminhar, quando necessário.

Médico / Enfermeiro

1. Realizar dos grupos operativos, incentivando e apoiando o aleitamento materno; 89

2. Orientar as gestantes para a prática do aleitamento;
3. Realizar o exame das mamas, ensinando a gestante a conhecê-las ;
4. Orientar quanto à alimentação adequada e encaminhar ao especialista, se necessário;
5. Orientar nas dificuldades / complicações;
6. Identificar necessidade de encaminhamento (referência para Grupos Operativos, Banco de Leite etc).

Médico

1. Intervir em situações específicas (patologias mamárias, etc).

CUIDADOS COM AS MAMAS NO PRÉ-NATAL:

Orientações:

1. Não usar pomadas, cremes, óleos ou álcool na região aréolo-mamilar;
2. Não realizar a expressão da aréola;
3. Iniciar a orientação quanto à pega correta da mamada.

2) No Período Perinatal:

A equipe hospitalar deve iniciar a amamentação ainda na sala de parto. A mamada na primeira meia hora após o nascimento traz vários benefícios: reforça o vínculo mãe-filho; facilita o início da amamentação, previne problemas na mama (ingurgitamentos, mastites, etc); auxilia a involução uterina e protege a criança contra infecções. Em boas condições, o recém nascido não deve ser separado da mãe; deve receber alta da sala de parto direto para o Alojamento Conjunto.

Nas maternidades é fundamental que sejam reforçadas com a mãe as orientações sobre aleitamento, cuidados com as mamas e que a mãe seja orientada a procurar a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa - 5º dia Saúde Integral - para realizar o Teste do Pezinho, consulta pós-parto, controle do crescimento e desenvolvimento , avaliação da puérpera e assistência ao Aleitamento Materno.

3) Após o parto:

Agente comunitário de Saúde

1. Realizar visita domiciliar preferencialmente na primeira semana após o nascimento, visto ter o ACS um papel relevante no acompanhamento e incentivo à amamentação;
2. Encaminhar para o **5º dia saúde Integral** na UBS
3. Avaliar e informar à equipe como se dá a relação da mãe com a criança.
4. Esclarecer dúvidas e dificuldades em relação ao aleitamento e rotinas de cuidados com o bebê;

5. Em caso de necessidade, agendar a visita domiciliar do profissional de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem).
6. Acolher toda puérpera que necessita de apoio ao aleitamento materno, avaliando as dificuldades e encaminhar quando necessário.

Médico / Enfermeiro / Auxiliar de enfermagem

1. Atender integralmente a criança e a mulher. O incentivo ao aleitamento materno em todas as oportunidades é fundamental.
2. Esclarecer as dúvidas e abolir os conceitos incorretos pois podem levar ao desmame .
3. Avaliar as mamas .
4. Observar a criança mamando.
5. Verificar o posicionamento da mãe e pega do bebê.
6. Orientar quanto aos cuidados e possíveis dificuldades e problemas .
7. Reforçar o vínculo mãe-filho.
8. Realizar atendimento em grupos.
9. Orientar a nutriz em relação à alimentação / hidratação.
10. Realizar visita domiciliar se necessário.
11. Identificar necessidade de encaminhamento (referência para Grupos Operativos, Banco de Leite, posto de coleta etc).

Médico

1. Tratar as intercorrências / complicações, conforme a necessidade.

SITUAÇÕES FREQUENTES NO ALEITAMENTO MATERNO QUE DEMANDAM O APOIO DA EQUIPE DE SAÚDE

A apojadura (distensão fisiológica dos alvéolos e ductos) ocorre do 2° ao 3° dia pós-parto. Ela antecipa a descida do leite. Apesar do aumento do volume da mama na apojadura, o volume de leite em cada mamada continua o mesmo (5 a 20 ml por mamada) . O volume do leite aumenta quando da descida do leite , 24 horas após a apojadura nas multíparas e 48 horas após a apojadura nas primíparas.

1) Ingurgitamento Mamário:

O ingurgitamento ocorre quando a quantidade de leite produzida é maior do que a necessidade do bebê ou o quanto ele consegue mamar.

O leite que sobra é submetido a pressão dentro do alvéolo, aumentando a sua viscosidade até atingir o empedramento.

1. Deve-se começar a mamada pelo último seio sugado na mamada anterior;
2. É necessário retirar um pouco de leite antes da mamada se a aréola estiver

distendida e retirar o leite depois da mamada se a mama estiver dolorida e notar pontos endurecidos.

3. Se a mãe estiver muito ansiosa e insegura, pode, com isso, dificultar a saída do leite e seu peito pode empedrar. Por essa razão, é importante apoiar a mãe, esclarecer suas dúvidas e deixá-la o mais segura e relaxada possível.

Sinais e sintomas: aumento do volume mamário, nódulos, edema, hiperemia, hipertermia, veias proeminentes, tensão na região areolar, dificultando a sucção do bebê e a drenagem do leite.

Profilaxia: orientação à mãe; ordenha manual; amamentação precoce; livre demanda; esvaziamento das mamas; uso de sutiãs adequados; indicar o uso de analgésicos em caso de dor excessiva; desencorajar compressas quentes.

2) Traumas mamilares:

Outra dificuldade comum das mães, no início da amamentação, é a rachadura dos mamilos, o que causa muita dor. Na maioria das vezes basta orientar a pega correta para que se resolva o problema.

Algumas orientações que previnem esse problema e facilitam a cicatrização são:

1. Os seios só precisam ser lavados no banho diário, não se deve lavá-los a cada mamada. O uso de sabão álcool ou água boricada facilita o ressecamento da pele e o aparecimento de rachaduras, por isso não devem ser usados. Cremes e pomadas também não devem ser utilizados;
2. Se os costumes do local aceitarem e se a mulher tiver condições, é muito bom expor os seios ao sol da manhã. O sol aumenta a resistência da pele;
3. Se os mamilos já estiverem com fissuras e a mãe não tolerar a sucção do bebê, deve-se ordenhar manualmente a mama fissurada e oferecer o leite em copinho até que haja condições do bebê voltar a sugar. É importante reforçar a pega e o posicionamento correto.
4. Quando o bico está rachado, a criança pode ao mamar, ingerir um pouco de sangue. Ao regurgitar, portanto, irá sair um pouco sangue com leite. Não há nenhum problema nisso, apenas deve-se certificar se a origem do sangue é do seio da mãe. É necessário ajudar a mãe a cuidar da fissura, mantendo a amamentação.

Sinais e sintomas: lesões cutâneas (fissuras, rachaduras, escoriação, erosão); dor e ardor

Profilaxia: realizar ordenha manual, se necessário; orientar a mãe sobre as técnicas de amamentação.

3) Mastite Puerperal:

Às vezes, o seio empedrado (ingurgitado) ou com rachaduras (fissuras) pode inflamar e infeccionar, aparecendo o que chamamos de mastite. A mama fica quente e avermelhada e a mulher queixa-se de muita dor e febre. Em alguns casos será necessário a prescrição de antibióticos e analgésicos. Durante o uso de antibióticos não é preciso parar de amamentar.

Sinais e sintomas: ingurgitamento mamário acompanhado de mal estar, febre, dor, rubor, calor, taquicardia, náuseas, vômitos, cefaléia e calafrios.

Profilaxia: lavar bem as mãos antes de manipular as mamas; usar as medidas profiláticas para ingurgitamento e traumas mamilares; usar somente material esterilizado para procedimentos de contato com as mamas.

Tratamento: ordenha manual para esvaziamento das mamas; intervenção clínica (antibioticoterapia; analgésicos) ou cirúrgica em casos de abscesso. Se possível, manter a amamentação.

ORDENHA MANUAL DE LEITE

É uma técnica simples, não demanda utilização de instrumentos, pode ser feita pela própria mãe. Deve ser ensinada a todas as mães, para permitir que a criança continue em aleitamento materno, mesmo que a mãe e filho tenham que ser afastadas durante um período, por motivos de doença, trabalho ou outros.

Indicações:

- Trabalho materno fora do lar,
- Internação da mãe ou do bebê,
- Dificuldade de sucção do bebê por qualquer causa,
- Mamas ingurgitadas (para facilitar a sucção do bebê e prevenir fissuras),
- Mastites e abscessos;
- Para manter a produção do leite.

Para retirada do leite, orientar à mãe que:

1. Lave as mãos até o cotovelo com água e sabão.
2. Procure um lugar limpo e tranquilo, fique em pé ou sentada, em uma posição confortável.
3. Retire o leite depois da mamada ou quando as mamas estiverem muito cheias.
4. Antes de iniciar a retirada, é importante massagear os peitos utilizando a polpa dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola (parte escura) para o tórax.
5. Coloque o polegar acima da linha onde acaba a parte escura do peito, e o dedo indicador abaixo da aréola. Firme os dedos e empurre para trás, em direção ao tórax. Tente aproximar a ponta do polegar com dedo indicador, até sair o leite.
6. Faça essa manobra (pressione e solte, pressione e solte) repetidamente. Essa manobra não deve doer. Se isso acontecer é porque a técnica está errada.
7. O leite começa a pingar logo depois de algumas manobras. Se o reflexo de ocitocina (descida do leite) é muito ativo, o leite pode sair em jato.
8. Pressione a aréola também nas laterais para que o leite seja retirado de todos os segmentos da mama.
9. Retire o leite de uma mama até que o fluxo diminua, em seguida passe para a outra mama.
10. A retirada adequada do leite demora cerca de 20 a 30 minutos, pelo menos nos primeiros dias após o parto, quando a produção é pequena.
11. Nunca esprema o mamilo. Espremer ou puxar o mamilo não extrai o leite e pode causar ferimentos. Não deslize o dedo sobre a pele.
12. Despreze os primeiros jatos.
13. Colha o leite em frasco lavado e fervido, colocando-o debaixo da aréola. Após

terminar a ordenha, feche bem o vidro e o coloque na geladeira por até 24 horas, se for para ser usado para seu bebê.

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO EM DOMICÍLIO

- Quando o local não possuir geladeira: o leite materno não deve ficar fora da geladeira ou freezer.
- Quando o local possuir geladeira: o leite pode ser guardado no vidro limpo e fervido, fechado por 24 horas após a coleta. Para ser oferecido ao bebê, deve ser aquecido em banho-maria até que fique à temperatura ambiente.

Não colocá-lo na porta da geladeira.

Uma vez oferecido, o restante deve ser desprezado.

- Quando conservado em congelador ou freezer: o leite pode ser guardado por até 15 dias. O profissional de saúde deverá orientar quanto ao descongelamento correto, que consiste na retirada do frasco do congelador e armazenamento do mesmo dentro da geladeira, **no dia anterior**. Aquecer em banho-maria apenas a quantidade a ser utilizada no horário estipulado. Homogeneizar o leite movimentando suavemente o frasco. Uma vez oferecido, o restante deve ser desprezado.

O leite restante, isto é, aquele descongelado e que não foi aquecido em banho-maria, deve permanecer na geladeira e utilizado num período máximo de 24 horas.

SITUAÇÕES QUE CONTRA-INDICAM A AMAMENTAÇÃO:

- Doenças maternas graves com comprometimento do estado geral e nutricional; (mães portadoras de HIV);
- Neoplasias em tratamento com drogas citotóxicas;
- Doenças mentais como quadros psicóticos e depressivos ou deficiência mental grave.
- Varicela, quando o quadro clínico da mãe tiver início 5 dias antes ou 3 dias após o parto. O RN pode ser amamentado após receber a imunoglobulina específica contra varicela (VZIG).

*A icterícia atribuída ao leite materno, que ocorre a partir da segunda semana de vida não contra-indica o aleitamento materno.

DROGAS QUE CONTRA-INDICAM A AMAMENTAÇÃO

- Anti-neoplásicas
- Drogas de vício como álcool em grande quantidade, anfetamina, cocaína, heroína, maconha
- Drogas radioativas Em relação a outras drogas, é importante monitorizar o aparecimento de reações colaterais na criança e consultar bibliografia, em casos específicos.

ALEITAMENTO E ANTICONCEPÇÃO :

Essa é uma questão importante, porque as mulheres ficam preocupadas em não engravidar e têm receio de tomar pílulas. Há alternativas de pílulas próprias (mini pílulas) para mulheres que amamentam e outros métodos como camisinha, DIU ou diafragma. Há ainda a possibilidade de ser usada a LAM (Método de Amenorréia Lactacional) como método anticoncepcional. É importante orientar a mãe quanto aos métodos anticoncepcionais pois é freqüente o receio da mãe de uma nova gravidez, durante o processo de lactação.

Sabe-se que o aleitamento quando exclusivo, inibe a ovulação e diminui esse risco. As mães têm receio de tomar pílulas anticoncepcionais com medo que isso faça mal a criança, o que pode interferir na produção de leite. Esse é um forte motivo para o leite secar. Portanto, é importante orientar a mãe quanto aos métodos anticoncepcionais, para que ela se sinta segura e possa continuar a amamentação.

ORIENTAÇÕES PARA A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO (DESMAME):

Conceitua-se desmame como sendo a introdução de qualquer outro tipo de alimentação além do leite materno. O período que vai desde a introdução desse novo alimento até a suspensão completa do aleitamento materno, é chamado de "período de desmame". Considera-se a criança "desmamada" quando ocorre a suspensão total do leite materno.

O termo desmame está em desuso porque a mãe considera desmamar sinônimo de "tirar do peito " de uma vez. A terminologia atualmente utilizada é a introdução gradativa de novos alimentos.

Época de introdução de alimentos de desmame:

A maioria das mães produzem o leite em quantidade suficiente para preencher as necessidades nutricionais dos seus filhos nos 6 primeiros meses de vida. Após este período, a maioria das crianças não deve permanecer apenas com o leite materno.

Princípios Básicos do Processo de Desmame:

1. O desmame deve ser gradual, tanto do ponto de vista da quantidade e qualidade dos alimentos quanto da consistência. No início, os alimentos devem ser introduzidos um de cada vez, passados em peneira, depois amassados com garfo e, finalmente, oferecidos em grãos ou pedaços.
2. Ao introduzir-se novos alimentos, deve-se levar em consideração os hábitos alimentares da família, a disponibilidade local dos alimentos, as variações sazonais e o preço de mercado.

3. Na preparação dos alimentos, deve-se evitar refeições muito diluídas e volumosas.
4. O uso de lipídios sob a forma de óleo vegetal ou margarina no preparo das refeições de sal tem a vantagem de elevar o valor calórico com pouco aumento de volume. Esta prática é particularmente recomendada para desnutridos e crianças com dieta a base de leite desnatado.
5. Os alimentos de desmame devem sempre ser oferecidos de colher. Nunca oferecer em mamadeiras.
6. A higiene no manuseio, estocagem, preparo e administração dos alimentos é de grande importância para evitar contaminação.

**ESQUEMA DE INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS
CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Idade	Tipo de Alimento
Até os 6 meses	Leite materno exclusivo
6 meses	Suco de frutas e papa de frutas Primeira papa salgada deve conter hortaliças, cereais e leguminosas. A carne é colocada apenas durante o cozimento, sendo retirada depois. Gema de ovo cozida
7 meses	Segunda refeição com carne, hortaliças, cereais e leguminosas Sobremesa de frutas, doces caseiros, gelatina sem corante, sagú, geléias
12 meses	Clara de ovo cozida

* usar sal iodado com moderação.

Existem diferentes maneiras de preparo da refeição, dependendo dos hábitos alimentares da família que sofrem influência cultural. O importante é que ela contenha carne (vaca, frango, miúdos), hortaliças, sendo uma de folha, cereais e leguminosas.

A refeição não deve ser passada no liquidificador, devendo ser peneirada no período da introdução no cardápio. Deve ser oferecida com colher. É importante orientar a variedade de alimentos no preparo da sopa, evitando a monotonia de cardápio e propiciando a oferta de todos os nutrientes. A partir da erupção dos dentes é suficiente que seja amassada.

A partir dos 8 meses de idade as carnes de vaca, frango, vísceras ou pescado podem ser moídas, desfiadas ou picadas.

Inúmeras frutas podem ser usadas no preparo do suco, sendo recomendadas as da época, pela melhor qualidade e preço. A introdução deve ser feita com um tipo de fruta de cada vez, para observar as reações da criança.

A gema de ovo deve ser oferecida sempre cozida, para diminuir o risco de contaminação por salmonela. O cozimento facilita ainda a separação da clara, que é mais alergênica. A gema pode ser misturada em uma parte da refeição, ou oferecida pura.

Para a criança já desmamada nos primeiros 6 meses de vida, o esquema de introdução de novos alimentos é diferente devido à necessidade de se antecipar a introdução de determinados nutrientes como as vitaminas e os minerais, cujas necessidades não são supridas por outro tipo de leite, que não o materno.

V – TEXTO DE APOIO

NUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ:

Durante a gestação o organismo materno se prepara de maneira a garantir a sua própria manutenção, como a do feto em crescimento e, desta forma, lança mão de vários mecanismos tais como:

- Aumento da ingestão (aumento do apetite e sede);
- Aumento do volume sanguíneo;
- Melhor aproveitamento dos nutrientes etc.

ESQUEMA BÁSICO ALIMENTAR DIÁRIO DA GESTANTE:

ALIMENTO	QUANTIDADE DIÁRIA
Leite integral	3 a 4 copos
Carnes magras (boi, porco, aves e peixe) e leguminosas (feijão, soja, lentilha, ervilha, grão-de-bico).	2 a 3 porções médias
Fígado	1 porção média – 1 vez / semana
Ovo	1 a 2 porções / semana
Frutas cítricas: limão, laranja	2 porções
Outras frutas – mamão, banana etc	1 porção
Hortaliças - legumes	3 porções
verduras	2 porções
Pão e cereais	6 a 11 porções
Óleo vegetal	2 colheres de sopa
Manteiga ou margarina	3 colheres de café

Fonte: baseado em Departamento of Agriculture -US

Gestantes de baixo peso:

. A condição nutricional materna pré-concepcional e durante a gestação são aditivas em sua influência sobre o crescimento fetal intra-uterino;

. O 3º trimestre parece ser o período crítico para o ganho de peso fetal e o mais sensível às influências nutricionais;

. A suplementação da dieta materna durante a gravidez pode agir melhorando o ganho de peso fetal, em população de **risco nutricional** e não nas demais. Se a falha for calórica, a suplementação calórica terá sucesso, se protéica a suplementação de proteínas estará indicada.

TÉCNICAS DE RELACTAÇÃO:

Quando a criança chegar a unidade de saúde com alimentação mista (leite materno + leite de vaca) ou tendo sido desmamada há menos de 15 dias, está indicada a tentativa de relactação. Para isso, é indispensável o desejo, interesse e colaboração da mãe e a boa vontade e apoio técnico da equipe de saúde.

A relactação pode ser feita de duas formas:

1. Deixar a criança sugar ambos os seios em todos os horários das mamadas e complementar a refeição com leite de vaca oferecido em copinho. À medida em que for aumentando a produção do leite, deverá ser diminuída a quantidade do complemento.
2. Colocar o leite numa seringa ou outro recipiente, ligando-o a uma sonda que deve ser presa ao seio, perto do mamilo. Este recipiente deve ficar numa posição nivelada com a da mama. A criança sugará o seio e a sonda ao mesmo tempo e, à medida que se alimenta, também estimula a produção do leite materno.

SITUAÇÕES ESPECIAIS E CONTRA-INDICAÇÕES PARA A AMAMENTAÇÃO

São muito poucas as situações em que a mulher não deve amamentar. Deve se avaliar os aspectos negativos e os benefícios para o bebê.

1) Em relação à criança:

- Doenças como a galactosemia e a fenilcetonúria
- RN gravemente enfermo, com dificuldade de sucção.

*A icterícia atribuída ao leite materno, que ocorre a partir da segunda semana de vida não contra-indica o aleitamento materno.

2) Em relação à mãe:

• HIV

Mães com AIDS ou portadoras do HIV não devem amamentar pelo risco de transmissão do vírus através do leite materno .

- HEPATITE

- 1) Mães com hepatite A – se a mãe está na fase aguda da doença, a criança pode ser amamentada, mas deve receber a gamaglobulina, na dose de 0,02ml/kg logo após o nascimento.
- 2) Mães portadoras do vírus da hepatite B podem amamentar, desde que o recém-nascido receba imunoglobulina hiperimune específica (HBIG) na sala de parto e a vacina contra a hepatite B, até 48 horas de vida. Se a HBIG não for disponível, aplicar somente a vacina, nas primeiras 24 horas de vida. O esquema de vacinação deve ser completado com mais 2 doses de vacina com 1 a 6 meses de vida. Se a criança for prematura ou o peso de nascimento for menor que 2000g, a imunogenicidade da vacina é menor. Nessa situação se a mãe for HbsAG +, aplicar a HBIG e a vacina, independentemente do peso e se o peso for <2000g, não considerar esta dose, devendo a criança receber, portanto mais 3 doses.

Quando a sorologia da mãe for desconhecida, vacinar o RN nas primeiras 12 horas após o parto. Quando for possível colher a sorologia, se o resultado for positivo, aplicar a HBIG o mais cedo possível (nos primeiros 7 dias de vida). Se for negativo, a vacinação já realizada é suficiente. A segunda e a terceira doses da vacina contra a hepatite B são indicadas após um e seis meses da primeira.

- 3) Em relação ao vírus da hepatite C, até o momento não se demonstrou sua transmissão através do leite materno, embora o vírus e os anticorpos já tenham sido detectados no leite. Nos casos de mães portadoras do vírus, a decisão de amamentar ou não deve ser baseada em discussão conjunta entre a mãe e o profissional de saúde. No entanto, a presença de fissuras e de sangramento nos seios de mães HCV positivas contraindica a amamentação.

- TUBERCULOSE

A tuberculose pulmonar da mãe, desde que adequadamente tratada, não contraindica a amamentação. Os cuidados com o bebê devem ser individualizados, conforme a situação específica.

- 1- Se a mãe é bacilífera, não tratada ou com tratamento iniciado há menos de 2 semanas do nascimento da criança:
 - a) Não suspender a amamentação;
 - b) Não vacinar com BCG ao nascer;
 - c) Amamentar com máscara cirúrgica;
 - d) Rastrear os comunicantes, principalmente domiciliares;
 - e) Iniciar quimioprofilaxia do RN com Hidrazida ou Isoniazida, 10 mg/kg/dia, durante 3 meses e, ao final desse período, realizar o teste tuberculínico (PPD) no RN.

Se o teste PPD for positivo, fazer raio X de tórax. Se alterado (doença ativa), iniciar o tratamento conforme Manual de Normas técnicas do Ministério da Saúde. Sem doença ativa, manter a quimioprofilaxia até o 6º mês.

Se o teste do PPD for negativo (não reator), suspender a Hidrazida ou Isoniazida e vacinar com BCG.

- 2- Se a mãe não é bacilífera ou o tratamento foi iniciado há mais de 2 semanas do nascimento da criança, não suspender a amamentação e proceder a vacinação da criança com BCG.

DROGAS E ALEITAMENTO MATERNO

As drogas recebidas pela mãe podem ser transferidas ao filho através do leite. Há poucas situações que contra-indicam a continuidade da amamentação por este motivo.

Deve se ponderar a necessidade do medicamento, o fato de que as quantidades que passam para o leite são mínimas. Orienta-se, portanto, a ingestão do medicamento logo após as mamadas para que na mamada seguinte a concentração da droga no leite já seja menor.

ALEITAMENTO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS:

1. Refluxo Gastro Esofágico

- Manter a criança em posição ortostática (cabeça elevada em relação ao corpo) durante toda a mamada e pelo menos por 40 min após a mesma.
- Orientar quanto à elevação permanente da cabeceira – colocar suporte (tijolo, catálogo telefônico) sob os pés do berço ou cama – com uma inclinação de mais ou menos 30 graus.
- É recomendado diminuir o volume das mamadas, evitando que o estômago fique muito distendido, e diminuir também o intervalo entre as mamadas, garantindo assim que o bebê receba o volume/dia adequado.

2. Prematuros

Os bebês prematuros são em geral hipotônicos, o que favorece uma postura extensora (membros “esticados” para fora da linha média/ centro do corpo, o que dificulta a sucção e a amamentação.)

- Examinar o prematuro e verificar se ele é vigoroso bastante para esvaziar bem o seio materno.
- O bebê deve ser posicionado no colo da mãe durante a amamentação de modo a favorecer a postura flexora (membros superiores e inferiores fletidos ou “dobrados” direção à linha média/centro do corpo), facilitando o início da sucção e sua eficiência durante a mamada.
- Antes de iniciar a mamada, tentar trazer o bebê para o estado de alerta, desembrulhando-o e tocando-o. Quanto mais alerta o bebê estiver, melhor será sua performance durante a mamada; ao contrário, quanto mais sonolento, maior dificuldade o bebê terá em sugar.
- Os menores de 34 semanas de gestação geralmente têm sucção débil e muitas vezes dificuldades em coordenar a sucção com deglutição e respiração. Se o bebê apresentar sinais de cansaço e incoordenação, orientar a mãe a impor um ritmo para a sucção, deixando o bebê fazer 6/8 sucções e em seguida favorecer

uma pausa (retirar o seio da boca do bebê). Em geral, este procedimento auxilia ao bebê no estabelecimento de um ritmo eficiente de sucção e de boa coordenação sucção/deglutição/respiração.

- Orientar para oferecer ambos os seios e, depois, retirar o leite por expressão manual e oferecê-lo à criança como complemento, de preferência em colherzinha ou no copinho.
- Marcar retorno semanal, para verificar o ganho de peso da criança.

2. Malformações congênitas

As fissuras de lábio (lábio leporino) e de palato constituem as malformações congênitas mais comuns do recém-nascido. A amamentação não está contraindicada mas em muitos casos pode ser dificultada. Bebês com fissura parcial de lábio ou fissura parcial de palato têm mais possibilidade de amamentar com ajuda da mãe.

A mãe deve ser encorajada a amamentar, e antes da cirurgia corretiva de lábio (entre 3 e 6 meses de idade), deve ser orientada a auxiliar o bebê a fazer a “pega” do seio, apoiando o lábio fissurado com o dedo (exercendo uma leve pressão), garantindo o vedamento labial em torno da aréola mamária.

A dificuldade na amamentação é geralmente proporcional à gravidade da malformação, e nos casos de fissuras labio palatinas completas, muitas vezes o esforço durante a mamada pode prejudicar o aporte nutricional e o ganho de peso. Nestes casos, a mãe deve ser estimulada a fazer a ordenha manual e oferecer o leite para o bebê na colher, copinho ou mamadeira, o que for mais eficiente e fácil.

É importante ressaltar que bebês com fissuras labiopalatinas têm risco aumentado para otite média, que pode ser minimizado mantendo a criança em posição ortostática (cabeça elevada em relação ao corpo) durante a mamada. Nos casos de outros tipos de malformações, as possibilidades e benefícios da amamentação devem ser considerados caso a caso.

DIREITOS TRABALHISTAS DA MULHER QUE AMAMENTA:

A CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA – 1988

Capítulo II, Artigo 7º, Parágrafo XVIII – Licença Gestante

A licença gestante é de 120 dias, sem prejuízo do emprego ou do salário.

O pagamento da licença é feito pela Previdência.

Parágrafo XIX – Licença Paternidade

O pai tem direito a cinco dias de licença após o nascimento do filho, para dar-lhe assistência e à sua mãe, recebendo salário integral.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS – CLT

Seção IV, Artigo 389, parágrafo 9º, Inciso 1º: Direito à Licença para Hora de Amamentação

Toda empresa é obrigada, desde que tenha 30 ou mais mulheres com mais de 16 anos de idade, a ter local apropriado onde seja permitindo às empregadas guardar sob vigilância os seus filhos no período de amamentação. Esta exigência poderá ser atendida por meio de creches diretamente ou mediante convênios.

Seção V, Artigo 392: Da proteção à Maternidade

É proibido o trabalho da mulher grávida no período de 4 semanas antes e 8 semanas depois do parto.

.Artigo 392, Inciso 3º:

Em caso de parto antecipado, a mulher terá sempre direito às 12 (doze) semanas previstas neste artigo.

.Artigo 392, Inciso 4º:

Em casos excepcionais, mediante atestado médico, na forma do Inciso 1º, é permitido à mulher grávida mudar de função.

Art. 396 – Para amamentar o próprio o filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um.

Parágrafo Único – Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério de autoridade competente.

Seção V, Artigo 400: Creches e berçários no local de trabalho. Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período de amamentação deverão possuir no mínimo um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária. As creches à disposição das empresas mediante convênio deverão estar próximas do local de trabalho.

REDE SOLIDÁRIA DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO **SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM ALEITAMENTO MATERNO**

As Unidades Básicas de Saúde devem estar preparadas para prestar assistência e apoio à mulher que deseja amamentar. Os profissionais de saúde devem encaminhar as nutrizes aos serviços de maior complexidade de assistência, quando necessário.

Os locais abaixo estão organizados para prestar atendimento às gestantes e

puérperas com orientações para a promoção do aleitamento materno e apoio às dificuldades e complicações. Os serviços recebem ainda doação para os bancos de leite.

ALEITAMENTO/BANCOS DE LEITE/POSTOS DE COLETA				
REPRESENTANTE	COORDENAÇÃO	TELEFONE	FAX	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
Maternidade Odete Valadares (Banco de Leite)	Enfermeira Ieda Ribeiro Passos	3337-5678	32913518	08:00 às 17:00 h. 2ª às 6ª feiras
PAM Saudade (Posto de coleta)	Enfermeira Maria de Lourdes Miri Megda	3482-2211 3277-5772	3482-2211 ramal 214	08:00 às 17:00 h 2ª as 6ª feiras
Maternidade Hilda Brandão (Posto de coleta)	Assistente Social Liliane B. Nascimento	3283-8210	3238-8205	08:00 às 16:00 h. 2ª às 6ª feiras
Hospital Odilon Behrens (Posto de coleta)	Enfermeiras Rosângela de Cássia D. C. Lima e Lúcia Silva Sales	32776150	3277-6208	07:00 às 19:00 h. Todos os dias
Sofia Feldman (Posto de coleta)	Drª Mª Aparecida de Castro Batista	3433-1589	34331601	07:00 às 17:00 h. 2ª às 6ª feiras
Hospital das Clínicas (Posto de coleta)	Enfermeiras Ana Amélia Miglio e Beatris Maria dos Santos	3248-9426 3248-9425	3248-9380	07:30 às 22:30 hs todos os dias

BIBLIOGRAFIA

1. Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes. Coopmed, 2003- livro disponível em todas as unidades de saúde).
2. Caderno Temático da Criança.
Prefeitura do município de São Paulo – Secretaria Municipal de Saúde – Setembro de 2002.
3. Organização Mundial da Saúde .
Evidências Científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno / Organização Mundial da Saúde; Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte .
- Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – 2001.

IMUNIZAÇÃO

I – INTRODUÇÃO

A SMSA/BH desenvolve a atividade de imunização em todos os centros de saúde da rede pública municipal e em 09 unidades conveniadas, oferecendo à população todas as vacinas preconizadas pelo calendário básico de imunização do Programa Nacional de Imunização (PNI). As vacinas do calendário básico são: Polio Oral, BCG, Hepatite B, Tetravalente, DPT, Febre Amarela, Triviral, Dupla Adulto e Dupla Viral.

Belo Horizonte conta ainda com um Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) e 04 centros de saúde que trabalham com a profilaxia da raiva humana. O CRIE oferece a grupos populacionais específicos, imunobiológicos para contribuir no controle de outros agravos. São oferecidos os seguintes imunobiológicos: vacina contra meningite meningocócica tipo C, hepatite A, pneumococos, haemophilus tipo b, varicela zoster, febre tifóide, DPT acelular, poliomielite inativada, influenza além de imunoglobulinas humanas.

Este protocolo tem o objetivo de divulgar as ações básicas de imunização contidas nos manuais do Ministério, para promover a imunização integral da criança, adolescente, gestante e puérpera.

Toda a criança na Unidade de Saúde deverá ter o seu cartão avaliado e atualizado se necessário de forma a não perder oportunidades de ter imunização integral.

II – OBJETIVOS

- Reduzir as taxas de morbi-mortalidade através do controle e erradicação das doenças imunopreveníveis;
- Contribuir para a manutenção do estado de erradicação da poliomielite

III - ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATIVIDADE DE VACINAÇÃO

As atividades da sala de vacinação devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem com treinamento específico no manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos, com funcionamento contínuo de 7 às 19 horas.

Essa equipe deve ser composta de 01 enfermeiro responsável pela supervisão, acompanhamento e treinamento da equipe de enfermagem e 02 auxiliares de enfermagem em cada turno de trabalho, podendo esta equipe ser ampliada de acordo com a demanda do serviço.

Atribuições do Enfermeiro:

- Planejar, coordenar, avaliar e executar a atividade de vacinação na área de abrangência do Centro de Saúde.
- Manter-se vigilante em relação à ocorrência de casos de doenças imunopreveníveis na área de abrangência do Centro de Saúde.
- Manter-se atualizado em relação ao comportamento das doenças imunopreveníveis no âmbito do Município, Estado, País.
- Manter-se atualizado quanto às normas de vacinação para entrada e saída do País.
- Manter-se atualizado em relação ao Calendário de Imunização proposto pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).
- Manter a equipe que compõe a sala de vacina do Centro de Saúde atualizada através da realização periódica de treinamentos e facilitando a participação da equipe em eventos sobre o tema.
- Manter as condições ideais para a conservação dos Imunobiológicos.
- Manter na Sala de Vacina da Unidade de Saúde os manuais abaixo relacionados zelando pela conservação dos mesmos: Manual de Normas de Vacinação, Manual de Procedimentos para Vacinação, Manual de Rede de Frio, Manual do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais, Manual de Eventos Adversos a Vacinação
- Avaliar a cobertura vacinal da área de abrangência do Centro de Saúde, detectando possíveis área de baixa cobertura, propondo ações para solucionar o problema.
- Acompanhar mensalmente, o esquema vacinal de todas as crianças (especialmente menores de 1 ano) da área de abrangência do Centro de Saúde, promovendo a busca ativa dos faltosos.
- Avaliar o estoque de imunobiológicos, programando a necessidade dos mesmos mensalmente.
- Avaliar os dados de produção encaminhados mensalmente ao Sistema de Informação.
- Avaliar os usuários que apresentarem reações indesejáveis, encaminhando e/ou indicando tratamento de acordo com o preconizado no "Manual de Reações Adversas"- Ministério da Saúde"
- Preencher ficha de "Notificação de Reações Adversas" e encaminhar para Gerência de Atenção à Saúde do seu respectivo distrito, e enviar à Coordenação de Imunização para avaliação.
- Participar das Campanhas Nacionais de vacinação em todas as etapas, ou seja, no planejamento, coordenação, supervisão e execução.
- Avaliar a atividade de vacinação na rotina e campanha, propondo ações para a melhoria de qualidade e cobertura da ação.
- Participar de atividades .Quando solicitada, em casos de epidemias ou calamidades públicas, organizando, coordenando, executando atividades de vacinação e outras que se fizerem necessárias.

Atribuições dos Auxiliares de Enfermagem

- Manter-se atualizado quanto ao Calendário de Imunização
- Administrar as vacinas indicadas de acordo com as normas do Programa Nacional de Imunização, garantindo segurança e qualidade no atendimento.
- Orientar a clientela quanto as vacinas que serão administradas, local de aplicação e possíveis eventos adversos
- Organizar a caixa térmica para uso diário segundo normas técnicas do Manual de Rede de Frio.
- Fazer a leitura diária da geladeira, no início e final do expediente e anotar no mapa de temperatura do refrigerador.
- Registrar a atividade executada nos formulários próprios da Instituição.
- Manter organizado arquivo rotativo, verificando todos os faltosos.
- Fazer busca de faltosos mantendo atualizada a situação vacinal da população da área de abrangência da Unidade de Saúde.
- Atender todas as pessoas que procurarem a Unidade de Saúde para vacinação independente de sua área residência.
- Executar atividade de vacinação fora da unidade de saúde, sempre que houver indicação e orientação do Enfermeiro ou da Coordenação Técnica de Imunização.
- Participar das Campanhas Nacionais de Vacinação, executando as funções designadas pelo enfermeiro e coordenadores da campanha.
- Participar de atividades de vacinação ou outras a ele designadas em situação de epidemia ou calamidade pública,
- Manter a ordem e a limpeza da sala
- Zelar pela qualidade dos imunobiológicos , mantendo a ordem e limpeza da geladeira segundo orientações técnicas contidas no Manual de Rede de Frio,

IV- ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO:

- Verificar o cartão de vacina da criança e gestante em todas oportunidades (acolhimento, consultas, grupos operativos, etc.)
- Avaliar, notificar e referenciar (para o CRIE) as complicações vacinais, quando necessárias.
- Tratar as complicações vacinais, quando possíveis.
- Encaminhar as crianças/ adolescentes em situações especiais para vacinação no CRIE.

V – CALENDÁRIO BÁSICO DE IMUNIZAÇÃO

CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO 2004

IDADE	VACINAS
A PARTIR DO NASCIMENTO	BCG(ID) + HEP.B 1
2 MESES	VOP+HEP.B+DPT+HiB(TETRAVALENTE) 2
4 MESES	VOP+DPT+HiB(TETRAVALENTE)
6 MESES	VOP+HEP.B+DPT+HiB(TETRAVALENTE)
9 MESES	FEBRE AMARELA
12 MESES	TRIVIRAL 3
15 MESES	DPT+VOP
A PARTIR DE 5 ANOS	DPT 4 + VOP
A PARTIR DE 10 ANOS	BCG(ID)

1 - O intervalo mínimo entre a 1ª dose da vacina contra hepatite b e a 2ª dose é de 30 dias. Entre a 3ª e a 2ª dose o intervalo é de 60 dias e entre a 1ª e a 3ª é 6 meses. Não existe intervalo máximo entre as doses.

2- Sempre que possível substituir a DPT + HiB pela vacina Tetravalente.

3 – Uma dose adicional da vacina Triviral ou Dupla Viral deverá ser aplicada em campanhas de segmento antes dos 5 anos de idade.

4- Idade Máxima para DPT - 6 anos, 11 meses e 29 dias. Reforço de dT de 10 em 10 anos, contados a partir da última dose de DPT.

5- Para a criança maior de 5 anos até a adolescência recomenda-se que na consulta anual preconizada para a vigilância e promoção à saúde seja avaliada, orientada e atualizada a vacinação garantindo a integralidade das ações.

6- HiB a partir de 1 ano de idade – dose única.

7-O intervalo mínimo entre a 3ª dose de Tetravalente e o 1º reforço de DPT é de 6 meses

8-As pessoas imunodeprimidas, portadoras de neoplasias, síndrome da imunodeficiência adquirida, pacientes em tratamento quimioterápico, pacientes urêmicos em diálise ou não, terapêutica imunossupressora, etc, cujo risco de complicações infecciosa muitas vezes é maior que da doença primária, devem ser encaminhadas ao CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais).

VI – VACINAÇÃO DE GESTANTE

Gestante não vacinada contra o tétano– Esquema Básico: 03 doses de dT (dupla adulto) com intervalo de 60 dias entre as doses. Pode-se também, adotar o esquema de duas doses com intervalo de 60 dias e aplicar a terceira dose 6 meses

após a 2ª dose. Um reforço a cada 10 anos. Se no período igual ou superior a 5 anos houver nova gestação, aplicar 01 dose de reforço.

Lembramos que para a profilaxia do tétano neonatal são necessárias no mínimo duas doses da vacina dT, devendo a segunda dose ser aplicada até 20 dias antes do parto, que é o período mínimo necessário para que haja produção de anticorpos suficientes para transferir para o feto.

Gestante não vacinada para rubéola –Tentar evitar esta situação vacinando todas as mulheres em idade fértil; e no puerpério (para as susceptíveis/ 5º dia da Saúde Integral)

Gestante vacinada – Esquema Básico: Na gestante que recebeu 01 ou 02 doses da vacina contra o tétano (DPT, DT, dT ou TT) deverá ser aplicada mais duas ou 01 dose da vacina tipo adulto (dT) de forma a completar o esquema básico de 03 doses. Um reforço de 10 em 10 anos. Se no período igual ou superior a 05 anos houver nova gestação aplicar 01 dose de reforço.

VII - VACINAÇÃO DO RN PREMATURO

Como regra geral a vacinação dessas crianças deve ser efetuada segundo o mesmo calendário adotado para as crianças a termo, levando em conta a idade cronológica. Não se deve reduzir as doses em crianças pré-termo ou de baixo peso ao nascer.

O peso mínimo para vacinar BCG é de 2 kg.

Em RN com peso de nascimento menor ou igual a 2kg ou idade gestacional menor ou igual a 34 semanas a vacinação contra Hepatite B deve seguir o esquema 0, 1, 2, 6 meses.

As crianças pré termo que apresentam doença respiratória crônica devem se possível receber a vacina contra Influenza anualmente à partir de 6 meses de idade.

VIII- VACINAÇÃO NO ADOLESCENTE

Hepatite B deve ser fornecida a todos não imunizados, assim como o reforço da BCG.

IX-INTERVALO DAS VACINAS ENTRE SI E COM OUTROS IMUNOBIOLÓGICOS

A aplicação simultânea de duas ou mais vacinas, pode trazer prejuízo à resposta imune.

Atualmente, este problema está relacionado às seguintes situações:

- a) Interferência entre os 03 vírus da poliomielite, na vacina oral. Isso exige a repetição das doses da VOP, o que resolve o problema.
- b) Interferência entre as vacinas Varicela e Tríplice Viral, Febre Amarela e as vacinas de vírus vivos, exceto a vacina oral contra poliomielite. Recomenda-se a aplicação no mesmo dia ou com intervalo de 15 dias entre essas vacinas.

A imunização passiva não interfere com a resposta imune às vacinas bacterianas mortas. Também não há problema entre as vacinas bacterianas vivas, como o BCG e a vacina contra febre tifóide oral Ty21a, e o uso simultâneo ou com qualquer intervalo de imunoglobulinas, plasma ou sangue. Em algumas situações, a vacinação e a administração de imunoglobulinas humanas específicas podem ser feitas simultaneamente, mas em locais diferentes como em determinados casos de profilaxia do tétano, raiva e hepatite B.

O intervalo entre a administração de produtos contendo imunoglobulinas e vacinas de vírus vivos devem seguir as recomendações do Manual do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – Cap. 8, página 54.

11- AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

A análise ou avaliação do impacto provocado por uma atividade tem por finalidade estabelecer se as intervenções produziram os efeitos propostos.

Quando se substitui a imunidade adquirida naturalmente, pela imunidade vacinal, o efeito epidemiológico dependerá da taxa de cobertura de vacinal.

A avaliação da cobertura vacinal é feita mediante análise das informações obtidas no sistema de informação.

A cobertura vacinal é o percentual da população vacinada em um determinado espaço de tempo, mês, trimestre, semestre ou ano. A cobertura pode ser calculada para cada vacina, para o número de doses completadas (no caso das multidoses), por grupo de idade e por áreas geográficas.

Todos os grupos de idade merecem atenção do programa de vacinação, no entanto, cuidado especial, deve ser adotado em relação aos menores de um ano, pois quando as coberturas nesta faixa não são atingidas vão se acumulando suscetíveis no grupo etário de um a quatro anos completos.

COBERTURA VACINAL =	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de vacinados no grupo etário} \\ \text{com determinada vacina}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas no grupo etário}} \times 100$
------------------------	---

Bibliografia:

1. Manual de Procedimentos para Vacinas – FUNASA – 2001.
2. Manual de Normas de Vacinação – FUNASA – 2001.
3. Manual de Rede de Frios – FUNASA – 2001.
4. Manual de CRIE – FUNASA – 2000.
5. Imunizações Fundamentos e Práticas – Editora Ateneu – 2000 Red Book – 2000

I – INTRODUÇÃO

Os riscos nutricionais permeiam todo o ciclo da vida humana, desde a concepção até a velhice, assumindo diversas configurações epidemiológicas em função de aspectos sócio-econômicos, culturais, biológicos e do processo saúde-doença de cada população. Os hábitos alimentares adquiridos desde a infância têm um papel determinante no processo saúde-doença, estando relacionados com o desenvolvimento de distúrbios nutricionais, risco para doenças infecciosas e diarréicas, doenças crônico-degenerativas, interferindo nas condições de saúde na vida adulta.

Dentre os principais distúrbios nutricionais na infância, destacam-se a desnutrição protéico- calórica, a obesidade, as anemias carenciais e a deficiência de micronutrientes, associada principalmente a carência de vitamina A, ferro e iodo.

A desnutrição proteico-calórica é definida como um consumo inadequado de calorias e proteínas de boa qualidade, sendo seus efeitos mais agravantes em crianças pequenas. Os dois tipos principais de desnutrição protéico-calórica são o Marasmo e o Kwashiorkor. Kwashiorkor pode ocorrer rapidamente, enquanto Marasmo é resultado de um processo gradual de desnutrição que passa pelos estágios de sub-peso, caquexia leve, moderada e grave.

Trata-se de um problema ainda preocupante em nosso meio que, associado às infecções está entre as principais causas de mortalidade infantil.

A anemia ferropriva constitui um sério problema de saúde pública, atingindo particularmente a população infantil. Estudo descritivo realizado entre abril/2000 e abril/2001 em creches conveniadas à Prefeitura de Belo Horizonte, verificou alta prevalência de anemia ferropriva entre as crianças (48%), sendo maior para as crianças menores de 2 anos (72%) (CAPANEMA, 2001). A anemia ocorre devido ao desequilíbrio entre as demandas fisiológicas, que aumentam com o processo de crescimento e o nível de ingestão de ferro, muitas vezes insuficiente na dieta. A promoção de medidas de Saúde Pública tais como o incentivo ao aleitamento materno, a profilaxia medicamentosa, a fortificação de alimentos, o controle de doenças infecciosas e parasitárias, aliadas à triagem preventiva no primeiro ano de vida podem contribuir para a mudança deste quadro.

A obesidade é definida como aumento da quantidade de gordura corporal, sendo um distúrbio nutricional universal de prevalência crescente na sociedade moderna, caracterizando-se como um importante problema de saúde pública (Halpern e Mancini , 1998). A obesidade associada à vida sedentária e ao tabagismo, constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, dislipidemias e diabetes.

II – ASPECTOS PREVENTIVOS

Toda a equipe de saúde deverá estar atenta para a identificação das crianças em risco de desnutrição, sobrepeso ou obesidade. Devem ser continuamente¹¹⁰

observadas pelas Equipes de Saúde da família / Unidades Básicas de Saúde. Os fatores de risco para desnutrição e evolução desfavorável são:

1. Residente em área de risco;
2. Mãe adolescente;
3. Desnutrição materna;
4. RN de baixo peso, prematuro;
5. Desmame precoce;
6. Gemelaridade;
7. Doenças infecciosas: diarreia, pneumonia;
8. Criança < 3 meses desnutrida;
9. Criança negligenciada;
10. Crianças com vacinas atrasadas, alimentação inadequada, higiene precária;
11. Criança com palidez cutânea;
12. História de internações prévias e/ ou falecimento de irmão menor de 5 anos;

III- ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS

A abordagem dos distúrbios nutricionais pelas equipes de saúde deve incluir a observação cuidadosa dos sinais e sintomas de desnutrição, anemias e obesidade, a avaliação do estado nutricional e da alimentação da criança e a orientação às famílias. Em todo atendimento deve-se verificar e registrar o peso e a altura da criança, avaliar a curva de crescimento, detectar e abordar os problemas nutricionais identificados. No caso de crianças desnutridas ou em risco nutricional devem ser realizados de rotina, hemograma, EPF e exame de urina, bem como a prescrição de farinha enriquecida, sulfato ferroso e polivitamínicos, quando necessário.

A- EQUIPE BÁSICA

Médico ; Enfermeiro ; Auxiliar de Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde

B- EQUIPE DE APOIO

Assistente social ; Terapeuta Ocupacional; Fonoaudiologia; Fisioterapia;
Saúde Mental; Saúde Bucal; Nutricionista

C - ROTINA DE ATENDIMENTO PARA CRIANÇAS EM RISCO E/OU DESNUTRIDAS, SOBREPESO OU OBESIDADE

Toda a criança da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde deverá ter o Cartão da Criança avaliado, no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, isto é, em todas as oportunidades. Iniciativas como as " chamadas nutricionais " propiciam esta avaliação e reforçam as condutas de atendimento, seja nas UBS, nas Instituições de Educação Infantil ou outros segmentos da comunidade e devem ser organizadas pelo menos anualmente.

1. A equipe deverá pesar, medir e fazer avaliação nutricional de todas as crianças;

2. Classificar o grau de desnutrição em Leve, Moderada e Grave, segundo gráfico da SMSA;
3. Avaliar sobrepeso ou obesidade;
4. Cadastrar a criança no Programa de Combate à Desnutrição
5. Abrir ficha de cadastro da criança (preferencialmente arquivo rotativo) identificando o problema nutricional para permitir a vigilância e busca ativa da criança
6. Registrar atendimento no prontuário
7. Organizar arquivo rotativo com o objetivo de reconhecimento dos faltosos para desencadear a busca ativa
8. Avaliar alimentação, vacinação, higiene, condições sócio-econômicas e psicológicas da família orientar adequadamente.

IV- CONDUTAS

A - PARA TODOS OS DESNUTRIDOS

1. Avaliar sistematicamente o Cartão da Criança (vacinação, crescimento, desenvolvimento, intercorrências);
2. Cadastrar no Programa todas as crianças desnutridas, gestantes e nutrizes de risco nutricional e fazer busca ativa de faltosos;
3. Acesso prioritário e garantia de atendimento na unidade, sempre que demandado;
4. Realizar acompanhamento individual pela equipe de saúde (bimensal, mensal e quinzenal conforme a necessidade);
5. Orientar à mãe sobre a alimentação da criança; cuidados de higiene; vacinação; estímulo ao desenvolvimento; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelo cartão da criança;
6. Desenvolver atividades educativas com as mães enfocando alimentação, aleitamento materno, vacinação, crescimento e desenvolvimento, técnicas de estimulação da criança (massagens, brincadeiras, etc). Sugerimos a realização de oficinas com as mães, com a preparação de alimentos nutritivos de baixo custo e receitas utilizando a farinha enriquecida.
7. Distribuição da Farinha Enriquecida e orientações quanto ao seu uso (anexo);
8. Acompanhamento médico e de enfermagem periódico, para avaliar evolução da criança;
9. Controle de perímetro cefálico, peso e estatura até 2 anos de idade, conforme o grau de desnutrição (bimensal, mensal ou quinzenal).
10. Solicitação de hemograma, EPF, urina rotina e gram de gota
11. Prescrição de Sulfato Ferroso nas doses profiláticas, exceto, para os < 6 meses com alimentação exclusiva de leite materno:
12. Sulfato Ferroso - 1 a 2mg/Kg/dia
13. Apresentação: Sulfato ferroso CEME (1ml=20gts=25mg; Fe elemento gt=1,25mg)
14. Atendimento médico sempre que a evolução for desfavorável.

B- PARA DESNUTRIDO LEVE

1. Rotinas de atendimento do desnutrido dos itens A 1 a A 12
2. Distribuição da multimistura mensalmente
3. Controle de peso e estatura bimensal
4. Busca dos faltosos - verificar as possibilidades operacionais da Unidade

C- PARA DESNUTRIDO MODERADO

1. Rotina de atendimento de desnutrido dos itens A1 a A 12
2. Distribuição quinzenal da multimistura e leite
3. Controle de peso mensal
4. Controle de estatura mensal
5. Controle mensal com pediatra se a evolução for desfavorável
6. Busca mensal dos faltosos, através de aerogramas, chamadas em igrejas, ajuda de líderes comunitários e conselhos de saúde, listas nos vários setores da unidade, visitas domiciliares quando possível.

D- PARA DESNUTRIDO GRAVE

1. Consulta com pediatra: - no primeiro atendimento e sempre que se fizer necessário por doenças intercorrentes ou má evolução da desnutrição (curva horizontal ou descendente)
1. Acesso prioritário e garantia de atendimento na unidade, sempre que demandado
2. Recomendado abordagem multidisciplinar (saúde mental, saúde bucal, assistente social, nutricionista, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia);
3. Rotina da atendimento do desnutrido dos itens A1 a A12
4. Distribuição de multimistura e leite semanalmente;
5. Controle do peso quinzenal
6. Controle de estatura mensa
7. Busca quinzenal dos faltosos : visita domiciliar de preferência, outras estratégias se a visita não for possível

E – PARA CRIANÇAS COM SOBREPESO OU OBESIDADE

1. Avaliar sistematicamente o Cartão da Criança (vacinação, crescimento, desenvolvimento, intercorrências)
2. Avaliar as condições sócio-econômicas
3. Avaliar os fatores de risco
4. Proceder orientações sobre hábitos alimentares adequados / educação nutricional

5. Após consulta médica com generalista / pediatra, se necessário, encaminhar ao serviço especializado.

V-TRIBUIÇÕES

A- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

1. Na visita ao domicílio e/ou nas Instituições de Educação Infantil (IEIs), observar se a criança apresenta emagrecimento acentuado e/ou palidez ou sobrepeso/obesidade;
2. Verificar a alimentação da criança, se adequada para a idade;
3. Identificar criança de risco para desnutrição ou desnutrido com fator de risco para evolução desfavorável e encaminhar para avaliação da equipe, bem como fatores de risco para sobrepeso/obesidade;
4. Verificar se a criança está em acompanhamento no PPCD, pela UBS;
5. Realizar a busca ativa de faltosos.

B- ENFERMEIRO

1. Supervisionar a equipe de enfermagem
2. Identificar criança de risco para desnutrição ou sobrepeso ou obesidade ou desnutrido com fator de risco para evolução desfavorável e encaminhar para avaliação médica;
3. Acompanhar as nutrizes particularmente as de risco nutricional e adolescentes.
4. Prescrição de sulfato ferroso profilático
5. Orientar o uso correto de multimistura para desnutridos e prática da alimentação alternativa
6. Pedidos de exames de rotina (EPF, urina rotina, gram de gota, hemograma), para posterior avaliação do médico durante a consulta médica ;
7. Orientar à mãe sobre o período de desmame e introdução de novos alimentos, identificando precocemente os problemas nutricionais visando a recuperação nas fases iniciais da carência.

C- AUXILIAR DE ENFERMAGEM

1. Medir e pesar as crianças;
2. Avaliar intercorrências / situações de risco;
3. Distribuir a multimistura e leite conforme critérios estabelecidos e orientar seu uso
4. Dar orientações de acordo com a prescrição médica;
5. Proceder agendamentos necessários;
6. Orientar sobre higiene, alimentação, cuidados gerais, vacinas e desenvolvimento;
7. Preparo da gestante para a lactação;

D- MÉDICO

Generalista

1. Dar suporte à equipe de enfermagem
2. Identificar os casos de desnutrição e encaminhá-los para o programa, como os de sobrepeso ou obesidade;
3. Consulta médica : atender os casos de desnutrição moderada e grave, sobrepeso ou obesidade;
4. Avaliação global da criança
5. Avaliação dos exames pedidos anteriormente
6. Solicitação de outros exames que se fizerem necessários
7. Prescrição de vitaminas e sulfato ferroso (em doses terapêuticas quando necessário para corrigir deficiências)
8. Orientação nutricional e de ações de promoção à saúde;
9. Orientar à mãe sobre o período de desmame e introdução de novos alimentos, identificando precocemente os problemas nutricionais visando a recuperação nas fases iniciais da carência.
10. Acompanhar as nutrizes particularmente as de risco nutricional e adolescentes;
11. Identificar os casos de crescimento intra-uterino retardado.

Pediatra

1. Idem itens 1 ao 11 para generalista;
2. Consulta médica : atender os casos de desnutrição moderada e grave, ou de evolução desfavorável, sobrepeso ou obesidade;
3. Dar o apoio necessário à ESF/ generalista;
4. Atender e acompanhar crianças desnutridas moderadas com evolução desfavorável (não melhora em 06 meses), e desnutridas grave, bem como com sobrepeso / obesidade com evolução desfavorável.

E – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Participar da equipe multiprofissional;
2. Participar das avaliações das atividades;
3. Participar de grupos educativos;
4. Verificar o Cartão da Criança;
5. Avaliar o crescimento e desenvolvimento,
6. Incentivar a realização da consulta pós parto.
7. Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade;

VI- CRITÉRIOS PARA ALTA

1. Criança mantendo peso normal (eutrófica) por 3 meses consecutivos - suspensão do fornecimento da farinha enriquecida para desnutridos e manutenção do acompanhamento por mais 3 meses;
2. Manutenção das atividades de rotina;

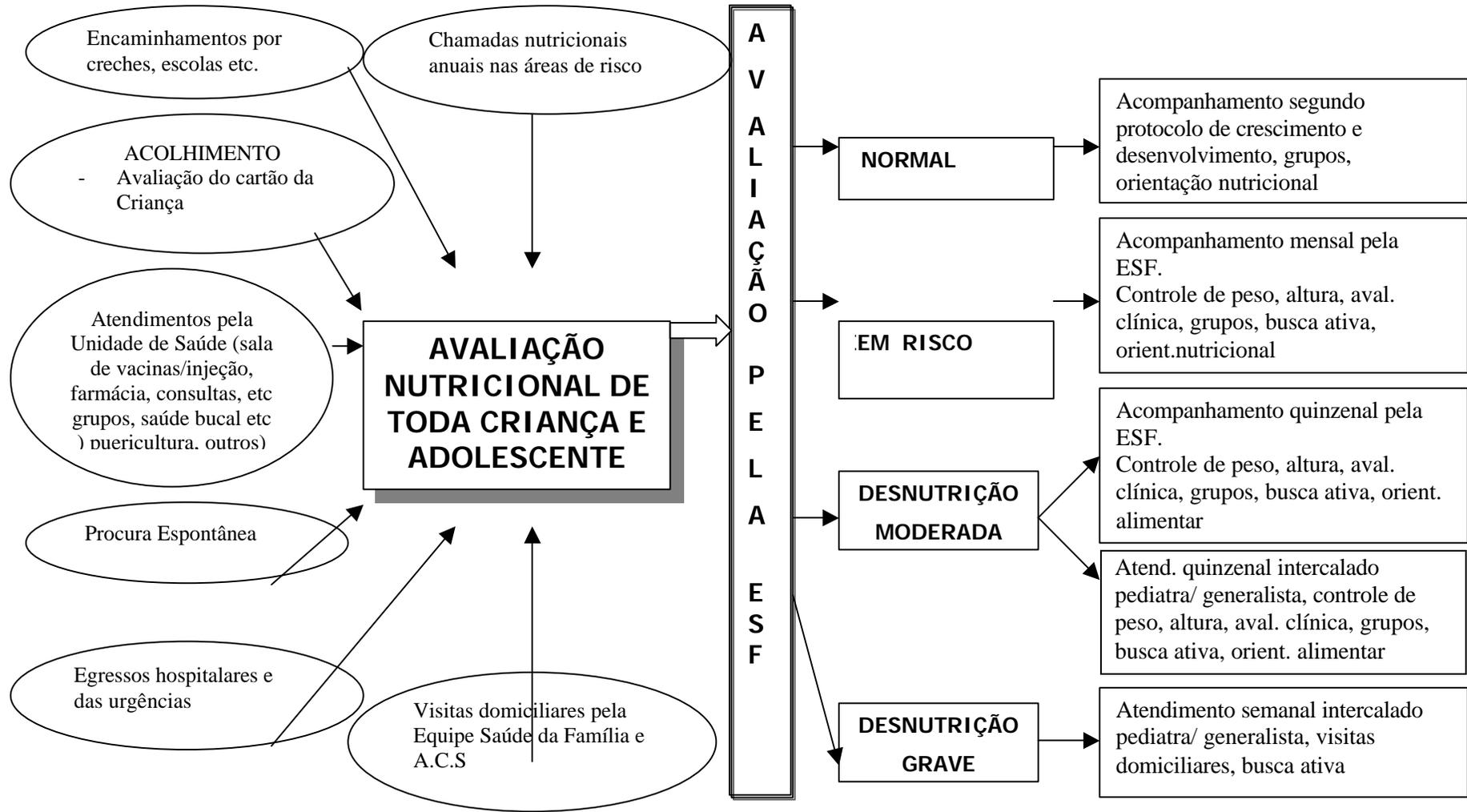
3. Reavaliação após 3 meses da alta.

VII – RECOMENDAÇÕES DE FORNECIMENTO DA FARINHA ENRIQUECIDA/ESPECIAL

FAIXA ETÁRIA	FARINHA ENRIQUECIDA	FARINHA ESPECIAL (LEITE EM PÓ)
6 MESES A 2 ANOS E 11 MESES		04 colheres de sopa para cada 200 ml de água
3 A 6 ANOS	10 g / dia = 01 colher de sopa	
7 a 14 ANOS	15 g / dia = 1 ½ colher de sopa	
ADULTO	25 g / dia = 2 ½ colheres de sopa	

(Fonte : SMAB/PBH)

LINHA DE CUIDADO : ATENÇÃO À CRIANÇA DESNUTRIDA



ATENÇÃO Á DOENÇAS PREVALENTES

A- DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

I- INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias na infância podem ser de causas infecciosas ou alérgicas que freqüentemente se interagem na determinação dos quadros clínicos. Representam o principal motivo de consulta pediátrica nos serviços de saúde. As infecciosas são uma das três principais causas de óbito em menores de 5 anos. Além disso, estão relacionadas ao uso abusivo de antibióticos e ao grande número de hospitalizações desnecessárias sendo fator agravante dos casos de desnutrição.

São reconhecidos vários fatores de risco para doenças respiratórias agudas infecciosas dentre eles os relacionados às condições sócio-econômicas, tais como baixa renda, analfabetismo, habitação insalubre, fatores nutricionais (baixo peso ao nascer, desnutrição, desmame precoce, deficiência de vitamina A, prematuridade) e vacinação deficiente.

II- PROPOSTAS:

- Prevenção
- Identificação precoce da doença
- Determinação de sua gravidade
- Indicação da terapêutica adequada a cada caso

III- EQUIPE DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA:

- Auxiliar de enfermagem
- Enfermeiro
- Médico
- Agente Comunitário de Saúde

IV – ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE:

A- AUXILIAR DE ENFERMAGEM :

- 1) Identificar quadro de Doença Respiratória Aguda (DRA):
Criança que apresenta um ou mais dos sinais seguintes: tosse, coriza, obstrução nasal, dor de ouvido, dor de garganta, garganta vermelha, respiração rápida ou

dificuldade para respirar, chieira, secreção no ouvido (otorréia), respiração ruidosa (estridor), rouquidão.

2) Identificar *fatores de risco* associados às complicações nas Doenças Respiratórias Agudas para priorizar o atendimento:

- Idade: crianças menores de 1 ano, principalmente menores de 2 meses.
- Estado Nutricional: crianças desnutridas.
- História prévia de Internação ou Atendimento em Serviços de Urgência por pneumonia e/ou chieira de repetição (bronquite, asma, bronquiolite).
- História Familiar de Asma.
- Sinais e Sintomas de Gravidade:
 - Gemência
 - Cianose
 - Estado geral comprometido / Toxemia
 - Agitação
 - Palidez cutâneo-mucosa acentuada
 - Hipotermia ($T_{ax} < 35,5^{\circ}\text{C}$ principalmente em menores de 2 meses)
 - Prostração persistente mesmo sem febre
 - Febre persistente por mais de 3 dias
 - Recusa de líquidos / sucção débil
 - Diarréia, vômitos e/ou sinais de desidratação
 - Distensão abdominal (menores de 1 ano)
 - Criança doente há mais de 7 dias sem melhora
 - Convulsões
 - Outras doenças associadas (sarampo, coqueluche, tuberculose, outras)
 - Criança com esforço respiratório ou respiração rápida.
 - Batimentos de asa do nariz
 - Crises de apnéia (pausa respiratória prolongada)
 - Estridor (respiração ruidosa) em repouso

3) Conduta:

- As crianças com *fatores de risco* deverão receber atendimento médico imediato.
- Nos demais casos:
 - Avaliação global da criança, incluindo cartão de CD para avaliação nutricional e imunização.
 - Aferir temperatura axilar, frequência respiratória e peso.
 - Encaminhar para atendimento do enfermeiro ou médico.

B- ENFERMEIRO:

1) Identificar quadro de Doença Respiratória Aguda (DRA).

2) Identificar fatores de risco para complicação em Doenças Respiratórias Agudas.

3) Conduta:

- RINOFARINGITE AGUDA (RESFRIADO COMUM):
 - Consulta de enfermagem ou médica.
 - Prescrição adequada padronizada para cada caso (item V)
- Encaminhamento das demais síndromes clínicas para consulta médica.

C- MÉDICO:

- 1) Atendimento das consultas e eventuais urgências com avaliação integral da criança:
 - Crescimento e desenvolvimento com avaliação do cartão da criança
 - Imunização
 - Incentivo ao aleitamento materno e orientação nutricional
 - Orientações gerais das ações de promoção à saúde
- 2) Prescrição conforme normatização do item V
- 3) Internação dos casos graves.

D- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

- 1) Elemento de ligação entre a comunidade e a rede municipal de saúde.
- 2) Percepção de fatores de risco para doenças respiratórias dentro dos domicílios.
- 3) Orientação sobre o controle ambiental.
- 4) Agendar consulta pela equipe de saúde da família sempre que julgar necessário, evitando-se desta forma o agravamento dos quadros.

V - ABORDAGEM DAS DIVERSAS SÍNDROMES CLÍNICAS

A- RINOFARINGITES AGUDAS (RESFRIADO COMUM)

- 1) Identificação do caso pelo Auxiliar de Enfermagem
- 2) Encaminhamento para Enfermeiro ou Médico que deverá:
 - Orientar quanto à alimentação, sono, repouso, hidratação (crianças em aleitamento materno exclusivo não necessita de ingestão de outros líquidos) e sinais de piora.
 - Prescrever/Administrar:
 - Obstrução nasal: solução fisiológica, sempre que necessário.
 - Dor de garganta: analgésico se necessário.
 - Febre: antitérmico.
 - Tosse/Rouquidão: aumentar hidratação oral, vapor, fisioterapia respiratória, desaconselhar uso de antitussígenos. Atenção para os casos associados à laringite e à asma.

DIPIRONA: 10 a 20 mg/Kg/dose (ou 1 gota/Kg/dose) , VO/ IM / EV, de 6/6h ou até de 4/4 h (máximo de 1g/dia para pré-escolares, 2g/dia para escolares e 3g/dia para adolescentes)

APRESENTAÇÕES: COMP. 500MG; gotas: 20 gotas=500mg; ampola: 500 mg/ml

PARACETAMOL:

- 10 a 15 mg/Kg/dose, VO, de 6/6h ou até de 4/4 h.

Apresentações: comp. 500 e 750 mg (máximo 4g/24h); gotas: 200mg/ml (1 gota/Kg/dose – máximo de 35 gotas/dose)

3) Agendar retorno se necessário.

B- OUTROS CASOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS:

- 1) Identificação do quadro pela equipe.
- 2) Aferir dados vitais.
- 3) Medicação analgésica e antitérmica se necessário.
- 4) Encaminhamento para consulta médica.
- 5) Iniciar oxigenoterapia nas dificuldades respiratórias graves.

C- CONDUTAS TERAPÊUTICAS PARA AS DIVERSAS SÍNDROMES CLÍNICAS

1) Faringoamigdalite

a) Viróticas:

- Representam 90% dos casos em < 2 anos. Achados clínicos de conjuntivite, coriza, rouquidão, tosse, diarreia, estomatite e exantemas podem sugerir uma etiologia viral.
- Conduta: tratar no domicílio; não dar antibióticos; intensificar hidratação oral; tratar a febre e dor se necessário;

b) Bacterianas:

- O achado de exsudato amigdaliano acompanhado de febre alta persistente com algum grau de prostração (mesmo na criança sob o efeito de antitérmicos), petéquias no palato e adenopatias cervicais dolorosas sugere etiologia bacteriana.
- Conduta: antibioticoterapia.

1ª Escolha: Penicilina G benzatina (50 000 U/Kg), dose única, IM.

- < 27 Kg: 600 000 U

- > 27Kg : 1200 000 U **OU** Amoxicilina (20 a 50 mg/Kg/dia), VO, de 8/8 horas (máx. 500mg/dose) por 10 dias. Apresentações: - suspensão oral: 125 mg/5ml, 250 mg/5ml - comp. 500 mg
- Nos casos de má resposta à primeira escolha: Amoxicilina + Ácido Clavulânico (20 a 50 mg/Kg/dia), VO, de 8/8 horas (máximo 500mg/dose) por 10 dias. Apresentações: - suspensão oral: 125 mg/5ml, 250mg/5ml e 400mg/5ml, comp. 500 mg e 875 mg **OU** Metronidazol (30 mg/Kg/dia), VO, de 8/8 horas, por 10 dias (dose máxima 4g/dia) **OU** Clindamicina (10 a 30 mg/Kg/dia), VO, de 8/8 h ou de 6/6 h, por 10 dias (dose máxima 2g/dia). (SE HÁ SUSPEITA DE INFECÇÃO POR ANAERÓBIOS) **OU** Claritromicina (7,5 mg/Kg/dose – máximo de 1g/dia), VO, de 12/12 horas, por 10 dias.
- Nos casos de alergia à penicilina: Eritromicina (30 a 50 mg/Kg/dia – máximo 2g/dia), VO, de 6/6 horas ou de 8/8 horas por 10 dias. Apresentações: - suspensão oral: 125 e 250 mg/5ml - comp. 250 e 500 mg **OU** Azitromicina (10 mg/Kg/dia – máximo:500mg/dia), VO, de 24/24 horas por 5 dias Apresentações: - suspensão oral: 200mg/5ml - comp. 250 e 500 mg **OU** Claritromicina (7,5mg/Kg/dose – máximo: 1000mg /dia), VO, de 12/12 horas por 10 dias. Apresentações: - suspensão oral: 125 e 250 mg/5ml - comp. 250 e 500 mg

2) Otite Média Aguda / Sinusite:

- a) Medidas gerais: tratar a febre e a dor, soro fisiológico nasal freqüente, intensificar hidratação oral.
- b) Antibioticoterapia:

1a. Escolha: Amoxicilina - 20 a 50 mg/Kg/dia, VO, de 8/8h durante 10 a 14 dias. **OU** Sulfametoxazol(SMX) + trimetoprim(TMP) - 40 mg/Kg/dia de SMX, VO, de 12 em 12 horas durante 10 a 14 dias.

2a. Escolha: (se falha de tratamento após 72 horas): Amoxicilina + Ácido Clavulânico - 50 mg/Kg/dia, VO, de 8/8 horas durante 14 dias. **OU** Claritromicina (7,5mg/Kg/dose – máximo: 1000mg/dia), VO, de 12/12 horas por 10 dias. Apresentações: - suspensão oral: 125 e 250 mg/5ml - comp. 250 e 500 mg **OU** Cefalosporina de 2ª geração: Cefaclor (20 a 40 mg/Kg/dia), VO, de 8/8 horas, por 10 a 14 dias ou Cefuroxima (30mg/Kg/dia), VO, de 12/12 horas, por 10 a 14 dias.

2.1) Complicações: Mastoidite. Celulite periorbitária. Meningite bacteriana **URGÊNCIA - encaminhamento para otorrino com hospitalização.**

3) Laringites:

a) Viróticas :

- Umidificar o ambiente
 - Nos casos leves, deve-se orientar os pais para que abram a água quente do chuveiro e permaneçam com a criança dentro do banheiro por 10 a 20 minutos.
 - Evitar a tenda úmida pois pode agravar o quadro clínico ao aumentar a ansiedade de separação dos pais e piorar a dificuldade respiratória, caso a hiperreatividade brônquica esteja presente. Ademais, pode dificultar a observação da criança.
- Esses procedimentos são contra-indicados na epiglote.
- Em presença de sibilância devem ser usados broncodilatadores.
- Intensificar hidratação oral
- Analgésico e antitérmico se necessário
- Desobstrução nasal com soro fisiológico
- Nos casos moderados e graves, até encaminhamento à unidade de urgência, iniciar os seguintes procedimentos:
- Nebulização com adrenalina

Adrenalina (1:1000) - 1 ml

Soro fisiológico (0,9%) - 3 ml

(independente da idade)

Pode ser repetida em 1 a 2 horas ou, raramente, de 20 em 20 minutos.

Efeito benéfico máximo em 30 minutos e o seu desaparecimento em 2 horas. Após esse período, pode ocorrer um efeito rebote. Portanto, a criança que recebe adrenalina deve permanecer em observação pelo prazo mínimo de 3 a 4 horas.

- Corticóide: Dexametasona: 0,3 mg/Kg/dose única (máximo 8 mg), IM. Apresentação: ampolas de 2mg/ml e 4mg/ml.

- Hospitalização nos casos graves

b) Laringites Bacterianas/ Difteria / Epiglote: Conduta => hospitalização

4) Pneumonias :

a) Recém nascidos e lactentes até 2 meses

- Principais agentes etiológicos: vírus; *S. pneumoniae*; *S. aureus*; Gram negativos.
- Conduta → Considerar tratamento hospitalar.

b) Lactentes maiores de 2 meses a 5 anos

- Principais agentes etiológicos: vírus; *S. pneumoniae*; *H. influenza*; *S. aureus* (<2 anos), *Chlamydia trachomatis* (2 a 6 meses).

- Conduta ® tratar no domicílio, exceto se menor que 6 meses, presença de dificuldade respiratória intensa, hipoxemia, toxemia, recusa em ingerir líquidos ou desidratação importante, convulsões, apnéia, sinais radiológicos de gravidade (derrame pleural, abscesso, pneumotórax e cavitações), doenças associadas (cardiopatias, imunodeficiências, desnutrição grave, anemia), problema social (dificuldade ou impossibilidade do tratamento e controle ambulatoriais) e ausência de resposta ao tratamento ambulatorial.
 - tratar a febre;
 - RX de tórax sempre que possível;
 - prescrever antibióticos conforme o quadro A, para pneumonias bacterianas;
 - orientar as mães sobre o uso correto da medicação, alimentação e hidratação, manutenção das vias aéreas limpas e desobstruídas;
 - recomendar e agendar retorno em 48 horas;
 - enfatizar para retorno imediato em caso de piora;
 - usar broncodilatadores, caso a infecção seja acompanhada por broncoespasmo;
 - em quadro clínico de Pneumonia com suspeita de *Stafilococcus* (derrame pleural, abscessos), o tratamento é hospitalar.

c) Crianças maiores de 5 anos: *S. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*.

QUADRO A

TRATAMENTO DE PNEUMONIAS BACTERIANAS		
FAIXA ETÁRIA	TRATAMENTO	
	1ª ESCOLHA	2ª ESCOLHA
< 2 MESES	TRATAMENTO HOSPITALAR	
2 MESES A 5 ANOS	<u>Amoxicilina</u> 50mg/Kg/dia de 8/8 h, VO, por 10 dias OU <u>Penicilina procaína</u> 50.000 U/Kg/dia, IM, de 24/24h por 7 dias OU <u>Penicilina Benzatina</u> – dose única, IM (>3 anos): <27 Kg: 600.000U >27 Kg: 1.200.000 U	<u>Amoxicilina + Ácido Clavulânico</u> - 50mg/Kg/dia de 8/8h, VO, por 10 dias OU <u>Claritromicina</u> 7,5mg/Kg/dose de 12/12 h, VO, por 10 dias (pacientes alérgicos à penicilina)
> 5 ANOS	<u>Amoxicilina</u> 50mg/Kg/dia, VO, de 8/8 h por 10 dias OU <u>Penicilina Procaína</u> 50.000 U/Kg/dia, IM, de 24/24h por 7 dias OU <u>Penicilina G Benzatina</u> (para pneumonia lobar) OU <u>Eritromicina</u> (na suspeita clínica de Micoplasma)	<u>Claritromicina</u> 7,5mg/Kg/dia, VO, de 12/12 horas, por 10 dias (para pacientes alérgicos à penicilina e casos suspeitos de Micoplasma). OU <u>Amoxicilina + Ácido Clavulânico</u> – 50mg/Kg/dia, VO, de 8/8h Por 10 dias OU <u>Cefuroxima</u> – 30mg/Kg/dia de 12/12 h, VO, por 10 dias.

REAVALIAÇÃO E CONDUTA NA CONSULTA DE RETORNO

- Piora do quadro clínico → Internação hospitalar ou em unidade de curta permanência para observação clínica, realização de exames e decisão do tratamento.
- Quadro clínico sem melhora, mas sem sinais de agravamento
→ RX de tórax para controle e reavaliação do antibiótico, conforme o quadro clínico:
 - Suspeita de Hemófilos => trocar para Amoxicilina/Clavulanato ou Cefalosporina de 2ª geração.
 - Suspeita de Micoplasma (maiores de 5 anos, com tosse seca)
→ trocar para eritromicina ou claritromicina ou azitromicina.
 - Reavaliar em 48h como um caso novo.
- Quadro clínico com melhora → Manter o antibiótico por pelo menos 7 a 10 dias
- Repetir RX de tórax após 30 dias do término do tratamento (exame de controle).

4.1. Pneumonias graves:

- Conduta: Internação ou encaminhamento para serviço de urgência, se o caso o exigir.
- Observação: Deve-se referir ao especialista (pneumologista) os seguintes casos:
 - Pneumonias atípicas;
 - Pneumonias de repetição;
 - Pacientes com quadro radiológico de controle SEM MELHORA, após 30 dias, com estado geral preservado (suspeitar da presença de corpo estranho).

5) Bronquiolite :

- Características:
 - Acomete crianças menores de 2 anos de idade, predominando dos 2 aos 6 meses.
 - Etiologia virótica, principal agente: vírus respiratório sincicial.
 - História prévia (4 a 5 dias antes) de infecção viral de vias aéreas superiores nos contatos.
 - Quadro clínico semelhante ao da asma.
 - Internação dos casos graves
- Tratamento:
 - Hidratação: cautelosa, evitar hiperhidratação.
 - Dieta: oferecer em pequenos volumes, com maior frequência.
 - Oxigenoterapia: nos casos de dificuldade respiratória importante, até encaminhamento à unidade de urgência.

- Broncodilatadores e corticóides nos casos muito graves de difícil distinção entre bronquiolite e crise asmática (tratar conforme protocolo de crise asmática).

6) Asma:

a) Problemas:

- Representa a 2a. causa de internação em Belo Horizonte entre 1 e 9 anos, segundo pesquisa realizada (Lasmar, L.; Fontes, M.J. e cols).
- É responsável por reinternações frequentes (71% das crianças tem mais de 1 episódio de internação) e atendimentos em serviços de urgência (82% dos casos procuram serviço de urgência de 1 a 4 vezes por mês) .
- 94% das mães entrevistadas, não possuíam qualquer conhecimento sobre a doença, medidas preventivas e tratamento.
- 60% dos casos de internação pesquisados, receberam diagnóstico de pneumonia.

b) Classificação:

- Asma Intermitente: Caracteriza-se por crises espaçadas (intervalo entre as crises > 4 semanas) e intercrises assintomáticas. É a forma mais frequente.
- Asma Persistente: Caracteriza-se pela presença de sintoma nas intercrises. Intervalo entre as crises < 4 semanas.
- Outras Causas de Sibilância: Tosse asma equivalente (tosse crônica, geralmente noturna), chieira associada a IVAS ou secundária a doenças de base (refluxo gastro-esofágico, fibrose cística, entre outras).

c) Conduta:

1- Atribuições de toda a Equipe de Atenção à Criança:

- Reconhecimento e captação de toda criança que:
 - utiliza com frequência serviços de urgência para tratamento de crise de chieira;
 - tenha história de internação prévia por pneumonia ou asma;
 - tenha episódios frequentes de "chieira";
 - tenha história de pneumonias de repetição;
 - seja encaminhada ao Centro de Saúde com receita de Despacilina, egresso de internação ou egresso do serviço de urgência por Asma ou Pneumonia;
- Orientação das mães sobre a doença (medidas preventivas e tratamento)

2- Atribuições do Enfermeiro:

- Reconhecimento do paciente portador de asma persistente, usuário do centro de saúde.

- Em crianças com asma persistente em uso de medicação inalatória, verificar sempre a adesão ao tratamento e a técnica inalatória em todas as visitas ao centro de saúde.
- Verificar com o responsável pela criança a maneira e a frequência da limpeza do espaçador.
- Orientar em toda a oportunidade sobre o controle ambiental.
- Esclarecer sobre os efeitos colaterais dos broncodilatadores tranquilizando os responsáveis pela criança.
- Prescrição de antitérmico se necessário.
- Administração de broncodilatador por via inalatória conforme prescrição médica. Ou em casos de emergência, na ausência da possibilidade de avaliação médica, crianças com quadro de: sibilância, tempo expiratório prolongado e tiragem, manter a criança em oxigenoterapia pela cânula nasal ("bigodinho") a 0,5 a 2 l/min ou por máscara a 4 litros/min e iniciar medicação broncodilatadora inalatória conforme o Protocolo de Crise Asmática (anexos 4 e 5) até avaliação médica ou encaminhamento à unidade de urgência.
- Em casos graves, o enfermeiro, observando resposta parcial ao uso do broncodilatador deverá administrar corticóide oral (Prednisona ou Prednisolona na dose de 1 a 2 mg/Kg/dose única – dose máxima de 40mg/dia), exceto para aquelas crianças que apresentarem algum impedimento a via oral como vômitos, taquipnéia acentuada ou alteração da consciência devido ao risco de aspiração.

3- Atribuições do Médico:

- TRATAMENTO DAS CRISES (Vide anexo 3, 4 e 5)
 - Na impossibilidade da nebulização para a criança grave, utilizar → adrenalina 1:1000, Via Subcutânea, na dose de 0,01ml/Kg/dose (máximo de 0,3 ml/dose).
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INALATÓRIO
 - Fatores que interferem na eficácia:
 - NEBULIZAÇÃO:
 - Volume total da solução (soro fisiológico + medicamento) → deve ser de 4 ml.
 - Volume maior do que 4 ml, prolonga a duração da nebulização e dificulta a colaboração da criança; volume menor que 4 ml, reduz a liberação do medicamento e conseqüentemente diminui a eficácia do tratamento.
 - Deve ser utilizado apenas o Soro Fisiológico para diluir o medicamento, o uso de água destilada é contra-indicado por provocar broncoconstrição devido à hipotonicidade.
 - A máscara da nebulização (máscara com orifícios) deve estar bem adaptada à face da criança, devendo ser retirada chupetas, ou

outros objetos que interfiram com a respiração da criança. A respiração deve ser de boca aberta.

- O fluxo de oxigênio deverá ser entre 6 e 8 litros/minuto.

Observação: A nebulização é utilizada na criança com asma aguda grave para administração concomitante de oxigênio. Na asma aguda leve e moderada a melhor opção é a administração de broncodilatador através do aerossol dosimetrado acoplado ao espaçador adequado para a idade.

→ AEROSSOL DOSIMETRADO:

- Espaçador adequado para a idade (existe variações, depende da coordenação e aceitação da criança):
 - ◆ Menor que 4 anos de idade: com máscara.
 - ◆ De 4 a 6 anos de idade: com bocal.
 - ◆ Maiores de 6 anos: pode-se tentar apenas o prolongador, mas a maioria das vezes a criança ainda não apresenta coordenação adequada para uma administração correta.

ATENÇÃO: Durante o tratamento da crise asmática na unidade básica fazer uso de espaçadores para a administração de broncodilatador inalatório (não usar prolongador).

→ **PASSOS PARA USO CORRETO DO ESPAÇADOR FLUMAX®:**

- Retirar os componentes do espaçador Flumax® da embalagem;
- A eletricidade estática das paredes do espaçador pode atrair partículas do aerossol (= *aerossol dosimetrado*, spray, bombinha, jet), diminuindo a dose oferecida ao paciente. Existe a recomendação do disparo de várias doses (em torno de 15) ao se utilizar pela primeira vez o espaçador, porém na nossa experiência julgamos ser um gasto desnecessário, pois a perda é pequena e não prejudica o tratamento da criança.
- Verificar se a válvula está movimentando (muitas vezes com o processo de limpeza a válvula se agarra ao plástico do tubinho dentro de onde está localizada);
- Caso a válvula não se movimente, tocá-la, cuidadosamente, com material limpo;
- Encaixar a válvula no orifício anterior da câmara;
- Encaixar a máscara ou o bocal na válvula (depende de qual será usado: acima de 4 anos pode-se tentar o bocal desde que a criança coopere);
- Encaixar o adaptador para o *aerossol dosimetrado* no orifício posterior da câmara que tem diâmetro maior que o anterior;
- Posicionar a criança no colo da mãe – sentada de cabeça um pouco para cima (abre melhor as vias aéreas) e de boca aberta com a língua rebaixada;
- Agitar o *aerossol dosimetrado* (para dissolver a medicação no propelente, pois a medicação tende a aderir às paredes na parte

superior do aerossol dosimetrado e, caso não se agite, a quantidade da medicação administrada será menor);

- Destampar o *aerossol dosimetrado*;
- Colocar o *aerossol dosimetrado* no adaptador na parte posterior da câmara – sempre na posição vertical, em forma de L (caso seja colocado em posição invertida, existe o risco de o *aerossol dosimetrado* não se encher adequadamente após ser acionada, reduzindo a quantidade da medicação na administração seguinte);
- Adaptar bem a máscara na face da criança envolvendo o nariz e a boca (não permitir escape do ar entre a máscara e o rosto). E quando for usado o bocal, pedir à criança para adaptar bem a boca, com o bocal entre os dentes, não obstruindo o orifício de saída de ar. Verificar se está realmente respirando pela boca através da observação da movimentação da válvula.
- Pressionar o *aerossol dosimetrado*, liberando a medicação dentro da câmara;
- Observar a respiração da criança e essencialmente a movimentação da válvula mantendo a criança adaptada à máscara por cerca de 20 a 30 segundos - a criança deve respirar de boca aberta. Quando é usado o espaçador com bocal, orientar a criança para respirar profundamente por 10 vezes - deve inspirar pela boca e pode **soltar** o ar pelo nariz se a criança achar mais fácil. Atenção, pois a válvula com o bocal, às vezes, pára de se movimentar porque a criança saliva muito molhando o bocal e a válvula, neste caso deve ser trocado.
- Retirar o espaçador com a máscara da face ou com o bocal da criança no final das respirações;
- Agitar novamente o *aerossol dosimetrado* – aguardar no mínimo 20 segundos entre uma aplicação e outra para que o *aerossol dosimetrado* recupere seu volume normal (o gás propelente evapora imediatamente quando liberado, então o *aerossol dosimetrado* esfria e diminui de tamanho, portanto, deve esperar pelo menos 20 segundos, para que o *aerossol dosimetrado* se aqueça e recupere seu volume original, caso contrário, a dose liberada será menor).
- Repetir o procedimento para cada jato prescrito pelo médico – sempre um jato de cada vez
- Quando terminar todos os jatos, tampar o *aerossol dosimetrado* e guardá-lo em local seguro (para evitar o acúmulo de pó e de sujeira na parte interna).

Observações: *Quando a criança muito agitada retirar, momentaneamente, a máscara do rosto, readaptar a máscara imediatamente e continuar contando as respirações sem a necessidade de disparar outro jato, pois a medicação está retida dentro do espaçador.

* Para saber se a medicação dentro da bombinha acabou, basta colocá-la dentro de um recipiente cheio de água: se boiar completamente, acabou a medicação mas se afundar ainda tem medicação.

- Método de Avaliação:

→ MEDIDOR DO PICO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (PFE)

Este aparelho é portátil de fácil manuseio e mede o pico do fluxo expiratório (fluxo máximo obtido após uma manobra de expiração forçada). Esta medida avalia o grau de obstrução brônquica e deve ser realizada em toda consulta (de controle e na crise). Também auxilia no diagnóstico da asma, em casos duvidosos pode se fazer prova broncodilatadora (medindo antes e após broncodilatador), se houver um aumento de no mínimo 60 l/min, o quadro sugere asma.

A técnica correta é conseguida mais facilmente apenas em crianças maiores de 6 anos de idade (podendo ser tentada em crianças maiores de 5 anos).

- LIMPEZA DO PFE: lavar o bocal com água e sabão após o uso. O aparelho PFE deve ser lavado toda semana com hipoclorito de sódio a 1% ou mais vezes se acontecer contaminação durante o uso.

- TÉCNICA:

- ◆ Posição de pé;
- ◆ Cabeça na posição neutra;
- ◆ Certificar se a leitura do indicador está na marca zero (0);
- ◆ Inspirar profundamente;
- ◆ Colocar a boca no bocal do aparelho
- ◆ Soprar o mais rápido e fortemente possível.

* Repetir esta manobra 3 vezes anotando cada valor. Considerar para avaliação o maior valor (atenção: não é a média, é o maior valor).

- COMO INTERPRETAR:

- ◆ Verificar o VALOR PREDITO analisando o gráfico de acordo com a estatura (na linha média).
- ◆ Comparar este valor (valor predito) com o maior valor obtido pelo paciente.

EXEMPLO:

Criança com estatura de 120 cm.

Gráfico – anexo 3 (linha média): Valor predito: PFE: 215 l/min

Esta criança soprou: 130, 150 e 120 l/min ⇒ maior valor: **150 l/min**

215 -----100%

150 ----- x % 69% do predito

Consulta de controle: Controle ideal: PFE no mínimo 80% do predito.

Consulta em crise: Medir antes do broncodilatador inalatório repetindo a medida após 15 a 20 minutos. Observar a melhora.

*Caso o PFE não atinja 70% do predito após o tratamento da crise manter em observação considerando o uso de corticóide oral (ver Protocolo de Tratamento de Crise Asmática).

- **TRATAMENTO NAS INTERCRISES**

- Asma Intermitente:
 - Não necessita de medicação fora das crises.
 - Manter controle do ambiente.
 - Início precoce do broncodilatador:
 - É importante orientar os responsáveis para, ao começar o quadro de tosse seca irritativa, de falta de ar ou chiado, dar a primeira dose de Salbutamol, por via oral, conduta que muitas vezes pode evitar o agravamento da crise.
- Asma Persistente e Quadros duvidosos:
 - Avaliação médica e início de profilaxia nos casos indicados.
 - Verificar estudo radiológico do tórax antes de iniciar a profilaxia.
 - Obs: Asmáticos persistentes graves e criança em uso dose elevada de beclometasona sem controle, encaminhar para pneumologia pediátrica.

ASMA PERSISTENTE - Comparação da potência tópica entre corticóides inalatórios:

Corticóides Inalatórios	Potência Tópica
Dipropionato de beclometasona	600
Budesonida	980
Fluticasona	1200
Flunisolida	330
Triancinolona	330

Plano de tratamento profilático simplificado segundo o Consenso Britânico – 2003

NÍVEL DE GRAVIDADE	TRATAMENTO
Asma Persistente Leve	Baixa dosagem de corticóide inalado: 200 a 400 mcg/dia de beclometasona ou budesonida
Asma Persistente Moderada	Alta dosagem de corticóide inalado: 400 a 800 mcg/dia de beclometasona ou budesonida ou Baixa dosagem de corticóide inalado em associação com beta-2 agonista de longa duração
Asma Persistente Grave	Alta dosagem de corticóide inalado: 400 a 800 mcg/dia de beclometasona ou budesonida em associação com beta-2 agonista de longa duração

Classificação da gravidade da asma

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas	no máximo uma vez por semana	mais do que uma vez por semana e menos que uma vez por dia	diários mas não contínuos	diários e contínuos
Sintomas noturnos*	raros menos que duas vezes por mês	ocasionais mais que duas vezes por mês	comuns mais que uma vez por semana	quase diários, mais que duas vezes por semana
Crises	ocasionais, geralmente leves	infreqüentes	Freqüentes	freqüentes e graves
Broncodilatador de alívio	no máximo uma vez por semana	no máximo duas vezes por semana	mais que duas vezes por semana e menos que duas vezes por dia	duas ou mais vezes por dia
PFE** pré-broncodilatador	≥ 80%	≥ 80%	60 – 80%	> 60%
Espirometria	normal	normal	DVO*** leve	DVO moderado ou grave

* Despertar noturno regular com chiado ou tosse é um sintoma grave

** PFE : pico do fluxo expiratório; VEF₁: volume expiratório forçado no primeiro segundo

*** DVO: distúrbio ventilatório obstrutivo

Pacientes de qualquer nível de gravidade podem apresentar exacerbações leves, moderadas ou graves. Assim, mesmo aqueles com asma intermitente leve podem apresentar exacerbações graves com intercrises longas, assintomáticas e com função pulmonar normal.

Deve ser repetidamente orientada a técnica inalatória adequada de preferência no próprio espaçador da criança. Em toda consulta de controle, solicitar a demonstração do uso corrigindo eventuais erros.

Nas crianças menores de 5 anos que necessitam usar o beta 2 agonista mais que 2 vezes por semana, a profilaxia deve ser considerada.

No acompanhamento das crianças em uso de profilaxia, deve-se reduzir a dose do corticóide inalatório (beclometasona) ao conseguir o controle dos sintomas durante

45 dias, a seguir, reduzir mensalmente de modo progressivo, suspendendo ao permanecer 3 meses sem sintomas.

Parâmetros para serem observados durante o acompanhamento da criança em uso de corticóide inalatório:

1. Aferição de peso e estatura em toda consulta, observando a curva de crescimento.
2. Exames laboratoriais, aferição da PA (pressão arterial) e consultas especializadas:
 - Nas crianças com dose de beclometasona até 500 mcg/dia:
 - Medir PA, no mínimo, de 6 em 6 meses.
 - Solicitar anualmente: hemograma, glicemia, íons, cálcio, fósforo, cortisol basal.
 - Nas crianças com doses de beclometasona > 500mcg/dia:
 - Medir PA em todas as consultas.
 - Solicitar os exames laboratoriais citados acima a cada 6 meses.
 - Solicitar **avaliação oftalmológica** anualmente.

Crianças em uso de profilaxia com corticóide inalatório sem resposta adequada, considerar:

1. Medicação:
 - ADESÃO: Está sendo administrada a dose prescrita?
 - Administração: A técnica inalatória está correta? (pedir para demonstrar no próprio espaçador da criança).
2. Controle ambiental:
 - Alguma mudança do ambiente? (casa em reforma, mofo, pintura, bicho de pelúcia, poeira, entre outros).
3. Diagnóstico diferencial (patologias associadas):
 - Ver necessidade de se aprofundar na investigação diagnóstica (Rinossinusopatia, aspiração de corpo estranho, RGE, fibrose cística, anel vascular, Bronquiectasias, tuberculose, etc)

Critérios de suspensão do corticóide inalado:

1. Lactente e pré escolar: ausência de sintomas por 3 meses.
2. Escolar e adolescentes: ausência de sintomas por 3 meses e espirometria normal.

3. Após a suspensão acompanhar a criança por 12 meses com frequência mínima de 3 em 3 meses garantindo o acesso da criança a qualquer momento ao Centro de Saúde, caso volte a apresentar sintomas.

Critério de abandono:

1. Crianças que não compareceram à unidade após 6 meses, mesmo após busca ativa dos agentes comunitários de saúde.

ANEXO 1

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO ESPAÇADOR FLUMAX

O espaçador é um dispositivo utilizado, junto com o aerossol dosimetrado, para administração de medicamento por via inalatória. Quando o espaçador for de uso comum, deve ser realizada a limpeza e desinfecção para reutilização. Achamos que cabe lembrar os conceitos de limpeza e desinfecção.

Limpeza é o processo mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso de água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático, constitui o primeiro passo no processo técnico de desinfecção.

Desinfecção é o processo físico ou químico de destruição de microorganismos. A desinfecção realizada pelo meio químico se faz com a utilização de produtos denominados desinfetantes.

O espaçador utilizado na rede Municipal de Saúde é de plástico, portanto, a limpeza e desinfecção deve ser feita de maneira a respeitar a natureza deste material de modo que o produto final seja confiável, do ponto de vista da não propagação de infecções e da manutenção de suas funções terapêuticas levando ao pulmão o medicamento em dose adequada.

Considerando o exposto acima, a limpeza do espaçador é uma descontaminação e a desinfecção é de nível intermediário, ou seja, que destrói microorganismos na forma vegetativa, incluindo *Mycobacterium tuberculosis*, todos os fungos e a maioria dos vírus.

PROCEDIMENTO:

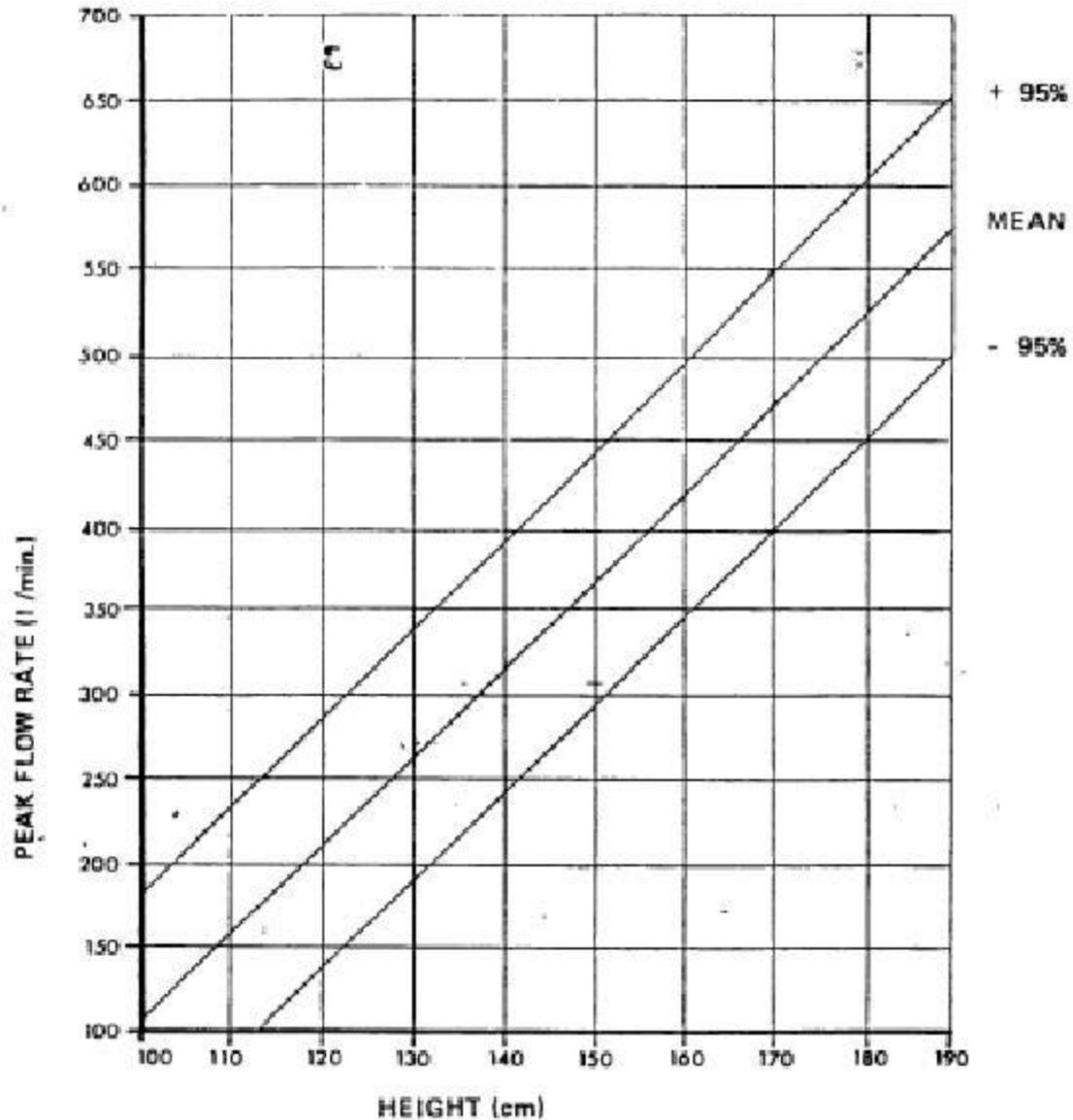
- ⇒ A limpeza deve ser feita por fricção mecânica, utilizando água e detergente enzimático esponja ou pano macio. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente enzimático.
- ⇒ Enxaguar tudo em água corrente, as partes internas e externas.
- ⇒ Colocar para escorrer **ou** secar com ar comprimido.
- ⇒ Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos em recipiente opaco e com tampa.
- ⇒ Retirar tudo da solução com luvas de procedimento ou com pinça longa.
- ⇒ Enxaguar tudo em água corrente, as partes internas e externas.
- ⇒ Mergulhar a câmara do espaçador em solução de água com detergente neutro (2 gotas/litro de água) por 30 minutos. Durante este período, deixar as outras partes secando naturalmente.
- ⇒ Colocar a câmara do espaçador para escorrer até secar.
- ⇒ Usar luvas de procedimento para montar o espaçador, observando a posição correta da válvula.
- ⇒ Guardar o espaçador montado em recipiente tampado.

OBSERVAÇÕES:

- ⇒ O Hipoclorito a 1% (nível intermediário) padronizado pela PBH já está disponível na concentração de 1% não sendo necessária a sua diluição.
- ⇒ A solução de hipoclorito a 1% tem validade de 12 horas e todo material imerso deve estar bem seco para evitar a sua re-diluição com conseqüente alteração da concentração do princípio ativo – cloro.
- ⇒ O detergente enzimático tem ação sobre a matéria orgânica, com alta penetração, sendo atóxico, não corrosivo, pH neutro e não iônico.
- ⇒ Caso seja necessário, por variados motivos (ex.: pouco tempo), após a descontaminação com o detergente, a desinfecção intermediária poderá ser feita com álcool a 70%. O álcool 70% deve ser friccionado em 03 aplicações consecutivas e a secagem ao natural. Ressalva-se que o álcool etílico a 70% é mais indicado para desinfecção em metais e vidros, pois resseca muito o material plástico danificando-o com o tempo.
- ⇒ As paredes dos espaçadores de plástico têm carga eletrostática que atrai os aerossóis e reduz a quantidade de medicamento que seria liberada para o paciente. Vários estudos demonstram que a carga eletrostática dos espaçadores que são tratados com detergente é menor e a deposição pulmonar é maior do que a obtida com espaçadores sem tratamento. Referências bibliográficas:
 - High-percentage lung delivery in children from detergent-treated spacers – *Pediatr Pulmonol*, 2000; 29:389-393
 - Washing plastic spacers in household detergent reduces electrostatic charge and greatly improves delivery – *Eur Respir J* 1999; 13: 673-678

ANEXO 2

Nomogram redrawn from original data of
Godfrey et al Brit.J.Dis.Chest. 64, 15 (1970)



This nomogram results from tests carried out by Dr. S. Godfrey and his colleagues on a sample of 382 normal boys and girls aged 5 to 18 years. Each child blew 5 times into a standard Wright Peak Flow Meter and the highest reading was accepted in each case. All measurements were completed within a 6-week period. The outer lines of the graph indicated that the results of 95% of the children fell within these boundaries.

ANEXO 3

ABORDAGEM DE UMA CRIANÇA EM CRISE ASMÁTICA

ANAMNESE

1. Há quanto tempo iniciou com os sintomas? (chieira e/ou tosse e/ou cansaço)
2. Apresenta febre associada? Há quantos dias?
3. Está apresentando outros sintomas como vômitos, diarreia, secreção nasal, espirros, etc?
4. Quais medicações está usando? (verificar dose e intervalo)
5. Faz controle médico? Onde?
6. Usa "bombinhas"? Quais?
7. Quando foi a última crise? O que usou? (perguntar sobre uso de corticóide oral)
8. Já esteve internado? Quando?
9. Apresenta outra(s) doença(s)?
10. Apresenta história familiar para asma ou atopia?

EXAME FÍSICO

- Temperatura axilar
- FR
- FC
- PFE
- Estado de consciência / Prostração
- Estado geral
- Hidratação
- Cianose (não esperar cianose para pensar em gravidade, lembrar que é um sinal tardio de insuficiência respiratória e não aparece em crianças anêmicas)
- Palidez
- Orofaringe: presença de secreção pós-nasal, sinais de faringite.
- Otoscopia: sinais de otite média aguda?
- AR: Intensidade do esforço respiratório (utilização dos músculos esternocleidomastóideos?)
- Ausculta: MV alterado? Sibilos, crepitações, roncos?
- ACV: Arritmia? Sopros? Pulsos periféricos finos?

ORIENTAÇÕES À ALTA:

- RETORNO EM 24-48 HORAS.
- NÃO SUSPENDER CLENIL (CASO ESTEJA EM USO), mesmo quando em uso de corticóide oral.
- REVER COM O ACOMPANHANTE AS MEDICAÇÕES QUE DEVERÃO SER USADAS
- ORIENTAÇÕES GERAIS

CRISE ASMÁTICA LEVE OU MODERADA

ANEXO 4

2-agonista por via inalatória

1. Spray com espaçador:

Salbutamol ou Fenoterol
100mcg/jato

- 2 a 4 jatos a cada 20 ou 30 minutos
- ✓ Máximo de 4 vezes

OU

2. Nebulização:

Salbutamol ou Fenoterol Sol. 0,5%

- 1 gota/2Kg/dose
- ✓ (máximo 10 gotas/dose)
- ✓ a cada 20 ou 30 minutos
- ✓ Máximo de 3 vezes

1ª FASE:
60 a 90
minutos

BOA RESPOSTA

RESPOSTA PARCIAL

SEM RESPOSTA

- **Aguardar uma hora após a estabilização**
- Prescrever beta-2-agonista de curta duração (oral ou inalatório)
- Manter corticóide inalatório, caso faça uso
- Marcar retorno em 24 a 48 horas

CORTICÓIDE ORAL- DOSE ÚNICA:

- PREDNISONA OU PREDNISOLONA -1 a 2 mg/Kg (máximo 40mg/dia)

BETA-2-AGONISTA DE CURTA de 1/1 ou 2/2 horas:

- SPRAY COM ESPAÇADOR: 2 a 4 jatos/dose ou
- NEBULIZAÇÃO: 1 gota/2Kg/dose

2ª FASE:
4 a 6
horas

BOA RESPOSTA

SEM RESPOSTA

- Aguardar uma hora após a estabilização
- Prescrever beta-2-agonista de curta duração (oral ou inalatório)
- Prescrever corticóide oral por 3 a 7 dias
- Manter corticóide inalatório, caso faça uso
- Marcar retorno em 24 a 48 horas

AVALIAR INTERNAÇÃO

- Manter beta-2-agonista de curta duração de 30 em 30 minutos e oxigênio até transferência
- Durante o transporte para o hospital: manter nebulização com fluxo de oxigênio.

ALTA AMBULATORIAL

ANEXO 5

CRISE ASMÁTICA GRAVE

- Iniciar oxigênio contínuo de imediato pela cânula nasal (1 a 2 l/min) ou máscara (4 a 6 l/min).
- Fazer a avaliação da criança no colo da mãe, se possível. Tentar manter a criança o mais tranqüila possível.
- Manter o seguinte tratamento até transferência para a urgência:
 - Broncodilatador inalatório (beta-2 agonista de curta duração):

Nebulização: Fenoterol ----- 1 gota/2Kg/dose

(máximo de 10gotas/dose)

SFO,9% -----3 ml

Oxigênio a 8 l / min.

Fazer de 1/1 h ou até de 20/20 minutos até a transferência.

- Corticóide oral (prednisona 1 a 2 mg/Kg/dose única – máximo de 40mg/dose) logo após a 1ª nebulização. Só administrar corticóide venoso se a criança apresentar algum impedimento a via oral como vômitos, dispnéia acentuada, torpor- alteração da consciência).
- Corticóide venoso – hidrocortisona: dose de ataque: 10 mg/kg/dose.
- Reavaliação contínua: monitorização de FC e FR (espaçar as nebulizações caso a FC exceda 180 a 200 bpm).
- Corrigir desidratação, evitando hiperhidratação.

DOENÇA DIARRÉICA AGUDA

I - Problemas:

- Uma das principais causas de morbidade infantil em nosso meio.
- Uma das principais causas de mortalidade infantil.
- Fator agravante do estado nutricional das crianças

II - Equipe de Assistência à Criança:

- auxiliar de enfermagem
- enfermeiro
- médico
- agente comunitário de saúde

III - Atribuições dos Profissionais da Equipe:

A - Acolhimento e identificação da criança com quadro de diarreia aguda: alteração do hábito intestinal com aumento do volume e frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, com duração máxima de 14 dias.

B - Identificar casos com risco de evolução desfavorável:

criança < de 06 meses	menor de 1 ano com baixo peso ao nascer
criança desidratada: sinais mais evidentes (AIDPI)	estado geral comprometido
vômitos incoercíveis	prostração intensa
recusa de líquidos	criança desnutrida moderada ou grave
diarreia com evolução prolongada sem melhora	desmame precoce
internação prévia por diarreia ou desidratação	episódio anterior de diarreia com desidratação
presença de sangue nas fezes	risco situacional (baixo nível de instrução dos responsáveis/dificuldade de acesso à assistência de saúde)

E- Avaliação da desidratação:

SINAIS

Parâmetros	Ausentes ou pouco evidentes	Presentes	Presentes e com sinais de choque
História de perdas hidroeletrolíticas	sim	sim	sim
Estado geral	Preservado	Irritado	Alterações do sensorio: prostração, agitação, torpor e coma
Peso	Mantido	Perda aguda de peso de pequena à moderada	Perda de peso aguda ou evidente
Sede	Normal ou pouco aumentada	Aumentada	Dificuldade para ingerir líquidos
Pele e mucosas	Normais	Secas , turgor da pele pastoso e elasticidade diminuída	Frias e pálidas ou cianóticas/ elasticidade muito diminuída (prega cutânea desfaz em 2 segundos), turgor pastoso
Olhos/fontanela	Redução do lacrimejamento/ fontanelas normais	tensão ocular diminuída/ Fontanelas deprimidas	Enoftalmia acentuada / /tensão ocular diminuída /sem lágrimas / Fontanelas muito deprimidas
Pulso	Cheio e rítmico	Fino e rápido	Muito fino , quase imperceptível
Enchimento capilar	Rápido < ou =3 segundos	De 3 à 5 segundos	Acima de 5 segundos
Frequência cardíaca	Normal	Aumentada	Aumentada e nos casos muito graves diminuída. Arritmias
Diurese	Normal	Diminuída com urina concentrada	Oligúria
Respiração	Normal	Aumento da FR	Irregular / hiperpnéia quando há acidose

D - I - Conduta :

- 1 - Avaliação global da criança incluindo cartão de CD para avaliação nutricional, desenvolvimento e imunização
- 2 - Aferir temperatura axilar, peso e avaliar estado de hidratação
- 3 - Atender a criança eutrófica, com bom estado geral, sem desidratação ou outros fatores de risco:
 - * orientação de higiene
 - * orientação alimentar com incentivo ao aleitamento materno, manutenção dos alimentos da dieta habitual, excluir laxantes; contra-indicada a pausa alimentar
 - * dispensação de sais para reidratação oral
 - * orientação para a família quanto à evolução da doença e sinais de piora do quadro
 - * recomendação de retorno se não houver melhora do quadro
 - * iniciar TRO se a criança estiver desidratada, providenciando atendimento médico/enfermeiro
- 4 - Os casos de risco descritos no item B, deverão ser encaminhados para atendimento médico imediato.
- 5 - Promover atividades educativas
- 6 – Investigar intoxicação alimentar (na mesma família ou na mesma instituição); transmissão hídrica, giardíase ou shigella (na mesma instituição); rotavírus (na mesma família); saneamento básico ineficiente em casos isolados em famílias de um mesmo bairro.

D - II - ENFERMEIRO:

- Consulta de crianças eutróficas com quadro de diarreia sem desidratação;
- Anamnese
- Exame físico completo, avaliação do estado de hidratação e fatores de risco
- Conduta:
 - .TRO
 - .Solicitação de EPF para crianças > de 01 ano com episódios freqüentes de diarreia desde que não realizado nos últimos 6 meses.
 - .Agendar consulta médica na presença de outros fatores de risco.
 - .Prescrição: sais para reidratação oral, antitérmico
 - .Agendar retorno se não houver melhora do quadro.
 - .Agendar consulta médica se necessário

D - III - MÉDICO:

- Consulta dos casos de diarreia com risco de evolução desfavorável , descritos no item B;
- consulta com avaliação do cartão da criança (curva CD, imunização e marcos do desenvolvimento) integral da criança

- orientação alimentar conforme a idade e gravidade do caso; contra-indicada a pausa alimentar
- sais para reidratação oral para tratamento da desidratação
- TRO

- Medicamentos:

Na grande maioria dos casos de diarreia aguda não é necessário usar outros medicamentos além dos sais de reidratação oral. Em alguns quadros clínicos como diarreia invasiva grave (shigelose), em crianças de baixa idade (especialmente nos recém nascidos prematuros) , nos desnutridos ou crianças que apresentem sinais de disseminação extra-intestinal, está recomendado o uso de Sulfametoxazol + Trimetropin ou Ampicilina. Lembrar também das crianças portadoras de doenças neoplásicas , AIDS , imunodeprimidas , e na cólera . Antieméticos, antiespasmódicos e adstringentes não são recomendados.

MEDICAMENTOS

AAS - 60-70mg/Kg/dia 4-6 vezes ao dia (comp.100 e 500mg)

DIPIRONA - 10mg/Kg/dose (comp.500mg; 20 gotas=500mg)

ACETAMINOFEN - 100mg/dia

AMPICILINA - 100mg/Kg/dia 6-6 horas

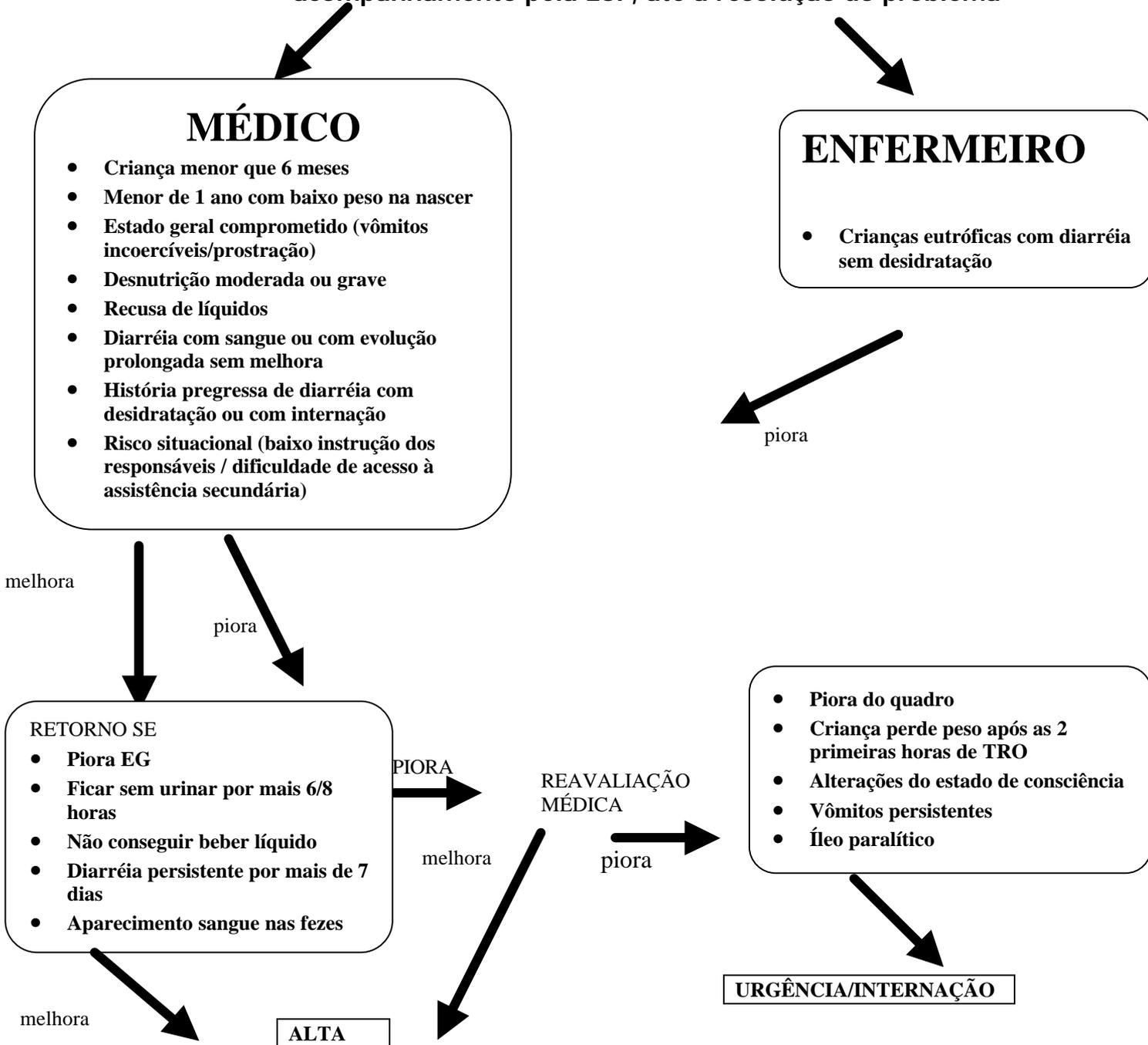
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIM - 40mg/Kg/dia 12-12 horas

Bibliografia de apoio: Caderno Temático da Criança – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo- 2002 .Pediatría Ambulatorial – COOMPED – 1998

FLUXOGRAMA DIARRÉIA AGUDA

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO Avaliação integral da criança

- Avaliação do Cartão da Criança
- Manter vigilância à saúde da criança com acompanhamento pela ESF, até a resolução do problema



I - Problemas

Devido à alta prevalência de parasitoses intestinais em nosso meio, constatamos uma grande demanda de consultas pediátricas por este motivo nas Unidades de Saúde . Este atendimento rotineiro utiliza geralmente 2 consultas médicas (1 para solicitação e outra para verificação do resultado do exame), que poderiam ser utilizadas para outras patologias onde esta se faz imprescindível. A inserção da enfermagem na assistência às parasitoses possibilitará melhor utilização do potencial da equipe com ampliação do acesso às consultas pediátricas e outros atendimentos da Unidade de Saúde, pela população.

II - Organização da Assistência:

1. Avaliação integral da criança e do Cartão de Vacina (curva de peso, imunização, marcos do desenvolvimento em todas as oportunidades de atendimento nas UBS).
2. Solicitação de exame parasitológico de fezes pelo enfermeiro, conforme a demanda, observando-se os seguintes critérios:
 - crianças maiores de 01 ano de idade
 - último exame solicitado há mais de 06 meses
3. Grupo de parasitose:
De posse do resultado do EPF, todos os pacientes serão agendados para o grupo educativo onde serão abordados:
 - orientações sobre higiene
 - orientações gerais de promoção à saúde com enfoque preventivo e educativo
4. Consulta de Enfermagem:
Poderão ser atendidas e tratadas pelo enfermeiro as crianças eutróficas, portadoras de ascaridíase, oxiuríase e tricocefalíase, sem comprometimento do estado geral e sem sinais de complicações clínicas (distensão abdominal, eliminação oral de áscaris) ou patologias associadas (anemias, desnutrição, outros).
5. Consulta Médica:
Todos os demais casos de parasitose intestinal deverão ser encaminhados para consulta médica.

III- Sinais e Sintomas:

<ul style="list-style-type: none">• Diarréia	<ul style="list-style-type: none">• Desnutrição e perda de peso
<ul style="list-style-type: none">• Dor abdominal, náuseas e vômitos	<ul style="list-style-type: none">• Eliminação de parasitas
<ul style="list-style-type: none">• Prolapso retal (principalmente <i>Trichocephallus trichiurus</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Prurido anal e vulvar
<ul style="list-style-type: none">• Manifestações cutâneas e subcutâneas (Nas helmintíases o quadro cutâneo se apresenta principalmente com urticária ou edema angioneurótico. Na esquistossomose aguda podem surgir prurido generalizado, placas	<ul style="list-style-type: none">• Manifestações pulmonares (a fase larvária da ascaridíase, ancilostomíase, estrongiloidíase e esquistossomose, pode se manifestar como quadro bronquítico ou pneumonia intersticial. Sintomas gerais como febre, cefaléia, mal-estar que caracterizam a síndrome de Loeffler)
<ul style="list-style-type: none">• Anemia	<ul style="list-style-type: none">• Hepato e/ou esplenomegalia
<ul style="list-style-type: none">• Presença de sangue nas fezes	

IV- Tratamento Medicamentoso das Parasitoses Intestinais:

Nos casos de poliparasitismo, quando não houver possibilidade de se utilizar um única droga com ação sobre todos os parasitas, deve-se inicialmente tratar os vermes que apresentam a possibilidade de migração do trato gastrointestinal para as vias respiratórias, como o *Ascaris lumbricoides* e o *Strongyloides stercoralis*.

1 – GIARDÍASE

Metronidazol dose:15mg/kg/dia em 3 tomadas/dia, 5 dias.(comp.250mg; suspensão 40mg/ml)

2 – AMEBÍASE

Metronidazol -dose: 30 mg/kg/dia em 3 tomadas/dia, 10 dias.

Na infecção por *E. histolytica* e por *B. coli*, pode ocorrer a colite fulminante, com ulceração do cólon e da área perianal e, mais raramente, perfuração intestinal. Em crianças pequenas, invaginação intestinal, perfuração e peritonite ou colite necrotizante podem surgir rapidamente Metronidazol dose:15mg/kg/dia em 3 tomadas/dia, 5 dias.(comp.250mg; suspensão 40mg/ml)

3 - ASCARIDÍASE

(Na ascaridíase as complicações são devidas à migração do verme adulto ou à obstrução intestinal por " bolo de vermes". Os vermes podem penetrar nas vias respiratórias altas e trompa de Eustáquio, nos casos de vômitos com áscaris).

TRICURÍASE, NECATORÍASE e ANCILOSTOMÍASE:

1º Escolha: Mebendazol

dose p/ Ascaridíase , Tricuríase e Ancilostomíase: 200 mg/dia em 2 tomadas, 3 dias
Apresentação (comp. 100mg; suspensão=100mg/5ml). Repetir após 15 dias.

2a. Escolha: Albendazol

dose: 400mg/dia em dose única. Apresentação (comp. 400mg; suspensão=40mg/ml)

OBS: * Estar atento para possível presença de anemia ferropriva associada a essas parasitoses.

Em casos de suspeita de obstrução ou semi-obstrução intestinal por Áscaris lumbricoides, está indicada internação.

4 - OXIURÍASE:

1º Escolha: Mebendazol dose: 100mg/dia em dose única. Repetir após 15 dias.

2a. Escolha: Albendazol dose: 400mg/dia em dose única. Repetir após 15 dias.

OBS: É importante que se faça o tratamento de todas as pessoas da casa, e sejam enfatizados os cuidados de higiene, pessoais e ambientais (escovar as unhas pela manhã e lavar as mãos após utilizar o toalete, trocar as roupas de cama e íntimas durante o tratamento).

5 - ESTRONGILOIDÍASE

1º Escolha: Albendazol dose: 400mg/dia em 1 tomada, 3 dias.

Apresentação (comp=400mg; suspensão 40mg/ml)

Obs: Está contra-indicado para menores de 2 anos.

2º Escolha: Tiabendazol dose: 50 mg/kg/dia em 2 tomadas, 3 dias

Apresentação: (comp=500mg;)

OBS: Está contra-indicado para crianças abaixo de 15Kg.

6 - TENÍASE

1º Escolha: Praziquantel dose: 10 mg/kg em dose única. Apresentação: (comp.150mg; comp.500mg)

2º Escolha: Mebendazol dose: 300mg/kg em 2 tomadas, 3 dias.

OBS: Com a *Taenia solium*, há possibilidade do homem tornar-se hospedeiro intermediário, desenvolvendo a cisticercose. A gravidade maior da doença encontra-se nos casos em que as larvas se instalam no sistema nervoso central, causando a neurocisticercose

7 - HYMENOLEPÍASE:

Praziquantel dose: 25 mg/kg em dose única

8 - ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA

Praziquantel dose: 60 mg/kg em dose única ou em 3 tomadas durante 3 dias (parece melhorar a eficácia)

Oxaminiquine dose: 15-20mg/Kg em dose única, dividida em 2 tomadas com intervalo de 4 horas.

OBS: fazer controle de cura com exames parasitológicos de fezes seriados (um exame a cada mês, durante 6 meses)

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Penna, f.J.; Mota, J.A.C. - Doenças do Aparelho Digestivo na Infância. Série Gastroenterologia Pediátrica 1. 1a. Edição ,1994
- 2) Penna, F.J.; Wehba,J; Neto, U.F.N. - Gastroenterologia Pediátrica. 2º Edição,1991
- 3) Leão, E e cols - Pediatria Ambulatorial 2º Edição. COOPMED
- 4) Boletim de Informação Terapêutica n. 2 - Dez/1995
Serv. Apoio Terapêutico/Assist.Farmacêutica - SMSA/BH
- 5) Caderno Temático da Criança- Prefeitura do Município de São Paulo . Secretaria Municipal da Saúde.

VIGILÂNCIA A DOENÇA INFECTO-PARASITÁRIA (EVENTOS- SENTINELA)

A- MANUSEIOS DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES SOROPOSITIVAS PARA HIV

As crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV poderão ser encaminhadas para o acompanhamento em unidades básicas de saúde. No entanto, recomenda-se que mesmo as crianças que soro negativaram, realizem visitas periódicas, até o final da adolescência, em unidades especializadas (CTR) para o atendimento a pessoas com infecção pelo HIV. Isto se deve ao fato de terem sido expostas não só ao HIV, mas também, durante o período intra-uterino, a drogas anti-retrovirais. Essa preocupação reside no fato de não se saberem as possíveis repercussões da exposição a tais medicamentos a médio e longo prazo.

Cuidados com o recém-nascido

Os cuidados com o RN deverão ser orientados pela maternidade. **O RN não poderá ser amamentado com leite materno!!**

Aspectos especiais do atendimento

O acompanhamento dessas crianças deve ser mensal ou bimensal nos primeiros 6 meses e trimestral a partir do 2º semestre de vida. Em todas as consultas deverá ser feito o registro das medidas de peso, altura, e os perímetros, em especial o perímetro cefálico. A avaliação sistemática de seu crescimento e desenvolvimento é extremamente importante visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar dificuldade de ganho de peso.

Em relação à vacinação contra poliomielite, recomenda-se dar preferência ao uso da Salk (inativada) - CRIE.

Profilaxia com zidovudina para o recém-nascido

Em recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV, deve ser administrado zidovudina solução oral, durante as seis primeiras semanas de vida (42 dias), sendo iniciado nas primeiras 8 horas de vida. A partir daí ficará a cargo do serviço de referência (CTR) manter ou não a medicação.

A partir de 6 semanas de vida, as crianças deverão receber Sulfametoxazol + Trimetopim, para profilaxia de P. carinii, até completar 1 ano de vida.

Algumas considerações importantes:

▪ Adolescentes infectados pelo HIV

A adesão do adolescente à terapia anti-retroviral sofre a influência de algumas peculiaridades observadas nessa faixa etária, tais como: a negação e o medo de sua condição de infectado pelo HIV, a desinformação, o comprometimento da auto-estima, o questionamento sobre o sistema de saúde e a eficiência da terapêutica e as dificuldades em obter apoio familiar e social.

▪ Conceito de sucesso terapêutico

Deve ficar a cargo do especialista, sendo importante enfatizar o uso de parâmetros clínicos, como a retomada do crescimento pômbero-estatural, do desenvolvimento neuropsicomotor e o controle das complicações clínicas da infecção na determinação do sucesso terapêutico. Qualidade de vida, objetivo fundamental do tratamento, é algo subjetivo e só bem avaliado a longo prazo(com apoio da ESF, UBS).

▪ Falha terapêutica

A falha terapêutica está relacionada frequentemente à dificuldade de adesão ao tratamento.

1-Critérios clínicos

- Deterioração neurológica;
- Falha no crescimento e/ou desenvolvimento neuropsicomotor;
- Mudança de categoria clínica.

2-Critérios imunológicos e virológicos

A cargo do especialista .

Consulta do Médico

- Avaliação das intercorrências com a criança, solicitar exames (se necessário) e encaminhar ao serviço especializado após iniciar tratamento.
- Orientar quanto a transmissão e profilaxia.
- Avaliação integral da criança (com avaliação do Cartão da Criança / curva de peso, vacinação e marcos importantes do desenvolvimento) em todas as consultas.

Consulta da Enfermagem

- Orientar os parentes quanto a transmissão/profilaxia .
- Orientar sobre os cuidados específicos do paciente.

Equipe

- Garantir o acolhimento,
- Priorizar o atendimento a esses pacientes;
- Garantir sigilo e privacidade no atendimento do paciente e familiares.
- Apoio multidisciplinar (psicólogo, assistente social, nutricionista, etc)

B- HEPATITE B

1- Problemas:

As hepatites tem grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

2- Transmissão:

13. Via parenteral
14. Sexual (principalmente)
15. Vertical
16. Usuário de drogas endovenosas

3- Aspectos Preventivos:

17. Imunização: vacinação em todas as crianças e adolescentes até 19 anos.
18. Uso de preservativos
19. Realização do HbsAg na gestante, na 1ª consulta de pré-natal.
20. Uso da imunoglobulina e vacinação nos RNs de mães sabidamente portadora do HBV; vítimas de abuso sexual; comunicantes sexuais de casos agudos de Hepatite B; vítimas de exposição sanguínea, quando o caso fonte for portador de HBV ou de alto risco com ausência de imunização para hepatite B.
21. Não compartilhar agulhas nos usuários de drogas injetáveis.

4- Eventos Sentinela:

22. Mulheres com doença aguda (adquirida durante a gestação) ou gestante portadora crônica.
23. Adolescentes não imunizadas, com doença aguda.
24. Adolescentes não imunizadas em atividade sexual, sem uso de preservativos.
25. RN ou criança com hepatite B (certificar transmissão vertical).

5- Sintomas:

Os quadros clínicos agudos variam desde formas subclínicas ou oligossintomáticas até formas fulminantes. Os sintomas no período agudo mais comuns são:

26. Fadiga, anorexia, náuseas, mal-estar geral e adinamia
27. Icterícia: Apenas 30% dos casos cursam com icterícia
28. Colúria, hipocolia fecal
- 29.

6- Tratamento:

30. Repouso relativo até a normalização das aminotransferases.

31. Suspensão da ingestão de álcool por no mínimo 6 meses , preferencialmente por 1 ano.
32. Consultas com intervalos de 3 a 4 semanas acompanhada de seguimento laboratorial (aminotransferases, bilirrubinas, gama GT, fosfatase alcalina, tempo de protrombina).
- 33.** Pacientes com manutenção de exames alterados deveram ser encaminhados para serviços especializados (hepatologistas)

7- Critérios de alta da hepatite aguda:

34. Remissão dos sintomas
35. Normalização laboratorial (2 dosagens normais de aminotransferases com intervalo de 4 semanas).

8- Complicações:

36. 5 a 10% dos casos cronicam
- 37.** Durante a gestação a chance de cronificação é de 85% dos casos e a manifestação da hepatopatia crônica bem mais precoce. Metade dos casos crônicos evoluem para doença hepática avançada (cirrose e carcinoma hepatocelular).
- 38.

9-Tratamento da Hepatite B Crônica:

- Idade superior a 2 anos, HbsAg (+) por mais de 6 meses.
- HbeAg (+) ou HBV-DNA maior que 30.000cópias/ml (fase de replicação). Aminotransferases maior que duas vezes o limite superior da normalidade.
- Biópsia hepática com atividade inflamatória e ou fibrose de moderada a intensa são contra-indicação ao tratamento.
- Medicamento usado na hepatite B crônica: Interferon convencional (IFNc) ou Lamivudina(LMV).

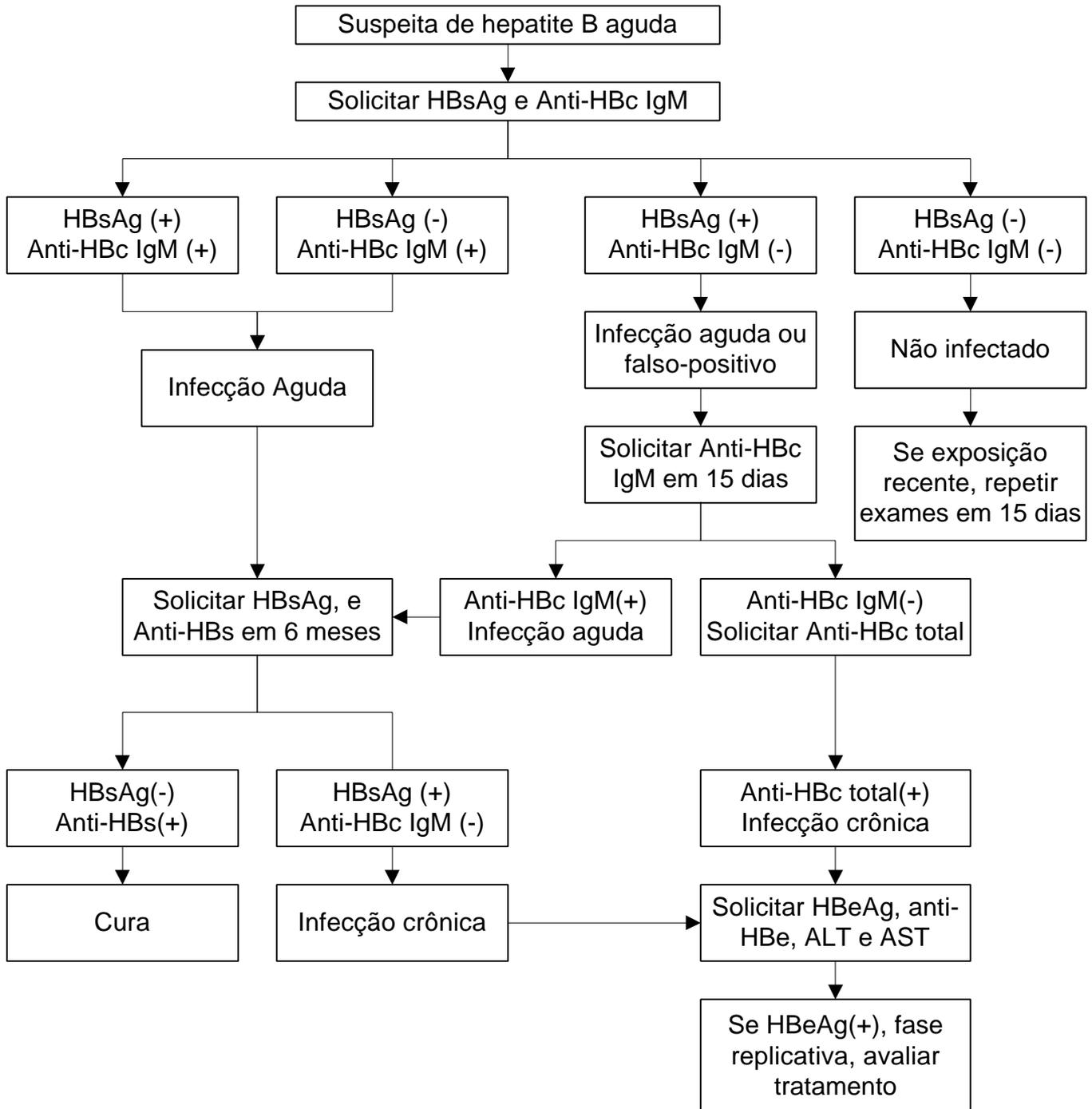
10-Consulta da Enfermagem:

39. Orientações sobre a prevenção da Hepatite B (uso de preservativo, não compartilhamento de agulhas)
40. Verificação e atualização do cartão de vacina, quando necessário.
41. Em casos de suspeita, encaminhar ao médico.

9- Consulta Médica

42. Avaliação clínica/ orientação
43. Solicitação de triagem sorológica
- 44.** Acompanhamento de pacientes assintomáticos
- 45.** Encaminhamento ao especialista os casos com evolução desfavoráveis
- 46.** Acompanhamento da remissão da doença

Propedêutica para Hepatite B Aguda



C- HEPATITE C

1- Problema:

O vírus da Hepatite C (HCV) é uma importante causa de cirrose em todo mundo. Tanto a infecção crônica quanto a infecção aguda pelo HCV são usualmente assintomáticas, estimando-se que apenas um terço dos pacientes com infecção aguda pelo vírus C venham a ter sintomas ou icterícia. A persistência do HCV-RNA por mais do que seis meses após a infecção caracteriza a infecção crônica pelo HCV. Calcula-se que esse valor em média deve ficar entre 70 a 80% dos infectados. As principais complicações potenciais da infecção crônica pelo vírus C, a longo prazo, são a cirrose, a insuficiência hepática terminal e o carcinoma hepatocelular. O percentual de pacientes cronicamente infectados que evoluem para cirrose após 20 anos do contágio varia entre diversos estudos, sendo que provavelmente a taxa correta situe-se entre 10 e 15%. Entretanto pouco se sabe a respeito da evolução da infecção crônica pelo HCV em períodos mais longos do que duas décadas. Uma vez com cirrose, cerca de 1 a 4% dos pacientes por ano desenvolvem carcinoma hepatocelular.

2- Transmissão:

47. Via parenteral principal via de contágio;
48. Transmissão sexual(principalmente em pessoas com múltiplos parceiros ou prática sexual de risco)
49. Transmissão vertical

3- Critérios de inclusão para tratamento:

Pacientes com manutenção de exames alterados deveram ser encaminhados para serviços especializados .

Anti-HCV: Recomendado como teste inicial para pacientes apresentando sintomas e/ou sinais clínicos sugestivos de doença hepática. Indica contato prévio com o vírus da hepatite C, mas não define se recente ou tardio. O diagnóstico de infecção aguda só pode ser feito com a viragem sorológica documentada. A infecção crônica deve ser confirmada pela pesquisa qualitativa de HCV-RNA (deve ser feito em serviço especializado).

4- Tratamento:

50. Hepatite C Crônica (genótipo1): Interferon peguilado, Ribaravina;

51. Hepatite C Crônica (genótipo 2 e 3): Interferon Convencional e Ribaravina

5- Consulta da Enfermagem:

52. Orientações sobre a prevenção da Hepatite C (uso de preservativo, não compartilhamento de agulhas)

53. Em casos de suspeita, encaminhar ao médico.

6- Consulta Médica:

54. Avaliação clínica/ orientação

55. Solicitação de triagem sorológica, em caso positivo , encaminhar para serviço especializado para tratamento e acompanhamento.

D - SÍFILIS

A– SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE E TARDIA (Transmissão vertical)

1 - Problemas:

- Se não realizado diagnóstico e tratamento em tempo hábil, evolui com lesões irreversíveis.

2 - Aspectos Preventivos:

- Realização do pré-natal conforme previsto no protocolo (pedido de VDRL no 1º e último trimestre e no pós-parto imediato), e tratamento completo da gestante, caso positivo.

3 - Evento-Sentinela:

- Na vigência de diagnóstico de sífilis no RN, verificar onde ocorreu a falha de acompanhamento no pré-natal, verificando:
 - a) Cartão da gestante : verificar presença de VDRL no 1º e 3º trimestre de gestação, e se positivo observar se foi realizado tratamento completo.
 - b) Relatório de alta da maternidade: verificar se realizado VDRL no pós-parto.
 - c) História pregressa positiva na mãe e/ou parceiro, verificar tratamento completo.
 - d) Observar presença de outras DST.
- No parto domiciliar, onde não foi realizado o pré- natal, pedir sorologias para RN ou criança e para os pais. Se realizado pré-natal, verificar cartão da gestante.

4- Sintomas:

Sífilis congênita precoce:

A maioria dos bebês sífilíticos é assintomático ao nascer. Os sinais clínicos precoces começam a aparecer entre a 3ª e 8ª semanas podendo manifestar-se até o final do 2ºano.

- Lesões cutâneas e/ou mucosas (50%); rinite com destruição nasale/ou rinorréia; coriza sanguinolenta; pênfigo; sífilides maculosas e papulosas; fissuras peribucais e perianal; lesão ungueal; alopecia.
- Lesões ósseas difusas e simétricas; pseudoparalisia de Parrot (mais tardia)
- Lesões Viscerais: hepatomegalia, icterícia, esplenomegalia, anemia hemolítica, manifestações hemorrágicas. *O prognóstico está fundamentalmente relacionado com o grau de comprometimento visceral.*
- SNC: meningite(60% assintomáticas) e 10% dos casos não tratados desenvolvem neurosífilis.
- Lesões do Aparelho Respiratório: choro rouco ; pneumonite intersticial.

- Lesões no Aparelho Urinário: anasarca, edema, proteinúria, cilindrúria e hematúria
- Outras: Febre, hiperplasia de gânglios linfáticos, irite, e colirretinite

Sintomas de Sífilis Congênita tardia:

Nas crianças acima de 2 anos de idade encontramos a Tríade de Hutchinson (queratite intersticial que pode causar cegueira, alterações dentárias de 2ª dentição e surdez por lesão do VIII par). Outros sinais: seqüelas ósseas (tíbia em sabre, fronte olímpica, fissura de abóbada palatina, nariz em sela), lesões neurológicas e cardiovasculares.

5-Propedêutica:

- Sorologia não Treponêmica (VDRL) é indicada para diagnóstico e seguimento.
- Sorologia Treponêmica (FTA-abs, MHATP): são úteis na exclusão de VDRL falsos positivos. Tendem a negatificação, quando não houver infecção. Em crianças maiores de 18 meses, confirmam infecção.
- RX de ossos longos: periostite, osteíte e osteocondrite
- Exame de liquor céfalo-raquidiano (LCR): RN: linfócitos maiores que 25 leucócitos/mm³, proteínas >100mg/dl. Crianças: 5 leucócitos/mm³ e proteínas >40mg/dl. Para ambos realizar VDRL no liquor.

6-Tratamento:

- Na vigência de VDRL positivo no RN ou criança, diagnosticados na Unidade Básica, encaminhar paciente e pais ao CTR, com os exames realizados.
- Nos casos em que a mãe foi adequadamente tratada, deverá ser realizado VDRL do RN ou criança. Se o resultado for negativo (titulação menor ou igual da mãe): fazer RX de ossos longos e acompanhamento ambulatorial, estando a criança assintomática.
- Nos casos em que a mãe foi adequadamente tratada, deverá ser realizado VDRL do RN ou criança. Se o resultado for positivo, realizar : RX de ossos longos e encaminhar CTR para prosseguir propedêutica.

7-Consulta da Enfermagem:

Acolhimento do RN e sua mãe, verificação do cartão de pré natal do exame de VDRL, assim como do relatório de alta da maternidade. Na ausência do exame; pedi-lo. Em caso de exames positivos, encaminhar ao médico.

8-Consulta do médico:

Avaliar os exames positivos. Realizar exame clínico, buscando sintomas citados. Solicitar os demais exames e encaminhar ao CTR para seguimento do paciente.

B-SÍFILIS ADQUIRIDA (transmissão sexual)

Ocorre geralmente devido a abusos sexuais. No adolescente a lesão inicial é o cancro duro indolor. Geralmente os primeiros sinais observados da doença são condiloma plano, principalmente perianal e a adenomegalia (axilar, inguinal e cervical). As lesões cutâneo-mucosas podem estar presentes sob a forma de placas mucosas nos lábios e sífilides maculares, papulares e papuloescamosas. Diagnóstico: Reações sorológicas: VDRL, FTA-ABS

E - RUBÉOLA CONGÊNITA (transmissão vertical)

1- Problemas:

A rubéola intra-uterina é uma infecção viral geralmente grave, que pode resultar em malformações de vários tipos, dependendo da fase da gestação, podendo persistir um estado infeccioso *por vários meses* após o nascimento. As malformações serão mais graves, quanto mais precoce a infecção.

2- Aspectos preventivos:

A gestante deve evitar contato com pessoas e crianças com suspeita ou diagnóstico de rubéola. Vacinação em pelo menos todas as mulheres suscetíveis.

3- Evento- Sentinela:

56. RN com sintomas sugestivos de rubéola de mãe não imunizada.
57. Contato da gestante com pessoas com suspeita ou diagnóstico de rubéola.
58. Falta de imunização em adolescentes grávidas.
59. Falha na observação de sintomas sugestivos de rubéola na gestante ou ausência de relato pela mesma.
60. Falta de propedêutica para o feto de baixo crescimento intra-uterino.

4- Sintomas:

61. Baixo peso
62. Retardo de crescimento intra e extra-uterino
63. Prematuridade
64. Sistema Reticulo-Endotelial: hepatite, hepatoesplenomegalia, icterícia, trombocitopenia com ou sem púrpura, leucopenia, anemia, adenopatia.
65. Sistema Nervoso: meningoencefalite aguda, microcefalia, calcificação intracraniana, abaulamento de fontanela, convulsões, retardo mental.
66. Sistema Cardiovascular: hipoplasia da artéria pulmonar, persistência do ducto arterial, coarctação do istmo da aorta, etc
67. Olhos: retinopatia, catarata, microftalmia, glaucoma, opacificação da córnea.
68. Sistema Auditivo: surdez sensorial
69. Sistema Geniturinário: malformação do sistema pielocalicial, rim policístico, estenose de artéria renal, criptorquidia.
70. Sistema Ósseo: micrognatia, radioluscência óssea.

71. Sistema Endocrinológico: Diabetes mellitus

5-Propedêutica:

Realizar propedêutica (Teste Elisa IgM e IgG, hemograma, RX de crânio e de ossos longos, fundoscopia, ultra-sonografia transfontanela ou tomografia computadorizada) e sempre encaminhar para a cardiologia, nas seguintes situações:

72. RN de uma mãe com rubéola confirmada na gestação, mesmo com infecção subclínica,.
73. RN ou criança com sintomas característicos com mãe não imunizada.
74. RN ou crianças com sintomas característicos sem acesso à história materna.

6-Tratamento:

RN sadio de mãe que adquiriu rubéola na gravidez, deverá ser acompanhado ambulatorialmente pelo menos no primeiro ano de vida, para detecção dos casos subclínicos. O tratamento específico não é disponível no momento.

7- Consulta de Enfermagem:

Fazer o acolhimento do RN com os sintomas descritos anteriormente, cuja mãe não tenha sido imunizada; encaminhar para o médico.

8- Consulta Médica:

Exame clínico, fazer diagnóstico diferencial das TORCHS, mais exames citados acima. Após feito diagnóstico de rubéola encaminhar para CTR com os exames, para acompanhamento da criança. Orientar a família da transmissibilidade até um ano de idade evitando o contato com outros RNs e gestantes.

F - TOXOPLASMOSE CONGÊNITA (transmissão vertical)

1- Problema:

A infecção congênita ocorre sempre como consequência de infecção primária adquirida durante a gestação com disseminação hematogênica da mãe para o feto.

A infecção materna primária não obrigatoriamente dissemina para o feto e a taxa de transmissão aproxima-se de 40%, é inversamente relacionada ao tempo de gestação no qual a infecção materna ocorreu.

2- Aspectos Preventivos :

75. Realização de sorologia no pré-natal conforme protocolo da saúde da mulher (Elisa- IgM e IgG na 1ª consulta. Se susceptível repetir pelo menos no 2º trimestre/ início do 3º trimestre e se possível no último mês de gestação.

76. Orientar a grávida de modo enfático a não consumir carnes cruas ou mal cozidas e evitar contato com gatos (animal vetor da doença) e não fazer jardinagem sem luvas.

3- Evento-Sentinela:

77. Teste do pezinho positivo para toxoplasmose.

78. Contato da gestante susceptível com animal vetor. Repetir exame na maternidade (havendo sintomas sugestivos).

79. Criança com sintomas sugestivos, de mãe susceptível e sem sorologia durante a gestação.

4- Sintomas:

Esplenomegalia	Icterícia
Hepatomegalia	Petéquia
Baixo peso	Anemia
Pneumopatia	Prematuridade
Cardiopatia	Micro e macrocefalia, hidrocefalia
Acolia fecal	Descontrole térmico
Diarréia e Vômitos	Convulsões
Retinocorioidite, catarata, microftalmia	Distúrbios da motricidade

5- Propedêutica:

80. Hemograma (avaliar anemia, plaquetopenia , reticulocidose e eosinofilia)
81. Bilirrubinas e enzimas hepáticas
82. Teste sorológico (Elisa IgM e IgG, com titulação)
83. Radiologia: Rx de crânio (calcificações), USTF, TC de crâni.o se apresentar alterações.
84. Líquor (Na maternidade após suspeita clínica ou laboratorial e no CTR se diagnóstico tardio) e fundo de olho deverá ser realizado também no CTR

6-Tratamento:

85. Sulfadiazina: 100 mg/kg/dia de 12 /12 horas
86. Pirimetamina: 1 a 2mg/kg/dia de 12/12 horas
87. Ácido Folínico: 5 mg , 3 vezes/semana

O tratamento será suspenso após a avaliação do infectologista. Prescrever medicação para 30 dias e explicar a necessidade de não interrompê-la até avaliação do especialista.

7- Consulta de Enfermagem:

88. Avaliar sorologias no Cartão da Gestante; se positivo verificar tratamento adequado.
89. Buscar sintomas sugestivos de Toxoplasmose no RN ou criança, cuja mãe tenha IgG e IgM negativos ou não tenha sorologia.
90. Avaliar Teste do pezinho , com resultado positivo para Toxoplasmose.
91. Acompanhar o tratamento da gestante e/ou RN. Encaminhar ao médico
92. Orientação de prevenção da doença para a gestante

8- Consulta Médica:

93. Avaliar resultados de exames, clínica e iniciar tratamento se necessário(Dúvidas-CTR)
94. Encaminhar para o CTR, para extensão da propedêutica e tratamento. Não aguardar a avaliação do RN pelo infectologista , para iniciar o tratamento
95. Orientação de prevenção da doença para a gestante

Bibliografia:

- 1-Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças – MS – 2003 –2ª Edição
- 2-Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV – MS – 2003
- 3-Hepatites Virais. O Brasil está Atento/ Ministério da Saúde/ Programa Nacional das Hepatites Virais – 2003
- 4-Portaria nº 863, de 4 de novembro de 2002/ Renilson Rehem de Souza
- 5-Manual de Assistência ao Recém - Nascido – MS/ Secretaria de Assistência a Saúde/ Coordenação Materno-Infantil- 1994.
- 6-Pediatria Ambulatorial- COOPEMED-3ª edição/1998
- 7-Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Manual de Planejamento e Coordenação de Programas/ AIDSCAP/Family Health International - 1996
- 8-Projeto Nascer/ Coordenação Nacional de DST/AIDS/ Ministério da Saúde – 2003
- 9-BH VIDA/ Protocolo de Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde-2002.

ABORDAGEM À CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO OU VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

I-Introdução:

A violência intra-familiar (ou doméstica) envolvendo crianças e adolescentes constitui-se como um grave problema de saúde pública considerando-se sua enorme frequência e gravidade dos casos que chegam aos serviços de saúde. A violência contra a criança e adolescente, em geral é praticada por mães, pais biológicos ou outros adultos de referência da criança, podendo se manifestar de várias formas, existindo quatro tipos principais: violência física, sexual, psicológica e negligência/abandono.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente cabe aos serviços de saúde identificar e notificar ao Conselho Tutelar todos os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos, bem como situações de risco envolvendo crianças e adolescentes, promover a assistência integral à saúde, os encaminhamentos necessários e o acompanhamento às famílias através das equipes de PSF e da rede de apoio (Saúde Mental, Assistência Social, Educação, AMAS, Sentinela, Pastoral da Criança, Conselhos Tutelares, etc) .

É fundamental que as Unidades Básicas de Saúde identifiquem e articulem os recursos locais e regionais existentes em sua área de abrangência (escolas, creches, projetos culturais, esportivos, associações comunitárias, Pastoral da criança, NAF, SOSF) que possam atuar como rede de apoio e proteção às crianças e adolescentes.

II - Organizando a Abordagem à violência intrafamiliar nas Unidades Básicas de Saúde

As unidades básicas de saúde devem se constituir como porta de entrada preferencial para a identificação, acolhimento, atendimento e acompanhamento aos casos suspeitos ou confirmados de violência, bem como para o encaminhamento a serviços de referência ou especializados quando necessário.

Os casos mais graves de violência física após acolhimento e avaliação de risco pela equipe de saúde, deverão ser encaminhados às UPAS e hospitais (HPS, HOB, HCL). Os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes deverão ser encaminhados aos hospitais de referência: HOB, HCL, Júlia Kubitschek e MOV (a partir de 10 anos).

III - Atribuições da Equipe de Saúde:

1) Cabe a toda a Equipe de Saúde:

- Estar atenta aos sinais de alerta*, procurando identificar situações sugestivas de violência intrafamiliar, em todo atendimento a criança e ao adolescente e nas visitas domiciliares;
- Desenvolver uma atitude de solidariedade e respeito para que a criança ou adolescente sintam-se apoiado e acolhido;
- Estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional;
- Considerar a violência como critério de risco para atendimento prioritário na UBS;
- Acolher às vítimas de violência, prestando atendimento imediato;
- Garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento

2) Agente Comunitário de Saúde:

- Identificar sinais de alerta* e situações sugestivas de violência intrafamiliar nas visitas domiciliares e informar à equipe de saúde;
- Desenvolver uma atitude de solidariedade, respeito e garantia de privacidade nas situações de violência intrafamiliar;
- Orientar e encaminhar vítimas de violência ou autores de agressão a procurar apoio e tratamento nas Unidades de Saúde;
- Participar do acompanhamento às famílias em situação de violência intrafamiliar através de visitas domiciliares;
- Participar da articulação da rede de apoio local (escolas, creches, projetos esportivos e culturais), de ações educativas e de mobilização comunitária.

3) Atendimento Médico:

A entrevista inicial tem por objetivo estabelecer uma relação entre o médico e os pais ou responsáveis. O profissional deve manter uma atitude de isenção, mesmo que haja suspeita de que um dos pais ou responsável seja o abusador. As perguntas devem ser isentas de acusação ou censura, embora a intenção de esclarecer a suspeita ou confirmação dos maus-tratos e de proteger a criança de novas agressões deva estar sempre presente. A abordagem à família deve ser empática, uma vez que a

intervenção terá como um dos objetivos a reorganização dos vínculos familiares.

- Estar atento aos sinais sugestivos de violência intrafamiliar, procurando identificar situações de risco, em todo atendimento a criança e ao adolescente;
- Avaliar a história de violência (o que e como ocorreu, por que, quando, quem foi o agressor) a possibilidade de risco de vida, presença de lesões físicas, gravidade do caso;
- Avaliar, descrever e registrar os sinais de violência (física, sexual, psicológica) e as lesões físicas existentes;
- Prestar os cuidados necessários referentes às queixas da vítima, fazer propedêutica de acordo com as necessidades de cada caso;
- Registrar no prontuário da criança/adolescente, e no impresso correspondente do sistema de produção, o caso suspeito ou confirmado de violência, descrevendo o fato, quando, onde e como ocorreu e, se informado, quem foi o agressor;
- Agendar retorno e/ou visita domiciliar para acompanhamento do caso;
- Fazer os encaminhamentos necessários de acordo com a gravidade e complexidade de cada caso;

4) Assistente Social:

- Avaliar a história de violência, possibilidade de risco de vida, a complexidade da situação, as limitações e possibilidades pessoais e familiares para lidar com a questão;
- Avaliar os recursos sociais e familiares para continuidade do atendimento;
- Fazer os encaminhamentos necessários (sociais, jurídicos, psicológicos e de auto ajuda) ;
- Agendar retorno e/ou visita domiciliar para acompanhamento do caso;
- Promover ações educativas com o tema violência, direitos (ECA) e cultura da paz, através de grupos operativos, murais, ações integradas, oficinas, reuniões com Conselho Local de Saúde, reuniões com a comunidade;

IV - Sinais de Alerta e Pistas para identificação de Maus Tratos:

Indicadores físicos e de comportamento da criança/adolescente	Características da Família
Presença de lesões físicas, queimaduras, fraturas mal explicadas	Abuso de álcool e drogas
Dores, lesões, infecções (DST) ou sangramentos nas regiões genitais ou anais	Antecedentes familiares de maus tratos e abuso sexual
Tendências auto-destrutivas, suicidas, humor depressivo	Distúrbios psiquiátricos;
Fugas constantes de casa	Rejeição à criança, negligência;
Agressividade, medo ou apatia extrema, vergonha excessiva	Apatia, passividade; baixa auto-estima
Problemas de aprendizagem, fadiga constante, falta de atenção	Desleixo com a higiene e aparência pessoal
Comportamento sexual inadequado	Possessividade; isolamento da criança
Doenças psicossomáticas, padrão de crescimento deficiente	Expectativas irreais com a criança
Descuido da higiene, vestimentas e aparência pessoal	Autoritarismo
Trabalho infantil; absenteísmo escolar	Disciplina severa

V - Notificação

Registrar no prontuário todas as informações colhidas do fato, quando, onde e como ocorreu e, se informado, quem foi o agressor;

Será implantada uma ficha de notificação compulsória dos casos de violência intra-familiar e sexual, dentro dos moldes do SINAN.

VI - Encaminhamentos

As unidades básicas de saúde deverão ter disponível os telefones, endereços e conhecimento da competência dos serviços de apoio disponíveis na cidade.

- Notificar todo caso suspeito ou confirmado de violência contra criança e adolescente, ao respectivo **Conselho Tutelar**, da forma mais ágil possível.

- Casos de maior gravidade, tais como, abuso sexual, lesões graves e ou extensas, queimaduras de maior gravidade, traumatismo cranianos e fraturas, suspeita de lesão de órgãos internos e estado de choque emocional, dentre outros, deverão ser encaminhados aos **Serviços de Urgência (UPA´s) e Pronto Atendimento Hospitalar (HOB, HPS, HCL)**.
- Casos de abuso sexual, após um primeiro atendimento e avaliação da gravidade, notificar o Conselho Tutelar e encaminhar a um dos hospitais de referência: **HOB, Hospital das Clínicas, Maternidade Odete Valadares e Júlia Kubitschek**.
- **Serviços de Apoio:**
 - **AMAS:** atendimento psicológico e jurídico às vítimas e aos autores de agressão (encaminhamento via Conselho Tutelar);
 - **SOSF:** Serviço de Orientação Sócio-Familiar da Secret. Mun. Assist. Social (regionalizado)
 - **Programa Sentinela (Violência Sexual):** programa da Secret. Mun. Assistência Social que orienta e fornece assessoria aos atendimentos e acompanhamento às vítimas de violência sexual

1. Referência e Contra-referência

Mesmo que encaminhada(o) para serviços especializados ou de urgência os profissionais que atendem a(o) paciente deverão garantir o agendamento de retorno na unidade ou visita domiciliar.

2. Construindo e participando da rede

Conhecendo e se integrando a rede de apoio local e regional a unidade de saúde estará contribuindo para a sua consolidação. A unidade deverá desenvolver ações no sentido de viabilizar a presença de profissionais destes serviços nas reuniões locais (conselho de saúde, igrejas, associações, etc), discutindo sobre a prevenção da violência, casos conduzidos com sucesso, conquistas, etc.

ANEXO 1

Abordagem à criança e adolescente em situação de risco ou vítima de violência

Percebendo a violência

As manifestações da violência sofrida poderão ser agudas ou crônicas. Poderão estar expressas como fraturas, luxações, hematomas, contusões, arranhaduras, manchas roxas, inflamação, irritação, edema conseqüentes a agressão sofrida e local do corpo acometida. Semanas ou meses após a agressão, poderão ainda estar presentes dores musculares generalizadas, dor de cabeça, dor no baixo ventre, infecções, transtornos digestivos dentre outros. Não é incomum a insônia, irritabilidade, falta de concentração, crises de pânico, isolamento social e comportamento auto destrutivo.

Os maus tratos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, supressão ou transgressão dos seus direitos pelos responsáveis, podendo apresentar-se como:

1) Maus-tratos físicos: uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (Deslandes, 1994).

• **Anamnese:** observar as seguintes situações:

- **História incompatível com as lesões existentes** – freqüentemente, nesses casos, a lesão é relacionada a um fato acidental ou uma atitude da própria vítima que não condiz com a gravidade do quadro.

- **Lesões incompatíveis com o estágio de desenvolvimento da criança** – alegação de que o acidente teria sido provocado por uma atitude da própria vítima, não sendo este ato compatível com a idade e o desenvolvimento motor da vítima.

- **Relatos discordantes quando o responsável é entrevistado por mais de um profissional em diferentes momentos** – a adoção de estratégias como esta possibilitam a detecção de relatos falsos. Daí a importância de uma atuação interdisciplinar e a discussão dos casos pela equipe multiprofissional.

- **Relatos discordantes quando se entrevistam os responsáveis separadamente:** mesmo que haja convivência dos responsáveis no acobertamento da violência, informações relacionadas ao detalhamento do suposto acidente não são ventiladas quando se formula a história mentirosa.

- **Relatos discordantes quando se entrevista a vítima e os responsáveis separadamente:**

- **Supostos acidentes ocorridos de forma repetitiva e/ou com frequência acima do esperado** - geralmente relacionados à suposta hiperatividade, má índole, desobediência, etc., da criança.
- **Suposto acidente para o qual a procura de socorro médico muito tempo após o evento:**
- **Dinâmica familiar denotando falta de estrutura estável** - é sabido que a violência contra criança é mais freqüente nos lares onde a relação familiar é precária ou prejudicada pelos sucessivos conflitos. Alcoolismo e uso de drogas ilícitas também aumentam a ocorrência de maus-tratos físicos na família.
- **Problemas maternos relacionados à gravidez** - mãe solteira, gravidez indesejada, não comparecimento às consultas de pré-natal, tentativas frustradas de abortamento, separação do casal, etc.
- **Relato dos pais sobre experiências próprias de terem sofrido alguma forma de violência na infância.**

- **Exame Físico:**

- **Pele e Mucosas**

As lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, "arrancamentos" (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, etc. As lesões incluem desde hipertermia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau.

- **Esqueleto:**

Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação, são típicas de maus-tratos. No entanto, são pouco freqüentes. As localizações mais comuns são as extremidades. Em crianças menores, os ossos longos costumam ser afetados na zona epifisária.

O traço da fratura também pode sugerir o mecanismo que a provocou. Fraturas espiraladas em lactentes sugerem maus-tratos por torção e as fraturas transversas por impacto violento. Fraturas de costelas (geralmente na região posterior, próximo à articulação costo-vertebral) podem ocorrer por compressão ou impacto.

- **Sistema Nervoso Central:**

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) provocado pode levar a dois tipos de lesão:

- a) **Externa:** fraturas dos ossos do crânio lineares, deprimidas ou cominutivas;
- b) **Interna:** produzida por "sacudida" ou impacto, levando a hematomas subdural ou subaracnóideo e a hemorragias retinianas: em menores de 03 anos, na ausência de lesões externas de TCE, são quase específicas de maus-tratos (decorrem de forças de aceleração e desaceleração aplicadas na cabeça, como na síndrome do "bebê sacudido").

As alterações de consciência e as convulsões são os sinais clínicos mais freqüentes, podendo ocorrer imediatamente após o trauma ou após um período livre de sintomas.

- Lesões Torácicas e Abdominais:

São pouco freqüentes, podendo decorrer de compressão antero-posterior ("síndrome do bebê sacudido") ou de tração violenta do braço. As lesões secundárias a esse tipo de trauma podem ser hematomas, contusão pulmonar, fraturas de costelas, esterno e clavícula, pneumotórax e hemotórax.

As lesões viscerais abdominais ocorrem em pequeno percentual das crianças maltratadas, sendo mais freqüentes em crianças acima de 02 anos. Pode-se perceber sinais sugestivos de lesão intra-abdominal, como hematomas intra-mural (duodeno e jejuno) e retroperitoneal, bem como lesões de vísceras sólidas (fígado, pâncreas e baço).

É importante avaliar a possibilidade da existência de hemoperitônio, pneumoperitônio ou obstrução intestinal (hematoma intra-mural).

• Exames Complementares

- **Coagulograma completo:** importante para o diagnóstico diferencial com coagulopatias nas crianças que apresentam hematomas, equimoses e/ou petéquias,
- **Radiografias:** RX completo do esqueleto deve ser feito nas suspeitas de maus-tratos físicos em todas as crianças menores de 02 anos de idade, até os 6 anos de idade. Acima desta idade bastam as radiografias localizadas, de acordo com o caso.
- **Tomografia computadorizada e ressonância magnética:** indicadas na exploração de lesões intracranianas.

2) A **"síndrome do bebê sacudido"** é uma forma especial deste tipo de maus-tratamento e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto.

3) A **"síndrome da criança espancada"** se refere, usualmente, a criança de baixa idade, que sofreu ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras, etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequadamente ou inconsistentemente explicadas pelos pais. (Azevedo & Guerra, 1989). O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.

- 5) A **Síndrome de Munchausen**: é definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência, há conseqüências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicação, ingestão forçada de líquidos, etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).

Síndrome de "Munchausen por Procuração": é em sua maioria absoluta perpetrada pela mãe da criança. Pode ser produzida por dois mecanismos diferentes: a simulação de sinais, como no caso de falsificação de amostras (adicionar sangue menstrual ou açúcar na urina da criança) e a produção de sinais, como no caso de administrar medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões.

Deve-se suspeitar desta Síndrome diante das seguintes situações:

- Doença com características que indicam persistência ou recidiva;
- Relatos de sintomas não usuais, quase sempre descritos de forma dramática;
- Dificuldades em classificar as queixas dentro de uma linha de raciocínio diagnóstico coerente;
- Sinais que surgem sempre quando a criança está com uma mesma pessoa;
- Os demais parentes e os profissionais só constataam o quadro já consumado.

Resistência e insatisfação com o tratamento preconizado e insistência para a realização de diversos procedimentos

- 6) O **Abuso sexual** é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que criança ou adolescente. Tem por intenção estimular-la sexualmente ou utiliza-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Podem variar desde atos que não envolvam contato físico (voyerismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando a lucros como prostituição e pornografia (Deslandes, 1994).

- **Anamnese:**

- Em 80% dos casos, o abusador é um dos pais ou pessoa com algum laço afetivo com a família da vítima e conhecida da criança.

- A identificação do abuso sexual pode ser feita mediante o relato da vítima ou de um dos responsáveis, pela constatação da existência de lesões genitais ou anais, após o diagnóstico de DST ou gravidez.
- Quando há o relato da criança, do adolescente ou dos responsáveis, o direcionamento da anamnese torna-se mais objetivo, facilitando a abordagem pelo profissional de saúde. Em muitos casos há a negação do fato com o objetivo de proteger o abusador ou por temer pela ruptura do núcleo familiar.
- Quando houver o relato espontâneo da criança, seu depoimento deve merecer toda a credibilidade, pois dificilmente ela seria capaz de elaborar uma falsa história de abuso sexual.
- No diálogo com a criança, deve-se ter o cuidado para que a abordagem do assunto não traga mais sofrimento à vítima. Pode-se recorrer a outro profissional mais experiente e capacitado no uso de métodos indiretos de revelação.
- Falsas denúncias de abuso sexual podem ocorrer, principalmente entre casais em situação de litígio. Tem por objetivo impedir a convivência de um dos pais com a criança. Apenas conhecendo melhor a dinâmica familiar e o comportamento da criança e do adolescente é que se consegue esclarecer a situação.

- **Exame Físico:**

Em sua grande maioria, não apresentam lesões físicas evidentes. O exame deve ser feito na presença de um dos responsáveis. As crianças maiores e os adolescentes devem ser informados sobre os procedimentos a serem realizados.

O exame deve ser completo, com especial atenção para áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais, região perineal e anal.

Os sinais físicos a serem observados são: edema, hiperemia, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, evidências de DST e gravidez.

As conseqüências de ordem social, emocional e comportamental podem ser mais freqüentes que as lesões físicas. Pode-se observar: dificuldade de aprendizado, fugas de casa, queixas psicossomáticas, mudanças súbitas de comportamento, fobias, pesadelos, rituais compulsivos, autodestrutivos e suicidas, comportamentos sexualizados, isolamento, aversão ou desconfiança de adultos, labilidade emocional, entre outros.

São várias as conseqüências tardias decorrentes do abuso sexual: distúrbios psicosssexuais, especialmente incapacidade de atingir o orgasmo, desprazer ou aversão sexual, redução de desejo sexual e a dispareunia, depressão, condutas automutiladoras e auto-aniquiladoras, baixa auto-estima e tendência suicida.

- **Exames Complementares:**

- Sempre que possível, coletar material que ajude a comprovar o abuso: pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais pode ser feita quando o abuso ocorreu em menos de 72 horas.
- Para coleta de material para cultura e sorológica para DST, considerar: possibilidade de contato oral, genital ou retal, a incidência local de DST e a sintomatologia da vítima.

- Deve-se ter cuidado com a repetição exaustiva de exames e como efetuar as perguntas para evitar a revitimização da criança ou do adolescente, pois podem trazer marcas definitivas.
- A impressão de que a ocorrência de maus-tratos deve ser periciada no Instituto Médico Legal, para ter efeito legal, não é respaldada pelo ECA.

6)Maus-tratos psicológicos: são toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, muitas vezes, embutido nos demais tipos de violência.

São difíceis de detectar. Costuma estar presente junto aos demais tipos de abuso. Pode ser passivo (abandono, negligência com cuidados afetivos) ou ativo (expressado de forma verbal ou em atitudes de ameaças, castigos, críticas, rejeição, culpabilização, isolamento).

- **Formas de maus-tratos psicológicos:**

- Castigos excessivos, recriminações, culpabilização, ameaças.
- Rejeição ou desqualificação da criança ou do adolescente.
- Uso da criança como intermediário para desqualificar um dos parceiros.
- Responsabilidades excessivas para a idade da criança.
- Isolamento devido a mudanças freqüentes ou a proibição de convívio social.
- Clima de violência entre os pais.
- Uso da criança como descarga emocional.

- **Quadro Clínico:**

Os sintomas e transtornos não são simples de serem detectados. Em longo prazo podemos encontrar:

- Distúrbios de crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual, emocional, social.
- Problemas psicológicos: baixa auto-estima, agressividade, dificuldade em lidar com a sexualidade.
- Distúrbios do controle de esfíncteres (enurese e escape fecal)
- Psicose, depressão, tendências suicidas.

Sempre que existir indicação clínica e houver possibilidade, deve-se pensar em um acompanhamento psicológico, evitando problemas futuros de adequação social da criança e do adolescente.

7) Negligência

Dois critérios são necessários para caracterizar a negligência: a cronicidade e a omissão. A criança negligenciada pode se apresentar para os profissionais de várias formas: aspecto de má higiene (corporal, roupas sujas, dermatite perineal, lesões de pele de repetição); desnutrição por falta de alimentação, erros alimentares, restrições devidas à ideologia dos pais; tratamento médico inadequado (atraso no calendário de vacinas, não seguimento das recomendações médicas, internações freqüentes, etc.); distúrbios de desenvolvimento e do crescimento sem causa orgânica; falta de higiene e de segurança em casa; acidentes domésticos freqüentes; faltas constantes à escola, etc). Diante de qualquer tipo de maus-tratos, todos os dados obtidos a respeito da vítima devem ser cuidadosamente registrados no prontuário, uma vez que a justiça pode solicitar cópias da documentação.

Negligência: é ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Abrapia, 1997). O **abandono** é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; alimentação; ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a freqüência escolar.

Bibliografia de referência:

- Alves, C.R.L.; Viana, M.R.A. – Saúde da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes. COOPMED Editora Médica, BH, 2003.
- Fonseca, M.T.; Gomes, M.C.T. – Violência Doméstica e Exploração Sexual contra crianças e adolescentes. Série Construindo a Cidadania, vol 6, abril/2001, BH (CMDCA)
- Min. Saúde – Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar. DF, 2001
- SMSA/BH - Organizando a abordagem à violência na rede municipal de saúde de Belo Horizonte. Mimeo, BH, Dez/2003

PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA NAS INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO INFANTIL (IEI)

I – Introdução

A Prefeitura de Belo Horizonte tem como compromisso a prestação de atendimento de qualidade a toda criança do município, conforme explicitado na Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança da Secretaria Municipal de Saúde, contemplando a rede de Educação Infantil (IEI) do município. Garantir educação, saúde, alimentação e assistência adequada e de qualidade às crianças, adolescentes e suas famílias são direitos garantidos em lei (Constituição Federal/88 e Estatuto da Criança e do Adolescente - lei federal 8069/90) e prioridade de governo, reiterado em todas Conferências dos Direitos da Criança e do Adolescente realizadas no município.

A atenção básica de saúde à criança deve abranger em sua atuação as IEIs , haja visto ser este um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de saúde integral da criança, desde a promoção e prevenção de agravos até a assistência qualificada. Para isto as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) deverão incorporar no seu planejamento, a organização e integração com as ações de saúde coletiva nas IEI à sua prática cotidiana. De sua parte, as IEIs devem estar capacitadas para prover este nível de cuidado às crianças, que se potencializam com a atuação conjunta com as equipes de saúde.

Com o aumento da qualidade à assistência à saúde integral da criança nas Instituições de Educação Infantil será alcançada resolutividade dessas ações como também pelo processo contínuo de atualização das ESF / educadores infantis e da participação efetiva desses profissionais em instâncias intersetoriais (reuniões de rede locais, grupo de supervisão integrada – GSI e Fórum da Criança e Adolescente, etc).

II - Objetivos:

- Estreitar laços com as Instituição de Educação Infantil, para a realização das ações de saúde integral da criança (promoção, prevenção e assistenciais), ações educativas e informativas, estabelecendo cronograma de visitas periódicas;

- Envolver todos os educadores infantis (EI) da rede municipal e as ESF, agentes comunitários de saúde (ACS) e UBS da área de abrangência, além dos gestores do nível local, distrital e central, para ação conjunta e integrada na saúde da criança;
- **Aplicar a Agenda de Compromisso com a Saúde Integral da criança da SMSA, nas IEIs;**
- Elaborar com os parceiros o planejamento que garanta desenvolvimento de ações integradas, contínuas e eficazes;
- Promover ações de educação para a saúde voltadas para os educadores infantis, famílias e comunidade;
- Desenvolver treinamentos e capacitação em conjunto com as IEI em:
 - ações básicas na promoção de saúde e prevenção de agravos;
 - ações de saúde do ambiente;
 - reconhecimento de sinais e sintomas de doenças agudas e identificação de sinais de risco para abordagem oportuna;
 - identificação de riscos para prevenção de acidentes e para a violência.
- Ações de Saúde Integral da Criança pela Equipe de Atenção à Saúde (ESF/UBS) nas IEI

A organização e sistematização de um conjunto de ações integradas de saúde nas IEI, realizadas pelos Distritos Sanitários e UBS, devem ter como diretrizes principais o acompanhamento das ações de saúde e a articulação intersetorial entre as Secretarias de Saúde, Educação, Abastecimento, Assistência Social e AMAS, prioritariamente pelo Grupo de Supervisão Integrada (GSI).

III- Atribuições da Equipe de Saúde da Família

- 1. Estruturar as ações de saúde coletiva em conjunto com as IEIS para:
- Orientação e incentivo à amamentação protegida e à alimentação saudável;
- Organização junto com as IEI da avaliação periódica do Cartão da Criança, verificando a atualização das vacinas, adequação do peso pela curva de crescimento e a tabela de marcos do desenvolvimento (exemplo: “ chamadas nutricionais “ mensais com pesagem / avaliação do Cartão da Criança);
- Orientação sobre higiene pessoal, hábitos de vida saudável, promoção do autocuidado; Estimulação precoce no berçário e maternal com ênfase no desenvolvimento neuro-psico-motor e sócio- afetivo (qualidade das interações interpessoais) para a promoção do desenvolvimento adequado da saúde mental;
- Atenção aos portadores de necessidades especiais;
- Prevenção e controle das doenças prevalentes na infância (doenças respiratórias agudas, asma, doenças da pele, diarreias, anemias carenciais, desnutrição, etc.), assim como doenças transmissíveis(sarampo, varicela, etc)

- Orientação para saúde bucal (prevenção, promoção e encaminhamento em casos necessários)
- Identificação de sinais de alerta/ perigo para doenças agudas com encaminhamento à UBS de referência;
- Identificação de problemas no crescimento (desnutrição/sobrepeso/obesidade) com encaminhamento para UBS;
- Identificação de riscos para violência e prevenção de acidentes;
- Identificação de distúrbios do desenvolvimento, observando:
 - - Sinais de alerta para atrasos nas aquisições neuropsicomotoras;
 - - Comportamento estereotipados e repetitivos;
 - - Apatia frente a estímulos do ambiente;
 - - Dificuldade de fixar o rosto humano e objetos do ambiente;
- Ausência de respostas aos estímulos sensoriais. Estes casos deverão ser encaminhados para a UBS para avaliação médica e diagnóstico diferencial.

2. Sistematizar dados e elaborar o perfil epidemiológico de cada instituição, adequando as rotinas e o processo de trabalho a cada problema (exemplo: grande incidência de crianças asmáticas, com necessidade de controle ambiental e de práticas pedagógicas que assegurem ausência de desencadeantes de crises);

3. Identificar e controlar surtos de epidemias e realizar busca ativa dos contatos no domicílio, se necessário, e realização de bloqueios em caso de doenças transmissíveis (ex: meningite), sob orientação da Gerência de Epidemiologia do Distrito e Serviço de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde.

IV - Atribuições do ACS:

1. Realizar visita mensal às IEI ,visando manter avaliação atualizada da situação das crianças, para promoção da saúde individual e coletiva;
2. Em ação conjunta com as IEIs , avaliar o Cartão da Criança periodicamente e se detectada alguma alteração, encaminhar à ESF/UBS;
3. Identificar e encaminhar crianças fora das IEIs;
4. Desenvolver e promover atitudes de escuta qualificada dos problemas, necessidades e demandas apresentadas pelas IEIS, criança e família, com o devido acolhimento, orientação e encaminhamento, de acordo com a especificidade de cada caso.

V - Atribuições dos Profissionais das IEIs

Os profissionais das IEIs têm um papel fundamental nas ações de promoção e prevenção de saúde da criança, atuando em conjunto com as equipes de saúde da família/UBS. O profissional deverá:

1. Avaliar alterações no comportamento da criança: agitação, apatia, timidez excessiva, agressividade, etc. Encaminhar para avaliação pela ESF;
2. Avaliar situações que apontam dificuldades na relação com os pais e a família;
3. Avaliar situações de risco na família; relato e/ou observação de violência intra – familiar;
4. Observar riscos em relação ao vestuário da criança: verificar se está adequado para o clima, local e atividades
5. Observar condições de higiene das crianças e do ambiente;
6. Observar presença de lesões de pele, doenças infecto-contagiosas, crescimento e desenvolvimento inadequados, alterações significativas e persistentes do comportamento da criança e desvios na alimentação (exemplo: desnutrição), doenças crônicas e seu acompanhamento (exemplo: criança chiadora), comunicando e/ou encaminhando à Unidade de saúde de referência;
7. Comunicar à UBS de referência quando houver utilização freqüente, pela criança, dos serviços de urgência e internações recentes;
8. Comunicar e/ou encaminhar à UBS na presença de queixas recorrentes/ crônicas;
9. Atuar continuamente na relação familiar , no sentido de orientar , em conjunto com a ESF/UBS, as ações de promoção e prevenção à saúde integral.
10. Acionar os serviços de zoonoses, vigilância sanitária , epidemiologia , em articulação com os Distritos Sanitários / UBS.

VI - Atribuições da Zoonose

- Atendimento local, educativo às solicitações encaminhadas;
- Controle de vetores: dengue, febre amarela , leishmaniose, escorpião, ratos, baratas e etc.

VII - Atribuições da Vigilância Sanitária

- Avaliação sistemática das condições de funcionamento dos estabelecimentos com análise da água e alimentos consumidos, controle de animais, segurança, espaço físico, limpeza e conservação das dependências, etc; adequação das rotinas e processo de trabalho.

Assistência integral à saúde do adolescente e jovem pelas Unidades Básicas de Saúde - SMSA/BH

I- INTRODUÇÃO

Os adolescentes e jovens (10-24 anos) representam 23% da população de Belo Horizonte (IBGE, 2000). Esses jovens são mais vulneráveis aos problemas sociais, econômicos e políticos, estando mais sujeitos a se envolver em comportamentos de risco, que comprometem sua integridade. Os dados epidemiológicos referentes a esta faixa etária revelam alto índice de morbimortalidade por causas externas (homicídios, acidentes, suicídios), além de problemas como a gravidez na adolescência, aborto, DST/AIDS, abuso e exploração sexual, drogadição, dificuldades escolares e trabalho precoce.

Os agravos à saúde prevalentes nesse grupo etário refletem a realidade em que vivem, suas contradições e conflitos, apontando a necessidade de construção de uma política integrada de atenção ao adolescente e ao jovem, de caráter intersetorial, que promova a melhoria das condições de vida e de saúde, a redução da morbimortalidade e o desenvolvimento pleno de suas potencialidades.

No âmbito da saúde, é fundamental garantir o acolhimento, a escuta e atenção integral à saúde do adolescente e do jovem pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde, superando a assistência pontual e fragmentada, dirigida apenas às queixas e problemas agudos.

Dentro de uma perspectiva mais ampla, deve-se garantir o acesso, referência e contra-referência a serviços de saúde especializados, quando necessário, além de encaminhamentos a escolas, centros culturais, esportivos, organizações comunitárias, programas de Assistência Social, e outros, com o objetivo de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida dos jovens..

II – ORGANIZANDO A ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE E AO JOVEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As equipes de saúde devem desenvolver uma postura ativa e propositiva em relação aos adolescentes e jovens de sua área de abrangência, priorizando as áreas de risco e considerando os dados epidemiológicos de sua área. Para atuar de forma preventiva nos problemas que surgem na adolescência é necessário promover o vínculo e desenvolver ações de saúde de forma continuada (avaliação anual, grupos educativos), particularmente na faixa etária de 5 a 12 anos.

Sugerimos a avaliação e acompanhamento anual de alguns indicadores epidemiológicos e assistenciais pelas equipes de saúde:

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS

- adolescentes atendidos na Unidade de Saúde
- atividades educativas desenvolvidas com adolescentes (número e frequência, número de participantes, temas);
- adolescentes cadastrados no Programa de Planejamento Familiar;
- proporção de gravidez em adolescentes (10-14; 15-19);
- acompanhamento pré-natal de adolescentes (cadastradas; acompanhadas);
- índice de aleitamento materno exclusivo (4^o mês) em mães adolescentes;
- perfil de mortalidade, morbidade hospitalar e ambulatorial nas faixas etárias 10-14; 15-19; 20-24 anos.
- Casos atendidos/acompanhados: DST/AIDS, drogadição, violência doméstica e sexual; trabalho precoce;

As equipes de saúde devem planejar estratégias e ações que sejam atrativas e sedutoras para os adolescentes, tais como, atividades em grupo, rodas de conversa, discussão de vídeos, teatro, murais, etc, com temas relativos à saúde, sexualidade, afetividade, cuidados com o corpo, alimentação, prevenção de DST/AIDS, entre outros. Essas atividades devem ser desenvolvidas em espaços freqüentados pelos adolescentes, nas salas de espera das Unidades de Saúde, nas Escolas, Centros Comunitários, Núcleos de Apoio às Famílias da SMAS (NAF's), núcleos de esportes, entre outros.

Para isso, é fundamental que o gerente junto com as equipes de saúde, identifiquem os recursos locais e busquem articular propostas de trabalho, em sua área de abrangência, envolvendo escolas, associações comunitárias, grupos culturais, esportivos, ONG's, Comissão Local de Saúde, Núcleos de Apoio às Famílias (NAF's), programas da Assistência Social (Agente Jovem, Liberdade Assistida), Agentes Multiplicadores de Prevenção em DST/AIDS, etc.

III- ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE:

1) Cabe à toda a Equipe de Saúde:

- Dando continuidade ao acompanhamento à saúde das crianças da área de abrangência da Unidade de Saúde, programar avaliação anual das crianças de 5 – 10 anos, priorizando as áreas de risco e a população usuária do SUS;
- Programar avaliação de saúde semestral dos adolescentes de 10 a 14 anos e anual para a faixa etária de 15 a 24 anos da área de abrangência, priorizando as áreas de risco, envolvendo os seguintes aspectos:
 - Avaliação integral da saúde
 - Crescimento e desenvolvimento;
 - Imunização
 - Saúde Bucal
 - Alimentação, distúrbios nutricionais
 - Atividade física;
 - Sexualidade, contracepção, prevenção de DST/AIDS
 - Prevenção de riscos (tabagismo, álcool, drogas), educação em saúde.
- Desenvolver uma atitude acolhedora com os adolescentes e jovens que chegam às UBS, avaliando suas queixas e demandas, prestando o atendimento necessário;
- Estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional;
- Garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento
- Estar alerta a situações de risco, tais como, violência doméstica e sexual, tabagismo, uso de álcool, drogas, trabalho infantil, evasão escolar, gravidez na adolescência, distúrbios de comportamento, em todo atendimento a criança e ao adolescente e nas visitas domiciliares;
- Orientar os adolescentes e jovens sobre seus direitos à saúde, informando sobre os serviços e ações existentes na Unidade de Saúde (contracepção, prevenção de DST/AIDS, imunização, saúde bucal, atendimento médico, grupos operativos, etc)

2) Agente Comunitário de Saúde/ Auxiliar de Enfermagem:

- Identificar situações de risco, tais como, violência doméstica e sexual, abuso de álcool e drogas, trabalho precoce, evasão escolar, gravidez na adolescência, distúrbios de comportamento, nas visitas domiciliares, e informar o caso à equipe de PSF;

- Orientar e encaminhar todos os adolescentes e jovens da área de abrangência da Unidade de Saúde para avaliação de saúde semestral (10-14 anos) ou anual (15-24 anos) priorizando casos de maior risco, gravidez, DST/AIDS, drogadição, vítimas de violência,
- Orientar os adolescentes e suas famílias sobre hábitos saudáveis de vida, prevenção de riscos, importância da socialização (participação de grupos, movimentos culturais, esportes, lazer);
- Participar da articulação da rede de apoio local (escolas, creches, projetos esportivos e culturais), de ações educativas e de mobilização comunitária.

3) Médico Generalista/ Pediatra:

- Programar junto à equipe de PSF uma avaliação de saúde semestral (10-14 anos) ou anual (15-24 anos) dos adolescentes e jovens da área de abrangência, priorizando as áreas de risco;
- Desenvolver uma atitude acolhedora, flexível, com escuta atenta às queixas ou demandas do adolescente;
- Garantir confiança, respeito e privacidade no atendimento ao adolescente;
- Avaliar a situação global de saúde do adolescente ou jovem, queixas, sinais de doenças agudas ou crônicas, sinais vitais;
- Verificar situação vacinal;
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento do adolescente;
- Avaliar o estadiamento puberal através das tabelas de Tanner;
- Avaliar hábitos alimentares, distúrbios nutricionais;
- Avaliar o comportamento do adolescente em relação à família, escola, socialização (participação em grupos); esportes, lazer, afetividade, sexualidade;

- Avaliar situações ou comportamentos de risco e se necessário encaminhar para atenção secundária:
 - sintomas depressivos (isolamento, apatia, agressividade, baixo rendimento escolar, tentativa de suicídio);
 - tabagismo, uso de álcool e outras drogas;
 - sexualidade (namoro, vida sexual, contracepção, prevenção de DST/AIDS)
 - sinais sugestivos de violência intrafamiliar ou abuso sexual;
 - trabalho precoce
 - evasão, repetência ou dificuldades escolares
- Orientar os adolescentes sobre hábitos saudáveis de vida e prevenção de riscos
- Prestar os cuidados necessários referentes às queixas ou patologias existentes, fazendo a propedêutica de acordo com as necessidades de cada caso;
- Registrar o atendimento no prontuário e no impresso correspondente do sistema de produção, destacando situações de risco que necessitam de acompanhamento ou encaminhamentos específicos;
- Agendar retorno e/ou visita domiciliar quando houver necessidade;
- Fazer os encaminhamentos necessários (Planejamento Familiar, Pré-Natal, imunização, saúde bucal, saúde mental, Conselho Tutelar, especialidades, internação, urgência, etc)

4) Ginecologista:

- Doenças sexualmente não responsivas a tratamentos anteriores;
- Leucorréias sem resolução ao tratamento habitual;
- Alterações do ciclo menstrual de difícil controle (metrorragias, amenorréias, oligomenorréias, polimenorréia, dismenorréia);
- Patologias vulvares anteriores;
- Policistose ovariana e suas repercussões;

- Alterações mamárias (fibroadenomas e outros tumores da mama, politelias, polimastia, assimetria mamária).
- Realização do pré natal de alto risco (gravidez precoce, doenças crônicas

5) Assistente Social / Enfermeiro:

- Avaliar situações ou comportamentos de risco no adolescente e no jovem (evasão escolar, trabalho, violência doméstica e sexual, tabagismo, uso de drogas, sintomas depressivos);
- Orientar os adolescentes e suas famílias sobre hábitos saudáveis de vida, prevenção de riscos, importância da socialização (grupos, movimentos culturais, esportes, lazer);
- Promover atividades educativas através de grupos de jovens, rodas de conversa, oficinas em escolas, discussão de vídeos, produção de murais, reunião com pais. Temas sugeridos: sexualidade, prevenção DST/AIDS; promoção hábitos saudáveis: atividade física, prevenção do tabagismo, álcool, drogas
- Avaliar e buscar integração com os recursos sociais, comunitários e familiares para apoio ao adolescente e jovem (NAF's, escolas, oficinas de cultura, esportes, centros comunitários, profissionalização);
- Fazer os encaminhamentos necessários (de saúde, sociais, jurídicos, psicológicos e de auto ajuda) ;
- Agendar retorno e/ou visita domiciliar quando necessário;

6) Atenção Secundária - Pediatra especialista em adolescência

- Deverá ser definido em cada Distrito, referência secundária especializada na área de adolescência e referência ginecológica para apoio aos casos de maior complexidade encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, tanto referente à prevenção quanto à assistência.
- Problemas de saúde específicos da adolescência que não possam ser resolvidos pelo médico generalista ou pediatra das Unidades Básicas de Saúde, deverão ser encaminhados ao médico especialista em adolescência (pediatra, ginecologista):
 - Retardo puberal;

- Ginecomastia patológica em adolescentes;
- Atrasos no desenvolvimento pondero-estatural;
- Acne leve;
- Depressão leve, uso experimental/ocasional de drogas;
- Obesidade leve, sem agravos associados;
- Dificuldades no exercício da sexualidade (masturbação compulsiva, risco de exploração sexual, conflitos quanto aos comportamentos sexuais/homossexuais;)
- Dificuldades no diagnóstico clínico específico da puberdade;
- Gestantes adolescentes consideradas de risco;
- Mães adolescentes que necessitem de orientação e apoio individualizado, ou por apresentarem RN de risco.

IV – ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

“O desenvolvimento de um vínculo de confiança entre o adolescente e o profissional é a base para qualquer trabalho preventivo”.

1 – Avaliação clínica:

O profissional deve manter uma postura de compreensão e empatia, observando e estimulando o adolescente a expor suas queixas e angústias, sempre atento na possibilidade de queixas não verbalizadas. Estabelecer uma boa relação médico-paciente, assegurando privacidade e confiabilidade, através da garantia do sigilo médico, exceto em situações de risco de vida, próprio ou de terceiros, conforme os princípios da ética profissional.

A participação dos pais na consulta médica tem por objetivo o fornecimento de informações sobre a história pregressa do adolescente, dados sobre o relacionamento familiar e orientação quanto ao tratamento. Devem ser estabelecidos momentos para o atendimento do adolescente em separado dos pais, assim como poderá atendê-lo quando estiver sozinho e mostrar maturidade para se responsabilizar por seu tratamento.

É necessário conquistar a confiança do paciente e estabelecer vínculo. A consulta de rotina do adolescente deve incluir algumas condutas e avaliações associadas com prevenção de doenças e/ou promoção de saúde.

Exame físico:

- Aconselhamos a presença de um(a) auxiliar quando do exame de mamas e genitália, principalmente quando o profissional for do sexo oposto ao do adolescente.

- A avaliação do crescimento será realizada utilizando os gráficos sugeridos no protocolo do adolescente, com acompanhamento seriado durante o estirão pubertário.
- A maturação sexual será avaliada e acompanhada pelas tabelas de Tanner;
- Medição da pressão arterial em cada consulta, permitindo um diagnóstico precoce da hipertensão arterial.
- O exame pélvico em meninas é rotina somente para aquelas que sejam sexualmente ativas.
- Exame da mama (detecção de massas e ensino de auto-exame);
- Exame do testículo (pesquisa de tumores e ensino de auto-exame);
- Avaliação da coluna vertebral (escoliose e outros);

2 - Exames laboratoriais:

- Hemograma
- Glicemia
- Urina – rotina
- VDRL, HIV (para os adolescentes sexualmente ativos, de ambos os sexos, com história de vários parceiros – uma vez ao ano);
- Sorologia para Hepatite B, Hepatite C (uso de piercings, tatuagens, uso de drogas injetáveis)
- Exame preventivo ginecológico (para adolescentes do sexo feminino que já iniciaram atividade sexual – uma vez ao ano);
- Outros exames deverão ser solicitados de acordo com a necessidade de cada caso.

3 - Grupos de educação em saúde:

As equipes de saúde deverão promover atividades de grupos de educação em saúde para os adolescentes e jovens, no mínimo mensais, através de dinâmicas participativas, possibilitando a discussão e reflexão sobre temas como afetividade, sexualidade, contracepção, prevenção de DST/AIDS, gravidez na adolescência, cuidado corporal, alimentação, atividade física, prevenção do tabagismo e uso de outras drogas, hábitos saudáveis de vida, construção de projeto de vida (pessoal, afetiva, profissional), perspectivas de estudo e trabalho, autonomia e responsabilidade, estímulo ao desenvolvimento de atividades artísticas, culturais e esportivas.

Deve-se priorizar a prevenção da gestação precoce não planejada, D.S.T./Aids, ao uso ou abuso de drogas e à saúde mental a partir da reflexão por parte do adolescente sobre seu projeto de vida e a responsabilidade quanto as suas ações, reforçando a sua auto-estima.

V - ROTEIRO PARA VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

VACINAS	PASSADO VACINAL	CONDUTA
BCG ID	SEM CICATRIZ COM UMA CICATRIZ COM DUAS CICATRIZES	VER CASOS ESPECIAIS (1) FAZER 2ª DOSE VACINADO
HEPATITE B	NÃO VACINADO MENOS 3 DOSES 3 DOSES	3 DOSES COMPLETAR 3 DOSES VACINADO
dT	3 DOSES OU + DE TOXÓIDE MENOR DE 3 DOSES NÃO VACINADO OU IGNORADO	REFORÇO-ÚLTIMA + DE 10A COMPLETAR 3 DOSES 3 DOSES
TRIVIRAL	SEM CONFIRMAÇÃO DE DOSE ACIMA DE 1 ANO DE IDADE	UMA DOSE (2)
FEBRE AMARELA	NENHUMA DOSE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS	UMA DOSE (3)

Obs.:

1 – O Ministério da Saúde só recomenda a primovacinação fora da infância nas seguintes situações: contatos domiciliares de hansenianos ou HIV positivos, profissionais de saúde PPD não reatores e recrutas recém engajados PPD não reatores.

2 – Tríplíce viral: A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda uma segunda dose a partir de 5 anos de idade.

3 – Vacina contra a febre amarela: incluída no calendário de diversos estados.

4 – Vacina contra *Haemophylus influenzae* tipo b: indicada apenas a adolescentes esplenectomizados. Avaliar nos imunodeficientes.

5 – Vacina contra a varicela: é recomendada pela SBP em dose única a partir dos 12 meses. Acima de 13 anos, duas doses com intervalo de 4-8 semanas.

6 – Hepatite A: recomendada pela SBP.

7 – Poliomielite: a maioria dos adolescentes brasileiros receberam várias doses de vacina oral, inclusive nas campanhas, não necessitando de revacinação.

VI- MATERIAL DE APOIO:

- 1- Prontuário do Adolescente e do Jovem
- 5- Tabelas de Tanner
- 3- Relação dos Serviços de Referência para Atenção ao Adolescente
- 4- Relação das Instituições e Programas que prestam atendimento a adolescentes

VII - SUGESTÕES DE ATIVIDADES COM AS ESCOLAS

- 1- Campanhas de vacinação nas escolas, com discussão prévia dos seus benefícios, efeitos colaterais, indicações e intervalos dos reforços.
- 2- Participação ou assessoria de projetos em sexualidade ou DST/AIDS.
- 3- Campanhas de prevenção de epidemias (ex: dengue, leishmaniose, leptospirose...), de patologias bucais, drogadição, etc; quer seja com atividades dentro da escola ou com a preparação de jovens para atuarem como agentes multiplicadores.
- 4- Participação em projetos de profissionalização.
- 5- Parceria em atividades extra-classe, p.ex: teatros, oficinas terapêuticas (saúde mental), feiras de ciências. A idéia aqui é aproveitar momentos especiais, para estreitar laços com os centros de saúde, diminuindo a resistência do adolescente.
- 6- Divulgação nas escolas os serviços de planejamento familiar e pré-natal para adolescentes, vacinação, atendimento pela equipe de saúde.
- 7- Participação em projetos de prevenção ou diagnóstico precoce de distúrbios nutricionais, hipertensão arterial, diabetes, uso de drogas.
- 8- Trabalho com as questões da vulnerabilidade, ver material do MS.

VIII - RELAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES E PROGRAMAS QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

- Conselhos Tutelares
- Associação Municipal de Assistência Social (AMAS)
- Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA)
- Secretaria Municipal de Direitos de Cidadania (SMDC)
 - Conselho da Juventude
 - Centro de Apoio às Vítimas de Violência (CAVIV)
- Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS)
 - Programa Sentinela (Abuso Sexual)
 - Núcleos de Apoio às Famílias (NAF's)
 - Serviços de Orientação Sócio-Familiar (SOSF)
 - Programa Agente Jovem
 - Programa Liberdade Assistida
 - Programa de Abrigos
 - Programa Miguilim
 - Programa Muriki (portadores de deficiência)
- Secretaria Municipal de Educação (SMED)
 - Rede pela Paz
- Secretaria Municipal de Cultura (SMC)
 - Arena da Cultura
 - Centros de Apoio à Criança (CAC's)
- Secretaria Municipal de Esportes (SMES)
 - Núcleos de Esportes