



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA



MANUAL

AIDPICRIANÇA

Brasília - DF
2017

2 meses a 5 anos

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

MANUAL



AIDPICRIANÇA

Brasília - DF
2017

2 meses a 5 anos

2017 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância.



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

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

Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas
Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
SAF Sul, trecho 2, lotes 5/6, Edifício Premium, bloco II
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9041

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
SEM, lote 19
CEP: 70800-400 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3251-9472

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA
SEPN 510 Bl A - s/n An 1
CEP: 70750-521 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3340-8293

Supervisão-Geral:

Cristiano Francisco da Silva – MS/DF
Gizeli de Lima – MS/DF
João Amaral – UFC/CE
Thereza de Lamare Franco Neto – MS/DF
Vera Lopes dos Santos – MS/DF

Revisão Técnica:

Amanda Souza Moura – MS/DF
Bárbara C. M. Souza – MS/DF
Cristiano Francisco da Silva – MS/DF
Estanislene Oliveira Brilhante Silva – MS/DF
Fernanda Ramos Monteiro – MS/DF
Fernando Pessoa de Albuquerque – MS/DF
Gabriel Côrtes – MS/DF
Gisele Menê de Castro – MS/DF

Gizeli de Lima – MS/DF
Hernane Guimarães dos Santos Junior – MS/DF
Isabela Resende Pereira – MS/DF
Jaime Henrique Castro Valencia – MS/DF
João Amaral – UFC/CE
Juliana Silva Gama – MS/DF
Livia Custodio Puntel Campos – MS/DF
Lúcia Helena Rodrigues – Imp/PE
Marcia Dorcelina Trindade Cardoso – RJ
Maria da Graça Mouchrek Jaldin – Ufma/MA
Maria de Lourdes Ribeiro – MS/DF
Raysa Micaelle dos Santos Martins – MS/DF
Thayna Maria Holanda de Souza – MS/DF

Projeto gráfico e diagramação:

Compasso Comunicação

Capa e revisão da diagramação:

Maherle Leite

Apoio:

Instituto da Primeira Infância – Iprede

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva e Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Manual Aidi Criança: 2 meses a 5 anos [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
243 p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmis.saude.gov.br/publicacoes/manual_aidi_crianca_2meses_5anos.pdf>
ISBN 978-85-334-2501-9

1. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi). 2. Saúde da criança. 3. Doenças. I. Título. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. Fundo das Nações Unidas para a Infância.

CDU 616-053.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0056

Título para indexação:

Facilitator guide: IMCI Child: 2 months to 5 years

Sumário

Prefácio	5
Introdução	7
Capítulo 1 Avaliar e Classificar	11
1.1 Perguntar à mãe/pai ou responsável pelo cuidado quais problemas a criança apresenta	12
1.2 Verificar os sinais gerais de perigo	15
1.3 Avaliar e classificar a tosse ou dificuldade para respirar	19
1.4 Avaliar e classificar a sibilância	32
1.5 Avaliar e classificar a diarreia	41
1.6 Avaliar e classificar a febre	50
1.7 Avaliar e classificar o problema de ouvido	59
1.8 Avaliar e classificar a dor de garganta	62
1.9 Avaliar e classificar o estado nutricional e palidez palmar	66
1.10 Avaliar outros problemas	80
Capítulo 2 Tratar	81
2.1 Tratar em casa	81
2.2 Selecionar o medicamento apropriado e identificar a dose e o plano de tratamento	89
2.3 Tratamentos prévios à referência urgente	97
2.4 Tratar a crise de sibilância	101
2.5 Dar <i>artemether</i> injetável para a malária grave (área com risco de malária)	108
2.6 Dar líquidos adicionais para a diarreia e continuar a alimentação	108
2.7 Tratar a diarreia persistente grave	120
2.8 Tratar a diarreia persistente	120
2.9 Tratar disenteria, caso haja comprometimento do estado geral	120
2.10 Ensinar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado a utilizar tratamento sintomático	121
2.11 Quando as crianças de 2 meses a 5 anos de idade devem retornar imediatamente	124
2.12 Recomendar à mãe/pai ou responsável pelo cuidado a respeito de sua própria saúde	124
Capítulo 3 Aconselhar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado	126
3.1 Informar como está o crescimento da criança	126
3.2 Avaliar a alimentação	127
3.3 Recomendar a respeito da alimentação da criança de acordo com a faixa de idade	128
3.4 Identificar os problemas de alimentação	141
3.5 Recomendar a respeito da alimentação da criança em situações especiais	142
3.6 Avaliar a prática de atividade física	151
3.7 Identificar os problemas em relação à prática de atividade física	152
3.8 Recomendar a respeito da prática de atividade física	152
3.9 Recomendar a respeito das medidas preventivas	153

Capítulo 4	Consulta de Retorno	157
4.1	Consulta de retorno para pneumonia	160
4.2	Consulta de retorno para sibilância	162
4.3	Consulta de retorno para diarreia persistente	163
4.4	Consulta de retorno para disenteria	164
4.5	Consulta de retorno para febre em área com risco de malária	166
4.6	Consulta de retorno para febre em área sem risco de malária	167
4.7	Consulta de retorno para problema de ouvido	168
4.8	Consulta de retorno por infecção moderada de garganta	171
4.9	Consulta de retorno por problema de alimentação	172
4.10	Consulta de retorno por peso baixo ou ganho de peso insuficiente	173
4.11	Consulta de retorno por peso muito baixo	173
4.12	Consulta de retorno para peso elevado	176
4.13	Consulta de retorno por anemia	177
Capítulo 5	Acompanhamento do Desenvolvimento	178
5.1	Avaliar o desenvolvimento da criança	178
5.2	Observar o desenvolvimento da criança	182
5.3	Classificar o desenvolvimento	204
5.4	Orientar para promoção do desenvolvimento infantil saudável	206
Capítulo 6	Prevenção da Violência	221
6.1	Abordagem da violência contra a criança	221
6.2	Violência contra a criança	223
6.3	Avaliar os sinais e os sintomas de violência nas crianças menores de 5 anos	226
6.4	Classificar a violência	233
6.5	Os cuidados para a criança em situação de violência	236
6.6	Atitude do profissional de saúde diante de casos compatíveis ou suspeitos de violência contra a criança	237
6.7	Aconselhar pais e cuidadores	238
Anexo A –	Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências	242
Equipe Técnica		243

Prefácio

A Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi Criança) tem por objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade de crianças entre 2 meses a 5 anos de idade, por meio da melhoria da qualidade da atenção prestada à criança por profissionais de saúde, em especial na Atenção Básica à Saúde.

Trata-se de uma abordagem da atenção à saúde da criança, desenvolvida originalmente pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que teve início no Brasil em 1996. Caracteriza-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, em vez de o enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida.

Propõe-se melhor organização dos serviços de saúde, ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, além da melhora do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Estes são primordiais para criarmos condições que visam garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis.

Graças à conjunção de avanços de uma série de políticas públicas universais – como a ampliação do acesso à Atenção Básica à Saúde; a praticamente extinção de doenças imunopreveníveis pelo Programa Nacional de Imunização (PNI); a melhoria das taxas de aleitamento materno com o amplo leque de ações do Programa Nacional de Aleitamento Materno; e, mais recentemente, a redução da pobreza obtida pelo Programa Bolsa Família – nosso país obteve melhora significativa na taxa de mortalidade infantil e na infância¹.

No ano de 2012, as taxas de mortalidade infantil e na infância foram respectivamente de 14,6/1.000 nascidos vivos (NV) e 16,9/1.000 NV, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS).

Os índices alcançados fizeram com que o Brasil atingisse, já em 2012, três anos antes do prazo estabelecido e com uma das maiores taxas de redução do mundo, a Meta 4 dos Objetivos

¹ RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, v. 382, n. 9886, p. 57-64, July 2013.

de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso internacional assumido de diminuir a mortalidade infantil para 15,7/1.000 NV em 2015. Embora todos esses avanços, os cuidados com a saúde da criança indígena ainda necessita de maior fortalecimento na Política Nacional de Saúde e, neste sentido, faz-se necessário o envolvimento intrasetorial e interinstitucional. Para um impacto ainda mais significativo dessas ações é preciso continuar avançando com compromisso e determinação, envolvendo o poder público e a sociedade civil. Vale ressaltar, que ainda persistem elevadas taxas de mortalidade neonatal, preocupação central das ações de qualificação e humanização da atenção neonatal e obstétrica da Rede Cegonha, além de sérias desigualdades regionais e em grupos vulneráveis, como populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas, sendo que crianças indígenas têm ainda cerca de três a quatro vezes maior risco de morrer do que as não indígenas.

Para cumprir esse desafio, o Ministério da Saúde apresenta mais uma importante ferramenta para apoiar os profissionais do setor de Saúde: a revisão do *Manual Aidpi Criança* (atenção as crianças de 2 meses a 5 anos). Com outras publicações, como o *Manual Aidpi Neonatal* (atenção à mulher antes da gestação a criança menor que 2 meses) e o *Manual Aidpi Comunitário Materno Infantil* (atenção à mulher antes da gestação a criança menor que 5 anos), o presente documento completa a série de guias para os profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde da criança.

A presente revisão incorporou novas recomendações, aprimorando ainda mais a estratégia, e foi elaborada com o apoio de vários profissionais, há muito tempo dedicados à causa da estratégia Aidpi, aos quais o Ministério de Saúde agradece imensamente pelo seu compromisso com a saúde da criança brasileira e pela contribuição a esta obra. Baseada nas melhores evidências científicas, ela proporciona à equipe de saúde uma maneira eficaz de operacionalizar o cuidado integral à saúde de mulheres e crianças, a fim de reduzir ainda mais as iniquidades em saúde do nosso país.

Ministério da Saúde

Introdução

Este livro constitui o material didático utilizado nos cursos de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi) para atenção a crianças de 2 meses a 5 anos de idade, e tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da morbidade e mortalidade.

Essa estratégia se alicerça em três pilares básicos: o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde; e o último é a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja participação de todos na identificação, na condução e na resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente dos menores de 5 anos de idade.

As condutas preconizadas pela Aidpi incorporam todas as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, à prevenção e ao tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno, à promoção de alimentação saudável, ao crescimento e desenvolvimento, à imunização, assim como o controle dos agravos à saúde, tais como: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros. A operacionalização dessa estratégia vem sendo efetivada principalmente pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e capilarizada em todo território nacional.

O objetivo da estratégia Aidpi não é estabelecer diagnóstico específico de uma determinada doença, mas identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e a classificação adequada do quadro e fazer triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança: encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio.

As condutas de atenção integrada descrevem como tratar crianças doentes que chegam à unidade de saúde no nível primário, tanto para a primeira consulta como para uma consulta de retorno, quando verificará se houve melhora ou não. Embora a Aidpi não inclua todas as doenças, abrange aquelas que são as principais causas pelas quais se leva uma criança à unidade de saúde. Uma criança que retorna com problemas crônicos ou que é acometida de doenças menos comuns necessita de atenção especializada, o que não é o objeto deste curso. Da mesma forma, o curso não se destina ao tratamento de traumas ou outras emergências graves decorrentes de acidentes ou ferimentos, assim como não inclui o tratamento de outras doenças da infância. Nesses casos, ou se a criança não responde às condutas de tratamento padronizado indicadas

neste curso, ou apresenta um estado grave de desnutrição ou retorna repetidamente à unidade de saúde, será necessário referi-la a um serviço de saúde de maior complexidade, onde deverá receber tratamento especializado.

Embora os profissionais de saúde tenham experiência no manejo de doenças comuns da infância e recebam capacitação específica para cada doença – como, por exemplo, infecções respiratórias agudas ou doença diarreica aguda –, a capacitação, muitas vezes, não ajuda a sistematização da consulta clínica, quando a criança apresenta vários problemas. Com limitações de tempo e de recursos, é difícil para os profissionais de saúde identificar e tratar todos os problemas de saúde da criança simultaneamente. É preciso levar em conta que existem relações importantes entre as doenças. Por exemplo: episódios repetidos de diarreia podem ocasionar ou agravar a desnutrição; esta, por sua vez, nas formas graves ou complicadas, pode precipitar manifestações de xeroftalmia.

O profissional de saúde pode usar os procedimentos de atenção integrada apresentados neste curso para avaliar rapidamente todos os sintomas e sinais apresentados pela criança, classificar a criança e adotar a conduta adequada. Se a criança está gravemente doente, deverá ser encaminhada para um hospital. Se a doença não é grave, poderão ser adotadas as normas de tratamento ambulatorial ou domiciliar, orientando-se a mãe ou o responsável pela criança quanto ao tratamento, aos cuidados que lhes devem ser prestados no domicílio, assim como sobre os sinais indicativos de gravidade daqueles casos que exigirão retorno imediato da criança à unidade de saúde para uma reavaliação.

Cabe ao profissional de saúde a importante missão de acolher a criança e sua família, compreender a extensão do problema que a aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Constitui sua função implícita estabelecer um canal de comunicação com a mãe ou o responsável pela criança, de modo que ela apreenda as recomendações referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, assim como memorize os sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança à unidade de saúde.

A utilização de sinais e sintomas que apresentam boa relação de sensibilidade e especificidade, permitindo um diagnóstico mais preciso, constitui o ponto alto dessa estratégia. Associada a uma sistematização adequada do atendimento, dotada de forma e sequência bem encadeadas, que priorizam a gravidade, com potencial de flexibilidade capaz de se adequar às mais diversas situações epidemiológicas, essa estratégia de atenção à criança na área de Saúde Pública revelou a melhor relação de custo/benefício. Por isso, a importância da apresentação da estratégia para a Rede de Atenção à Saúde da localidade, como, por exemplo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e as unidades hospitalares, a fim de que outros profissionais, além daqueles da Atenção Básica, tenham o conhecimento sobre a estratégia, assim favorecendo o fluxo de atendimento, a comunicação e o referenciamento entre esses serviços.

Essa estratégia é apresentada em uma série de quadros que mostram a sequência e a forma dos procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde. Esses quadros descrevem em cores, segundo os riscos (vermelho, amarelo e verde), os seguintes passos: Avaliar e Classificar, Tratar a Criança, Aconselhar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado e Consulta de Retorno. Esses quadros foram desenhados para ajudar o profissional de saúde a atender as crianças de forma correta e eficiente. O profissional de saúde receberá orientação quanto à forma de tratar as crianças doentes seguindo os quadros de conduta, que incluem informações sobre como:

- Avaliar sinais e sintomas de doenças, o estado nutricional e de vacinação da criança.
- Classificar a doença, identificar o tratamento adequado para cada classificação e decidir se cabe referi-la ou não ao hospital.
- Administrar tratamentos prévios antes de referir a criança ao hospital (como a primeira dose de um antibiótico, vitamina A, uma injeção de antimalárico ou começar o tratamento para evitar uma hipoglicemia), e como referir à criança.
- Administrar tratamentos no serviço de saúde como, por exemplo, terapia de hidratação oral (TRO), nebulização e aplicação de vacinas.
- Ensinar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado a administrar medicamentos específicos em casa, como um antibiótico oral, um antimalárico oral ou um suplemento alimentar específico.
- Recomendar mãe/pai ou responsável pelo cuidado sobre a alimentação e os cuidados a serem prestados à criança em casa.
- Orientar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado quando deve voltar imediatamente e para a consulta de retorno.
- Reavaliar o caso e prestar a atenção apropriada quando a criança voltar à unidade de saúde.

Esses passos são provavelmente parecidos com os que você utiliza atualmente para atender crianças doentes, ainda que possam estar sistematizados de outros modos. O passo denominado AVALIAR A CRIANÇA implica a preparação de um histórico de saúde da criança, mediante perguntas adequadas e um exame físico completo.

CLASSIFICAR A DOENÇA significa determinar a gravidade da doença: você selecionará uma categoria ou classificação para cada um dos sinais e sintomas principais que indiquem a gravidade da doença. As classificações não constituem diagnóstico específico da doença, mas ao contrário, são categorias utilizadas para identificar o tratamento.

Os Quadros de Procedimentos recomendam o tratamento apropriado para cada classificação. Quando se usam esses procedimentos, bastará procurar a classificação no quadro para poder identificar o tratamento da criança. Por exemplo, uma criança que tenha DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE, pode ter meningite, malária grave ou septicemia. Os tratamentos indicados para DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE são apropriados porque foram selecionados para cobrir as doenças mais importantes nessa classificação, não importando quais sejam.

TRATAR significa proporcionar atendimento na unidade de saúde, incluindo a prescrição de medicamentos e outros tratamentos a serem dispensados no domicílio, bem como as recomendações às mães para realizá-los bem.

ACONSELHAR A MÃE/PAI OU RESPONSÁVEL PELO CUIDADO implica avaliar a forma pela qual a criança está sendo alimentada e proceder às recomendações a serem feitas sobre os alimentos e os líquidos que deve dar à criança, assim como instruí-la quanto ao retorno à unidade de saúde.

É nosso desejo que este material represente uma contribuição na melhoria da atenção prestada à saúde da criança que, associada a ajustes na organização dos serviços e a um processo de educação permanente desenvolvido com a família e a comunidade, propicie uma melhoria significativa dos indicadores de saúde no Brasil.

Capítulo 1 Avaliar e Classificar

Uma mãe leva seu filho à unidade de saúde devido um problema, um sintoma particular ou uma consulta de rotina. Ou ainda, você realiza uma visita domiciliar e detecta um problema na criança. Se você somente avalia a criança por esse problema ou esse sintoma, possivelmente deixará passar outros sinais de doença. A criança pode ter pneumonia, diarreia, malária ou desnutrição. Essas doenças, se não são tratadas, podem causar a morte ou incapacitar crianças pequenas.

No quadro AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DE 2 MESES A MENOR DE 5 ANOS DE IDADE, descreve-se como avaliar e classificar as crianças de modo que os sinais de doença não passem despercebidos. De acordo com o quadro, você fará perguntas a mãe sobre os problemas da criança e verificará se esta apresenta sinais gerais de perigo. A seguir, fará perguntas sobre os sintomas principais.

Uma criança que tenha um ou mais dos sintomas principais pode estar com uma doença grave. Na presença de um sintoma principal, você fará mais perguntas para poder classificar a criança. Além disso, você avaliará o estado nutricional, crescimento e desenvolvimento. Também verificará o estado de imunização da criança, a prevenção da violência, avaliará outros problemas mencionados pela mãe e orientará sobre o tratamento, medidas preventivas e quando retornar.

Nas comunidades de difícil acesso, uma das estratégias de atenção à saúde é a realização de visitas domiciliares periódicas. Esse formato, diferente dos contextos urbanos em que há maior facilidade de acesso ao serviço de saúde, implica adaptações na organização do processo de trabalho. Por exemplo, pode alterar o fluxo de encaminhamento no que se refere a sua temporalidade ou exigir a inserção de tecnologias de cuidado apropriadas ao contexto.

Nota: A título de simplificação e esclarecimentos, as instruções dos manuais da estratégia Aidpi Criança estão direcionados ao responsável por cuidar da criança como “mãe”, no entanto, a criança pode ser levada ao serviço de saúde por outros cuidadores. Antes de iniciar a consulta observe qual o vínculo da criança com acompanhante para se dirigir a ele da maneira mais adequada.

1.1 Perguntar à mãe/pai ou responsável pelo cuidado quais problemas a criança apresenta

A mãe (ou outro familiar) é a pessoa que geralmente leva a criança à unidade de saúde quando ela está doente. Porém, as mães com seus filhos saudáveis também procuram a unidade de saúde para o controle do crescimento e do desenvolvimento e das vacinas. No quadro AVALIAR E CLASSIFICAR, descreve-se o que você deve fazer quando uma mãe procura, com seu filho, a unidade de saúde.

Na maioria das unidades de saúde, quando os pacientes chegam, o profissional de saúde determina qual é o motivo da visita da criança e se encarrega de obter seu peso, comprimento, perímetro cefálico e temperatura. A seguir, anota esses dados na Caderneta de Saúde da Criança e no prontuário da criança. Depois, a criança é examinada pelo profissional de saúde.

Por exemplo, ao iniciar a consulta:

Receba bem a mãe e peça-lhe que se sente. Pergunte o seu nome e o da criança.

Olhe o registro para saber a idade da criança:

- Caso a criança tenha de 2 meses a 5 anos de idade, avaliar e classificar de acordo com os procedimentos da estratégia Aidpi Criança.
- Certifique-se de que aferiu e anotou o peso, o comprimento, o perímetro cefálico e a temperatura da criança. Deve fazê-lo se não tiver esses dados.

Pergunte que problema a criança apresenta.

Anote o que a mãe lhe disser sobre os problemas da criança. Uma razão importante para fazer essa pergunta é a necessidade de iniciar um diálogo. Uma boa comunicação passará segurança de que seu filho receberá a devida atenção. Mais adiante durante a consulta, quando tratar a criança, terá de ensinar e recomendar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado sobre a maneira de cuidar da criança doente no domicílio. Assim, é importante ter uma boa comunicação desde o primeiro momento.

Para empregar boas técnicas de comunicação:

- Observe como a criança e a mãe se interagem e procure sinais de qualquer coisa que possa requerer atenção.
- Escute atentamente o que lhe diz a mãe.
Demonstrará, assim, que leva a sério suas preocupações.

- **Use palavras que a mãe possa entender.** Caso ela não compreenda as perguntas que lhe são feitas, não poderá lhe dar a informação que necessita para avaliar e classificar a criança corretamente.
- **Dê-lhe tempo para que responda as perguntas.** Por exemplo, talvez a mãe necessite de tempo para decidir se o sinal sobre o qual lhe foi perguntado está presente.
- **Faça perguntas adicionais caso a mãe não esteja segura da resposta.** Enquanto você pergunta sobre um sintoma principal ou outro sinal associado, a mãe pode não saber com certeza se o sintoma ou o sinal estão presentes ou não. Faça perguntas adicionais para ajudar a mãe a responder mais claramente.

Determine se é uma primeira consulta ou consulta de retorno para esse problema.

Caso seja a primeira visita da criança para esse problema, então é uma primeira consulta. Caso a criança tenha sido atendida alguns dias antes por causa do mesmo problema, esta é uma consulta de retorno.

O propósito da consulta de retorno é diferente do propósito da primeira consulta. Durante uma consulta de retorno, o profissional de saúde procura saber se o tratamento que a criança recebeu na primeira consulta foi útil. Caso a criança não tenha melhorado ou tenha piorado depois de alguns dias, o profissional de saúde a refere a um hospital ou troca o tratamento.

É importante considerar que em alguns contextos o encaminhamento da criança a um hospital precisa ser negociado com a família/comunidade.

A maneira de averiguar se trata-se de primeira consulta ou de consulta de retorno, pode variar de uma unidade para outra. Algumas unidades de saúde agendam as datas de retorno. Em outras, o profissional de saúde escreve uma nota na ficha ou no registro de atendimentos.

Bibliografia

AMARAL, J. J. F. et al. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** avaliação das unidades de saúde. Brasília: OPAS/MS, 2002.

AMARAL, J. J. F.; CUNHA, A. J. L. A.; FONTENELE, M. A. S. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** avaliação das unidades de saúde. Brasília: OPAS/MS/Brasil, 2002.

AMARAL, J. J. F.; VICTORA, C. G. The effect of training in integrated management of childhood illness (IMCI) on the performance and healthcare quality of pediatric healthcare workers: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 151-162, 2008.

AMARAL, J. et al. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S209-S219, 2004. Suplemento 2.

BORRALHO, L. L. C. S.; CORRÊA, L. Z. M.; SILVA, M. A. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) em Cuiabá, MT: a prática dessa estratégia em unidades de saúde da família. **Nursing**, São Paulo, v. 12, n. 144, p. 241-245, 2010.

CUNHA, A. J. et al. Prole of complaints and clinical syndromes of children under 5 in Rio de Janeiro, Brazil: implications for the implementation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. **Indian Pediatrics**, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 296-301, Mar. 2000.

CUNHA, A. L. A.; SILVA, M. A. F.; AMARAL, J. A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI e sua implantação no Brasil. **Revista Pediatria**, Ceará, v. 2, p. 33-38, 2001.

GOUWS, E. et al. Improving antimicrobial use among health workers in first-level facilities: results from the Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 82, n. 7, p. 509-515, 2004.

GOVE, S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. The WHO Working Group on Guidelines for Integrated Management of the Sick Child. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 75, p. 7-24, 1997. Suppl. 1.

FELISBERTO, E. et al. Implementation process evaluation of the Integrated Management Childhood Illness strategy in the Family Health Program, Pernambuco State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1737-1745, Nov./Dec. 2002.

PARANHOS, V. D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Integrated management of childhood illness with the focus on caregivers: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 203-211, 2011.

PATWARI, A. K.; RAINA, N. Integrated management of childhood illness (IMCI): a robust strategy. **Indian Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 69, n. 1, p. 41-48, Jan. 2002.

1.2 Verificar os sinais gerais de perigo

Verifique em todas as crianças doentes se existem sinais gerais de perigo. Um sinal geral de perigo está presente se:

- A criança não consegue beber nem mamar no peito.
- A criança vomita tudo o que ingere.
- A criança teve convulsões ou movimentos anormais (< 72h).
- A criança está letárgica ou inconsciente.
- A criança apresenta tempo de enchimento capilar (TEC) > 2 seg.
- A criança apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência.

Uma criança que apresenta um sinal geral de perigo deve ser avaliada cuidadosamente. Na maioria das vezes, as crianças com um sinal de perigo necessitam ser referidas URGENTEMENTE ao hospital. Geralmente, necessitam receber tratamento para salvar-lhes a vida, como antibióticos injetáveis, oxigênio, infusão precoce de líquidos ou outros tratamentos que podem não estar disponíveis na sua unidade de saúde. Você deve completar o resto da avaliação imediatamente e rapidamente. No caso da criança realizar acompanhamento terapêutico nos sistemas tradicionais, o profissional de saúde deve negociar com a mãe/pai ou responsável pelo cuidado quanto à necessidade de liberação da criança para a unidade hospitalar. No Capítulo 2 “Tratar”, descreve-se como administrar tratamento urgente.

Esta é a primeira seção da coluna AVALIAR. Ela indica como verificar se existem sinais gerais de perigo.

Verificar se há sinais gerais de perigo	
PERGUNTAR • A criança consegue beber ou mamar no peito? • A criança vomita tudo o que ingere? • A criança apresentou convulsões ou movimentos anormais há menos de 72h?	OBSERVAR • Se a criança está letárgica ou inconsciente. • Se a criança apresenta tempo de enchimento capilar > 2seg. • Se a criança apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência.
Obs: uma criança que apresente qualquer sinal geral de perigo necessita ser urgentemente assistida: completar imediatamente a avaliação, administrar o tratamento indicado prévio à referência e referir urgentemente ao hospital.	

Enquanto verifica se existem sinais gerais de perigo:

PERGUNTAR: a criança consegue beber ou mamar no peito?

Uma criança que apresente o sinal “não consegue beber ou mamar no peito” está demasiadamente debilitada.

Quando perguntar à mãe ou responsável se a criança consegue beber ou mamar no peito, certifique-se de que ela compreende a pergunta. Se disser que a criança não é capaz de beber ou mamar, peça-lhe que descreva o que ocorre quando ela oferece algo à criança para beber. Pergunte, por exemplo, a criança pode levar o líquido à boca e engolir? Caso você não esteja seguro da resposta da mãe, peça-lhe que ofereça à criança um gole de água potável ou leite do peito.

Observe para ver se a criança ingere a água ou o leite.

Uma criança que está sendo amamentada talvez tenha dificuldade para sugar quando seu nariz está obstruído. Nesse caso, limpe-o. Depois de limpar o nariz, se a criança puder mamar, ela não tem o sinal de perigo “não pode beber ou mamar no peito”.

PERGUNTAR E OBSERVAR: a criança vomita tudo o que ingere?

Caso a resposta seja positiva, verifique a veracidade dessa afirmação.

A criança que não retém nada do que toma está com o sinal de perigo “vomita tudo que ingere”, portanto não poderá reter alimentos, líquidos nem medicamentos de administração oral. A criança que vomita várias vezes, mas consegue reter algum líquido, não apresenta esse sinal de perigo. Faça essa pergunta com palavras que a mãe entenda. Dê-lhe tempo para responder. Caso a mãe não esteja segura de que a criança vomita tudo, ajude-a a responder claramente. Por exemplo, pergunte-lhe com que frequência a criança vomita. Pergunte-lhe, também, se a criança vomita cada vez que toma alimentos ou líquidos. Caso não se sinta seguro da resposta da mãe, peça-lhe que ofereça um gole de água potável à criança. Verifique se a criança vomita.

PERGUNTAR: a criança teve convulsões ou movimentos anormais há menos de 72 horas?

Durante uma convulsão, os braços e as pernas da criança ficam rígidos porque os músculos se contraem, ou com movimentos repetitivos anormais de determinadas partes do corpo – por exemplo, piscar de olhos, movimentos mastigatórios ou de mãos.

Assegure-se que a criança teve convulsões durante a doença atual, há menos de 72 horas. Use palavras que a mãe entenda, como “ataques” e “espasmos”.

OBSERVAR: se a criança está letárgica ou inconsciente.

Uma criança letárgica encontra-se prostrada e não mostra interesse no que ocorre ao seu redor. A criança talvez fique inconsciente, não respondendo a chamados. Frequentemente, a criança letárgica não olha para a mãe e nem a observa enquanto você fala. Pode ter um olhar fixo, sem expressão e não se dar conta, aparentemente, do que se passa ao seu redor.

Pergunte à mãe se a criança parece estar mais sonolenta do que de costume ou se não consegue despertá-la. Certifique-se de que a criança desperta quando a mãe fala ou a sacode ou quando você bate palmas.

OBSERVAR: se a criança apresenta tempo de enchimento capilar (TEC) > 2 segundos.

Para verificar se a criança tem TEC > 2 segundos é necessário aquecer previamente a extremidade a ser examinada, pressionar seu dedo por cinco segundos contra o leito ungueal ou região hipotenar da criança. Caso você não consiga aquecer, pode fazer na área central. Observar em quanto tempo esta região volta a ficar corada; se isto acontecer após dois segundos, a criança tem um TEC prolongado, ou seja, acima de dois segundos. O TEC > 2 segundos pode ser uma evidência clínica precoce de choque e comumente vem acompanhado de taquicardia, pulso periférico filiforme ou ausente, extremidades hipotérmicas com cianose ou palidez.

Os sinais apresentados são resposta à liberação de catecolaminas endógenas que, com o comprometimento da perfusão periférica, otimiza a perfusão de órgãos vitais. A demora em identificar os sinais de hipoperfusão periférica poderá levar a criança a evoluir rapidamente para os sinais tardios de choque com hipotensão, oligúria/anúria, letargia e consequente falência cardiopulmonar.

OBSERVAR: se a criança tem batimento de asa do nariz e/ou gemência.

O batimento de asa do nariz consiste no movimento de abertura e fechamento das fossas nasais em cada respiração. Produz-se quando a criança tem dificuldade respiratória grave e é consequência do esforço para compensar a falta de oxigenação.

O gemido é um som grosso produzido quando a criança expira e é secundário ao esforço que a criança realiza para compensar algum problema respiratório ou doença grave. Uma criança

que apresenta gemido tem alguma doença grave ou infecção em qualquer parte do aparelho respiratório.

Enquanto a criança expira, estando tranquilo e sem choro, ponha seu ouvido próximo ao nariz e boca e escute se há gemido, podendo ser difícil de ouvir. Caso o som produzido seja áspero, quando a criança inspira, trata-se de estridor; se é suave e agudo na expiração, trata-se de sibilância, produzida pela passagem do ar pelas vias aéreas estreitadas.

Você aprenderá a registrar a informação a respeito da criança num formulário especial. Este formulário se denomina **Formulário de Registro**. A primeira parte deste é similar ao quadro AVALIAR E CLASSIFICAR. Ele apresenta uma lista das perguntas que serão feitas à mãe e os sinais que você deverá observar e identificar. Você deverá também registrar as informações no prontuário da criança.

Bibliografia

CUNHA, A. J. L. A. A Estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) e os serviços de emergência pediátrica. In: BEVILACQUA, C. C. et al. **Emergências Pediátricas – IPPMG/UFRJ**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 3-8.

DIECKMANN, R. A.; BROWNSTEIN, D.; GAUSCHE-HILL, M. The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. **Pediatric Emergency Care**, [S.l.], v. 26, p. 312-315, 2010.

KALTER, H. D. et al. Identifying sick children requiring referral to hospital in Bangladesh. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 75, p. 65-75, 1997. Supl. 1.

KELLEY, E. et al. Improving performance with clinical standards: the impact of feedback on compliance with the Integrated Management of Childhood Illness algorithm in Niger, West Africa. **International Journal of Health Planning and Management**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 195-205, 2001.

KOLSTAD, P. R. et al. Potential implications of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) for hospital referral and pharmaceutical usage in western Uganda. **Tropical Medicine and International Health**, [S.l.], v. 3, n. 9, p. 691-699, 1998.

1.3 Avaliar e classificar a tosse ou dificuldade para respirar

As doenças respiratórias continuam sendo um dos principais problemas de saúde pública entre os menores de 5 anos, particularmente a partir da primeira semana de vida. Uma vez superadas as afecções associadas ao período neonatal, as infecções das vias respiratórias são as causas mais comuns de doença durante a infância. Contudo, as doenças respiratórias não se constituem apenas por infecções. A asma brônquica é, também, um problema de saúde pública e tem aumentado sua incidência.

A maioria das crianças menores de 5 anos tem de quatro a oito infecções respiratórias agudas (IRA) por ano, podendo chegar a dez episódios por ano em crianças que permanecem em creches. Dessas, apenas 2%-3% evoluem para pneumonia, ressaltando-se que 80% das mortes por IRA são devido à pneumonia. Nos países em desenvolvimento, a pneumonia geralmente é causada por bactérias – as mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae* (também conhecida como pneumococo) e o *Haemophilus influenzae* –, mas nos países que introduziram no calendário básico de imunização as vacinas Hib e Pneumocócica, com o Brasil, estes agentes ocorrem em menor frequência.

As crianças com pneumonia bacteriana podem morrer por hipóxia ou septicemia. Os fatores de risco para maior gravidade e mortalidade das IRA incluem aspectos socioeconômicos, como baixa renda familiar, baixa escolaridade dos pais, aglomeração de pessoas, prematuridade, baixo peso ao nascer, calendário de vacina incompleto, ausência de aleitamento materno, desmame precoce, desnutrição, tabagismo domiciliar, demora e dificuldade de acesso à assistência médica.

É importante lembrar que a superposição dos sinais de obstrução brônquica com os de pneumonia é frequente. Tal aspecto pode resultar em falha na detecção de casos que requeiram tratamento com antibióticos e hospitalização; mas também pode induzir a prescrições desnecessárias de antibióticos para casos classificados como pneumonia que são, na verdade, problemas obstrutivos.

Das crianças doentes que vão para os serviços de saúde, grande maioria apresenta infecções respiratórias sem gravidade, que, se não forem tratadas a tempo, podem evoluir para infecções mais graves, como pneumonia e septicemia. Portanto, é essencial distinguir, entre as crianças com IRA, aquelas que têm alta probabilidade de ter pneumonia, e classificar a gravidade da doença, a fim de definir o uso de antibióticos e a necessidade de hospitalização.

Os sinais propostos como critério de entrada são TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR, que foram escolhidos em face de suspeita de pneumonia, em virtude de estarem presentes em quase

todas as crianças menores de 5 anos com IRA. A febre não é considerada bom sinal para se utilizar como critério de entrada por estar presente em outras doenças (como infecção do trato urinário, por exemplo). É necessário que a avaliação da criança seja cuidadosa e considere as queixas da mãe e a observação feita pelo profissional de saúde. Por exemplo, uma criança resfriada talvez esteja tossindo porque as secreções nasais gotejam na parte posterior da garganta. Se não há dificuldade respiratória ou comprometimento importante da atividade da criança, é provável que seja apenas uma infecção viral. Essa criança não está seriamente doente. Não necessita de tratamento com antibióticos. Sua família pode tratá-la em casa.

É importante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar as poucas crianças com tosse ou dificuldade para respirar que necessitam realmente de tratamento com antibióticos. A detecção desses casos, na Atenção Básica de Saúde, pode ser realizada utilizando dois sinais clínicos: frequência respiratória elevada (respiração rápida) e tiragem subcostal.

Quando as crianças desenvolvem pneumonia, os pulmões têm dificuldade para expandirem-se (lembre-se de que os pulmões enchem-se de ar na inspiração e diminuem seu volume na expiração, quando o ar é expelido); por isso diz-se que os pulmões “ficam rígidos”. Uma das respostas do organismo aos pulmões rígidos e à hipóxia é a respiração rápida.

Entretanto, é imprescindível avaliar criteriosamente a frequência respiratória, no contexto da situação de saúde de cada criança. Uma criança com obstrução nasal importante precisa respirar pela boca e, dessa forma, será necessário maior número de movimentos respiratórios para que o volume de ar seja suficiente para manter a oxigenação, já que o ar não está entrando nos pulmões através da via normal. Nesse caso, é necessário desobstruir as narinas para depois contar a frequência respiratória.

Caso a pneumonia se agrave, os pulmões terão dificuldade maior para expandir-se, podendo levar à ocorrência de “tiragem subcostal”, que é um sinal considerado importante para suspeitar-se de pneumonia grave. A avaliação das condições de saúde da criança é indispensável: uma criança com crise de asma ou com obstrução parcial de vias aéreas pode apresentar tiragem, sem que haja pneumonia. O mais importante é você reconhecer a tiragem, avaliar outros sinais e a história da criança, a fim de conduzir a situação da forma mais adequada.

Na dúvida, refira a criança para um centro com mais condições de assisti-la do que a sua unidade, após o tratamento prévio à referência.

1.3.1 Avaliar a tosse ou dificuldade para respirar

Uma criança com tosse ou dificuldade para respirar é avaliada conferindo:

- Há quanto tempo a criança está com tosse ou dificuldade para respirar.
- Se a criança apresenta sibilância.
- Respiração rápida.
- Tiragem subcostal.
- Estridor.

Este é o quadro da coluna “Avaliar”, na qual se apresentam os passos a serem seguidos diante de uma criança com tosse ou dificuldade para respirar:

A SEGUIR, PERGUNTAR SOBRE OS PRINCIPAIS SINTOMAS: A criança está com tosse ou dificuldade para respirar?

Se a resposta for SIM:	
PERGUNTAR • Há quanto tempo? • A criança tem sibilância?	OBSERVAR/DETERMINAR* • Contar a frequência respiratória em um minuto • Se há tiragem subcostal • Se há estridor ou sibilância
* ATENÇÃO A criança deve estar tranquila!	

Para todas as crianças, perguntar sobre a presença de tosse ou dificuldade para respirar.

PERGUNTAR: a criança está com tosse ou tem dificuldade para respirar?

A “dificuldade para respirar” é qualquer forma pouco comum de respirar. Em geral, as mães respondem de diferentes maneiras. Talvez digam que a respiração da criança é “rápida” ou que a criança está “cansada”, ou utilizem outros termos regionais, como “pontada”, entre outros.

Se a mãe responde que NÃO, certifique-se de que a criança não tem tosse ou dificuldade para respirar. Caso a criança não tenha tosse nem dificuldade para respirar, faça perguntas sobre o sintoma principal seguinte: diarreia. Não siga avaliando a criança para ver se existem sinais relacionados com a tosse ou com a dificuldade para respirar. Caso a mãe responda que SIM, faça-lhe a pergunta seguinte.

PERGUNTAR: há quanto tempo?

Uma criança que apresente tosse ou dificuldade para respirar por mais de 14 dias, pode ser devido à rinosinusopatia, asma, tuberculose pulmonar (TB), coqueluche ou outro problema. Pela magnitude da doença, é importante afastar a possibilidade de tuberculose, perguntando se há contato com adulto com TB, se há perda de peso ou ausência de ganho ponderal e se a criança vem se tratando de infecção respiratória que não melhora com antibióticos comuns. Nesse caso, necessita de investigação.

PERGUNTAR: a criança tem sibilância?

Uma criança com sibilância pode ter asma. Use termos regionais para identificar esse sintoma (chiado, piado ou cansaço no peito). Recomenda-se avaliar e tratar a sibilância, na ausência de sinais gerais de perigo. Depois de tratada a crise de sibilância (bronco-obstrução), a criança deverá ser reavaliada e classificada.

CONTAR as respirações em um minuto.

Você deve contar quantas vezes a criança respira por minuto para decidir se tem respiração rápida. A criança deve estar quieta e tranquila enquanto você observa sua respiração. Se a criança está assustada ou chorando será difícil obter contagem precisa das respirações. Explique à mãe que contará as respirações da criança. Peça-lhe que a mantenha tranquila. Se estiver dormindo, não acorde a criança. Caso a criança esteja com febre, faça antitérmico para baixar a temperatura antes de contar a frequência respiratória, pois a febre pode aumentar as incursões respiratórias.

Para contar o número de respirações por minuto, olhe o movimento respiratório em qualquer parte do peito ou do abdome da criança. Lembre-se de que cada movimento respiratório é composto por duas fases: a inspiratória (insuflação, enchimento dos pulmões) e a expiratória (esvaziamento dos pulmões). Conte apenas o movimento de enchimento ou o movimento de esvaziamento dos pulmões. Preste atenção a este detalhe. Geralmente você pode ver os movimentos respiratórios ainda com a criança vestida. Caso não possa ver facilmente, peça à mãe que levante a roupa da criança. Caso a criança comece a chorar, peça à mãe que a acalme antes de começar a contar as respirações.

Caso não esteja seguro do número de respirações que contou (por exemplo, se a criança estava se movimentando, intranquila ou chorando), repita a contagem. O limite para a respiração rápida depende da idade da criança.

Idade	Definição de respiração rápida
2 meses a menor de 12 meses	50 ou mais por minuto
1 ano a menor de 5 anos	40 ou mais por minuto

Nota: se você conta 40 respirações por minuto ou mais, em criança que tem exatamente 12 meses de idade, ela tem respiração rápida.

Antes de observar os três sinais seguintes – tiragem subcostal, estridor e sibilância –, observe a criança enquanto INSPIRA e EXPIRA.

OBSERVAR se há tiragem subcostal.

Observe a parede torácica inferior. **A criança tem tiragem subcostal se a parede torácica inferior retrai-se quando a criança INSPIRA.** A tiragem subcostal ocorre quando a criança necessita fazer esforço muito maior do que o normal para respirar. Na respiração normal, toda a parede torácica (superior e inferior) e o abdome se movem para FORA quando a criança INSPIRA. Quando há tiragem subcostal, a parede torácica inferior se move para DENTRO quando a criança INSPIRA.

Caso você não esteja seguro da presença de tiragem subcostal, observe outra vez. Caso o corpo da criança esteja curvado na cintura é difícil ver como a parede torácica se move. Peça à mãe que mude a criança de posição, de modo que a parede anterior do tórax e abdome fique bem visível. Se ainda assim não consegue ver a parede torácica inferior se retrair, a criança não tem tiragem subcostal.

Para que haja tiragem subcostal, esta deve ser claramente visível e estar presente todo o tempo. Caso só possa ser vista quando a criança está chorando ou alimentando-se, esse sinal não deve ser considerado.

Se **apenas** a musculatura intercostal se move para dentro quando a criança respira (tiragem intercostal ou retração intercostal), a criança **não** tem tiragem subcostal. Nesta avaliação, a tiragem subcostal é a retração da parede torácica **inferior**². **Não** inclui a tiragem intercostal.

VERIFICAR se existe estridor e sibilância.

O estridor é um som áspero produzido quando a criança INSPIRA. Ele, em geral, é produzido quando há inflamação da laringe, traqueia ou da epiglote³. Essa inflamação dificulta a entrada

² Isso é o mesmo que “tiragem subcostal” ou “retração subcostal”.

³ Esta condição geralmente é denominada crupe.

de ar nos pulmões e pode ser grave quando causa obstrução das vias aéreas da criança. Para verificar se existe estridor, preste atenção quando a criança INSPIRA. A seguir, escute se há estridor. Ponha o ouvido perto da boca da criança, pois pode ser difícil ouvir o estridor. Às vezes, ouvirá um som borbulhante, caso o nariz esteja obstruído. Desobstrua o nariz e escute outra vez. Uma criança que não está muito doente pode ter estridor apenas quando chora ou está irritada. Verifique e escute se existe estridor quando a criança estiver tranquila.

Talvez ouça um som sibilante (como um assobio) quando a criança EXPIRAR. Isso não é estridor. Pode ser sibilância. A sibilância é uma manifestação clínica que ocorre por obstrução ao fluxo aéreo. É um ruído que soa como chiado na expiração. A sibilância é mais bem avaliada com o uso do estetoscópio, mas pode ser percebida, muitas vezes, sem o uso de qualquer instrumento.

1.3.2 Classificar a tosse ou dificuldade para respirar

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO: os sinais utilizados para classificar a criança e as respectivas classificações encontram-se no quadro AVALIAR E CLASSIFICAR dos quadros de procedimentos. Na sua maior parte, os quadros de classificação têm três faixas. Caso o quadro seja em cores, cada faixa será de uma cor: vermelha, amarela ou verde. As cores das faixas classificam de imediato a doença da criança e determinam o tratamento apropriado.

- Uma classificação em uma faixa **vermelha** requer atenção urgente e referência para atenção hospitalar. Essa é uma classificação grave.
- Uma classificação em uma faixa **amarela** significa que a criança necessita de um antibiótico apropriado, um antimalárico de administração oral ou outro tratamento. O tratamento inclui ensinar à mãe como dar medicamentos por via oral ou tratar infecções locais em casa. O profissional de saúde também orienta a mãe sobre a atenção da criança em casa e quando deverá retornar.
- Uma classificação em uma faixa **verde** significa que a criança não necessita de tratamento específico, como antibióticos. O profissional de saúde ensina à mãe como atender a criança em casa. Por exemplo, você pode recomendar a mãe ou ao acompanhante sobre a maneira de alimentar a criança doente ou dar-lhe líquidos para a diarreia.

De acordo com a combinação de sinais e sintomas das crianças, estes se classificam nas faixas de cor vermelha, amarela ou verde, ou seja, a criança é classificada só uma vez em cada quadro de classificação.

Existem três possíveis classificações para uma criança com tosse ou dificuldade para respirar. São elas:

- PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE.
- PNEUMONIA.
- NÃO É PNEUMONIA.

PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE

Uma criança com tosse ou dificuldade para respirar e que apresente qualquer sinal geral de perigo, tiragem subcostal ou estridor em repouso é classificada como tendo **PNEUMONIA GRAVE** ou **DOENÇA MUITO GRAVE**.

Uma criança com tiragem subcostal geralmente tem pneumonia grave, mas pode ter outra infecção aguda das vias respiratórias inferiores, como bronquiolite, coqueluche ou um problema de sibilância. Caso tenha SIBILÂNCIA, mas não tenha sinal geral de perigo ou estridor em repouso, esta deve ser avaliada e tratada antes de ser classificada como **PNEUMONIA GRAVE** ou **DOENÇA MUITO GRAVE**.

Uma criança com tiragem subcostal corre risco muito maior de morrer de pneumonia que a criança que tem respiração rápida sem tiragem subcostal. Caso a criança esteja cansada e se o esforço que deve fazer para expandir os pulmões é intenso, a respiração fica mais lenta. Portanto, uma criança com tiragem subcostal talvez não tenha a respiração rápida. A tiragem subcostal pode ser o **único** sinal de pneumonia grave que a criança apresenta.

PNEUMONIA

Uma criança com tosse ou dificuldade para respirar que tem respiração rápida e nenhum sinal geral de perigo, nem tiragem subcostal ou estridor em repouso, classifica-se como tendo PNEUMONIA. Caso tenha SIBILÂNCIA, esta deve ser avaliada e tratada antes de ser classificada como PNEUMONIA.

NÃO É PNEUMONIA

Uma criança com tosse ou dificuldade para respirar que não apresente sinais gerais de perigo, nem tiragem subcostal, nem estridor em repouso, nem respiração rápida é classificada como: NÃO É PNEUMONIA. Em geral, trata-se de um resfriado comum.

Uma criança com resfriado, normalmente, melhora em uma ou duas semanas. Porém, uma criança que não melhora e apresenta tosse crônica com duração maior do que 14 dias pode ter rinossinusopatia, asma, tuberculose, coqueluche ou outro problema dessa forma, prosseguir investigação diagnóstica. Refira essa criança com tosse para investigação.

Este é o quadro de procedimentos para a tosse ou a dificuldade para respirar.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Um dos seguintes sinais: - Qualquer sinal geral de perigo - Tiragem subcostal - Estridor em repouso	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE	- Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado - Tratar a criança para evitar hipoglicemia - Referir urgentemente ao hospital - Oxigênio, se disponível
Respiração rápida	PNEUMONIA	- Dar um antibiótico recomendado durante sete dias - Aliviar a tosse com medidas caseiras - Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente - Marcar o retorno em dois dias
Nenhum dos sinais acima	NÃO É PNEUMONIA	- Aliviar a tosse com medidas caseiras - Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente - Seguimento em cinco dias, se não melhorar - Se tosse há mais de 14 dias , realizar investigação
Obs: se tiver sibilância, classificar e tratar antes a sibilância conforme o quadro avaliar e tratar. Em seguida, voltar para classificar a tosse ou dificuldade para respirar, exceto em caso de sibilância grave ou doença muito grave.		

Como usar o quadro de classificação: depois de avaliados o sintoma principal e os sinais a ele relacionados, classifique a doença da criança. Por exemplo, para classificar a tosse ou a dificuldade para respirar:

1. Olhe a faixa de cor vermelha (a primeira).

A criança apresenta algum sinal geral de perigo? A criança apresenta tiragem subcostal ou estridor em repouso? Caso a criança apresente um sinal geral de perigo ou qualquer um dos demais sinais enumerados na faixa de cor vermelha, escolha a classificação, PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE.

2. Caso a criança não apresente a classificação grave, olhe a faixa amarela (a segunda).

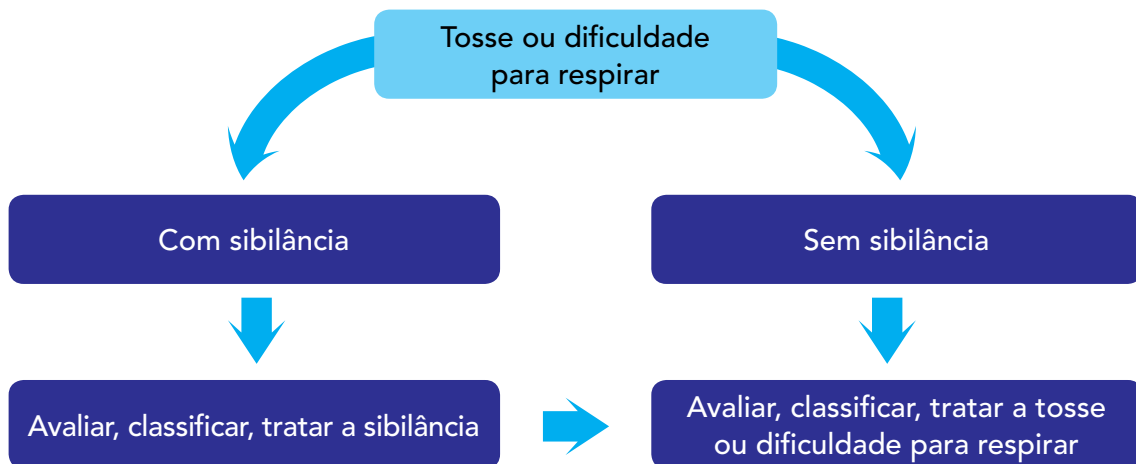
A criança não tem a classificação grave. A criança tem respiração rápida? Caso a criança tenha respiração rápida e não tenha sibilância, ou a classificação grave PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE, escolha a classificação da faixa amarela: PNEUMONIA.

AVALIAR	CLASSIFICAR
Um dos seguintes sinais: - Qualquer sinal geral de perigo - Tiragem subcostal - Estridor em repouso	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE
• Respiração rápida	PNEUMONIA
Nenhum dos sinais acima	NÃO É PNEUMONIA
Obs: se tiver sibilância, classificar e tratar antes a sibilância conforme o quadro avaliar e tratar. Em seguida, voltar para classificar a tosse ou dificuldade para respirar, exceto em caso de sibilância grave ou doença muito grave.	

3. Caso a criança não tenha preenchido os critérios para ser classificada até então (ou seja, a criança não foi classificada como PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE nem PNEUMONIA), escolha a classificação da faixa verde (a terceira): NÃO É PNEUMONIA.

4. Sempre que usar um quadro de classificação, comece com a primeira faixa. Caso a criança apresente sinais em mais de uma faixa, escolha sempre a classificação que indica a maior gravidade.

Nota: observe que se uma criança com tosse ou dificuldade para respirar também apresenta SIBILÂNCIA (história de sibilância ocasional ou frequente, ou foi verificada sibilância no momento da consulta), você deve consultar o quadro AVALIAR E TRATAR A SIBILÂNCIA, antes de classificá-la.



EXEMPLO 1:

João tem 4 meses, pesa 6 kg e apresenta temperatura de 39°C. Sua mãe levou-o à unidade de saúde porque tinha tosse e dificuldade para respirar. Essa é sua primeira consulta por esse problema.

O profissional de saúde verificou se João apresentava os sinais gerais de perigo. João pode beber, não está vomitando, não teve convulsões e não está letárgico nem inconsciente. Não apresenta tempo de enchimento capilar > 2 segundos, mas apresenta gemência e batimentos de asas do nariz.

"Há quanto tempo ele tem tosse?", perguntou o profissional de saúde. A mãe disse que ele vem tossindo há três dias. "A criança apresenta sibilância ocasional ou frequente?", perguntou o profissional. A mãe respondeu que não. João estava sentado no colo da mãe. O profissional de saúde verificou que João tinha tiragem subcostal e, após contar o número de respirações da criança em 1 minuto, observou que apresentava 70 rpm. Pensou: "Como João tem menos de 12 meses, o limite para determinar a respiração rápida é de 50 rpm. Logo, João tem respiração rápida". Esta criança tem sinais gerais de perigo (gemência e batimentos de asas do nariz), tiragem subcostal e respiração rápida. Classificou a criança com dentro da categoria mais grave – PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE.

AVALIAR	CLASSIFICAR
Um dos seguintes sinais: - Qualquer sinal geral de perigo - Tiragem subcostal - Estridor em repouso	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE
Respiração rápida	PNEUMONIA
Nenhum dos sinais acima	NÃO É PNEUMONIA
Obs: se tiver sibilância, classificar e tratar antes a sibilância conforme o quadro avaliar e tratar. Em seguida, voltar para classificar a tosse ou dificuldade para respirar, exceto em caso de sibilância grave ou doença muito grave.	

EXEMPLO 2: leia este estudo de caso. Também estude como o profissional de saúde classificou a doença da criança.

Rayna tem 18 meses, pesa 11,5 kg, mede 80 cm e apresenta temperatura de 38°C. Sua mãe, Rose, levou-a à unidade de saúde porque tinha tosse e dificuldade para respirar. Essa é sua primeira consulta por esse problema.

O profissional de saúde verificou se Rayna apresentava os sinais gerais de perigo. Rayna pode beber, não está vomitando, não teve convulsões e não está letárgica nem inconsciente. Não apresenta tempo de enchimento capilar > 2 segundos, nem gemência, nem batimentos de asas do nariz.

“Há quanto tempo ela tem tosse?”, perguntou o profissional de saúde. A mãe disse que ela vem tossindo há seis ou sete dias. “A criança apresenta sibilância ocasional ou frequente?”, questionou o profissional. Rose respondeu que não. Rayna estava tranquilamente sentada no colo da sua mãe. O profissional de saúde contou o número de respirações da criança em um minuto. Contou 45 respirações por minuto. Pensou: “Como Rayna tem mais de 12 meses, o limite para determinar a respiração rápida é 40. Logo, ela tem respiração rápida”.

O profissional de saúde não viu tiragem subcostal, nem ouviu estridor ou sibilância.

1. Veja a seguir como o profissional de saúde registrou a informação sobre o caso de Rayna, e os sinais de doença.

AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE						
NOME: <i>Rayna</i>		Idade: <i>18 meses</i>	Peso: <i>11,5 kg</i>	Comp.: <i>80cm</i>	Temp.: <i>38°C</i>	Data:
PERGUNTAR: Quais os problemas da criança? <i>Tosse e dificuldades para respirar</i>				Primeira Consulta? ☒	Consulta de retorno?	
AVALIAR (trace um círculo ao redor de todos os sinais presentes)				CLASSIFICAR		
VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO • Não consegue beber ou mamar no peito • Vomita tudo • Convulsões/mov. anormais				Há sinal geral de perigo? Sim ☐ Não ☒		
A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR? Sim ☒ Não ☐ (classificar a tosse após tratar a sibilância, se houver)						
• Há quanto tempo? <i>6 dias</i> • A criança tem sibilância?				• Contar as respirações em um minuto. <i>45 Respirações por minuto. Respiração rápida?</i> • Observar se há tiragem subcostal • Verificar se há estridor ou sibilância		

2. Para classificar a doença de Rayna, o profissional de saúde olhou a tabela de classificação para a tosse ou dificuldade para respirar.
- a) Primeiro verificou se Rayna tinha algum dos sinais da faixa vermelha. Pensou: “Rayna tem algum dos demais sinais gerais de perigo? Não”
- b) Rayna tem algum dos demais sinais desta faixa? “Não”. Portanto, Rayna não tem os sinais de uma classificação grave.
- c) A seguir, o profissional de saúde olhou a faixa amarela. Pensou: “Rayna tem sinais na faixa amarela? Sim, ela tem respiração rápida.”
- d) O profissional de saúde classificou Rayna como tendo PNEUMONIA.

AVALIAR	CLASSIFICAR
Um dos seguintes sinais: • Qualquer sinal geral de perigo • Tiragem subcostal • Estridor em repouso	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE
• Respiração rápida	PNEUMONIA
Nenhum dos sinais acima	NÃO É PNEUMONIA
Obs: se tiver sibilância, classificar e tratar antes a sibilância conforme o quadro avaliar e tratar. Em seguida, voltar para classificar a tosse ou dificuldade para respirar, exceto em caso de sibilância grave ou doença muito grave	

3. O profissional de saúde, então, escreveu PNEUMONIA no Formulário de Registro. Veja a seguir:

AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE					
NOME: <i>Rayna</i>	Idade: <i>18 meses</i>	Peso: <i>11,5 kg</i>	Comp.: <i>80cm</i>	Temp.: <i>38°C</i>	Data:
PERGUNTAR: Quais os problemas da criança? <i>Tosse e dificuldades para respirar</i>				Primeira Consulta? ☒	Consulta de retorno?
AVALIAR (trace um círculo ao redor de todos os sinais presentes)				CLASSIFICAR	
VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO • Não consegue beber ou mamar no peito • Vomita tudo • Convulsões/mov. anormais				Há sinal geral de perigo? Sim ☐ Não ☒	
A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR? Sim ☒ Não ☐ (classificar a tosse após tratar a sibilância, se houver)					
• Há quanto tempo? <i>6</i> dias • A criança tem sibilância?				• Contar as respirações em um minuto. <i>45</i> Respirações por minuto. <i>Respiração rápida?</i> • Observar se há tiragem subcostal • Verificar se há estridor ou sibilância	
				<i>Pneumonia</i>	

Bibliografia

BARSON, W. J. **Community-acquired pneumonia in children**: Outpatient treatment. Up-to-Date Last literature review version: Jan 2010. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pedi_id/18524&source=related_link>. Acesso em: 18 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas para controle e assistência as infecções respiratórias agudas**. 3. ed. Brasília, 1993.

CUNHA, A. J. L. A. et al. **Módulo de Capacitação**: treinamento no controle da asma e doenças bronco-obstrutivas no contexto da estratégia AIDPI Fase VIII. Rio de Janeiro, [s.n.], 2002.

GRUGER, C. et al. History of respiratory infections in the first 12ys aong among children from a birth cohort. **Pediatric Allergy and Immunology**, [S.l.], v. 19, n. 6, p. 505-512, 2007.

MANTESE, C. C. et al. Prevalence of serotypes and antimicrobial resistance of invasive strains of pneumococcus in children: analysis of 9 years. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, p. 495-502, 2009.

NASCIMENTO-CARVALHO, C. M.; SOUZA-MARQUES, H. H. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária, **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 15, n. 6, p. 380-387, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 33, p. S 31- S50, 2007. Suplemento 1.

1.4 Avaliar e classificar a sibilância

A sibilância é uma condição muito comum nas crianças, sendo uma causa importante de demanda nos serviços de saúde. Pode ocorrer durante um quadro infeccioso das vias respiratórias e em outras situações (vide quadro a seguir). Seu aparecimento deve-se às alterações funcionais decorrentes do processo inflamatório crônico, tais como a hiper-reatividade brônquica e a obstrução ao fluxo aéreo (bronco-obstrução, formação crônica de rolhas de muco, edema e alterações estruturais das vias aéreas).

Alguns quadros clínicos que podem apresentar sibilância

Quadro clínico	Descrição
Asma brônquica	Doença crônica das vias aéreas caracterizada por obstrução ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. Ocorrem inflamação e aumento da reatividade das vias aéreas a uma variedade de estímulos – hiper-responsividade brônquica. Clinicamente, expressa-se por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse.
Bronquiolite aguda	Frequentemente, ocorre após infecção viral, em lactentes. Os broncodilatadores têm pouca ação nesses casos.
Pneumonia	As crianças podem apresentar sibilância durante infecção aguda, e quase sempre este sintoma desaparece após a cura.
Aspiração de corpo estranho	Pode causar sibilância uni ou bilateral. Uma história de início agudo, que não melhora com broncodilatador, é um dado que auxilia no diagnóstico.
Tuberculose	Os gânglios infartados podem levar à obstrução das vias aéreas nas crianças pequenas com tuberculose e acarretar sibilância.
Pneumonia aspirativa	É causada por aspiração de líquido, vômito ou corpo estranho.
Fibrose cística (Mucoviscidose)	Doença genética que se caracteriza por muco espesso nas glândulas exócrinas, cursando com pneumonias de repetição. No lactente, é causa de tosse crônica e sibilância.

Nas crianças com menos de 1 ano de idade, outras causas de sibilância são: insuficiência cardíaca, refluxo gastroesofágico, doença pulmonar congênita, alergia a leite de vaca, entre outras.

1.4.1 Avaliar a sibilância

A crise de sibilância pode ser uma queixa e/ou ser detectada pelo profissional de saúde no momento da consulta. O início da crise pode ser gradual ou abrupto, decorrente da constrição da musculatura brônquica e do acúmulo de secreções. Com a piora da bronco-obstrução, a criança apresenta sibilos audíveis e prolongamento da fase expiratória, difícil de ser detectado em lactentes jovens. Caso a crise progrida, há utilização de musculatura acessória e cianose. Com a evolução para insuficiência respiratória, a criança torna-se fatigada, com depressão do nível de consciência.

Quando a criança apresenta dificuldade para respirar (frequência respiratória elevada e/ou tiragem) e a mãe informa que a criança está “piando”, “chiando” ou “com cansaço no peito”, o profissional de saúde deve considerar que há crise de sibilância, mesmo que não detecte sibilos (ainda que com estetoscópio).

No quadro inicial da crise de sibilância, pode ocorrer aumento da frequência respiratória isoladamente. Na crise grave, há diminuição da entrada de ar, dificultando a ausculta. Este quadro é popularmente conhecido como “pulmão fechado”; não há espaço para a passagem de ar e, visto que o ruído de sibilos é produzido pelo ar passando pela via aérea estreitada pelo edema, pela broncoconstrição/espasmo e pela secreção, a sibilância está ausente.

Quando a criança está com sibilância no momento da consulta, dizemos que ela apresenta um episódio agudo (ou crise) de sibilância. Ela é avaliada, verificando-se:

- Há quanto tempo a criança está em crise.
- Se a crise é a primeira ou se é recorrente.
- Uso prévio de medicação: broncodilatador beta-2 agonista.
- Nível de consciência.
- Se há estridor em repouso.
- Dificuldade para respirar: tiragem/uso de musculatura acessória (retrações).
- Frequência respiratória em um minuto.
- Saturação de oxigênio (Sat O₂), se disponível.

A seguir, temos o quadro da coluna AVALIAR, onde se apresentam os passos a serem seguidos diante de uma criança com sibilância:

Se a resposta for SIM:	
PERGUNTAR • Há quanto tempo? • Primeira crise? • Está em uso de broncodilatador adequadamente há 24h?	OBSERVAR/DETERMINAR • Nível de consciência da criança • Se há sibilância • Se há estridor em repouso • Grau de dificuldade para respirar: tiragem subcostal / universal • FR em um minuto* • Se possível, a Sat O₂

* Atenção: a criança deve estar tranquila

PERGUNTAR: há quanto tempo a criança está com sibilância?

Lembre-se de que a mãe pode não entender o significado da palavra sibilância. Você deverá questionar sobre o ruído que a criança está apresentando no momento do exame. Talvez a mãe conheça outros termos como “chiado”, “chieira”, “piado”, “peito cansando”, “bronquite” etc. Lembramos que esses são termos diferentes utilizados em diversas regiões do Brasil.

Essa pergunta é importante para você determinar em que fase do episódio agudo se encontra a reação do brônquio. Na fase tardia, a inflamação com edema e com exsudação é tão importante quanto a constrição da musculatura brônquica.

PERGUNTAR: este é o primeiro episódio de sibilância?

Se a mãe responder SIM, pode tratar-se de bronquiolite ou corpo estranho. Se a mãe responder NÃO, a criança já apresentou sibilância (conclui-se que há sibilância recorrente), então lhe faça a pergunta seguinte.

Nota: a recorrência ou elevada frequência das crises de sibilância podem ser sugestivas de asma brônquica e determinam a indicação de referir a criança para avaliação em serviço de atenção secundária ou pelo especialista para investigação. Nesses casos, encaminhar o documento de referência e de contrarreferência é essencial, a fim de que o especialista possa indicar o melhor tratamento profilático e orientar as ações que você deverá realizar na atenção primária, específicas para aquela criança.

PERGUNTAR: está usando broncodilatador? Em caso afirmativo, há quanto tempo?

É importante caracterizar se está em uso correto de broncodilatador e se tem 24 horas ou mais de uso.

OBSERVAR o nível de consciência.

O nível de consciência, também chamado de “estado de vigília”, indica a sua interação com o meio ambiente. É o primeiro aspecto do exame a ser determinado.

Uma criança letárgica ou deprimida não mostra interesse no que ocorre ao redor. Na crise grave de sibilância, a falência respiratória é decorrente da hipercapnia, hipóxia e acidose. A criança pode apresentar-se confusa e agitada, letárgica (ela não sorri, nem chora, apenas geme) ou inconsciente.

No estágio inicial da crise de sibilância, já ocorre hipóxia, que é compensada pelo aumento da frequência respiratória (taquipneia) e pelo esforço ventilatório. Com isto, a criança mantém-se alerta, calma e muitas vezes sorridente. A inquietude e a agitação são sinais de descompensação, apesar do aumento do esforço ventilatório. Períodos de irritabilidade ocorrem devido à hipóxia franca.

Verificar se há estridor em repouso.

Você já aprendeu a observar o estridor quando avaliou a tosse ou dificuldade para respirar.

Caso a criança esteja dormindo e apresente tosse, dificuldade para respirar ou sibilância, conte primeiro a frequência respiratória e avalie se há tiragem antes de despertá-la.

OBSERVAR o grau de dificuldade para respirar.

A dificuldade para respirar também é chamada de dispneia. Ela pode ser referida pela criança ou seu acompanhante, ou ser observada no exame. Além do uso da musculatura acessória, a forma de interrupção da fala ou choro pela necessidade de respirar poderá nos indicar o grau de dificuldade para respirar ou dispneia, que pode ser quantificada por meio de diversos parâmetros.

O lactente dispneico pode apresentar choro entrecortado pela respiração.

A criança que já fala frases completas (geralmente, a partir de 2 anos de idade) apresenta dificuldade de se expressar em uma crise grave: fala apenas frases curtas ou palavras isoladas.

A fala entrecortada é aquela em que a criança consegue falar uma frase inteira, mas com pequenas pausas para respirar.

A tiragem é definida pela retração inspiratória do tórax. Para ser considerada, deve ser visualizada continuamente. A criança apresenta tiragem subcostal se a parede torácica inferior retrai-se na inspiração. A tiragem subcostal ocorre quando a criança necessita fazer um esforço respiratório muito maior do que o normal. Na crise grave, toda a musculatura acessória está sendo utilizada (tiragem universal), destacando a tiragem supraclavicular, que surge com o uso marcante do músculo do pescoço.

CONTAR as respirações em um minuto.

Você já aprendeu e praticou a contagem da frequência respiratória em crianças. Lembre-se:

Idade	Definição de respiração rápida
2 meses a < 12 meses a < 5 anos	50 ou mais respirações por minuto 40 ou mais respirações por minuto

DETERMINAR a saturação de oxigênio – Sat. O₂ (se disponível).

A medida da saturação da hemoglobina pelo oxigênio deve ser realizada por via transcutânea (oximetria de pulso) e fornece um dado objetivo da gravidade do caso, ajudando a decidir sobre a necessidade de oxigenioterapia:

- Quando a saturação de oxigênio está $\leq 90\%$ em ar ambiente, indica, além de oxigenioterapia, a possibilidade de tratamento por via endovenosa. Ocorre em CRISES MUITO GRAVES.
- Quando a Sat. O₂ está de $91\% < a 95\%$ em ar ambiente, também há indicação de oxigenioterapia. Ocorre em CRISES MODERADAS e GRAVES.
- A Sat. O₂ $\geq 95\%$ em ar ambiente é um valor normal. Em pacientes com CRISE LEVE, tais níveis de saturação de oxigênio podem ocorrer, não necessitando do uso de oxigênio.

1.4.2 Classificar a sibilância

Os sinais utilizados para avaliar a crise de sibilância na criança, assim como as classificações, encontram-se no quadro AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE COM SIBILÂNCIA.

SIBILÂNCIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE

Caso a criança apresente **qualquer sinal de perigo** ou **um** dos seguintes sinais: nível de consciência letárgico ou sempre agitado, consegue falar apenas uma ou outra palavra isolada, não consegue chorar, a criança geme, tiragem universal, Sat. O₂ $\leq 90\%$ em ar ambiente (quando oximetria de pulso estiver disponível) ou estridor em repouso, classifique como SIBILÂNCIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE.

SIBILÂNCIA MODERADA

Se a criança apresenta **um** dos seguintes sinais: nível de consciência normal ou períodos de agitação, diz frases de forma entrecortada, choro entrecortado, tiragem subcostal isolada ou associada à intercostal, frequência respiratória aumentada ou Sat O₂ de 91% a 95% (se oximetria de pulso estiver disponível), classifique como SIBILÂNCIA MODERADA.

SIBILÂNCIA LEVE

Uma criança que não tenha **algum** dos sinais de SIBILÂNCIA GRAVE ou de SIBILÂNCIA MODERADA apresenta SIBILÂNCIA LEVE.

A seguir, temos o quadro de procedimentos AVALIAR, CLASSIFICAR E TRATAR, onde se apresentam os passos a serem seguidos diante de uma criança com sibilância.

AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE COM SIBILÂNCIA

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Um dos seguintes sinais: • Letargia ou sempre agitada • Estridor em repouso • Fala frases incompletas (palavras isoladas); no lactente: choro curto ou não consegue chorar • Tiragem universal • Sat. O₂ ≤ 90% * em ar ambiente	SIBILÂNCIA GRAVE ou DOENÇA MUITO GRAVE	REFERIR IMEDIATAMENTE Tratamento prévio ao encaminhamento: • Oxigênio • Beta-2 agonista por via inalatória • Primeira dose do corticoide. • Primeira dose do antibiótico.
Um dos seguintes sinais: • Nível de consciência normal com períodos de agitação • Fala entrecortada ou choro entrecortado • Tiragem subcostal • Respiração rápida • Sat. O₂ de 91 a < 95% * em ar ambiente	SIBILÂNCIA MODERADA	• Administrar beta-2 por via inalatória (até 3x, a cada 20 minutos) • Administrar corticoide oral Se não melhorar: REFERIR, após dar a primeira dose do antibiótico injetável e O₂, se possível Se melhorar: AVALIAR E CLASSIFICAR A TOSSE E DIFICULDADE PARA RESPIRAR • Tratamento domiciliar com beta-2 por via inalatória (cinco dias) • Corticoide por via oral (três dias) • Dar orientações à mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente • Marcar o retorno em dois dias
• Não há sinais suficientes para classificar como sibilância grave ou moderada • Sat. O₂ ≥ 95% * em ar ambiente	SIBILÂNCIA LEVE	• Tratamento domiciliar com beta-2 agonista por via inalatória (cinco dias). • Se estiver em uso de beta-2 há 24 horas ou mais: prescrever corticoide por via oral (três dias) • Dar orientações à mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente • Seguimento em dois dias, se não melhorar ou se estiver usando corticoide

* DETERMINAR a saturação de oxigênio – Sat. O₂ (se disponível).

Após a conduta para SIBILÂNCIA LEVE ou MODERADA, reavaliar para classificar a tosse ou dificuldade para respirar.

EXEMPLO 3: leia atentamente este caso e como o profissional de saúde classificou a doença da criança.

Rose tem 2 anos e meio, pesa 13 kg e tem temperatura de 38°C. A mãe conta que Rose vem apresentando febre, coriza e falta de ar há 24 horas. O profissional de saúde verificou que a criança não apresentava sinais gerais de perigo. Rose estava no colo da mãe e o profissional, de imediato, auscultou sibilância. Pensou: “Como a criança apresenta sibilância, consultarei primeiro o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR A SIBILÂNCIA, antes de classificar a tosse ou dificuldade para respirar”.

Perguntou para mãe: “É a primeira vez que Rose apresenta chiado?”. Ela disse que sua filha tem bronquite, já teve muitas crises, mas nunca foi internada. A última crise foi há dois meses. “Está usando algum tipo de medicamento?”. A mãe respondeu que deu paracetamol e que está fazendo nebulização com beta-2 agonista de 6 em 6 horas. Rose apresentava FR=44 rpm e o profissional de saúde ainda observou tiragem intercostal, subcostal e supraclavicular.

O profissional de saúde registrou as informações sobre o caso de Rose, assim como os sinais apresentados.

CONSULTA À CRIANÇA DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE					
NOME: <i>Rose</i>		Idade: <i>2 anos e 6 meses</i>	Peso: <i>13 kg</i>	Comp.:	Temp.: <i>38</i>
PERGUNTAR: Quais os problemas da criança? <i>Febre, coriza e falta de ar</i>				Primeira Consulta? ☒	Consulta de retorno?
AVALIAR (trace um círculo ao redor de todos os sinais presentes)				CLASSIFICAR	
VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO				Há sinal geral de perigo?	
• Não consegue beber ou mamar no peito • Vomita tudo • Convulsões/mov. anormais		• Letárgica ou inconsciente • Tempo de enchimento capilar > 2 segundos • Batimentos de asas do nariz/gemência		Sim ☐ Não ☒	
A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR? Sim ☒ Não ☐ (classificar a tosse após tratar a sibilância, se houver)					
• Há quanto tempo? <i>1</i> dias • A criança está com sibilância?		• Contar as respirações em um minuto. Respirações por minuto. Respiração rápida? • Observar se há tiragem subcostal • Verificar se há estridor ou sibilância			
• Há quanto tempo? <i>2</i> dias		• Está: letárgica ou sempre agitada/normal com períodos de agitação • FR: <i>44</i> rpm. Tem respiração rápida? • Verificar se há dificuldade respiratória: fala uma ou outra palavra; não consegue chorar/choro curto; fala/choro entrecortado			
• Primeira crise? Sim ☐ Não ☒		• Verificar se há tiragem: <i>Universal/Subcostal</i> • Verificar se há estrido/sibilância Sat O₂: (<i>≤ 90%</i>) (91%- 95%)			
• Em uso de broncodilatador adequadamente há 24h?					
# classificar a sibilância antes de tratar					

Sibilância grave ou Doença muito grave

Para classificar a doença de Rose, o profissional de saúde olhou o quadro de classificação da crise de sibilância.

Veja a seguir:

AVALIAR	CLASSIFICAR
Um dos seguintes sinais: • Qualquer sinal geral de perigo • Agitada • Estridor em repouso • Fala frases incompletas (palavras isoladas); no lactente: choro curto ou não consegue chorar • Tiragem universal • Sat. O₂ ≤ 90% * em ar ambiente	SIBILÂNCIA GRAVE ou DOENÇA MUITO GRAVE
Um dos seguintes sinais: • Nível de consciência normal com períodos de agitação • Fala entrecortada ou choro entrecortado • Tiragem subcostal • Respiração rápida • Sat. O₂ de 91 a 95% * em ar ambiente	SIBILÂNCIA MODERADA
• Não há sinais suficientes para classificar como sibilância grave ou moderada • Sat. O₂ ≥ 95% * em ar ambiente	SIBILÂNCIA LEVE
Obs: * Aferir Sat. O ₂ , se oximetria de pulso está disponível	

Bibliografia

BATEMAN, E. D. et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *European Respiratory Journal*, [S.l.], v. 31, p. 143-178, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Controle da asma e doenças bronco-obstrutivas no contexto da estratégia: AIDPI – módulo de capacitação**. Rio de Janeiro: Centro de Referência Cesar Pernetta, 2003. 88 p. Mimeografado.

CHATKIN, M. et al. Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, p. 491-498, 2000.

GLOBAL ALLIANCE AGAINST CHRONIC RESPIRATORY DISEASES. **Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/gard/publications/GARD_Manual/en/index.html>. Acesso em: 13 dez. 2014.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Homepage**. Disponível em: <http://ginasthma.org/pdf/GINA_Re-%20port_2010.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2013.

LEAL, R. C. A. C. et al. Modelo assistencial para pacientes com asma na atenção primária. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 697-701, 2011.

NATIONAL CENTER OF BIOTECHNOLOGY INFORMATION (USA). National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3 (EPR-3): guidelines for the diagnosis and management of asthma-summary report 2007. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, [S.l.], v. 120, p. S94-138, 2007. Suppl. 5.

SANTOS, M. A. R. C.; SANT'ANNA, C. C. **Asma pediátrica**: responsabilidade médica sobre a conscientização dos pais e pacientes. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/cursos/asma/asma_pediatica03.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes brasileiras para o manejo da asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 38, p. S1-S46, 2012. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. I Consenso Brasileiro de Educação em Asma. **Jornal de Pneumologia**, [S.l.], v. 22, p. 1-24, 1996. Suplemento 1.

STEPHENSON, J. J.; QUIMBO, R. A.; GUTIERREZ, B. Subacute lack of asthma control as a predictor of subsequent acute asthma exacerbation in a managed care population. **American Journal of Managed Care**, [S.l.], v. 16, p. 108-114, 2010.

WECHSLER, E. Managing asthma in primary care: putting new guideline recommendations. **Clinics Proceeding**, [S.l.], v. 84, n. 8, p. 707-717, 2009.

1.5 Avaliar e classificar a diarreia

A diarreia aparece quando a perda de água e eletrólitos nas fezes é maior do que a normal, resultando no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes. Diarreia é geralmente definida como a ocorrência de três ou mais dejeções amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas.

A doença diarreica aguda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil, especialmente nas crianças menores de 6 meses que não estão em aleitamento materno exclusivo. Nas regiões Norte e Nordeste, onde o problema assume maior magnitude, o risco de morte por diarreia em crianças menores de 5 anos é cerca de quatro a cinco vezes maior do que na Região Sul, representando cerca de 30% do total das mortes após o período neonatal, durante o primeiro ano de vida.

O número de evacuações por dia considerado normal varia de acordo com a dieta e a idade da criança. A percepção materna é extremamente confiável na identificação da diarreia de seus filhos, descrevendo as fezes líquidas com terminologias regionais.

Os lactentes amamentados de forma exclusiva geralmente têm fezes amolecidas, não devendo isto ser considerado diarreia. A mãe de uma criança que mama no peito pode reconhecer a diarreia porque a consistência ou a frequência das fezes é diferente da habitual.

Quais são os diferentes tipos de diarreia?

Quando uma criança tem diarreia por menos de 14 dias, dizemos que a diarreia é **aguda**. A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso viral e dura menos de duas semanas, mas uma pequena proporção de todas as diarreias agudas está relacionada à cólera.

A diarreia aguda pode causar desidratação e contribuir para a desnutrição. A morte de uma criança com diarreia aguda se deve geralmente à desidratação.

Caso a diarreia dure 14 dias ou mais, é denominada diarreia **persistente**. Até 10% dos episódios de diarreia são persistentes, causam problemas nutricionais e contribuem para mortalidade na infância.

A diarreia com sangue, com ou sem muco, é chamada **disenteria**. A causa mais comum da disenteria é *Shigella*. A disenteria amebiana não é comum nas crianças pequenas, e a maioria das amebas encontradas no Brasil não é patogênica (*Entamoeba Dispar*), embora sejam morfologicamente indistinguíveis no microscópio da *Entamoeba Histolytica*. Uma criança pode ter diarreia líquida e disenteria associada.

1.5.1 Avaliar a diarreia

Avalia-se uma criança com diarreia para saber:

- Se há sinais de desidratação.
- Por quanto tempo a criança tem tido diarreia.
- Se há sangue nas fezes para determinar se a criança tem disenteria.

Observe os seguintes passos para avaliar a criança com diarreia:

Se a resposta for SIM:	
PERGUNTAR • Há quanto tempo? • Há sangue nas fezes?	OBSERVAR E VERIFICAR • A condição geral da criança. A criança encontra-se: ▪ Letárgica ou inconsciente? ▪ Inquieta ou irritada? • Se os olhos estão fundos. • Oferecer líquidos à criança. ▪ Não consegue beber ou bebe muito mal? ▪ Bebe avidamente, com sede? • Sinal da prega: a pele volta ao estado anterior: ▪ Muito lentamente (mais de 2 segundos)? ▪ Lentamente (entre um a 2 segundos)?

Para TODAS as crianças, pergunte sobre a diarreia.

PERGUNTAR: a criança tem diarreia?

Refira-se à diarreia com palavras que a mãe entenda.

Caso a mãe responda que NÃO, pergunte sobre o sintoma principal seguinte: febre. Não é preciso continuar avaliando a criança em relação a outros sinais relacionados à diarreia. Caso a mãe responda que SIM, ou se já tinha explicado que a diarreia era o motivo pelo qual havia levado a criança à unidade de saúde, anote a sua resposta. A seguir, avalie a criança para averiguar se existem sinais de desidratação, diarreia persistente e disenteria.

Há quanto tempo?

A diarreia com duração de 14 dias ou mais é diarreia persistente.

Dê tempo à mãe para que responda a pergunta. Talvez ela demore um pouco para recordar o número exato de dias.

Há sangue nas fezes?

Pergunte à mãe se tem visto sangue nas fezes em algum momento durante este episódio de diarreia. Se sim, a criança tem disenteria. Verifique se a criança tem comprometimento do estado geral. A seguir, verifique SEMPRE o estado de hidratação da criança. Quando a criança está desidratada, a princípio, ela fica inquieta ou irritada e bebe água com muita vontade. Quando a desidratação continua, a criança se torna letárgica ou inconsciente, e não consegue beber.

Ao perder líquido corporal, a criança talvez fique com os olhos fundos. Ao sinal da prega, a pele volta ao seu estado anterior lentamente ou muito lentamente.

OBSERVAR E VERIFICAR:

OBSERVAR

O estado geral da criança: a criança está letárgica ou inconsciente? Está inquieta ou irritada?

Quando você verificou se existiam sinais gerais de perigo, você verificou se a criança estava **letárgica ou inconsciente**. Quando a criança está letárgica ou inconsciente, apresenta um sinal geral de perigo. Lembre-se de usar esse sinal geral de perigo quando classificar a diarreia da criança.

Uma criança é considerada como **inquieta ou irritada** se apresentar esse comportamento durante todo o tempo ou cada vez em que é tocada ou examinada. A criança deverá ser avaliada desperta e sem estar sendo amamentada. Muitas crianças sentem-se desconfortáveis só por estarem na unidade de saúde. Geralmente, é possível consolar e acalmar essas crianças, que não devem ser consideradas como “inquietas ou irritadas”.

Se os olhos estão fundos

Os olhos da criança desidratada podem parecer fundos. Se estiver em dúvida, pergunte à mãe se acha que o rosto da criança está diferente do habitual. Sua confirmação mencionando os olhos lhe ajudará na decisão. Apesar de o sinal “olhos fundos” poder estar presente nas crianças gravemente desnutridas, mesmo sem apresentarem desidratação, este sinal deve ser considerado como presente para o diagnóstico da desidratação.

VERIFICAR:

A criança não consegue beber ou bebe mal? Bebe avidamente, com sede?

Peça à mãe que ofereça à criança um pouco de água em um copo ou colher. Observe a criança ao beber.

Uma criança **não consegue beber** se, ao levar o líquido à boca, ela não conseguir engolir. Por exemplo, uma criança talvez não possa beber porque está letárgica ou inconsciente ou a criança talvez não consiga sugar ou engolir.

Uma criança **bebe mal** se está débil e não pode beber sem ajuda. Talvez consiga beber apenas quando lhe colocam o líquido na boca.

Uma criança tem o sinal **bebe avidamente, com sede**, se é evidente que a criança quer beber. Observe se a criança trata de alcançar o copo ou a colher quando a água lhe é oferecida. Quando a água é retirada, veja se a criança está descontente porque quer beber mais.

Se a criança toma um gole apenas porque é incitada a fazê-lo e não quer mais, não apresenta o sinal "bebe avidamente, com sede".

O sinal da prega no abdome: a pele volta ao estado anterior muito lentamente (em mais de 2 segundos)? Lentamente? (Entre um e dois segundos).

Peça à mãe que coloque a criança na mesa de exame de modo que esteja deitada de barriga para cima, com os braços encostados junto ao corpo (não sobre a cabeça) e as pernas estendidas; ou peça à mãe que fique com a criança no colo, com ela virada de barriga para cima. Localize a região do abdome da criança que está entre o umbigo e a lateral do abdome. Para verificar o sinal da prega na pele, use o polegar e o indicador. Não belisque com a ponta dos dedos porque causará dor. Coloque a mão de modo que, quando fizer o sinal da prega na pele, ela estará no sentido longitudinal ao corpo da criança e não no horizontal. Levante firmemente todas as camadas da pele e o tecido debaixo delas. Segure a pele por um segundo e solte em seguida. Quando soltar, certifique-se de que, ao sinal da prega, a pele voltou ao seu estado anterior:

- Muito lentamente (em mais de dois segundos).
- Lentamente (entre um e dois segundos).
- Imediatamente.

Caso a pele ainda fique levantada por um breve momento depois de soltá-la, decida que, ao sinal da prega, a pele volta ao seu estado anterior lentamente.

Nota: em uma criança com marasmo (desnutrição grave), a pele pode voltar ao seu lugar lentamente, inclusive se a criança não está desidratada. Em uma criança com sobrepeso ou com edema, a pele pode voltar ao lugar imediatamente ainda que a criança esteja desidratada. Mesmo sendo o sinal da prega menos seguro nestas crianças, utilize-o para classificar a desidratação da criança.

1.5.2 Classificar a diarreia

Há três formas de classificação para a diarreia:

- Todas as crianças com diarreia são classificadas quanto ao estado de hidratação.
- Caso a criança tenha tido diarreia por 14 dias ou mais, classifique como diarreia persistente.
- Caso a criança apresente sangue nas fezes, classifique como disenteria.

Classificar o estado de hidratação

Há três tipos de classificação possíveis quanto ao estado de hidratação em uma criança com diarreia:

- DESIDRATAÇÃO GRAVE.
- DESIDRATAÇÃO.
- SEM DESIDRATAÇÃO.

Para classificar o estado de hidratação da criança, comece com a faixa de cor vermelha (a primeira).

- Se dois ou mais sinais da faixa vermelha estão presentes, classifique a criança como **DESIDRATAÇÃO GRAVE**.
- Se dois ou mais sinais não estão presentes na faixa vermelha, olhe a faixa amarela (a segunda). Caso dois ou mais dos sinais estejam presentes na faixa amarela, classifique a criança como **DESIDRATAÇÃO**.
- Se dois ou mais dos sinais da coluna amarela não estão presentes, classifique a criança como **SEM DESIDRATAÇÃO**. A criança não tem sinais suficientes para ser classificada como **DESIDRATAÇÃO**. As perdas de líquidos iniciais podem ocorrer sem ser acompanhadas de sinais de desidratação.

Não há sinais suficientes para classificar como desidratação ou desidratação grave, classifique como sem desidratação.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Dois dos seguintes sinais: • Letárgica ou inconsciente • Olhos fundos • Não consegue beber ou bebe muito mal • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior	DESIDRATAÇÃO GRAVE	• Se a criança não se enquadrar em outra classificação grave, iniciar terapia endovenosa (Plano C). • Se a criança também se enquadrar em outra classificação grave: ▪ Referir URGENTEMENTE ao hospital, com a mãe e profissional de saúde administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto, se possível. ▪ Recomendar a mãe a continuar a amamentação, se possível. • Se a criança tiver 2 ou mais anos de idade, e se houver cólera na sua região, administrar antibiótico.
Dois dos seguintes sinais: • Inquieta ou irritada • Olhos fundos • Bebe avidamente, com sede • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior	DESIDRATAÇÃO	• Administrar SRO na unidade de saúde até hidratar (Plano B). • Dar zinco oral por 10 dias. • Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. • Seguimento em cinco dias se não melhorar. • Se a criança se enquadrar em uma classificação grave devido a outro problema: ▪ Referir URGENTEMENTE ao hospital, com a mãe e profissional de saúde administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto. ▪ Recomendar a mãe a continuar a amamentação, se possível.
• Não há sinais suficientes para classificar como DESIDRATAÇÃO ou DESIDRATAÇÃO GRAVE	SEM DESIDRATAÇÃO	• Dar alimentos e líquidos para tratar a diarreia em casa (Plano A). • Dar zinco oral por 10 dias • Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. • Seguimento em cinco dias se não melhorar

EXEMPLO 4:

Anice, de 4 meses, foi levada à unidade de saúde porque há quatro dias estava com diarreia. Não apresentava sinais de perigo e não estava tossindo. O profissional de saúde avaliou a diarreia da menina. Assim, anotou os seguintes sinais:

A CRIANÇA ESTÁ COM DIARREIA? ☒ Sim ☐ Não	CLASSIFICAR
• Há quanto tempo? <u>4 dias</u> • Há sangue nas fezes? • Letárgica ou inconsciente? <u>Inquieta ou irritada?</u> • Observar se os olhos estão fundos • Sinal da Prega: a pele volta ao estado anterior: ☐ Muito lentamente (>2 segundos)? ☐ Lentamente? • Oferecer líquidos à criança. A criança: ☐ Não consegue beber ou bebe muito mal? ☐ Bebe avidamente, com sede?	

Anice **não** apresenta dois sinais da faixa de cor vermelha e, portanto, não tem DESIDRATAÇÃO GRAVE. Ela tem dois sinais da faixa amarela. O profissional de saúde classificou como DESIDRATAÇÃO.

AVALIAR	CLASSIFICAR
Dois dos seguintes sinais: • Letárgica ou inconsciente • Olhos fundos • Não consegue beber ou bebe muito mal • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior	DESIDRATAÇÃO GRAVE
Dois dos seguintes sinais: • <u>Inquieta ou irritada</u> • Olhos fundos • <u>Bebe avidamente, com sede</u> • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior	<u>DESIDRATAÇÃO</u>
• Não há sinais suficientes para classificar como DESIDRATAÇÃO ou DESIDRATAÇÃO GRAVE	SEM DESIDRATAÇÃO

O profissional de saúde anotou a classificação de Anice no Formulário de Registro.

A CRIANÇA ESTÁ COM DIARREIA? Sim ☒ Não ☐		CLASSIFICAR
• Há quanto tempo? <u>4</u> dias • Há sangue nas fezes?	• Letárgica ou inconsciente? <u>Inquieta ou irritada?</u> • Observar se os olhos estão fundos • Sinal da Prega: a pele volta ao estado anterior: ☐ Muito lentamente (>2 segundos)? ☐ Lentamente? • Oferecer líquidos à criança. A criança: ☐ Não consegue beber ou bebe muito mal? ☐ <u>Bebe avidamente, com sede?</u>	<i>Desidratação</i>

Veja a seguir uma descrição de cada uma das classificações sobre o estado de hidratação:

DESIDRATAÇÃO GRAVE

Caso a criança tenha tido dois dos seguintes sinais: letárgico ou inconsciente; não consegue beber ou bebe mal; olhos fundos; ao sinal da prega, a pele volta ao estado anterior muito lentamente; classifique como DESIDRATAÇÃO GRAVE.

DESIDRATAÇÃO

Caso a criança não apresente sinais de DESIDRATAÇÃO GRAVE, olhe a faixa seguinte. A criança tem sinais de DESIDRATAÇÃO?

Caso a criança tenha dois ou mais dos seguintes sinais: inquieta ou irritada; bebe avidamente, com sede; olhos fundos; ao sinal da prega, a pele volta ao estado anterior lentamente, classifique como DESIDRATAÇÃO.

SEM DESIDRATAÇÃO

Uma criança que não tenha dois ou mais sinais, seja da faixa vermelha ou da faixa amarela, é classificada como SEM DESIDRATAÇÃO.

1.5.3 Classificar a diarreia persistente

Depois de classificar o estado de hidratação da criança, classifique como diarreia persistente, caso a criança tenha tido diarreia por 14 dias ou mais. Há duas classificações para a diarreia persistente:

- DIARREIA PERSISTENTE GRAVE
- DIARREIA PERSISTENTE

DIARREIA PERSISTENTE GRAVE

Caso uma criança tenha diarreia por 14 dias ou mais e também esteja desidratada, classifique a doença da criança como DIARREIA PERSISTENTE GRAVE.

DIARREIA PERSISTENTE

Uma criança que tenha diarreia por 14 a 28 dias, e que não apresente sinais de desidratação, classifica-se como DIARREIA PERSISTENTE.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
• Com desidratação	DIARREIA PERSISTENTE GRAVE	• Tratar a desidratação antes de referir à criança a não ser que esta se enquadre em outra classificação grave. • Referir URGENTEMENTE ao hospital.
• Sem desidratação	DIARREIA PERSISTENTE	• Informar sobre como alimentar uma criança com DIARREIA PERSISTENTE • Dar zinco oral por dez dias • Informar sobre quando retornar imediatamente • Marcar retorno em cinco dias

Obs.: Diarreia acima de 28 dias é considerada diarreia crônica.

1.5.4 Classificar a disenteria

Há somente uma classificação para a disenteria:

- DISENTERIA

Classificar a criança com diarreia e sangue nas fezes como tendo DISENTERIA.

• Sangue nas fezes	DISENTERIA	• Dar um antibiótico recomendado em sua região para Shigella, se houver comprometimento do estado geral. • Dar zinco oral por dez dias. • Marcar o retorno em dois dias. • Informar sobre quando retornar imediatamente.
--	------------	--

Bibliografia

AGGARWAL, S. et al. Lactobacillus GG for treatment of acute childhood diarrhoea: an open labelled, randomized controlled trial. **Indian Journal of Medical Research**, [S.l.], v. 139, n. 3, p. 379-385, Mar. 2014.

AMORIM, C. S. C. et al. Conhecimento pelos pais sobre os sinais de alarme em infecção respiratória aguda e doença diarréica aguda em menores de 5 anos. **Revista Paraense de Medicina**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 27-31, 2006.

BABU, T. A. The ideal zinc preparation in the management of acute diarrhea in children. **Indian Journal of Pharmacology**, [S.l.], v. 45, n. 5, Sept./Oct. 2013.

BHANDARI, N. et al. Substantial reduction in severe diarrheal morbidity by daily zinc supplementation in young north Indian children. **Pediatrics**, [S.l.], v. 109, n. 6, p. e86, June 2002.

BINDER, H. J. et al. Oral rehydration therapy in the second decade of the twenty-first century. **Current Gastroenterology Reports**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 376, Mar. 2014.

DAS, J. K. et al. Antibiotics for the treatment of Cholera, Shigella and Cryptosporidium in children. **BMC Public Health**, [S.l.], v. 13, p. S10, 2013. Suppl. 3.

FEWTREL, I. L. et al. Water, sanitation and hygiene interventions to reduce diarrhea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infectious Diseases**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 42-52, 2005.

FISCHER WALKER, C. L. et al. Zinc and low osmolarity oral rehydration salts for diarrhoea: a renewed call to action. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 87, n. 10, p. 780-786, Oct. 2009.

FONTAINE, O. Oral rehydration therapy: a critical component in integrated management of childhood illness. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, [S.l.], v. 30, n. 5, p. 490, May 2000.

LAZZERINI, M.; RONFANI, L. Oral zinc for treating diarrhoea in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], v. 31, p. 1, Jan. 2013.

ROCHA, M. C. et al. Acute diarrhea in hospitalized children of the municipality of Juiz de Fora, MG, Brazil: prevalence and risk factors associated with disease severity. **Archives of Gastroenterology**, [S.l.], v. 49, n. 4, p. 259-265, Dec. 2012.

TRAA, B. S. et al. Antibiotics for the treatment of dysentery in children. **International Journal of Epidemiology**, [S.l.], v. 39, p. i70–i74, Apr. 2010. Suppl. 1.

UNICEF. World Health Organization. **Diarrhea: why children are still dying and what can be done**. Geneva; New York: UNICEF; WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to *Shigella dysenteriae* type 1**. Geneva; Switzerland: WHO Document Production Services, 2005.

_____. **The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers**. 4th rev. Geneva: WHO, 2005.

1.6 Avaliar e classificar a febre

A febre tem a utilidade de servir como sinal de alerta, e estima-se que entre 20% a 30% das consultas pediátricas têm a febre como queixa única predominante. No contexto de grande número de febres de evolução benigna, cabe ao profissional de saúde selecionar aquelas que requerem investigação mais apurada, detectar os casos graves que exigem intervenção imediata e lidar adequadamente com os episódios febris comuns.

Uma criança com febre pode ter malária ou outra doença grave. Pode ser também um simples resfriado ou outra infecção viral.

MALÁRIA

A malária é uma doença infecciosa febril aguda causada por parasitas no sangue chamados de plasmódios. A área endêmica da doença no Brasil compreende a região amazônica – responsável por 99% dos casos autóctones – incluindo Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Em 2015, houve redução de aproximadamente 1% no número de casos autóctones em comparação com 2014, passando de 139.204 para 138.069. Na análise por estado, o Maranhão (71%) apresentou a maior queda, seguido de Rondônia (29%), Pará (17%) e Acre (14%).

Apesar dos poucos casos autóctones na região extra-Amazônica, a doença não pode ser negligenciada diante do risco de reintrodução, agravado pelo fluxo migratório em áreas suscetíveis, bem como pela possibilidade de aumento da letalidade devido ao diagnóstico tardio e manejo clínico inadequado.

Para definição do status de eliminação da doença, o Brasil utiliza metodologia da Organização Mundial da Saúde. Seguindo essa classificação, as cidades foram divididas a partir da média da incidência parasitária de malária entre 2012 e 2014. Atualmente, o País apresenta um total de 5.276 municípios que se encontram em prevenção de reintrodução de casos de malária falciparum, 219 municípios em eliminação e 75 em controle. Mesmo na área endêmica, o risco de contrair a doença não é uniforme. Este risco é medido pela incidência parasitária anual (IPA), que serve para classificar as áreas de transmissão em alto, médio e baixo risco, de acordo com o número de casos por mil habitantes. A febre é o sinal principal da malária. Pode estar presente o tempo todo ou desaparecer e reaparecer a intervalos regulares. Outros sinais de malária são calafrios, transpiração e vômitos. Uma criança com malária pode ter anemia crônica como único sinal da doença. Os sinais de malária podem sobrepor-se com os sinais de outras doenças. Por exemplo, uma criança pode ter malária e também ter tosse com respiração rápida, ou seja, um sinal de pneumonia. Esta criança necessita de tratamento para a malária e para a pneumonia. As crianças com malária também podem ter diarreia. Estas necessitam de um antimalárico e tratamento para diarreia. A malária é uma importante causa da mortalidade em crianças nas regiões endêmicas. Um caso de malária pode transformar-se em malária grave em apenas 24 horas depois que a febre aparece. A malária é grave quando apresenta complicações como malária cerebral ou anemia grave. A criança pode morrer se não receber tratamento urgente.

Decisão sobre o risco de malária

Para classificar e tratar as crianças com febre, você deve conhecer o grau de risco de malária na região. Para determinar o grau de risco do município ou da região, é necessário conhecer

seu IPA. Este índice dará o número de casos positivos de malária por cada mil habitantes num determinado ano. De acordo com a Coordenação Nacional do Programa de Controle da Malária, os municípios foram classificados em:

MUNICÍPIOS DE ALTO RISCO – os que apresentam IPA maior ou igual a 50.

MUNICÍPIOS DE MÉDIO RISCO – os que apresentam IPA maior ou igual a 10 e menor que 50.

MUNICÍPIOS DE BAIXO RISCO – os que apresentam IPA menor que 10.

Para a estratégia Aidpi, considerou-se como **RISCO DE MALÁRIA** os municípios classificados com alto, médio ou baixo risco para malária; e **SEM RISCO**, as regiões onde não há casos autóctones de malária.

Caso o IPA não seja conhecido, pergunte à mãe ou ao acompanhante se na área onde a criança reside tem casos de malária.

1.6.1 Avaliar a febre

A criança tem o sinal principal (febre) se:
Tem uma história de febre; ou
Está quente ao toque; ou
Tem uma temperatura axilar de 37,5°C ou mais.

Observe os seguintes passos para avaliar a criança com febre:

Se a resposta for SIM:	
Determinar o risco de malária: - Área sem risco - Área com risco: gota espessa/teste rápido, se positivo, especifique: _____ - Há quanto tempo? __dias - Se há mais de 5 dias: Houve febre todos os dias? Sim ☐ Não ☐	Observar e palpar - Rigidez de nuca - Petéquias - Abaulamento de fontanela

PERGUNTAR: a criança está com febre?

Verifique se a criança tem uma história de febre, está quente ao toque ou tem temperatura de 37,5°C ou mais. Certifique-se de que a mãe entende o que é febre. Por exemplo, pergunte-lhe se sente o corpo da criança quente ao tocá-lo. Palpe o abdome ou as axilas e determine se a criança está quente. Meça a temperatura da criança, se possível. Caso tenha temperatura de 37,5°C ou mais, a criança tem febre. Caso a criança NÃO tenha febre (por anamnese, quente ao toque ou uma temperatura de 37,5°C ou mais), passe ao problema seguinte. Caso a criança tenha febre, avalie-a conforme o quadro.

DECIDA o Grau de Risco de Malária: área com risco ou área sem risco. Trace um círculo ao redor do risco de malária (com ou sem risco) no Formulário de Registro. Você fará uso desta informação quando classificar a febre da criança.

É importante ressaltar que, para toda criança que venha à unidade de saúde com febre e resida em área com risco de malária, uma amostra de sangue deverá ser colhida para exame. Realize a gota espessa e/ou teste rápido em áreas com risco de malária. Caso positivo, especifique o tipo de *Plasmodium*. **Caso negativo, refazer o exame no dia seguinte** e sempre verificar se a criança veio de lugar com risco de malária.

Nota: em áreas endêmicas, quando não for possível o diagnóstico parasitológico (áreas especiais como aldeias indígenas, áreas longínquas ou de acesso difícil), são recomendados os testes rápidos imunocromatográficos, comercialmente disponíveis em *kits* que permitem diagnósticos rápidos, em cerca de 15 a 20 minutos.

Quando não disponível o diagnóstico da malária, seja pelo exame parasitológico ou pelo imunoteste, persistindo a sintomatologia ou agravando-se os sinais clínicos, o paciente deverá ser encaminhado para uma unidade de maior complexidade.

PERGUNTAR: Há quanto tempo? Se há mais de cinco dias, pergunte: tem tido febre todos os dias?

Pergunte à mãe há quanto tempo a criança tem tido febre. Caso a criança tenha tido febre por mais de cinco dias, pergunte-lhe se teve febre todos os dias. Muitas febres causadas por doença viral cessam dentro de três dias. A febre que esteja presente diariamente por mais de cinco dias pode significar que a criança tem uma doença mais grave. Refira a criança para uma avaliação mais acurada. Atenção para as doenças febris, conforme a situação epidemiológica predominante local.

OBSERVAR E EXAMINAR para determinar se há rigidez da nuca.

Uma criança com febre e com rigidez da nuca pode ter meningite. Uma criança com meningite necessita de tratamento urgente com antibióticos injetáveis e deve ser referida a um hospital.

Enquanto você fala com a mãe durante a avaliação, observe se a criança move ou dobra o pescoço facilmente quando olha ao redor. Caso a criança esteja se movendo e dobrando o pescoço, ela não tem rigidez da nuca. Caso você não veja movimento, ou se não esteja seguro, faça com que a criança olhe o umbigo e os dedos dos pés. Por exemplo, você pode iluminar

com uma lanterna os dedos dos pés e o umbigo ou fazer-lhe cócegas nos dedos para incitá-la a olhar para baixo. Observe se a criança pode dobrar o pescoço quando olha para baixo para ver o umbigo ou os dedos dos pés.

Caso ainda não tenha conseguido vê-la dobrar o pescoço, peça à mãe que lhe ajude a colocar a criança de barriga para cima. Incline-se sobre a criança, sustente-a com delicadeza pelos ombros com uma mão; com a outra mão, sustente a cabeça. A seguir, incline-a com cuidado para frente em direção ao peito. Se o pescoço se dobra facilmente, a criança não tem rigidez de nuca. Caso o pescoço fique rígido, a criança tem rigidez de nuca (geralmente a criança chora).

OBSERVAR E EXAMINAR se há petéquias.

As petéquias são lesões puntiformes avermelhadas na pele que não desaparecem com a pressão dos dedos sobre a pele. Para pesquisar a presença de petéquias, a criança deve estar desnuda e o profissional de saúde deve olhar todo o corpo da criança.

OBSERVAR E PALPAR se há abaulamento de fontanela.

Pesquisar em crianças pequenas (< 1 ano) que não apresentam ainda fechamento da fontanela anterior. Para examinar fontanela, a criança não deve estar chorando. O profissional de saúde precisa observar e palpar a fontanela para ver se existe abaulamento e aumento de pressão.

Caso algum desses sinais esteja presente, a criança deverá ser referida com **URGÊNCIA** a um hospital.

1.6.2 Classificar a febre

Para classificar a febre, primeiro é importante determinar se a área apresenta ou não risco para malária. Considera-se área com risco: se a criança reside em uma área com risco ou visitou alguma nos últimos 30 dias.

ÁREA COM RISCO DE MALÁRIA

Existem três classificações possíveis para a febre quando há risco de malária:

- MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE.
- MALÁRIA.
- DOENÇA FEBRIL.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Um dos seguintes sinais: - Qualquer sinal geral de perigo - Rigidez de nuca - Petéquias - Abaulamento de fontanela	MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE	- Se gota espessa/teste rápido positivo, dar a primeira dose de um antimalárico recomendado. - Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. - Tratar a criança para evitar hipoglicemia. - Dar antitérmico se temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$. - Referir URGENTEMENTE ao hospital.
Nenhum sinal de malária grave ou doença febril muito grave e gota espessa ou teste rápido positivo	MALÁRIA	- Tratar com antimalárico oral recomendado. - Dar antitérmico se temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$. - Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. - Seguimento em três dias. - Se tem tido febre todos os dias por mais de cinco dias, realizar investigação.
Se nenhum dos sinais acima e gota espessa ou teste rápido negativo	DOENÇA FEBRIL	- Dar antitérmico se temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$. - Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. - Seguimento em dois dias se a febre persistir. - Se tem tido febre todos os dias por mais de cinco dias, refira para investigação

Obs.: todo paciente com doença falciforme que apresente febre deve ser referido para unidade hospitalar.

EXEMPLO 5:

Paulo tem 10 meses, pesa 8,2 kg e sua temperatura é de $38,5^{\circ}\text{C}$. Sua mãe disse que ele tem tosse. O profissional de saúde verificou se Paulo tinha sinais gerais de perigo. Paulo podia beber, não estava vomitando, não tinha convulsões e não estava letárgico nem inconsciente. A seguir, o profissional de saúde fez perguntas sobre a tosse de Paulo. A mãe disse que Paulo estava tossindo há cinco dias. O profissional de saúde contou 43 respirações por minuto. Não viu tiragem subcostal. Não ouviu estridor quando Paulo estava calmo, nem sibilância. Paulo não tinha diarreia. A seguir, o profissional de saúde fez perguntas sobre a febre de Paulo que reside em área com risco de malária e solicitou exame de gota espessa que mostrou *P. vivax*. A mãe disse que faz dois dias que Paulo está febril. Paulo não tinha rigidez da nuca, petéquias ou abaulamento de fontanela. Não tinha coriza.

1. A seguir, poderá ver como o profissional de saúde registrou a informação do caso e os sinais da doença de Paulo.

2. Para classificar a febre de Paulo, o profissional de saúde olhou a tabela para classificá-la quanto à área com risco de malária.
- a) Verificou-se que Paulo tinha algum dos sinais enumerados na faixa vermelha. Pensou: “Paulo tem algum dos sinais gerais de perigo? Não, não tem nenhum. Paulo tem rigidez da nuca, petéquias ou abaulamento de fontanela? Não. Paulo não tem nenhum dos sinais de MALÁRIA GRAVE ou DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE”.
- b) Em seguida, o profissional de saúde olhou a faixa amarela. Pensou: “Paulo tem febre. Tem temperatura de 38,5°C. Também tem história de febre porque sua mãe disse que ele está febril há dois dias”. O profissional de saúde classificou Paulo como MALÁRIA, após confirmação por exame de gota espessa.

A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque/temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) Sim ☒ Não ☐		
- Determinar o risco de Malária: Área sem risco - Área com risco: <u>Gota espessa</u>/teste Rápido, se positivo especifique: <i>P.vivax</i> - Há quanto tempo? <u>2</u> dias - Se há mais de 5 dias: Houve febre todos os dias? Sim ☐ Não ☐	Observar e palpar: Rigidez de nuca Petéquias Abaulamento de fontanela	CLASSIFICAR <i>Malária</i>

PARA ÁREA SEM RISCO DE MALÁRIA

Consulte a tabela de classificação para área sem risco de malária, sempre depois de ter descartado a possibilidade de viagem com a criança, no último mês, para regiões com risco de malária.

- Há duas classificações possíveis para a febre de uma criança em área sem risco de malária.
- DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE
 - DOENÇA FEBRIL

DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE

Caso a criança apresente algum sinal geral de perigo ou tenha rigidez da nuca, petéquias ou abaulamento de fontanela, classifique a criança como DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE.

DOENÇA FEBRIL

Caso a criança não apresente sinal de doença febril muito grave, classifique a criança como DOENÇA FEBRIL.

Área sem risco de malária

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Um dos seguintes sinais: - Qualquer sinal geral de perigo - Rigidez de nuca - Petéquias - Abaulamento de fontanela	DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE	- Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. - Tratar a criança para evitar hipoglicemia. - Dar antitérmico se temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$. - Referir URGENTEMENTE ao hospital
Nenhum sinal de doença febril muito grave	DOENÇA FEBRIL	- Dar antitérmico se temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$. - Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente. - Seguimento em dois dias se a febre persistir. - Se tem tido febre todos os dias por mais de cinco dias, realizar investigação.

Obs.: todo paciente com doença falciforme que apresente febre deve ser referido para unidade hospitalar.

EXEMPLO 6:

Luciana, 4 anos de idade, chega à unidade de saúde porque há dois dias vem apresentando “quentura no corpo”. Não apresenta sinal geral de perigo. Não tem tosse, nem dificuldade para respirar, nem diarreia. Reside em área sem risco de malária. Quando o profissional de saúde avaliou a febre da criança, anotou estes sinais:

A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quele ao toque/temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) Sim ☒ Não ☐		
• Determinar o risco de Malária: Área sem risco Área com risco: Gota espessa/Teste Rápido, se positivo especifique: • Há quanto tempo? 2 dias • Se há mais de 5 dias: Houve febre todos os dias? Sim ☐ Não ☐	• Observar e palpar: Rigidez de nuca Petéquias Abaulamento de fontanela	CLASSIFICAR <i>Doença febril</i>

Por ser uma área sem risco de malária, o profissional de saúde selecionou a tabela Classificação da Febre para área sem risco de malária. A criança não apresenta sinal da faixa vermelha – sinais gerais de perigo ou rigidez de nuca, petéquias ou abaulamento de fontanela. O profissional de saúde optou pela faixa verde porque Luciana não apresentava sinal de doença febril muito grave, e classificou-a como **DOENÇA FEBRIL**.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2014.

BRAZ, R. M.; DUARTE, E. C.; TAUIL, P. L. Caracterização das epidemias de malária nos municípios da Amazônia Brasileira em 2010. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 935-944, 2013

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Diagnóstico Laboratorial da Malária**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/malaria_diag_manual_final.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da malária no Brasil, 2000 a 2011. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 1-16, 2013.

FACTOR, S. H. et al. Diagnosis and management of febrile children using the WHO/UNICEF guideline for IMCI in Dhaka, Bangladesh. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 79, p. 1096-1105, 2001.

GOMES, A. P. et al. Severe Plasmodium falciparum malária. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 358-369, 2011.

MURAHOVSKI, J. A criança com febre no consultório. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, p. S55-S56, 2003. Suplemento 1.

OLIVEIRA-FERREIRA, J. et al. Malaria in Brazil: an overview. **Malaria Journal**, [S.l.], v. 9, p. 115, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Bireme**. Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?id=328%3Adia-mundial-da-malaria-2016-enfoca-a-erradicacao-da-doenca&option=com_content>. Acesso em: 31 ago. 2016

PEREIRA, G. L.; DAGOSTINI, J. M. C.; DAL PIZZOL, T. S. Uso alternado de antipiréticos para tratamento da febre em crianças: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 289-296, 2012.

PORTAL BRASIL. **Saúde**: Brasil tem o menor número de casos de malária nos últimos 35 anos. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/04/brasil-tem-o-menor-numero-de-casos-de-malaria-dos-ultimos-35-anos>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. **Situação Epidemiológica**: dados. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/662-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/malaria/11346-situacao-epidemiologica-dados>>. Acesso em: 31 ago. 2016

PURSSELL, E. Uso de antipiréticos em crianças: mais do que apenas temperature. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 1, p. 1-3, 2013.

SULLIVAN, J. E. et al. Fever and antipyretic use in children. **Pediatrics**, [S.l.], v. 127, p. 580-587, 2011.

1.7 Avaliar e classificar o problema de ouvido

Quando uma criança tem infecção no ouvido, o pus se acumula atrás do tímpano, causando dor e, frequentemente, febre. Caso não se trate a infecção, o tímpano pode romper, drenando secreção purulenta e diminuindo a dor. Apresenta maior prevalência e incidência nas crianças abaixo de 2 anos, pela maior incidência de Infecção de Vias Aéreas Superiores (lvas), menor imunocompetência e disfunção tubária (curta, ampla e com ângulo horizontal).

Algumas vezes, a infecção se estende da orelha média à apófise mastoide, causando mastoidite. Raramente, a infecção também pode se estender do ouvido médio para o Sistema Nervoso Central (SNC), causando meningite. Essas são doenças graves que requerem referência urgente.

As infecções de ouvido raramente causam a morte; entretanto, levam a muitos dias de doenças nas crianças, sendo a principal causa de surdez nos países em desenvolvimento, o que acarreta problemas de aprendizagem na escola.

1.7.1 Avaliar o problema de ouvido

TODAS as crianças doentes atendidas devem ser avaliadas quanto a problemas de ouvido. Para isso:

PERGUNTAR: a criança está com algum problema de ouvido?

Se a mãe responde NÃO, anote a sua resposta. Não avalie a criança para problemas de ouvido. Passe para o próximo quadro: avaliar a dor de garganta. Se a mãe responde SIM, continue com a próxima pergunta.

A dor de ouvido pode indicar que a criança tem infecção de ouvido. Se a mãe não está segura de que a criança apresenta dor de ouvido, pergunte se esteve irritável ou se tem esfregado a orelha.

Há secreção no ouvido? Se houver, há quanto tempo?

A secreção no ouvido é também sinal de infecção. Se a criança apresenta esse sinal, pergunte há quanto tempo. Dê tempo para que a mãe responda a pergunta; talvez ela necessite lembrar quando começou. A secreção no ouvido presente por menos de duas semanas é considerada infecção aguda do ouvido; e, quando presente por duas semanas ou mais, infecção crônica do ouvido.

OBSERVAR se há secreção purulenta no ouvido.

A secreção que sai do ouvido é sinal de infecção, mesmo que a criança não sinta dor. Observe dentro do ouvido da criança para ver se supura e faça uma otoscopia sempre que possível. Caso a mãe ou responsável refira que a criança tem secreção no ouvido e esta não seja visível, indagar se a mãe secou o ouvido antes da consulta.

PALPAR E OBSERVAR:

Palpe e observe para determinar se há tumefação e/ou vermelhidão dolorosa atrás do ouvido.

Palpe e observe detrás de ambas as orelhas. Compare e decida se tem tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque da apófise mastoidea. Para classificar como MASTOIDITE, é necessário que haja tumefação ou vermelhidão dolorosa ao toque. A mastoidite é uma infecção profunda do osso. Deve-se ter o cuidado de não confundir inflamação dos gânglios linfáticos com a mastoidite.

1.7.2 Classificar o problema de ouvido

Existem cinco classificações para os problemas de ouvido.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
• Tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás da orelha	MASTOIDITE	• Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. • Dar analgésico se dor. • Referir URGENTEMENTE ao hospital
• Secreção purulenta visível no ouvido há menos de 14 dias ou otoscopia alterada*	INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO	• Dar antibiótico recomendado por oito dias • Dar analgésico se dor. • Secar o ouvido com uma mecha se tem secreção. • Marcar o retorno em dois dias • Orientar sinais de retorno imediato
• Dor no ouvido**	POSSÍVEL INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO	• Dar analgésico se dor. • Marcar o retorno em dois dias • Orientar sinais de retorno imediato
• Secreção purulenta visível no ouvido há 14 dias ou mais.	INFECÇÃO CRÔNICA DO OUVIDO	• Secar o ouvido com uma mecha. • Marcar o retorno em cinco dias • Orientar sinais de retorno imediato
• Não tem dor de ouvido e não foi notada secreção purulenta no ouvido	NÃO HÁ INFECÇÃO DO OUVIDO	• Nenhum tratamento adicional

* Membrana timpânica opaca ou hiperemiada com abaulamento ou perfuração.

** Sempre que for possível, utilize o otoscópio.

Bibliografia

AMERICAN Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. **Pediatrics**, [S.l.], v. 113, n. 5, p. 1451-1465, 2004.

BLUESTONE, C. D. Clinical course, complications and sequelae of acute otitis media. **Pediatric Infectious Disease Journal**, [S.l.], v. 19, p. 37-46, 2000.

CASEY, J. R.; MICHAEL, E.; PICHICHERO, M. E. **Acute otitis media**: Update 2015. Disponível em <<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/news/acute-otitis-media-update-2015?page=full>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

HOBERMAN, A. et al. Treatment of Acute Otitis Media in Children under 2 Years of Age. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 364, n. 2, p. 105-115, 13 Jan. 2011.

NASCIMENTO-CARVALHO, C. M.; SOUZA-MARQUES, H. H. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.l.], v. 15, n. 6, p. 380-387, 2004.

PICHICHERO, M. E. Otitis media. **Pediatric Clinics of North America**, [S.l.], v. 60, n. 2, p. 391-407, 2013.

SPRATLEY, J. et al. Acute mastoiditis in children: Review of the current status. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, [S.l.], v. 56, p. 33-40, 2000.

1.8 Avaliar e classificar a dor de garganta

As Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) são causas importantes de demanda às unidades de saúde na faixa etária pediátrica. Entre as lvas, encontramos muito frequentemente as tonsilites, que se apresentam como queixa de dor de garganta.

A etiologia é predominantemente viral, principalmente nas crianças abaixo de 3 anos de idade, sendo os agentes mais comuns o rinovírus e adenovírus. Entre as causas bacterianas, merece destaque a tonsilite causada pelo *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield), ou simplesmente o estreptococo do grupo A, especialmente por ser a tonsilite aguda bacteriana em que a antibioticoterapia está definitivamente indicada, com o objetivo de prevenir as sequelas não supurativas, sobretudo a febre reumática.

1.8.1 Avaliar a dor de garganta

Uma criança com dor de garganta é avaliada verificando:

- Se há sinais gerais de perigo.
- Presença de gânglios cervicais.
- Alteração ao exame da orofaringe.

Este é o quadro da coluna AVALIAR, na qual se apresentam os passos a serem seguidos diante de uma criança com dor de garganta.

A criança está com dor de garganta?

SE SIM, OBSERVAR/DETERMINAR:

- Presença de gânglios cervicais aumentados e dolorosos.
- Observar a garganta:
 - Verificar presença de abaulamento de palato.
 - Amígdalas com presença de membrana branco-acinzentada, que sangra quando destacada.
 - Amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato.
 - Presença de vesículas e/ou hiperemia de garganta.

Para todas as crianças, pergunte sobre a presença de dor de garganta.

PERGUNTAR: A criança está com dor de garganta?

Caso a mãe responda que NÃO, verifique se há desnutrição, anemia e outros problemas de crescimento. Caso a mãe responda que SIM, faça-lhe a pergunta seguinte.

OBSERVAR se a criança apresenta gânglios cervicais dolorosos.

Uma criança que apresente gânglios cervicais dolorosos tem uma chance maior de ter uma doença bacteriana. Para verificar se existem gânglios cervicais dolorosos, o profissional de saúde deve examinar o pescoço da criança, palpando a cadeia ganglionar cervical e observando manifestações de dor.

OBSERVAR a garganta:

O profissional de saúde deve examinar a garganta da criança com um foco de luz e um abaixador de língua, caso a criança não consiga abrir a boca suficientemente para a garganta ser examinada. No exame, deve ser pesquisada a presença de abaulamento de palato, a existência de hiperemia, exsudatos, petéquias e vesículas.

1.8.2 Classificar a dor de garganta

Existem três possíveis classificações para uma criança com dor de garganta. São elas:

- INFECÇÃO GRAVE DE GARGANTA.
- INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA.
- INFECÇÃO LEVE DE GARGANTA.

INFECÇÃO GRAVE DE GARGANTA

Uma criança com dor de garganta que apresenta um dos sinais a seguir: sinais gerais de perigo, não consegue engolir, abaulamento de palato, amígdalas rechaçadas para a faringe e trismo, é classificada como INFECÇÃO GRAVE DE GARGANTA, podendo ser um abscesso periamigdaliano.

A criança com dor de garganta com nenhuma ou apenas uma dose de vacina antidiftérica, apresentando, ao exame da orofaringe, membranas branco-acinzentadas que sangram quando destacadas e envolvem as amígdalas, a úvula e os pilares; além de manifestações geralmente associadas com taquicardia, palidez e adenopatia cervical, é classificada como INFECÇÃO GRAVE DE GARGANTA, podendo ser portadora de angina diftérica, que necessita confirmação diagnóstica por exame bacterioscópico direto e por cultura.

INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA

Criança com dor de garganta apresentando febre alta (acima de 38,5°C), gânglios aumentados e dolorosos no pescoço, amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato, é classificada como portadora de INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA (tonsilite estreptocócica?). Podem ser ainda observados sintomas gastrointestinais (disfagia, vômitos, dor abdominal). Esta situação é infrequente em menores de 3 anos de idade.

INFECÇÃO LEVE DE GARGANTA

Criança com dor de garganta em decurso de resfriado comum, apresentando febre (geralmente abaixo de 38,5°C), irritabilidade, congestão nasal, tosse leve, inapetência, dor quando engole, hiperemia em faringe e/ou vesículas, é classificada como tendo INFECÇÃO LEVE DE GARGANTA.

Este é o quadro de procedimentos de dor de garganta:

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Um dos seguintes sinais - Qualquer sinal geral de perigo. - Abaulamento de palato - Amígdalas com e presença de membranas branco acinzentados que sangram quando destacadas	INFECÇÃO GRAVE DE GARGANTA	- Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. - Referir, URGENTEMENTE, ao hospital
Um dos seguintes sinais - Gânglios aumentados e dolorosos no pescoço. - Amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato.	INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA	- Dar um antibiótico recomendado por 10 dias. - Dar analgésico para dor. - Marcar consulta de retorno em dois dias. - Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente.
Se: Vesículas e ou hiperemia de garganta, associados a sinais de resfriado comum.	INFECÇÃO LEVE DE GARGANTA	- Dar analgésico para dor. - Seguimento em dois dias se persistir dor de garganta. - Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente
Se: Não há nenhum dos sinais acima descritos.	NÃO HÁ INFECÇÃO DE GARGANTA	Nenhum tratamento adicional

Bibliografia

EJZENBERG, B. A conduta frente ao paciente com faringite aguda. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 1-2, 2005.

NASCIMENTO-CARVALHO, C. M.; MARQUES, H. H. S. Recomendação do Departamento de Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria para conduta de crianças e adolescentes com faringoamigdalites agudas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 79-82, 2006.

SANTOS, A. G. P.; BEREZIN, E. M. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 23-28, 2005.

1.9 Avaliar e classificar estado nutricional e palidez palmar

Sempre que uma criança for a uma de unidade de saúde, é importante avaliar o seu estado nutricional. A mãe pode levar seu filho à unidade de saúde porque a criança tem uma doença aguda. A criança pode não ter queixas que indiquem algum problema nutricional, mas pode estar desnutrida e a família talvez não note o problema. É importante que o profissional de saúde reconheça os sinais de desnutrição, o excesso de peso e a anemia, que podem ser observados durante o exame físico ou na aferição dos dados antropométricos.

O perfil de saúde e o estado nutricional, em especial entre as crianças menores de 2 anos de idade, estão intimamente ligados ao consumo alimentar. Práticas inadequadas de alimentação nos dois primeiros anos de vida estão associadas ao aumento de morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição, pelo excesso de peso e pelas carências específicas de micronutrientes, tais como ferro, zinco e vitamina A.

A desnutrição é uma doença de natureza clínico-social, multifatorial, cujas raízes, muitas vezes, encontram-se na pobreza. Uma criança desnutrida está mais exposta a vários tipos de doenças, tem infecções mais graves e maior risco de morrer. Mesmo crianças com desnutrição leve e moderada têm um crescente risco de morte.

A identificação e o tratamento de crianças com desnutrição podem ajudar a prevenir doenças graves e evolução para o óbito. Na maioria das vezes, uma criança desnutrida indica uma família em situação de vulnerabilidade, fazendo com que o profissional de saúde investigue outros membros da família, e também as possíveis causas do problema, e logo aconselhe as mães a melhor maneira de abordá-las. Dependendo da gravidade da desnutrição, alguns casos podem ser tratados em hospitais, em centros de reabilitação nutricional, em ambulatório ou no domicílio. Os casos graves devem ser referidos ao hospital para tratar as complicações mais frequentes, receber alimentação especial, antibióticos, transfusões de sangue ou tratamento particular para a doença que contribuiu para a desnutrição.

Desnutrição é a consequência para o organismo do déficit de nutrientes e deve-se a diversas causas. Desenvolve-se a desnutrição proteico-calórica quando a criança não obtém de seus alimentos suficiente energia ou proteínas para satisfazer suas necessidades nutricionais. Uma criança com antecedentes de doenças agudas frequentes também pode desenvolver desnutrição proteico-calórica. O apetite da criança diminui e o alimento que consome não é utilizado eficazmente. Neste tipo de desnutrição:

- A criança pode sofrer emagrecimento acentuado (marasmo).
- A criança pode desenvolver edema (kwashiorkor).
- A criança pode associar o edema com o emagrecimento acentuado (*kwashiorkor-marasmático*).

Uma criança, cuja dieta não fornece as quantidades recomendadas de vitaminas e minerais essenciais, pode desenvolver carência nutricional específica. A criança talvez não receba quantidades suficientes recomendadas de certas vitaminas (como a vitamina A) ou minerais (como o ferro).

A hipovitaminose A, ou deficiência de vitamina A, acontece com frequência na Região Nordeste, muito embora tenha sido relatada em algumas regiões do Sudeste e do Norte. A vitamina A é uma substância essencial para proteger a saúde e a visão. Ajuda a combater as infecções oculares e na reparação das camadas das células que cobrem os pulmões, intestinos, garganta etc. Também ajuda o sistema imunológico a prevenir infecções. A falta de consumo de alimentos que contêm vitamina A pode levar à deficiência dessa vitamina, com o risco de desenvolver doenças como pneumonia e diarreia, podendo até evoluir para estados mais graves e, conseqüentemente, para a morte.

As formas mais graves de hipovitaminose A levam a alterações oculares com risco de cegueira (xeroftalmia e ceratomalácea). As lesões oculares desenvolvem-se insidiosamente e têm como manifestações primárias: a cegueira noturna, seca (xerose) de conjuntiva e/ou de córnea, mancha de Bitot, seguida de ulcerações (ceratomalácea). Como sintomas secundários, pode-se encontrar: cegueira e cicatrizes córneas.

A instalação da deficiência de ferro ocorre de maneira gradual. Os sinais e sintomas surgem lentamente, guardando relação com os estágios de depleção de ferro corporal. De um modo geral, quando as primeiras manifestações surgem, a anemia já é moderada. Os sinais e sintomas mais frequentes encontrados nas crianças são: palidez cutaneomucosa, anorexia, apatia, irritabilidade, perversão do apetite, redução da capacidade de atenção, dispnéia aos esforços, além do prejuízo do desenvolvimento físico e maior susceptibilidade para as infecções respiratórias e gastrointestinais.

A anemia ferropriva é a carência nutricional de maior prevalência na infância, mas felizmente fácil de ser prevenida. Anemia ferropriva e deficiência de ferro muitas vezes são utilizadas como sinônimos, porém a anemia representa a forma mais grave desta carência.

As quantidades extremamente pobres de ferro em muitas dietas, a capacidade limitada do organismo em absorver o ferro dietético, a necessidade de ferro para o crescimento, a alta incidência de infestações por parasitas como ancilóstomos e tricocéfalos e a malária tornam

as crianças um grupo especialmente vulnerável à carência de ferro. A malária pode causar destruição rápida dos glóbulos vermelhos. As crianças nas áreas endêmicas podem desenvolver anemia se apresentarem episódios reiterados de malária, ou se a malária for tratada de maneira inadequada. Frequentemente, a anemia nessas crianças deve-se à desnutrição e à malária.

Embora a deficiência de ferro atinja todas as classes socioeconômicas e grupos culturais, as crianças de famílias de baixa renda apresentam essa deficiência com mais frequência, e aproximadamente a metade destas apresenta anemia. Outros grupos de alto risco incluem as crianças com desnutrição intrauterina, as prematuras, as de baixo peso ao nascer, as precocemente desmamadas e sem suplementação de ferro, as desnutridas e as que apresentam infecções frequentes.

Durante o período gestacional, o feto recebe do organismo materno quantidade de ferro relativamente constante, que é estocado no fígado, principalmente no último trimestre da gestação. Esta reserva e a oferta proveniente do leite materno garantirão aporte suficiente para os recém-nascidos a termo até os 6 meses de idade. As crianças apresentam maior risco de deficiência de ferro entre 9 e 18 meses de idade, um período de crescimento rápido, quando os estoques de ferro estão reduzidos e a ingestão de ferro na dieta é frequentemente inadequada. Esta também é uma fase de crescimento rápido do cérebro, desenvolvimento de conexões neuronais e realização de importantes passos do desenvolvimento.

1.9.1 Avaliar estado nutricional e palidez palmar

Esta é a seção da coluna AVALIAR que aparece no quadro AVALIAR E CLASSIFICAR. Nela se descreve como avaliar e classificar o estado nutricional.

A seguir, verificar estado nutricional e palidez palmar

OBSERVAR E VERIFICAR:

- Emagrecimento acentuado visível
- Edema em ambos os pés
- Palidez palmar:
 - Palidez palmar grave?
 - Palidez palmar leve?
- Verificar o crescimento:
 - Peso para a idade

Avaliar **estado nutricional e palidez palmar** em TODAS as crianças que são atendidas nas unidades de saúde.

OBSERVAR se há emagrecimento acentuado visível.

Uma criança que apresenta emagrecimento acentuado visível tem marasmo, uma forma de desnutrição grave. A criança tem este sinal se estiver muito magra, sem gordura. Algumas crianças são magras, porém não têm emagrecimento acentuado visível.

Este passo da avaliação lhe ajudará a conhecer as crianças com emagrecimento acentuado visível que necessitam de tratamento urgente e devem ser referidas a um hospital. Para essa avaliação, retire toda a roupa da criança e observe se existem sinais clínicos de emagrecimento acentuado. É importante observar se:

- Existe atrofia muscular nos ombros, braços, nádegas e pernas.
- É possível ver facilmente o contorno das costelas.
- O quadril parece pequeno se comparado ao tórax e ao abdome.
- Há escassez de gordura nas nádegas, com a criança de perfil.

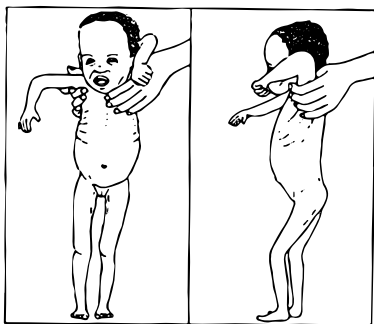
Quando a atrofia é extrema, há numerosas pregas na pele das nádegas e da coxa, aparentando que a criança está usando calças muito largas. O rosto de uma criança com emagrecimento acentuado visível pode parecer normal ou então apresentar o aspecto de face de uma pessoa idosa. O abdome pode apresentar-se grande e distendido.

OBSERVAR E VERIFICAR se há edema em ambos os pés.

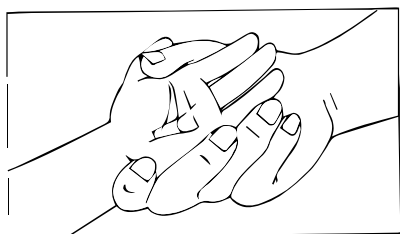
Uma criança com edema nos dois pés pode ter *kwashiorkor*, outra forma de desnutrição grave. O edema se produz quando há o acúmulo de uma quantidade acentuada de líquido nos tecidos da criança. Os tecidos se enchem de líquido e parecem inchados ou tumefeitos. A criança pode apresentar-se retraída, irritável, cabelo fino e ralo, pele seca e escamosa, especialmente nos braços, e uma cara “de lua cheia”. A criança costuma apresentar uma apatia acentuada.

Observe e palpe para determinar se a criança tem edema em ambos os pés. Use seu dedo polegar para pressionar suavemente, por alguns segundos, no lado superior de cada pé. A criança tem edema se ficar uma depressão no pé, que demora para voltar ao normal, quando você levantar o seu dedo polegar.

Muitas das crianças com edema de ambos os pés apresentam também emagrecimento acentuado. São as formas mistas de *kwashiorkor*-marasmático.



OBSERVAR SE HÁ PALIDEZ PALMAR



A palidez fora do comum na pele é um sinal de anemia. Para ver se a criança tem palidez palmar, observe a pele da palma da mão da criança e a mantenha aberta. Não estenda os dedos para trás, posto que isso pode ocasionar palidez ao bloquear o fluxo de sangue. Caso ela esteja pálida, a criança tem palidez palmar leve. Caso esteja muita pálida ou tão pálida que pareça branca, a criança tem palidez palmar grave. Compare a cor da palma da mão da criança com a da mãe ou do profissional de saúde, ou com a palma da mão de pessoa da mesma cor. Nos casos de dúvida entre palidez palmar grave e leve, se a unidade de saúde dispuser de hematimetria e resultado rápido, determinar o valor da hemoglobina (Hb). Sob o ponto de vista de saúde pública, valores de hemoglobina inferiores a 11 g/dL são considerados, pela OMS, suficiente para caracterização da anemia. Resultados inferiores a 5 g/dL, anemia grave. Se não for possível determinar a Hb, considerar como palidez palmar grave e referir à criança.

VERIFICAR o crescimento da criança.

O estado nutricional é um excelente indicador da saúde global da criança. O acompanhamento de seu crescimento e do ganho de peso permite avaliar se a criança está se desenvolvendo

plenamente. Portanto, monitorar o crescimento de uma criança significa promover e proteger sua saúde. O propósito é determinar se uma criança está crescendo adequadamente ou se tem um problema de crescimento, ou se apresenta tendência a um problema de crescimento e como abordá-lo.

Cada vez que uma criança visita uma unidade de saúde deve ser pesada, ter seu comprimento ou altura avaliada e as medidas devem ser registradas na Caderneta de Saúde da Criança.

AVALIAR O CRESCIMENTO IMPLICA:

- 1) Calcular a idade da criança em meses.
- 2) Coletar medidas antropométricas com metodologia padronizada.
- 3) Marcar essas medidas nas curvas de crescimento.
- 4) Verificar se os valores encontrados estão dentro dos limites (pontos de corte – linhas vermelhas, na Caderneta de Saúde da Criança) estabelecidos como adequados. Os pontos de corte correspondem aos limites que separam as crianças que estão saudáveis daquelas que não estão.
- 5) Unir o ponto encontrado ao ponto anteriormente registrado com uma linha contínua. A união de vários pontos forma a linha de crescimento, também chamada CURVA de CRESCIMENTO, que sinaliza se a criança está crescendo adequadamente ou não.

Dar o diagnóstico antropométrico, que consiste em:

- Interpretar os pontos registrados para os indicadores de crescimento, e identificar um crescimento adequado e problemas de crescimento, comparando essas medidas com curvas de referência apropriadas.
- Interpretar a tendência das curvas e determinar se a criança:
 - Está crescendo adequadamente.
 - Tem um problema de crescimento.
 - Está em risco de ter um problema de crescimento.

INTERPRETANDO os gráficos de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança:

- 1) A linha verde corresponde ao escore z zero (mediana – equivale ao percentil 50). As outras linhas são linhas de pontuação z e indicam a distância da mediana.

- 2) As linhas de pontuações z das curvas de crescimento estão enumeradas positivamente (+1, +2, +3) ou negativamente (-1, -2, -3). No geral, um ponto marcado que esteja distante da mediana, além das linhas vermelhas, em qualquer direção, pode representar um problema. Entretanto, devem-se considerar outros fatores, como o padrão de crescimento, condições de saúde e a altura dos pais.
- 3) Um ponto marcado que cai exatamente EM CIMA da linha de pontuação z é interpretado como se estivesse mais próximo da curva central verde. Por exemplo: um peso para idade exatamente sobre a linha -3 escore z é considerado peso baixo para idade, e não peso muito baixo.
- 4) Um ponto ou desvio que esteja FORA da área compreendida entre as duas linhas vermelhas (a área entre as linhas vermelhas representa índices considerados adequados para a idade) indica problema de crescimento.
- 5) A curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um TRAÇADO PARALELO à linha verde, acima ou abaixo.
- 6) Qualquer mudança nessa tendência – um traçado horizontalizado (plano), desvio da curva para cima (crianças com sobrepeso) – pode indicar um possível risco. Neste caso, sempre interpretar o risco levando em consideração a posição do ponto, a direção da linha e a velocidade de mudanças na direção da linha de crescimento.

Por exemplo: se existe uma tendência para o sobrepeso ou para o baixo peso e esta tendência é identificada cedo, pode-se interferir precocemente e prevenir um problema, investigando a causa e orientando as condutas adequadas.

PROBLEMAS DE CRESCIMENTO:

O quadro a seguir apresenta um resumo das definições de problemas de crescimento de acordo com os índices estatura/idade, peso/idade, peso/estatura e IMC/idade, em termos do escore z .

Quadro 1 - Problemas de crescimento de acordo com os índices estatura/idade, peso/idade, peso/estatura e IMC/idade em termos do escore z

ESCORE Z	ESTATURA/IDADE	PESO/IDADE	PESO/ESTATURA	IMC/IDADE
Acima de + 3			Obesidade	Obesidade
Acima de + 2		Peso elevado para a idade (ver nota 2)	Sobrepeso	Sobrepeso
Acima de +1	Estatura/comprimento adequado para a idade	Peso adequado/para a idade	Possível risco de sobrepeso (ver nota 3)	Possível risco de sobrepeso (ver nota 3)
Abaixo de -1	Estatura/comprimento adequado para a idade	Peso adequado para a idade	Peso adequado para a estatura	IMC adequado
Abaixo de -2	Estatura/comprimento baixo para a idade (ver nota 4)	Peso baixo para a idade	Magreza	Magreza
Abaixo de -3	Estatura/comprimento muito baixo para a idade (ver nota 4)	Peso muito baixo para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada

Fonte: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación Sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Versón 1 – Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

NOTAS:

- 1) Uma estatura alta em raras ocasiões é um problema, a menos que seja um caso que possa indicar uma desordem endócrina, como um tumor produtor de hormônio do crescimento. Nesse caso, refira a criança para uma avaliação especializada.
- 2) Uma criança cujo peso para idade cai nesse intervalo pode ter um peso elevado; porém, será melhor avaliada pelas curvas peso/altura ou IMC/idade.
- 3) Um ponto marcado acima de 1 mostra um possível risco. Uma tendência para a linha 2, pontuação z, mostra um risco definitivo.
- 4) Uma criança com estatura muito baixa pode desenvolver sobrepeso.

1.9.2 Classificar o estado nutricional

Para a classificação do estado nutricional da criança, a OMS/MS recomenda o uso do índice IMC/idade que melhor reflete o impacto das condições de vida ou de enfermidades associadas ao estado nutricional. Esses gráficos são encontrados na Caderneta de Saúde da Criança. Quando não for possível verificar a estatura para prosseguir com o cálculo do IMC, pode-se utilizar os gráficos de peso/idade. No entanto, considera-se adequado o seu uso apenas para os menores de 1 ano, cujas alterações de peso são mais sensíveis às mudanças do estado nutricional e da saúde geral.

Na estratégia Aidpi, os problemas de crescimento são classificados conforme o índice peso/idade:

- DESNUTRIÇÃO GRAVE
- PESO MUITO BAIXO
- PESO BAIXO ou GANHO DE PESO INSUFICIENTE
- PESO ELEVADO
- PESO ADEQUADO

DESNUTRIÇÃO GRAVE

Caso a criança tenha emagrecimento acentuado visível, edema em ambos os pés, ou apresente sinais clínicos de marasmo ou kwashiorkor, classifique como DESNUTRIÇÃO GRAVE. As crianças classificadas como desnutrição grave correm o risco de morte por pneumonia, diarreia e outras doenças graves. Dar megadose de vitamina A, tratar a hipoglicemia, recomendar à mãe que mantenha a criança agasalhada e referir urgentemente ao hospital.

PESO MUITO BAIXO

Se a criança for classificada como PESO MUITO BAIXO, deve-se avaliar a sua alimentação e as possíveis causas de desnutrição, conforme o material de apoio INVESTIGANDO AS CAUSAS DE DESNUTRIÇÃO, que se encontra como anexo no *Manual de Quadros*, além de aconselhar a mãe. A criança deverá receber a megadose da vitamina A, se necessário.

PESO BAIXO OU GANHO DE PESO INSUFICIENTE

A criança é classificada como PESO BAIXO OU GANHO DE PESO INSUFICIENTE quando o peso para a idade estiver ≥ -3 e < -2 escores z. Este é um achado muito comum no atendimento básico de saúde e as mães costumam queixar-se de criança magra e sem apetite. O ganho de peso é insuficiente quando o sentido da curva peso/idade está estacionário ou descendente, no intervalo mínimo de um mês entre duas consultas.

A criança com peso baixo para a idade por período prolongado, futuramente pode apresentar comprometimento na sua estatura. Para menores de 2 anos, o déficit de estatura pode ser recuperado, na maioria dos casos, com uma intervenção adequada e imediata.

PESO ELEVADO

A criança é classificada como PESO ELEVADO quando se encontra acima do +2 escores z.

A obesidade e o sobrepeso são importantes preocupações em saúde pública devido à associação com o aumento de risco para algumas doenças, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e doenças coronarianas, entre outras. Uma criança com um dos pais obeso tem 40% de probabilidade de ter sobrepeso; se ambos os pais são obesos, a probabilidade aumenta para 70%.

Se a criança, na primeira consulta, já apresenta peso para a idade acima de +3 escores z, deve ser considerada como OBESA e deverá ser referida para uma avaliação especializada.

Crianças em aleitamento materno exclusivo em até 6 meses, podem ter o peso elevado, não devendo ser motivo de preocupação.

Quando a criança apresentar o peso acima de +3 escores z, deverá ser calculado ou IMC e colocado na curva na Caderneta de Saúde da Criança.

PESO ADEQUADO

Caso a criança apresente PESO ADEQUADO PARA A IDADE ≥ -2 e $< +2$ escores z, elogie a mãe pelo crescimento de seu filho. Reforce as recomendações sobre alimentação saudável, de acordo com as recomendações para sua faixa etária que aparecem na seção RECOMENDAÇÕES PARA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA do quadro ACONSELHAR A MAE OU O ACOMPANHANTE. Em menores de 24 meses, observe se faz uso profilático de ferro.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
• Emagrecimento ou • Edema em ambos os pés	DESNUTRIÇÃO GRAVE	• Prevenir, controlar e se necessário tratar a hipoglicemia. • Prevenir a hipotermia (manter a criança agasalhada). • Dar megadose de vitamina A, caso a criança tenha recebido há mais de 30 dias. • Referir URGENTEMENTE ao hospital.
• Peso para a idade < -3 escores z	PESO MUITO BAIXO	• Avaliar a alimentação da criança e possíveis causas de desnutrição • Aconselhar a mãe a tratar a criança de acordo com dietas especiais • Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. • Retorno com cinco dias. • Orientar sinais de retorno imediato.
• Peso para a idade < -2 e $\geq$ -3 escores z - ou • Tendência da curva peso/idade horizontal ou descendente	PESO BAIXO ou GANHO DE PESO INSUFICIENTE	• Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso baixo • Orientar a alimentação adequada. • Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. • Marcar retorno em duas semanas. • Orientar sinais de retorno imediato.
• Peso para a idade > +2 escores z	PESO ELEVADO	• Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso elevado • Orientar a alimentação adequada • Verificar e estimular a prática de atividade física. • Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. • Marcar o retorno em duas semanas. • Orientar sinais de retorno imediato.
• Peso para a Idade $\leq$ +2 e $\geq$ -2 escores z	PESO ADEQUADO	• Elogiar à mãe pelo crescimento de seu filho. • Reforçar as recomendações para uma alimentação saudável de acordo com o quadro: Recomendações a respeito da alimentação da criança • Uso profilático de ferro em menores de 24 meses

Obs.: é importante ressaltar que as crianças cujo PESO ADEQUADO PARA A IDADE encontra-se entre o +1 e +2 escores z são consideradas como risco de sobrepeso; portanto, nestes casos, deve-se estimular alimentação saudável e prática de atividade física regular.

* As crianças classificadas como PESO MUITO BAIXO com alguma infecção associada (ex.: pneumonia, diarreia, otite) apresentam maior risco de complicações e morte. Por isso, elas devem ser cuidadosamente avaliadas e classificadas e, caso existam dúvidas se o tratamento ou seguimento será cumprido, devem ser referenciadas para tratamento hospitalar.

** Caso o peso/idade esteja acima de escore z +3: referir para atenção especializada.

RECOMENDAÇÕES:

O manejo das crianças classificadas como PESO BAIXO ou MUITO BAIXO para a idade deve seguir os passos que constam no Material de Apoio: INVESTIGANDO AS CAUSAS DE DESNUTRIÇÃO, no *Manual de Quadro de Procedimentos*. Neste material é possível identificar causas como: intercorrências infecciosas, cuidados, afeto, higiene, condições sociais e econômicas da família e recomendações à mãe ou ao responsável a respeito dos problemas identificados.

No quadro RECOMENDAÇÕES A RESPEITO DA ALIMENTAÇÃO, encontram-se as orientações a serem seguidas pela mãe ou pelo acompanhante de acordo com a faixa etária da criança. Deve ser administrado ferro profilático para todas as crianças menores de 24 meses. Conforme como Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Se as crianças foram classificadas com PESO ELEVADO, deve-se avaliar as possíveis causas do problema de acordo com o material de apoio: INVESTIGANDO AS CAUSAS DE SOBREPESO, que se encontra como anexo no *Manual de Quadros de Procedimentos*; orientar a mãe ou o acompanhante quanto à alimentação, conforme o quadro RECOMENDAÇÕES A RESPEITO DA ALIMENTAÇÃO; recomendar e estimular a prática de atividade física regular. Se possível, solicite exames bioquímicos (lipidograma e glicemia).

Discuta com a mãe o que é possível fazer em relação aos principais problemas identificados e estabeleça metas a serem alcançadas. Além de uma alimentação adequada, estimule a prática de atividades físicas, respeitando as preferências da criança. Marque a próxima consulta em 14 dias.

1.9.3 Classificar a palidez palmar

A palidez palmar, em estudos realizados, mostrou-se um parâmetro de boa sensibilidade. Segundo o grau de palidez palmar ou o nível de hemoglobina (Hb), classifica-se a criança como:

- ANEMIA GRAVE
- ANEMIA

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Palidez palmar grave ou Hb abaixo de 5 g/dL	ANEMIA GRAVE	Referir URGENTEMENTE ao hospital
Palidez palmar leve ou Hb de 5 g/dL a 10,9 g/dL	ANEMIA	- Dar ferro. - Afastar malária em áreas de risco. - Dar anti-helmítico se a criança tiver 1 ano ou mais e não tiver tomado nenhuma dose nos últimos 6 meses. - Avaliar a alimentação da criança e orientar a mãe sobre alimentos ricos em ferro - Marcar retorno em 14 dias.

ANEMIA GRAVE

Caso a criança apresente palidez palmar grave ou Hb com resultado inferior a 5 g/dL, classifique como ANEMIA GRAVE. A criança deverá ser referida URGENTEMENTE para o hospital.

ANEMIA

Caso a criança apresente palidez palmar leve ou Hb com valores entre 5 g/dL a 10,9 g/dL, classifique como ANEMIA.

Na anemia, outros critérios clínicos podem aparecer como sinais inespecíficos, tais como alterações antropométricas, glossite, fadiga, astenia, atraso na aquisição da linguagem e do desenvolvimento motor, menor apetite.

Uma criança classificada com ANEMIA corre risco maior de desenvolver doença grave. Avalie a alimentação da criança de acordo com as recomendações na seção ALIMENTOS, do quadro ACONSELHAR A MÃE/PAI OU RESPONSÁVEL PELO CUIDADO.

Caso haja alto risco de malária (zonas endêmicas), pesquise se a criança tem malária. A anemia pode estar sendo causada por malária. As infecções por ancilóstomos e tricocéfalos contribuem para o desenvolvimento de anemia, pois a perda de sangue pelas fezes produz deficiência de ferro.

OBSERVAÇÃO:

Observar que todos os estados realizam o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) que contempla o rastreamento das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, sendo possível o diagnóstico no período neonatal. Os seguintes sintomas e sinais são comumente observados em crianças que têm DOENÇA FALCIFORME: anemia crônica, crises dolorosas no corpo, cansaço constante, icterícia (cor amarelada), feridas nas pernas que não cicatrizam, constantes infecções e febre, inchaço muito doloroso nas mãos e nos pés. Nestes casos, as crianças devem ser encaminhadas para uma unidade de saúde de maior complexidade para realização dos exames necessários para melhor avaliação e conduta adequada (BRASIL, 2009).

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de eventos agudos em doença falciforme**. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_eventos_agudos_doenca_falciforme.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014

Bibliografia

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes**. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/diagnostico.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BERN, C. et al. Assessment of potential indicators for protein-energy malnutrition in the algorithm for integrated management of childhood illness. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 75, p. 87-96, 1997. Suppl. 1.

CANÇADO, R. D.; JESUS, J. A. A doença falciforme no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 203-206, 2007.

DALMLMAN, P. R.; YIP, R.; OSKI, F. A. Iron deficiency and related nutritional anemias. In: NATHAN, S. G.; OSKI, F. A. **Hematology of infancy and Childhood**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993. p. 413-444.

DE ANGELIS, R. S.; CTENAS, M. L. B. Biodisponibilidade de ferro na alimentação infantil. **Temas de Pediatria**, São Paulo, n. 52, 1993.

FRANCO, G. **Tabela de composição química dos alimentos**. 9. ed. São Paulo: Atheneu, 1999.

GERA, T. Efficacy and safety of therapeutic nutrition products for home based therapeutic nutrition for severe acute malnutrition a systematic review. **Indian Pediatrics**, [S.l.], v. 47, n. 8, p. 709-718, Aug. 2010.

IANNOTTI, L. L.; TREHAN, I.; MANARY, M. J. Review of the safety and efficacy of vitamin A supplementation in the treatment of children with severe acute malnutrition. **Nutrition Journal**, [S.l.], v. 12, n. 12, p. 125, Sept. 2013.

LAZZERINI, M. T. D. Antibiotics in severely malnourished children: systematic review of efficacy, safety and pharmacokinetics. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 89, n. 8, p. 594-607, 1 Aug. 2011.

SARNI, R. O. et al. Anthropometric evaluation, risk factors for malnutrition, and nutritional therapy for children in teaching hospitals in Brazil. **Journal of Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 223-228, May/June, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline**: updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95584/1/9789241506328_eng.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. **Iron anaemia deficiency assessemen, prevention and control**: a guide for programme managers. Geneva, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66914/1/WHO_NHD_01.3.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. **Pocket Book of Hospital Care for Children**: guidelines for the management of common childhood illnesses. 2nd ed. Geneva, 2013.

_____. **Recommendations for Management of common childhood conditions:** newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. Geneva, 2012. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. United Nations Children's Fund. **Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.** Geneva, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44129/1/9789241598163_eng.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

YIP, R. Iron Nutrition Status Defined. In: FILER, L. F. **Dietary Iron: Birth to 2 years.** New York: Raven Press, 1989. p. 19-36.

1.10 Avaliar outros problemas

A última seção da coluna AVALIAR, do Quadro de Procedimentos, lhe fará recordar que deve avaliar qualquer outro problema que a criança possa ter.

Como o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR não aborda todos os problemas de uma criança doente, você avaliará agora outros problemas que a mãe tenha lhe comunicado. Por exemplo, a mãe pode ter dito que a criança tem uma infecção na pele, coceira ou dor ao urinar. Reconheça e trate qualquer outro problema de acordo com sua experiência e critério clínico. Refira a criança por qualquer outro problema que você não possa tratar na sua unidade de saúde.

A última seção da coluna CLASSIFICAR, do Quadro de Procedimentos, tem uma importante advertência, que diz.

ASSEGURE-SE DE QUE A CRIANÇA COM QUALQUER SINAL DE PERIGO SEJA REFERIDA depois de receber a primeira dose de um antibiótico apropriado e quaisquer outros tratamentos urgentes.
Exceção: a reidratação da criança indicada no Plano C poderá resolver os sinais de perigo e não ser mais necessário referir.

Esta nota lembrará você de que a criança com qualquer sinal geral de perigo necessita urgentemente de tratamento e de ser referida. É possível, embora improvável, que a criança tenha sinal geral de perigo, mas não tenha uma classificação grave para algum dos sintomas principais. A decisão e o planejamento para referir uma criança com um sinal geral de perigo e sem classificação grave serão ensinados no Capítulo 2 "Tratar".

Capítulo 2 Tratar

No primeiro capítulo, você aprendeu a avaliar uma criança doente de 2 meses a 5 anos de idade e a classificá-la. O passo seguinte consiste em administrar os tratamentos necessários. Em alguns casos, a criança muito doente precisa de tratamento prévio antes de ser referida urgentemente ao hospital.

Nos casos em que a criança não tem classificação grave (vermelha), você deverá identificar o tratamento e dar orientações de como tratá-la em casa.

2.1 Tratar em casa

Uma criança que recebe tratamento em uma unidade de saúde precisa seguir com o tratamento em casa. O êxito do tratamento em casa depende da aptidão que você tem para se comunicar com a mãe da criança. Ela precisa saber como dar o medicamento. Também precisa compreender a importância do tratamento. Comunicar-se bem é importante quando se ensina uma mãe a dar o tratamento em casa.

Visitas domiciliares por membros da equipe são importantes para o acompanhamento do tratamento em casa.

- **Faça-lhe** perguntas para averiguar o que a mãe está fazendo para tratar a criança em casa.
- **Elogie** a mãe pelo que tem feito de correto.
- **Recomende-lhe** como tratar a criança em casa.
- **Verifique** se a mãe compreendeu.



Estas técnicas serão descritas a seguir

DAR RECOMENDAÇÕES A MÃE SOBRE COMO TRATAR A CRIANÇA EM CASA

Algumas recomendações são simples. Por exemplo, pode ser necessário apenas dizer à mãe que volte com a criança para uma consulta de retorno em dois dias. Outras recomendações requerem que se ensine à mãe **como fazer** alguma tarefa. Para ensinar-lhe como executar uma tarefa, é necessário seguir vários passos.

Lembre-se de como aprendeu a escrever, a cozinhar ou a realizar qualquer tarefa que precise de aptidões especiais. Provavelmente, primeiro, lhe deram instruções. Depois, talvez, tenha observado outra pessoa. Por último, tentou fazê-la sozinho.

Quando ensinar à mãe como dar o tratamento à criança, use três passos básicos:

- 1) Proporcione **informação**.
- 2) Demonstre um **exemplo**.
- 3) Deixe-a **praticar**.

INFORMAR: explique à mãe como deve realizar a tarefa. Por exemplo, explique como:

- Preparar a solução de SRO ou
- Aliviar a tosse.

MOSTRAR UM EXEMPLO: demonstre como a mãe deve executar a tarefa. Mostre-lhe:

- Um envelope de solução de SRO e como misturar a solução de SRO com o volume de água correto; ou
- Medidas caseiras para suavizar a tosse, que ela possa preparar em casa.

DEIXE-A PRATICAR: peça à mãe que pratique a tarefa enquanto você a observa. Por exemplo, deixe que ela:

- Misture a solução de SRO; ou
- Descreva como preparar medidas caseiras para suavizar a tosse.

Deixar que a mãe **pratique** é a parte mais importante de como ensinar uma tarefa. Quando a mãe realiza a tarefa enquanto você observa, poderá saber se ela entendeu ou se achou difícil. Então, poderá ajudá-la melhor. A mãe irá recordar mais facilmente se **praticar**, em vez de apenas escutar.

Pode ser suficiente pedir à mãe que descreva como irá realizar a tarefa em casa.

QUANDO ENSINAR A MÃE:

- Use palavras que ela consiga compreender.
- Use materiais auxiliares com os quais ela esteja familiarizada, tais como recipientes para misturar a solução de SRO.
- Quando ela estiver praticando, faça comentários sobre como ela está se desempenhando. Elogie o que ela fizer corretamente ou corrija os erros. Permita-lhe praticar mais, se for necessário. Lembre-se: sempre elogie a mãe pelo que ela está fazendo de correto.
- Incentive a mãe a fazer perguntas. Responda-as.

VERIFICAR SE A MÃE COMPREENDEU

Depois de ensinar à mãe como tratar seu filho, você precisa certificar-se de que ela entendeu como administrar o tratamento corretamente. As perguntas de verificação permitem averiguar o que a mãe aprendeu.

Uma aptidão importante para a boa comunicação é saber como fazer boas perguntas de verificação. Uma pergunta de verificação deve ser formulada de tal modo que a mãe tenha que responder mais do que um “sim” ou “não”. As boas perguntas de verificação requerem que a pessoa que responde descreva **porque, como ou quando** dará o tratamento.

Pela resposta da mãe saberá se ela entendeu e aprendeu o que você ensinou a respeito do tratamento. Caso ela não possa responder corretamente, dê-lhe mais informação ou esclareça as instruções.

Por exemplo, você ensinou à mãe como dar um antibiótico. Então pergunte a ela: “Sabe como dar o remédio a seu filho?” A mãe provavelmente responderá “sim”, tendo compreendido ou não. Pode ser que se sinta envergonhada de dizer que não entendeu. Faça boas perguntas de verificação, tais como:

- “Quando dará o remédio a seu filho?”
- “Qual a quantidade de remédios que dará a cada vez?”
- “Durante quantos dias lhe dará o remédio?”

Você deverá pedir à mãe que lhe repita as instruções dadas. Fazer boas perguntas de verificação ajuda a comprovar que a mãe aprendeu e que recordará o modo de tratar de seu filho.

As perguntas seguintes verificam a compreensão da mãe. As “boas perguntas de verificação” requerem que a mãe descreva como tratará seu filho. Essas perguntas começam com palavras interrogativas – tais como **por que, o que, como, quando, quantos (quantas)**. As “más perguntas”, que se respondem com “sim” ou “não”, não demonstram o quanto a mãe sabe.

BOAS PERGUNTAS DE VERIFICAÇÃO	MÁS PERGUNTAS DE VERIFICAÇÃO
• Como se prepara a solução de SRO? • Quantas vezes a criança deve ser amamentada de dia e de noite? • Quanto líquido a mais deve dar à criança após cada evacuação? • Por que é importante lavar as mãos?	• Lembra-se de como misturar o soro? • Você deve amamentar seu filho? • Sabe como dar líquidos a mais? • Você vai se lembrar de lavar as mãos?

Depois de fazer uma pergunta, faça uma pausa. Dê à mãe a oportunidade de pensar. Não responda a pergunta por ela. Não faça outra pergunta de imediato.

É preciso ter paciência para fazer perguntas de verificação. Talvez a mãe saiba a resposta, porém pode ser que fale devagar. Talvez ela até se surpreenda de que você realmente espera que ela responda. Pode ter medo de dar uma resposta incorreta. Talvez seja tímida para falar com uma autoridade. Espere sua resposta. Encoraje-a.

Caso a mãe responda incorretamente ou diga que não se lembra, tenha o cuidado de não fazê-la sentir-se desconfortável. Volte a ensiná-la como dar o tratamento. Dê-lhe mais informação, exemplos e oportunidade de praticar para ter certeza de que ela entendeu. A seguir, faça-lhe mais perguntas de verificação.

É possível que a mãe entenda, mas não possa fazer o que lhe pede. Pode ter um problema ou uma objeção. Os problemas mais comuns são a falta de tempo ou de recursos para dar o tratamento. Uma mãe pode ter objeções por ter sido dado a seu filho um medicamento por via oral em vez de uma injeção, ou dar-lhe um remédio caseiro em vez de um medicamento.

Ajude a mãe a pensar nas possíveis soluções para o problema e responda a suas objeções. Por exemplo, caso você lhe pergunte: “Quando você dará o antibiótico?”, pode ser que a mãe lhe responda que não estará em casa durante o dia. Talvez lhe diga que só pode tratar a criança pela manhã e à noite. Pergunte se ela pode lembrar-se de alguém responsável que esteja em casa durante o dia e que possa aplicar o tratamento de meio-dia. Ajude-a a fazer planos para que ela ensine a essa pessoa como aplicar corretamente o tratamento.

Caso você lhe pergunte: “Que recipiente você irá usar para medir 1 litro de água para misturar a solução de SRO?”, é possível que a mãe responda que não tem em casa recipientes de 1 litro. Pergunte-lhe que tipo de recipientes tem em casa. Mostre-lhe como pôr uma marca no recipiente para medir 1 litro, com um instrumento apropriado, ou como medir 1 litro usando recipientes menores.

Se você perguntar: “Como irá suavizar a tosse do seu filho em casa?”, a mãe pode responder que não gosta do que foi recomendado. Ao contrário, esperava que dessem a seu filho uma injeção ou medicação oral. Enfatize a importância de usar medidas caseiras em lugar dos medicamentos convencionais. Seja claro em sua explicação. Talvez ela tenha que explicar a razão do remédio utilizado aos membros de sua família, que também esperavam que a criança fosse tratada de outra forma.

QUANDO VERIFICAR SE A MÃE COMPREENDEU:

- Faça perguntas que facilite à mãe explicar o quê, como, quando, quanto ou por que. Não faça perguntas que possam ser respondidas com um “sim” ou “não”.
- Dê tempo à mãe para pensar e, a seguir, responder.
- Elogie a mãe quando ela responder corretamente.
- Caso ela necessite de ajuda, dê-lhe mais informação, exemplos e oportunidade de praticar.

ENSINAR À MÃE COMO DAR MEDICAMENTO POR VIA ORAL EM CASA

Os medicamentos de administração oral citados no quadro são incluídos por diferentes razões, em diferentes doses e de acordo com diferentes planos de tratamento. No entanto, a forma de administrá-los é idêntica.

Nesta seção, você aprenderá os passos básicos para ensinar as mães a dar os medicamentos por via oral. Caso uma mãe aprenda como dar corretamente o medicamento, a criança receberá o tratamento apropriado. Siga estas instruções para cada medicamento que dê à mãe.

Decidir quais são os medicamentos apropriados e as doses para o peso da criança.

- Use o quadro TRATAR A CRIANÇA para determinar o medicamento apropriado e a dose que será dada à criança.
- Certificar-se de que a criança não é alérgica ao medicamento proposto.
- Justificar à mãe o porquê de dar o medicamento à criança, o porquê de dar o medicamento de administração oral para o seu filho e qual problema está tratando.

■ **Demonstrar como medir as doses**

- 1) Obtenha um frasco do medicamento e comprove a data de validade.
- 2) Calcule a quantidade que a criança necessita. Feche o frasco.
- 3) Quando estiver entregando a medicação à mãe:
 - Mostre-lhe a quantidade que tem que administrar por dose.
 - Ensine-a como medir em casa o número correto de mililitros (ml) para uma dose. Use o copo, ou colher-medida ou seringa e mostre-lhe como medir a dose correta.

■ **Observar a mãe enquanto ela mesma pratica como medir uma dose**

Peça à mãe que meça uma dose. Observe enquanto ela pratica. Diga-lhe o que está fazendo corretamente. Caso tenha medido incorretamente a dose, volte a ensinar-lhe como medi-la.

■ **Pedir à mãe que dê a primeira dose a seu filho**

Explique que se a criança estiver vomitando, deve dar o medicamento mesmo que ela o vomite. Diga à mãe que observe a criança durante 30 minutos. Caso a criança vomite a medicação durante os próximos 30 minutos (pode-se ver o xarope no vômito), terá que dar outra dose.

■ **Explicar em detalhes como dar o medicamento**

Diga à mãe quanto remédio deve dar a seu filho. Diga quantas vezes ao dia deve dar a dose. Diga quando deve ser dada (por exemplo, pela manhã cedo, na hora do almoço, na hora do jantar, antes de dormir) e por quantos dias. Explique à mãe que está dando vários medicamentos para o seu filho porque a criança está com várias doenças. Mostre à mãe os diferentes medicamentos. Explique como dar cada um deles. Caso seja necessário, desenhe um resumo dos medicamentos e as horas do dia em que devem ser dados.

Explicar que todas as medicações devem ser usadas até o tratamento terminar, ainda que a criança melhore

Explique à mãe que, ainda que a criança fique melhor, deve continuar o tratamento. Isto é importante porque as bactérias e o parasita da malária podem continuar presentes, mesmo que os sinais da doença tenham desaparecido.

Recomende à mãe que conserve todos os remédios fora do alcance das crianças. Diga-lhe também que guarde os remédios em local seco e escuro onde não existam ratos nem insetos.

■ **Verificar se a mãe compreendeu as explicações antes de deixar o serviço de saúde**

Faça-lhe as perguntas de verificação, tais como:

- “Qual a quantidade que vai dar à criança de cada vez?”
- “Quando deve dar? Por quantos dias?”
- “Como vai preparar esta medicação (solução de SRO)?”
- “Qual medicamento terá que dar três vezes ao dia?”

Caso ache provável que a mãe tenha problemas quando for dar a seu filho o(s) medicamento(s) em casa, ofereça-lhe mais **informação, exemplos** e oportunidade de **praticar**. A criança precisa receber o tratamento correto para melhorar.

Em algumas unidades de saúde existe um encarregado ou responsável pelos medicamentos que tem a tarefa de ensinar a mãe a dar o tratamento e verificar se ela compreendeu. Caso esta seja a sua situação, ensine a este encarregado ou ao responsável as técnicas que você está aprendendo aqui.

Comprove se o encarregado ou responsável pela entrega dos medicamentos está fazendo bem esta importante tarefa. Faça algumas perguntas de verificação às mães antes que elas deixem o serviço de saúde. Saberá, por meio das respostas, se o encarregado ou responsável pela entrega dos medicamentos está ensinando como dar o tratamento corretamente.

Agora são descritas as seguintes aptidões que deverão ser praticadas, lembrando-se de utilizar sempre as boas técnicas de comunicação:

- Identificar quais são os medicamentos de administração oral e injetável apropriados para a criança doente, bem como sua dosagem.
- Administrar medicamentos por via oral (como antibióticos, antimaláricos, analgésicos/antitérmicos, vitamina A, ferro e mebendazol) e ensinar à mãe como e quando dar tais medicamentos em casa.
- Tratar a infecção local (secreção purulenta no ouvido) e ensinar à mãe como e quando dar os medicamentos em casa.
- Verificar se a mãe compreendeu.
- Dar medicamentos que são administrados unicamente no serviço de saúde.
- Prevenir a hipoglicemia.
- Tratar a desidratação de acordo com a classificação e instruir a mãe sobre os líquidos adicionais que são dados em casa.
- Vacinar a criança e sua família, se necessário.

2.2 Selecionar o medicamento apropriado e identificar a dose e o plano de tratamento

Use o quadro TRATAR A CRIANÇA para selecionar o medicamento apropriado e para determinar a dose e o plano de tratamento. Existem alguns detalhes que precisam ser lembrados a respeito de cada medicamento de administração oral.

2.2.1 Dar um antibiótico apropriado

Em muitos serviços de saúde, existem vários tipos de antibióticos disponíveis. Você deve aprender a **selecionar o antibiótico mais apropriado** à doença da criança.

Administre o antibiótico de “primeira linha”, se estiver disponível. Ele foi escolhido porque é efetivo, fácil de administrar e barato. O antibiótico de “segunda linha” deve ser dado unicamente se não se dispõe do antibiótico de primeira linha, se a criança tem alergia ao antibiótico de primeira linha ou se a doença da criança não responde ao antibiótico de primeira linha.

Algumas crianças têm mais de uma doença que deve ser tratada com antibióticos. Sempre que for possível, selecione um antibiótico com o qual possa tratar todas as doenças da criança.

- **Às vezes, é possível administrar um único antibiótico para tratar a(s) doença(s).**

Por exemplo, pode-se tratar com um único antibiótico uma criança com PNEUMONIA e INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO. Quando examinar uma criança com mais de uma doença que tenha que ser tratada com o mesmo antibiótico, não duplique a dose nem prescreva o antibiótico por mais tempo.

- **Às vezes, é preciso administrar mais de um antibiótico para tratar a(s) doença(s)**

Por exemplo, o antibiótico que se usa para tratar a PNEUMONIA não é eficaz contra a DISENTERIA. Nesta situação, uma criança que necessite de tratamento para DISENTERIA e para PNEUMONIA deve ser tratada com dois antibióticos.

O quadro TRATAR A CRIANÇA indica o **plano de tratamento** para administrar o antibiótico e a dosagem correta que será dada à criança. O **plano de tratamento** lhe diz **por quantos dias e quantas vezes ao dia** o antibiótico deve ser administrado.

Para determinar a **dosagem correta** do antibiótico, veja a coluna que lista a concentração da medicação disponível na sua unidade de saúde:

- Calcule a quantidade do medicamento a ser dado, multiplicando a dose recomendada pelo peso da criança (dose/kg/dia); ou

- Escolha a linha do peso correspondente à criança. A dose correta é encontrada na interseção da coluna com a linha.

Os antibióticos que são recomendados estão no quadro TRATAR A CRIANÇA. Veja os quadros a seguir:

PARA PNEUMONIA

Antibiótico de primeira linha: amoxicilina por sete dias (Quadro 1).

Antibiótico de segunda linha: amoxicilina + clavulanato ou eritromicina por sete dias (Quadro 1).

PARA INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO

Antibiótico de primeira linha: amoxicilina por oito dias (Quadro 1).

Antibiótico de segunda linha: amoxicilina + clavulanato ou eritromicina por oito dias (Quadro 1).

PARA INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA

Antibiótico de primeira linha: penicilina benzatina, dose única (Quadro 2).

Antibiótico de segunda linha: amoxicilina + clavulanato ou eritromicina por dez dias (Quadro 1).

PARA DISENTERIA

Dar um antibiótico recomendado em sua região contra *Shigella*.

Antibiótico de primeira linha: ceftriaxone por três dias (Quadro 3).

Antibiótico de segunda linha: sulfametoxazol+ trimetoprim por cinco dias (Quadro 4).

PARA CÓLERA

Dar um antibiótico recomendado em sua região contra o cólera.

Antibiótico de primeira linha: azitromicina em dose única (Quadro 4).

Antibiótico de segunda linha: sulfametoxazol+trimetoprim por três dias (Quadro 4).

Quadro 1 – Amoxilina, amoxilina + clavulanato, eritromicina

PESO EM KG	AMOXICILINA 250 mg/5 ml 50 mg/kg/dia Dar de 12 em 12 horas na formulação BD	AMOXICILINA + CLAVULANATO 250 mg/5 ml 50 mg/kg/dia Dar de 12 em 12 horas na formulação BD	ERITROMICINA 250 mg/5 ml 50 mg/kg/dia Dar de 6 em 6 horas
4 a 7	2,0 a 3,5 ml	2,0 a 3,5 ml	1,0 a 1,5 ml
8 a 11	4,0 a 5,5 ml	4,0 a 5,5 ml	2,0 a 2,5 ml
12 a 15	6,0 a 7,5 ml	6,0 a 7,5 ml	3,0 a 3,5 ml
16 a 19	8,0 a 9,5 ml	8,0 a 9,5 ml	4,0 a 4,5 ml
20 a 24	10,0 a 12,0 ml	10,0 a 12,0 ml	5,0 a 6,0 ml

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno.

Quadro 2 – Penicilina benzatina

PESO EM KG	PENICILINA BENZATINA - DOSE ÚNICA IM Apr.: FA=600.000 UI e 1.200.000 UI
< 20	600.000 UI
> 20	1.200.000 UI

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno.

Quadro 3 – Ceftriaxone

PESO EM KG	CEFTRIAXONE IM - DOSE: 50 mg/kg/dia Dar a cada 24 horas
4 a < 6	200 a 300 mg
6 a < 8	300 a 400 mg
8 a < 10	400 a 500 mg
10 a < 14	500 a 700 mg
14 a 20	700 a 1.000 mg

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno.

Quadro 4 - Azitromicina, sulfametoxazol + trimetoprim

PESO EM KG	AZITROMICINA 200 mg/5 ml 20 mg/kg	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIM 200 mg/5 ml 40 mg/kg/dia Dar de 12 em 12 horas
4 a 7	2,0 a 3,5 ml	2,0 a 3,5 ml
8 a 11	4,0 a 5,5 ml	4,0 a 5,5 ml
12 a 15	6,0 a 7,5 ml	6,0 a 7,5 ml
16 a 19	8,0 a 9,5 ml	8,0 a 9,5 ml
20 a 24	10,0 a 12,0 ml	10,0 a 12,0 ml

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e do Aleitamento Materno.

2.2.2 Dar um antimalárico de administração oral

VER GUIA PRÁTICO DE TRATAMENTO DA MALÁRIA NO BRASIL-MS:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações>>

A decisão de como tratar o paciente com malária deve ser precedida de informações sobre os seguintes aspectos:

- a) Espécie de plasmódio infectante pelas especificações dos esquemas terapêuticos a serem utilizados.
- b) Idade do paciente pela maior toxicidade para crianças e idosos.
- c) História de exposição anterior à infecção, uma vez que indivíduos primo-infectados tendem a apresentar formas mais graves da doença.
- d) Condições associadas, tais como gravidez e outros problemas de saúde.
- e) Gravidade da doença pela necessidade de hospitalização e de tratamento com esquemas especiais de antimaláricos.

IMPORTANTE: para alternativas de tratamento da malária, consultar as tabelas com esquemas alternativos, contidas no *Guia Prático de Tratamento da Malária no Brasil* (sempre consultar a última versão).

2.2.3 Dar analgésico/antitérmico para a febre ($\geq 8^{\circ}\text{C}$), dor de ouvido ou dor de garganta

Dar paracetamol, ibuprofeno ou dipirona até de seis em seis horas se febre, dor de ouvido ou de garganta. O ibuprofeno só deve ser usado em maiores de 6 meses e excluído o diagnóstico de dengue.

PESO em kg	PARACETAMOL 200 mg/ml 1 gota/kg/dose de 6/6h, se necessário	DIPIRONA 500 mg/ml 1 gota/2 kg/dose de 6/6h, se necessário	IBUPROFENO 50 mg/ml* 2 gotas/kg/dose de 8/8h, se necessário
4 a 7	4 a 7 gotas	2 a 4 gotas	8 a 14 gotas
8 a 11	8 a 11 gotas	4 a 6 gotas	16 a 22 gotas
12 a 15	12 a 15 gotas	6 a 8 gotas	24 a 30 gotas
16 a 19	16 a 19 gotas	8 a 10 gotas	32 a 38 gotas
20 a 24	20 a 24 gotas	10 a 12 gotas	40 gotas

* O ibuprofeno só deve ser usado em maiores de 6 meses e excluído o diagnóstico de dengue. Dose máxima em crianças: 200 mg/dose.

- Quando uma criança tem febre, dê-lhe uma dose de analgésico/antitérmico no serviço de saúde.
- Caso a criança tenha dor de ouvido ou de garganta, entregue à mãe paracetamol, dipirona ou ibuprofeno (se maior de 6 meses) e diga-lhe que dê uma dose a cada seis horas ou até que a dor tenha desaparecido.

2.2.4 Dar vitamina A

A vitamina A é administrada nas crianças com desnutrição grave, quando a criança não recebeu vitamina A nos últimos 30 dias. A vitamina A ajuda a combater as infecções oculares e na reparação das camadas das células que cobrem os pulmões, o intestino, a boca e a garganta. Também pode ajudar o sistema imunológico a prevenir outras infecções. A opacificação da córnea, um sinal de carência de vitamina A, pode avançar e causar cegueira, caso não administrada. Lembre-se de dar a primeira dose antes de ser referenciada.

Dar Vitamina A

Dose única.

- Dar a primeira dose na unidade de saúde.

IDADE	VITAMINA
	CÁPSULAS
6 a 11 meses	100.000 UI
12 a 59 meses	200.000 UI

Nota: o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, recomenda a suplementação de Vitamina A em crianças de seis a 59 meses de idade com intervalo de seis em seis meses, conforme a dose anteriormente citada. Registre a data cada vez que der vitamina A para a criança, na Caderneta de Saúde da Criança. É importante que o faça para evitar risco de superdosagem.

2.2.5 Dar ferro

Uma criança com palidez palmar pode ter anemia e precisar de tratamento com ferro durante um período prolongado de três meses.

Dar Ferro

Dar uma dose por dia, durante 14 dias, no intervalo das refeições, acompanhada de suco de frutas cítricas, se houver disponibilidade.

- Informar à mãe que as fezes ficarão escuras.

PESO	SULFATO FERROSO 3 mg/kg/dia 1 ml = 25 mg de ferro elementar
4 a < 6 kg	15 gotas ou 0,7 ml/dia
6 a < 10 kg	20 gotas ou 1 ml/dia
10 a < 14 kg	30 gotas ou 1,5 ml/dia
14 a 19 kg	40 gotas ou 2,0 ml/dia

Nota: lembre-se de que a vitamina C aumenta a absorção de ferro.

Não dar ferro para crianças com anemia falciforme

Orientar a mãe sobre alimentos ricos em ferro.

Nota: o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, recomenda a suplementação profilática de sulfato ferroso para todas as crianças de seis a 24 meses de idade.

2.2.6 Dar anti-helmíntico

Caso as parasitoses intestinais por ancilóstomos ou tricocéfalos sejam um problema em sua região, uma criança anêmica de 1 ano de idade ou mais precisará de anti-helmíntico, caso não tenha recebido alguma dose nos últimos seis meses. Este tipo de infestação contribui para a anemia por perda de ferro através do sangramento intestinal.

IDADE	MEBENDAZOL* Apres. 100 mg/5ml Dose: 100 mg, duas vezes por dia, durante três dias	ALBENDAZOL* Apres. 40 mg/ml – 1 cp = 400 mg Dose única: 40 mg/kg/dia
1 a 2 anos	5 ml	5 ml
> 2 anos	5 ml	10 ml
* Repetir o tratamento após 15 dias.		

2.2.7 Dar polivitaminas e sais minerais

As crianças em convalescença da DIARREIA PERSISTENTE devem receber suplementação de polivitaminas (vitamina A e ácido fólico) e sais minerais (zinco, cobre e magnésio) na quantidade que corresponda, pelo menos, a duas Ingestões Diárias Recomendadas (IDRs).

Dar Polivitaminas e Sais Minerais

Usar, na convalescência da DIARREIA PERSISTENTE, duas Ingestões Diárias Recomendadas (IDRs) de polivitaminas e sais minerais durante duas semanas.

Ingestão Diária Recomendada (IDR) para Crianças

Nutrientes	Unidade	Crianças - Idade (em anos)				
		0 a 0,5	0,5 a 1	1 a 3	4 a 6	7 a 10
Vitamina A	mcg	375	375	400	500	700
Ácido Fólico	mcg	25	35	50	75	100
Zinco	mcg	5	5	10	10	10
Cobre	mcg	0,4 a 0,6	0,6 a 0,7	0,7 a 1,0	1,0 a 1,5	1,0 a 2,0
Magnésio	mcg	40	60	80	120	170

2.2.8 Dar zinco

Algumas considerações para o uso de zinco (Zn) em crianças com diarreia, e eventualmente em outras infecções:

- Importante na multiplicação celular, pois é componente essencial de enzimas que participam na síntese de proteínas e RNA. Daí sua ação no âmbito do epitélio intestinal, da epiderme, na atrofia do timo e distúrbio na imunidade celular.
- O ganho ponderal é insuficiente com pouco Zn disponível. O principal efeito da deficiência severa do Zn é a perda do apetite e o distúrbio do crescimento.
- O conteúdo do Zn no leite humano diminui com o progredir da lactação.
- Infecções podem comprometer a absorção.
- Carência de Zn e imunidade:
 - A fagocitose dos leucócitos não está alterada em si, mas a capacidade de opsonização sim.
 - Alteração da imunidade celular (mais importante): redução da defesa contra parasitas e agentes patógenos intracelulares.
 - Redução do timo com comprometimento da maturação dos linfócitos.
 - Comprometimento da resposta inflamatória de fase aguda.
 - Dificuldade de citocinas protetoras no reconhecimento de infecções com risco de morte.

DOSE DE ZINCO: em menores de 6 meses: 2,5 ml ou um comprimido mastigável 1 x ao dia. Em maiores de 6 meses: 5 ml-dia ou dois comprimidos mastigáveis 2 x ao dia por 10 dias. Apresentação: sulfato de zinco: xarope (4 mg/ml). Comprimido mastigável (20 mg).

2.2.9 Dar antiemético

Eventualmente, em crianças com vômitos persistentes em terapia de reidratação oral, pode ser usado ondansetrona, antiemético mais seguro, para diminuir os vômitos e garantir o sucesso do Plano B, evitando hidratação parenteral.

PARA DESIDRATAÇÃO EM USO DO PLANO B COM VÔMITOS PERSISTENTES

Idade	Ondansetrona
	Dose: 0,2 mg/kg/dose, até três vezes ao dia Apresentação: comprimido dispersível de 4 mg
6 meses a 2 anos	2 mg
> 2 anos	4 mg

2.3 Tratamentos prévios à referência urgente

Preste atenção na indicação **“Referir urgentemente ao hospital”** nas listas de tratamentos para estas classificações. Essa indicação significa que a criança deve ser referida ao hospital imediatamente depois que lhe for administrado qualquer tratamento necessário. Não lhe dê tratamento que possa retardar desnecessariamente a referência ao hospital.

Em sua maioria, as crianças que apresentam um sinal geral de perigo têm uma classificação grave. Você irá referi-las ao hospital pela classificação grave:

- PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE.
- SIBILÂNCIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE.
- DESIDRATAÇÃO GRAVE.
- DIARREIA PERSISTENTE GRAVE.
- MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE.
- DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE.
- MASTOIDITE.
- DESNUTRIÇÃO GRAVE.
- ANEMIA GRAVE.
- INFECÇÃO GRAVE DE GARGANTA.

Nos casos excepcionais, as crianças podem apresentar sinais gerais de perigo sem uma classificação grave. Estas crianças deverão ser referidas ao hospital com urgência.

ASSEGURE-SE DE QUE A CRIANÇA COM QUALQUER SINAL GERAL DE PERIGO SEJA REFERIDA A UM HOSPITAL, depois da primeira dose de um antibiótico apropriado ou outros tratamentos urgentes. Exceção: a reidratação da criança de acordo com o Plano C pode resolver os sinais de perigo e evitar referi-la.

Você aprendeu a referir ao hospital uma criança com sinal de perigo. Pode ser necessário administrar, no serviço de saúde, um ou mais dos seguintes tratamentos antes que a criança vá para o hospital:

- Antibiótico intramuscular (IM). Se não for possível IM, dar o antibiótico por via oral.
- Leite materno ou água açucarada para prevenir a hipoglicemia.
- Administrar um broncodilatador por via inalatória.
- Administrar corticoide por via oral.
- Usar o benzodiazepínico, se apresentar convulsão.
- Usar soro fisiológico a 0,9% ou ringer lactato, se necessário.
- Oferecer oxigênio, quando necessário.
- Dar vitamina A.
- Antitérmicos, se necessário.

Quando for dado um medicamento, deve-se:

- Explicar à mãe ou ao acompanhante a razão de dar o medicamento.
- Determinar a dose apropriada para o peso da criança.
- Utilizar agulha e seringa descartáveis. Medir a dose com precisão.
- Administrar o medicamento sob a forma de injeção IM.

2.3.1 Dar antibiótico por via intramuscular

Uma criança pode precisar de um antibiótico antes de ir para o hospital, se esta criança apresentar:

- Qualquer sinal geral de perigo.
- Pneumonia grave ou doença muito grave.
- Sibilância grave ou doença muito grave.
- Malária grave ou doença muito grave.
- Doença febril muito grave.
- Mastoidite e infecção grave de garganta.

Dê-lhe uma dose única de penicilina G procaína ou de ceftriaxone por via intramuscular. Depois, refira-a urgentemente ao hospital.

Use o quadro a seguir para determinar a dose do medicamento:

Administrar um Antibiótico por Via Intramuscular

PARA AQUELAS CRIANÇAS QUE SERÃO REFERIDAS:

- Dar a primeira dose de penicilina G procaína ou de ceftriaxone e referir a criança urgentemente ao hospital.

PESO EM KG	CEFTRIAXONE IM *	PENICILINA G PROCAÍNA (IM)
	Dose: 100 mg por kg/dose	50.000 UI/kg **
4 a < 6	400 a 600 mg	200.000 UI a 400.000 UI
6 a < 8	600 a 800 mg	
8 a < 10	800 a 1.000 mg	
10 a < 14	1.000 a 1.400 mg	400.000 UI
14 a 20	1.400 a 2.000 mg*	

* A dose máxima do ceftriaxone é de 2.000 mg por dose.

** Para um frasco de 400.000 UI de penicilina G procaína, acrescentar 2 ml de água destilada.
A dose máxima da penicilina procaína é de 400.000 UI por dose.

Procedimentos para aplicar injeções de ceftriaxone e de penicilina G procaína

Siga estes passos quando aplicar uma injeção de penicilina ou ceftriaxone:

- 1) Use o quadro tratar a criança para selecionar a dose apropriada. Comprove a concentração disponível na sua unidade de saúde.
- 2) Prepare a penicilina ou o ceftriaxone. Adicione o diluente e agite até que fique transparente.
- 3) Use agulha e seringa descartáveis para aplicar a injeção.
- 4) Meça as doses com precisão.
- 5) Administre o medicamento por via intramuscular profunda no quadrante superior externo nas nádegas. No menor de 2 anos de idade, aplicar no músculo vasto lateral da coxa.
- 6) Refira urgentemente a criança a um hospital.

2.3.2 Prevenir e tratar a hipoglicemia

Toda criança que tem uma doença grave deverá fazer glicemia capilar antes da referência urgente. A baixa taxa de açúcar no sangue (glicemia capilar abaixo de 60 mg/dL) se apresenta durante as infecções graves, como a malária grave, a meningite ou a desnutrição grave. Também se apresenta quando a criança não ingeriu alimentos por muitas horas. A hipoglicemia é perigosa porque pode causar dano cerebral. Mesmo que não seja possível dosar a glicemia capilar e a criança for classificada como malária grave, doença febril muito grave e ou desnutrição grave trate a criança para evitar a hipoglicemia.

Dar um pouco de leite materno ou água açucarada proporciona glicose para tratar ou prevenir a baixa taxa de açúcar no sangue. Esse tratamento é administrado apenas uma vez antes da criança ser referida ao hospital.

Tratar a criança para evitar hipoglicemia:

- Se a criança consegue mamar no peito:

Pedir à mãe que amamente a criança no peito.

- Se a criança não consegue mamar no peito, mas consegue engolir:

- Dar leite materno extraído ou, na impossibilidade, outro leite.
- Se não houver algum destes disponíveis, dar água açucarada.
- Dar de 30 a 50 ml de leite ou água açucarada antes da criança partir.

- Para preparar água açucarada:

Dissolver quatro colheres de chá rasas de açúcar (20 gramas) em uma xícara com 200 ml de água potável.

- Se a criança não consegue engolir:

- Dar 50 ml de leite ou sonda nasogástrica.
- Se há possibilidade de usar a via venosa, faça um *flush* de glicose (5 a 10 ml/kg de soro glicosado a 10%, depois manter o SG a 10%).

Caso a criança não possa engolir e você tenha condições de passar a sonda nasogástrica (SNG), dê-lhe 50 ml de leite (extraído da mãe ou, se a criança não mamar, oferecer outro leite) ou água açucarada pela SNG⁴.

Se tiver possibilidade de usar a via venosa, faça um *flush* de glicose (5 a 10 ml/kg de soro glicosado a 10%, depois manter o SG a 10%).

4 Caso esteja capacitado a usar uma sonda NG, os passos de 1 a 8 do Anexo A descrevem como inserir a sonda NG.

2.3.3 Outros tratamentos urgentes prévios

- Se uma criança está apresentando convulsão, faça uma dose de diazepam por via endovenosa ou retal (0,3 a 0,5 mg/kg/dose) antes de referi-la, conforme prescrição médica.
- Se uma criança tem um tempo de enchimento capilar maior que dois segundos, obtenha um acesso venoso e inicie uma expansão (30 ml/kg de soro fisiológico a 0,9% ou ringer lactato) enquanto a refere para uma unidade hospitalar.
- Se a criança apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência, além de administrar antibiótico por via IM, lembre-se de manter vias aéreas pérvias e administre oxigênio, se disponível.

2.4 Tratar a crise de sibilância

Frequentemente, o tratamento das crianças com crise de sibilância começa na unidade de saúde, sendo necessário dar continuidade em casa. Neste item, você aprenderá a:

- Tratar a criança na unidade de saúde.
- Administrar cada medicamento.
- Ensinar a mãe a dar o tratamento à criança em casa.

SIBILÂNCIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE

Uma criança classificada como SIBILÂNCIA GRAVE ou DOENÇA MUITO GRAVE corre risco muito grande de morrer por hipoxemia devido ao broncoespasmo. Além disso, pode estar com infecção bacteriana associada. Portanto, ela precisa ser referida urgentemente a um hospital para receber tratamento apropriado.

Antes que a criança seja referida, é necessário iniciar o tratamento da sibilância com broncodilatador e corticoide, administrar oxigênio e dar a primeira dose de antibiótico. Esse tratamento deve permanecer até que a transferência seja procedida. Sempre que possível, providenciar acesso venoso para medicação e hidratação venosa.

Iniciar tratamento, imediatamente, antes da referência para o hospital. Estes procedimentos podem já produzir alguma melhora no quadro, permitindo que a criança permaneça estável, evitando uma piora do quadro, até que chegue ao hospital de referência.

Providenciar:

- Oxigenoterapia – O₂ por cateter nasal ou máscara.
- Beta-2 inalado (*spray* com espaçador ou nebulização).
- Corticoide sistêmico via oral (VO).
- Dar a primeira dose de antibiótico recomendado para tratamento de pneumonia grave ou doença muito grave.

A via inalatória (VI) é sempre preferível para administração de broncodilatador. Uma alternativa de tratamento, caso haja impossibilidade de utilizá-la, pode ser a administração por via subcutânea de adrenalina 1:1000, na dose de 0,01 ml/kg/dose, máximo de 0,3 ml por dose, não excedendo três doses a cada 20 minutos.

Se tais procedimentos não puderem ser feitos imediatamente e/ou o acesso ao hospital de referência não for demorado, encaminhe o paciente rapidamente, de acordo com o protocolo de regulação. Da mesma maneira, não atrase a transferência caso o paciente precise de outros tratamentos não urgentes, como, por exemplo, imunização.

SIBILÂNCIA MODERADA

Uma criança com SIBILÂNCIA MODERADA necessita de broncodilatador e pode precisar de corticoide. Trate a criança com beta-2 agonista inalatório até três vezes e, se ela já usou broncodilatador em casa de maneira adequada, por aproximadamente 24 horas, administre corticoide por via oral. Reavaliações frequentes são muito importantes. Se a criança não melhorar, deverá ser referida para um hospital. Caso melhore, continue o tratamento no domicílio. Em menores de 1 ano de idade, o uso do corticosteroide deve ser criterioso.

Havendo melhora da crise de sibilância, ou seja, o paciente apresenta, então, nível de consciência normal, fala normal, ausência da tiragem subcostal, com manutenção da respiração rápida, o paciente será classificado como SIBILÂNCIA MODERADA e PNEUMONIA e receberá:

- 1) Broncodilatador via inalatória + corticoide VO.
- 2) Antibioticoterapia.
- 3) O responsável deverá receber orientações quanto aos sinais de piora e necessidade de retorno, e quanto ao preparo e administração das medicações prescritas.

No caso de não mais haver respiração rápida, o paciente será classificado como SIBILÂNCIA MODERADA e NÃO É PNEUMONIA e receberá:

- 1) Broncodilatador VI + corticoide VO.
- 2) O responsável deverá receber orientações quanto aos sinais de piora e à necessidade de retorno, e quanto ao preparo e à administração das medicações prescritas.

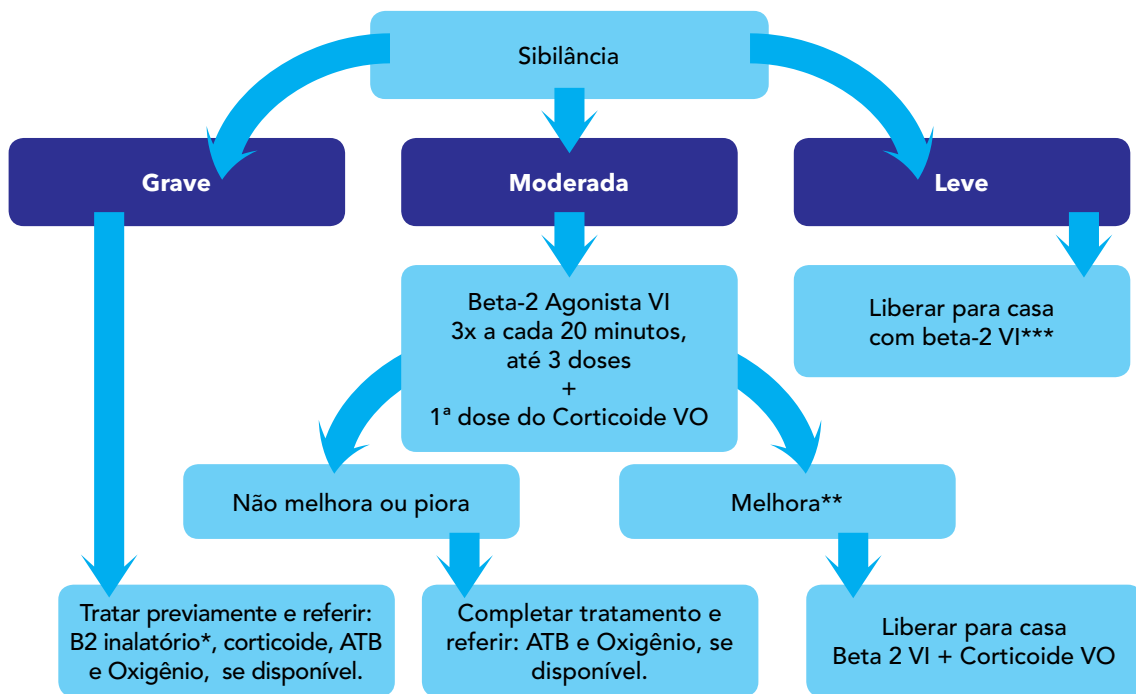
SIBILÂNCIA LEVE

A criança com SIBILÂNCIA LEVE não apresenta sinal de gravidade e não necessita de tratamento no serviço de saúde. Tratar no domicílio com broncodilatador inalatório e orientar a mãe sobre quando retornar.

Atenção: a orientação adequada à mãe ou ao responsável sobre como administrar a(s) medicação(ões) e sobre sinais de piora é parte indispensável da atenção à criança.

A criança não necessita de tratamento na unidade de saúde. Deve-se tratar no domicílio com broncodilatador inalatório e orientar a mãe ou o responsável quanto aos sinais de piora que indiquem a necessidade de retorno e quanto ao preparo e administração das medicações prescritas. É necessário considerar o uso de corticoide VO se a criança estiver em uso correto de beta-2 agonista por pelo menos 24 horas.

Veja a seguir o fluxograma para o tratamento da crise de sibilância:



* A via inalatória (VI) é sempre preferível para administração de broncodilatador. Caso não esteja disponível broncodilatador inalatório, pode ser a administração por via subcutânea de adrenalina 1:1000, na dose de 0,01 ml/kg/dose, máximo de 0,3 ml por dose, não excedendo três doses a cada 20 minutos.

** Caso a frequência respiratória se mantenha elevada após o tratamento da crise, classificar também como PNEUMONIA e tratar com antibiótico, além de beta 2 agonista e corticoide.

*** Avaliar prescrição do corticoide VO, caso esteja em uso correto de B2-agonista há pelo menos 24 horas.

Manter a criança na unidade de saúde para tratar com beta-2 agonista VI por até três vezes, APENAS SE NÃO HOUVER OUTRA CLASSIFICAÇÃO GRAVE.

Antes da segunda dose de B2-agonista a criança deverá ser reavaliada. Esta reavaliação é importante a cada intervalo de nebulização e não somente ao término das três, porque a criança pode melhorar e não necessitar repetir a medicação na unidade de saúde, mas principalmente porque poderá detectar-se algum sinal de piora ou de gravidade, indicando necessidade de encaminhamento URGENTE ao hospital.

Caso a criança melhore com até três nebulizações, o tratamento deverá ser continuado no domicílio com:

- Beta-2 agonista inalatório, por cinco dias.
- Corticoide via oral, iniciado na unidade de saúde, por três dias.
- Orientações quanto aos sinais de piora.
- Marcação de retorno para dois dias.

USO DE BRONCODILATADORES

Broncodilatador de ação rápida: BETA-2 AGONISTAS via inalatória.

SALBUTAMOL ou FENOTEROL

Administrar de 6 em 6 horas, por cinco dias.

IDADE	<i>Spray</i>
< 2 anos	2 a 3 jatos/dose *
2 anos	2 até 4 jatos/dose

* 100 mcg por jato

Se não houver broncodilatador inalatório em *spray*, usar:

Broncodilatador de ação rápida: BETA-2 AGONISTAS via inalatória.

SALBUTAMOL ou FENOTEROL

Administrar de 6 em 6 horas, por cinco dias

Nebulização	1 gt/3 kg de peso*
-------------	--------------------

* Máximo de dez gotas a cada nebulização. Deve-se preparar a nebulização com 3 ml de soro fisiológico a 0,9% e nebulizar a criança até terminar a mistura.

Apresentações:

- Salbutamol – *spray* Medidor Dosimetrado Inalatório (MDI) – 50 e 100 mcg/dose.
- Solução para nebulização – 5 mg/ml.
- Fenoterol – *spray* MDI— 100 e 200 mcg/dose.
- Solução para nebulização – 5 mg/ml (250 mcg/gt).

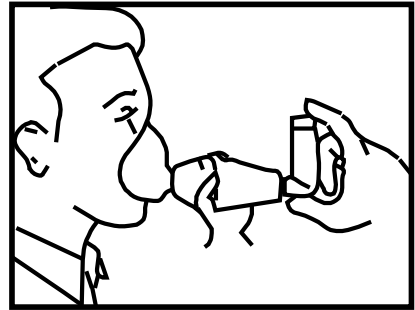
COMO USAR A BOMBINHA (SPRAY)

Um espaçador ou uma aerocâmara conectada à bombinha de spray pode facilitar a administração da medicação.

- As orientações a seguir vão auxiliar a utilizar corretamente o espaçador.

INSTRUÇÕES DE USO:

- 1) Remover a tampa e segurar a bombinha na posição vertical.
- 2) Agitar.
- 3) Usar a bombinha da maneira mostrada na figura.
- 4) Colocar a bombinha adaptada ao espaçador na boca, e colocar cobrindo boca e nariz, de modo a evitar a saída de ar.
- 5) Apertar o dispositivo para liberar a medicação e começar a respirar vagarosamente.
- 6) Inspirar lentamente por três a cinco segundos.
- 7) Liberar um jato de cada vez e esperar que a criança respire sempre cinco vezes, sob a máscara.



Limpeza do espaçador:

- 1) Uma vez ao dia, limpar o espaçador com água morna corrente. Deixar secar normalmente antes de usá-lo outra vez. NÃO ENXUGAR. Uma vez por semana, lavar com detergente neutro.
- 2) Duas vezes por semana, lavar a parte de plástico em forma de L que sustenta a bombinha. Lavar e secar bem antes de inserir novamente a bombinha dentro da caixa de plástico.

Uso de corticoides sistêmicos (VO):

Prednisolona *	1 a 2 mg/kg de peso/dia
Prednisona *	1 a 2 mg/kg de peso/dia

* Dose: 1 a 2 mg/kg/dia, pela manhã em dose única, durante três dias.
Dose máxima de 40 mg/dia.

Apresentações (Via Oral):

- Prednisolona – suspensão de 1 mg/ml e 3 mg/ml.
- Prednisona – comprimido 5 mg e 20 mg.

2.5 Dar *artemether* injetável para a malária grave (área com risco de malária)

Uma criança com DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE pode ter malária grave. Para diminuir a parasitemia o mais rapidamente possível, após confirmação por meio do teste de gota espessa, dê uma injeção de *artemether* antes de referir (se não for possível IM, dar antimalárico por via oral).

PARA CRIANÇAS SENDO REFERIDAS COM MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE

- Dar a primeira dose de *artemether* IM, após confirmação por meio do teste da gota espessa, e referir urgentemente a criança ao hospital.

IDADE OU PESO	ARTEMETHER POR VIA INTRAMUSCULAR: 3,2 mg/kg/dose
4 kg (< 2 meses)	0,1 a 0,2 ml
4 a < 6 kg (2 a 4 meses)	0,2 a 0,3 ml
6 a < 10 kg (4 a 11 meses)	0,3 a 0,4 ml
10 a < 12 kg (1 ano)	0,4 a 0,5 ml
12 a < de 14 kg (2 anos)	0,5 a 0,6 ml
14 a 19 kg (3 a 4 anos)	0,6 a 0,8 ml

2.6 Dar líquidos adicionais para a diarreia e continuar a alimentação

Você aprendeu a avaliar uma criança com diarreia, a classificar a desidratação e a selecionar um dos seguintes planos de tratamento:

- SEM DESIDRATAÇÃO => **Plano A:** tratar a diarreia em casa.
- DESIDRATAÇÃO => **Plano B:** tratar a desidratação com solução de SRO.
- DESIDRATAÇÃO GRAVE => **Plano C:** tratar rapidamente a desidratação grave.

Os três planos proporcionam líquidos para repor água e sais minerais perdidos por causa da diarreia. Uma forma excelente, tanto de reidratar como para prevenir a desidratação, é dar à criança uma solução à base de sais de reidratação oral (solução de SRO). Deve-se administrar uma solução por via IV exclusivamente nos casos de desidratação grave.

Os antibióticos não são eficazes no tratamento da diarreia. Raramente ajudam e algumas crianças até pioram. O uso desnecessário dos antibióticos pode aumentar a resistência de alguns patógenos. Geralmente, são tratamentos ineficazes. Portanto, não dê antibióticos sistematicamente. Nos casos de diarreia, dê antibióticos exclusivamente quando houver desidratação grave, com cólera na região, e disenteria, com comprometimento do estado geral.

Nunca administre antidiarreicos e antiespasmódicos (por exemplo, codeína, tintura de ópio, difenoxilato e loperamida) às crianças. Raramente ajudam a tratar a diarreia e alguns são perigosos. Alguns destes medicamentos nocivos podem causar paralisia do intestino ou deixar a criança anormalmente sonolenta. Uns podem intoxicar as crianças; outros antidiarreicos, ainda que não sejam perigosos, não são eficazes para tratar a diarreia. Estes são os adsorventes, como caolin, atapulgita, semectita e carvão ativado. Usar medicamentos antidiarreicos pode retardar o tratamento com a solução SRO.

Eventualmente, em crianças com vômitos persistentes, em terapia de reidratação oral, pode ser usado ondansetrona, antiemético mais seguro, na unidade de saúde, para diminuir os vômitos e garantir o sucesso do Plano B, evitando hidratação parenteral.

Agora você aprenderá a administrar os planos A, B e C.

Plano A: tratar a diarreia em casa

Nesta seção, descreve-se o Plano A para o tratamento de uma criança quando tem diarreia, porém sem desidratação. As três regras de tratamento em casa são:

- 1) Administrar líquidos adicionais.
- 2) Continuar a alimentar.
- 3) Orientar quanto aos sinais de piora e quanto ao retorno.

Nesta parte, descrevem-se os líquidos que a mãe aprenderá a usar e quando deverá dá-los à criança. Uma criança que é classificada como SEM DESIDRATAÇÃO também necessita de alimentos, e a mãe precisa ser orientada sobre os sinais de piora e sobre quando deve retornar à unidade de saúde. A administração de zinco oral melhora o epitélio intestinal inflamado durante a diarreia e fortalece o sistema imunitário da criança. As recomendações sobre a alimentação e a informação sobre quando deve retornar estão no capítulo Aconselhar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado.

O Plano A é um plano de tratamento importante. As crianças com diarreia que chegam ao profissional de saúde com a classificação sem desidratação são tratadas com o Plano A. As crianças com desidratação precisam ser reidratadas com o Plano B ou com o Plano C, e, posteriormente, tratadas com o Plano A. Ao final, todas as crianças com diarreia receberão o Plano A.

O Plano A consiste em recomendar a mãe sobre as três regras de tratamento em casa. Portanto, suas aptidões para ensinar e recomendar são muito importantes nesse plano.

Plano A: tratar a diarreia em casa

Recomendar a mãe ou o acompanhante sobre as três regras do tratamento domiciliar: dar líquidos adicionais, continuar a alimentar, quando retornar.

1) DAR LÍQUIDOS ADICIONAIS (tanto quanto a criança aceitar).

RECOMENDAÇÕES À MÃE:

- Amamentar com frequência e por tempo mais longo a cada vez.
- Caso a criança alimenta-se exclusivamente de leite materno, pode-se dar solução de SRO, além do leite materno.
- Caso a criança não esteja em regime exclusivo de leite materno, dar um ou mais dos seguintes itens: solução de SRO, líquidos caseiros (tais como caldos, soro caseiro) ou água potável.

É especialmente importante dar solução de SRO em casa quando:

- Durante esta visita, a criança recebeu o tratamento do Plano B ou do Plano C.
- A criança não puder retornar a um serviço de saúde se a diarreia piorar.

ENSINAR A MÃE A PREPARAR A MISTURA E A DAR A SOLUÇÃO DE SRO. ENTREGAR UM PACOTE DE SOLUÇÃO DE SRO À MÃE PARA UTILIZAR EM CASA, SE NECESSÁRIO.

MOSTRAR À MÃE A QUANTIDADE DE LÍQUIDOS ADICIONAIS A DAR EM CASA, ALÉM DOS LÍQUIDOS DADOS HABITUALMENTE:

- Até 1 ano 50 a 100 ml, depois de cada evacuação aquosa.
- 1 ano ou mais 100 a 200 ml, depois de cada evacuação aquosa.

Recomendar a mãe ou o acompanhante a:

Administrar, frequentemente, pequenos goles de líquidos de uma xícara ou colher.

Caso a criança vomite, aguardar dez minutos e depois continuar, porém mais lentamente.

Continuar a dar líquidos adicionais até a diarreia parar.

2) CONTINUAR A ALIMENTAR.

3) QUANDO RETORNAR.



**Consultar o Quadro
ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE**

Primeira regra para o tratamento em casa: dar líquidos adicionais.

Dizer à mãe que:

Dê à criança tanto líquido quanto ela possa aceitar. O propósito de dar líquidos extras é repor os líquidos perdidos durante a diarreia e, assim, prevenir a desidratação. A medida mais importante é dar mais líquidos do que de costume, tão logo a diarreia se inicie.

Caso uma criança se alimente exclusivamente de leite materno, é importante que seja dado o peito a essa criança com mais frequência do que de costume. Dê-lhe também solução de SRO. Para as crianças doentes menores de 6 meses, alimentadas exclusivamente com leite materno: primeiro, ofereça-lhes o peito; depois, a solução de SRO. Caso a criança não esteja em regime exclusivo de leite materno, dê-lhe um ou mais dos seguintes:

- Solução de SRO.
- Líquidos preparados com alimentos.
- Líquidos caseiros (soro caseiro, água).

Na maioria dos casos, uma criança que não está desidratada, na realidade, não necessita da solução de SRO. Dê-lhe líquidos adicionais preparados com alimentos, como sopa, água limpa, tratada, filtrada ou fervida (de preferência, com os alimentos). Evitar refrigerantes e sucos artificiais.

O Plano A prevê duas situações em que a mãe deve administrar a solução de SRO em casa:

- 1) **A criança foi tratada com o Plano B ou com o Plano C durante esta visita.** Em outras palavras, a criança foi reidratada. Esta criança deve beber a solução de SRO para evitar que volte a se desidratar.

A criança não pode retornar ao serviço de saúde caso a diarreia piore. Por exemplo, a família vive muito longe ou a mãe tem um emprego no qual ela não pode faltar.

- ENSINAR À MÃE COMO PREPARAR A MISTURA E COMO DAR SOLUÇÃO DE SRO. ENTREGAR-LHE UM PACOTE DE SOLUÇÃO DE SRO PARA UTILIZAR EM CASA, SE NECESSÁRIO.

Quando der solução de SRO para a mãe, mostre-lhe como misturá-la e como dá-la a seu filho. Peça à mãe que pratique enquanto você observa. Explique à mãe que deve preparar a solução de SRO todos os dias, em um recipiente limpo, manter o recipiente coberto e jogar fora o que restou da solução do dia anterior. Dê à mãe um pacote de solução de SRO para usar em casa.

- Mostrar à mãe quanto de líquido deve oferecer à criança, além do que ela está acostumada a ingerir:

Explique à mãe que seu filho deve beber os mesmos líquidos que bebe diariamente, mas deve tomar quantidades de líquidos extras. Mostre-lhe quanto líquido **extra** deve dar depois de cada evacuação diarreica:

- Até 1 ano 50 a 100 ml, depois de cada evacuação aquosa.
- 1 ano ou mais 100 a 200 ml, depois de cada evacuação aquosa.

Explique à mãe que a diarreia deve cessar logo. A solução de SRO não deterá a diarreia mas tem como benefício a reposição de líquidos e sais minerais que a criança perde na diarreia, impedindo que a doença se agrave.

Diga à mãe que:

- Dê goles frequentes usando um copo ou colher. Use uma colher para dar líquido a uma criança pequena.
- Caso a criança vomite, espere 10 minutos antes de dar-lhe mais líquido. A seguir, dê o líquido, porém mais lentamente.
- Continue dando quantidades extras de líquidos até que a diarreia termine.

Antes que a mãe deixe o serviço de saúde, comprove se ela entendeu bem como deve dar os líquidos extras segundo o Plano A. Faça perguntas como as seguintes:

- Que tipo de líquidos dará a seu filho?
- Qual a quantidade que vai dar?
- Com que frequência dará a solução de SRO a seu filho?
- Quanta água vai usar para misturar a solução de SRO?
- Como vai dar a solução de SRO a seu filho?
- O que fará se a criança vomitar?

Pergunte à mãe que problemas ela acha que vai ter para dar líquidos a seu filho. Por exemplo, se disser que não tem tempo, ajude-a a planejar como ensinar outra pessoa para que dê os líquidos. Caso ela diga que não tem um recipiente de um litro para misturar a solução de SRO, mostre-lhe como medir um litro usando recipientes menores, ou ensine-a a medir em um recipiente maior e a marcá-lo com um instrumento apropriado.

A SEGUNDA regra para o tratamento em casa é continuar a alimentação.

No Capítulo 3 “Aconselhar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado”, você aprenderá a:

- 1) Dar recomendações sobre a alimentação da criança.
- 2) Ensinar a mãe a tratar em casa a criança com peso baixo ou muito baixo.

Caso uma criança seja classificada com DIARREIA persistente, ensine à mãe algumas recomendações especiais sobre a alimentação.

A TERCEIRA regra para o tratamento em casa é sobre quando retornar.

Você aprendeu os sinais pelos quais uma mãe deve retornar imediatamente para trazer seu filho ao profissional de saúde. Diga à mãe de qualquer criança doente que os sinais pelos quais ela deve retornar são:

- Não consegue beber nem mamar no peito.
- Piora do estado geral.
- Aparecimento ou piora da febre.

Caso a criança tenha diarreia, diga à mãe também que retorne se a criança tiver:

- Sangue nas fezes.
- Dificuldade para beber.

“Dificuldade para beber” inclui “não consegue beber nem mamar no peito”. Estes sinais são mencionados separadamente, porém pode ser mais fácil combiná-los. Poderia, simplesmente, dizer à mãe que retorne se a criança “bebe ou mama com dificuldade”.

Plano B: tratar a desidratação com solução de SRO

Nesta seção, é descrito o Plano B para o tratamento de uma criança quando tem diarreia com desidratação. O Plano B inclui um período inicial de tratamento no serviço de saúde, que dura quatro horas. Durante esse período, a mãe dá lentamente uma quantidade recomendada de solução de SRO. A mãe oferece a solução de SRO em colheradas ou goles. É conveniente ter um lugar para Terapia de Reidratação Oral em seu serviço de saúde. Agora estude o Plano B.

Uma criança com classificação grave e DESIDRATAÇÃO necessita ser enviada urgentemente ao hospital*. Não reidrate a criança antes de ser referida. Dê rapidamente à mãe um pouco de solução de SRO. Mostre-lhe como dar goles frequentes à criança no trajeto para o hospital.

Caso uma criança que tenha DESIDRATAÇÃO necessite de tratamento para outros problemas, você deverá tratar primeiro a desidratação. Depois de quatro horas, reavalie e classifique a criança usando o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR. Caso não tenha sinais de desidratação, administre o Plano A. Todavia, se ainda houver desidratação, repita o Plano B.

Caso a criança agora tenha DESIDRATAÇÃO GRAVE, deve-se administrar o Plano C.

* A exceção é uma criança com a classificação grave DIARREIA PERSISTENTE GRAVE. Esta criança tem que ser reidratada e, a seguir, referida a um hospital.

Plano B: tratar desidratação com solução de SRO

As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa. Durante um período de quatro horas, administrar, no serviço de saúde, a quantidade recomendada de solução de SRO.

DETERMINAR A QUANTIDADE DE solução de SRO A SER ADMINISTRADA DURANTE AS PRIMEIRAS QUATRO HORAS.

IDADE *	Até 4 meses	4 meses a 11 meses	12 meses a 2 anos	2 anos a 5 anos
PESO	< 6 kg	6 a < 10 kg	10 a < 12 kg	12 a 19 kg
SRO (ml)	200 a 400	400 a 700	700 a 900	900 a 1.400

* Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o seu peso. A quantidade aproximada de solução de SRO necessária (em ml) também pode ser calculada multiplicando-se o peso da criança (em kg) por 75. Se a criança quiser mais solução de SRO do que a quantidade citada, dar mais.

MONSTRAR PARA A MÃE COMO ADMINISTRAR A SOLUÇÃO DE SRO.

- Dar, com frequência, pequenos goles de líquidos usando copo ou colher.
- Se a criança vomitar, aguardar dez minutos e depois continuar, porém mais lentamente. Caso persistam os vômitos, use ondansetrona. Em crianças de 6 meses a 2 anos, dar 2 mg sublingual; acima de 6 meses, dar 4 mg.
- Continuar a amamentar no peito sempre que a criança o desejar.

APÓS QUATRO HORAS:

- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação.
- Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento.
- Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde.

SE, EM SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS, A MÃE PRECISAR IR PARA CASA ANTES DE TERMINAR O TRATAMENTO:

- Orientar o modo de preparar a solução de SRO em casa.
 - Orientar sobre a quantidade de solução de SRO a ser administrada até completar o tratamento em casa.
 - Entregar uma quantidade de pacotes de solução de SRO suficiente para completar a reidratação. Entregar, também, um pacote adicional, tal como recomendado no Plano A.
 - Explicar as três regras do tratamento domiciliar:
 - DAR LÍQUIDOS ADICIONAIS
 - CONTINUAR A ALIMENTAR
 - QUANDO RETORNAR
- } Consultar o Plano A quanto aos líquidos recomendados e consultar o quadro ACONSELHAR MÃE, PAI OU RESPONSÁVEL PELO CUIDADO

Determinar a quantidade de solução de SRO a ser dada durante as primeiras quatro horas.

Use o quadro do Plano B para determinar quanto de solução de SRO deve ser dada. São proporcionadas várias quantidades. Veja na tabela de peso da criança (ou idade, caso não se conheça o peso) para encontrar a quantidade recomendada de solução de SRO que deverá dar. Por exemplo, uma criança de 5 kg geralmente necessita de 200 ml a 400 ml de solução, durante as primeiras quatro horas.

As quantidades que são mostradas no quadro devem ser usadas como orientação. A idade ou o peso da criança, o grau de desidratação e o número de dejeções durante a reidratação afetarão a quantidade necessária de solução de SRO. De uma maneira geral, a criança deverá beber tanto quanto necessite. Caso a criança queira mais ou menos que o estimado, dê à criança o quanto ela quiser. No quadro, também se descreve outra forma de calcular a quantidade necessária de solução de solução de SRO (em ml). Multiplique o peso da criança (em quilogramas) por 75.

Por exemplo, uma criança pesando 8 kg necessitaria de:

$8 \text{ kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml}$ de solução de SRO em quatro horas.

Observe que essa quantidade cai dentro da margem da tabela. Usando o quadro, você se poupará de fazer estes cálculos.

A administração da solução de SRO não deve interferir na alimentação normal de um lactente alimentado no peito. A mãe deve fazer pausas para deixar que a criança mame sempre que o desejar, para, em seguida, dar a solução de SRO.

Mostrar à mãe como dar a solução de SRO

Encontre um lugar confortável na sua unidade de saúde para que a mãe se sente com a criança. Diga à mãe a quantidade de solução de SRO que deve dar para a criança nas próximas quatro horas. Caso a criança tenha menos de 2 anos de idade, mostre à mãe como dar colheradas frequentes. Caso a criança seja maior, mostre à mãe como dar goles frequentes utilizando um copo. Sente-se com ela enquanto ela dá os primeiros goles ao filho com o copo ou colher. Pergunte se ela tem alguma dúvida.

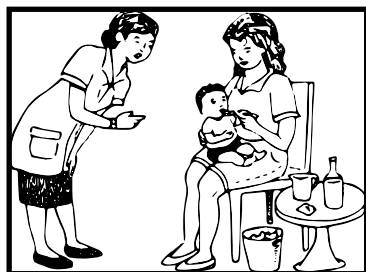
Caso a criança vomite, a mãe deve esperar dez minutos antes de dar mais solução de SRO. Depois, deve seguir dando a solução de SRO pouco a pouco.

Encoraje a mãe para que faça pausas para dar o peito à criança quando esta o desejar. Depois que a criança terminar de mamar, a mãe deverá voltar a dar a solução de SRO. A mãe não deve dar alimentos à criança durante as quatro primeiras horas do tratamento com a solução de SRO.

Mostre à mãe onde trocar as fraldas do lactente ou onde a criança pode usar o banheiro. Indique a ela onde lavar as suas mãos e as da criança depois.

Vá sempre ao local onde a mãe está para verificar se está tudo correndo bem. Caso a criança não esteja bebendo bem a solução de SRO, tente outro método de administração. Pode tentar usar uma colher ou uma seringa.

Durante as primeiras quatro horas em que a mãe der a solução de SRO na unidade de saúde, você terá muito tempo para ensinar-lhe como cuidar adequadamente do seu filho. Sem dúvida, a preocupação principal é a reidratação da criança. Quando for evidente que a criança está melhorando, a mãe voltará sua atenção para aprender. Ensine-lhe como misturar e como dar a solução de SRO e informe sobre o Plano A. É uma boa ideia ter informações impressas que a mãe possa estudar enquanto está sentada com o seu filho. A informação pode ser reforçada também com cartazes na parede.



DEPOIS DE QUATRO HORAS:



Depois de quatro horas de administração do tratamento do Plano B, reavalie a criança usando o quadro avaliar e classificar. Classifique de acordo com os sinais de desidratação. Escolha o plano adequado para continuar o tratamento.

Obs.: reavaliar a criança antes de completar as quatro horas, caso a criança não esteja tomando a solução de SRO ou pareça estar piorando.

Caso a criança esteja melhor e sem desidratação, escolha o Plano A. Ensine à mãe o Plano A, caso não a tenha ensinado nas quatro horas anteriores. Antes que a mãe deixe o serviço de saúde, faça perguntas de verificação. Ajude a mãe a resolver qualquer problema que possa ter para dar líquidos extras à criança em casa.

Entretanto, se a criança tem desidratação, volte a escolher o Plano B. Comece alimentando a criança no serviço de saúde. Ofereça-lhe comida, leite ou suco. Depois de alimentá-la, repita o tratamento de quatro horas do Plano B. Ofereça comida, leite ou suco à criança a cada três ou quatro horas. As crianças alimentadas no peito devem seguir mamando com frequência. Caso o serviço de saúde encerre o expediente antes que o tratamento termine, refira a criança para uma unidade hospitalar.

Caso a criança piore e fique com desidratação grave, precisará começar o Plano C (que é descrito a seguir, neste capítulo).

Plano C: tratar rapidamente a desidratação grave

As crianças gravemente desidratadas necessitam repor água e sais minerais rapidamente. Geralmente, administram-se líquidos por via intravenosa (IV) com este fim.

O tratamento de reidratação mediante líquidos por via IV, ou usando uma sonda nasogástrica, é recomendado apenas para as crianças com desidratação grave. O tratamento das crianças com desidratação grave depende:

- Do tipo de equipamento disponível na sua unidade de saúde, no centro de saúde ou no hospital próximo.
- Da capacitação que você está recebendo.
- Se a criança é capaz de beber.

Para determinar como tratar a criança que necessita do tratamento do Plano C, consulte o diagrama de fluxo a seguir. Leia as perguntas em ordem, de cima para baixo, e responda de acordo com a situação da sua unidade de saúde. Preste atenção na primeira vez que você responder SIM.

PLANO C: TRATAR RAPIDAMENTE A DESIDRATAÇÃO GRAVE

Acompanhar as setas. Se a resposta for “sim”, ir para a lateral; se for “não”, ir para baixo

Começar aqui:

Pode aplicar imediatamente líquidos por via intravenosa (IV)?

SIM

- Começar a dar líquidos imediatamente por via IV. Se a criança consegue beber, dar solução de SRO por via oral enquanto o gotejador estiver sendo montado. Fazer expansão com 100 ml/kg de solução de ringer lactato ou com soro fisiológico a 0,9%. Em crianças menores de 1 ano, fazer 30 ml/kg na primeira hora e 70 ml/kg em cinco horas. Em crianças maiores de 1 ano, fazer 30 ml/kg em 30 minutos e 70 ml/kg em 2 horas e 30 minutos.
- Reavaliar a criança de meia em meia hora. Se não houver melhora no estado de desidratação, aumentar a velocidade do gotejamento.
- Também dar solução de SRO (cerca de 5 ml/kg/hora) tão logo a criança consiga beber: geralmente em uma a duas horas.
- Classificar a desidratação.
- Escolher, a seguir, o plano apropriado (A, B ou C) para continuar o tratamento.
- Em seguida fazer a solução de manutenção, com SGF 1:1 enquanto aguarda transferência.

NÃO

Pode aplicar tratamento por via IV nas proximidades (até 30 minutos)?

SIM

- Referir URGENTEMENTE ao hospital para tratamento IV.
- Se a criança consegue beber, entregar à mãe solução de SRO e mostrar-lhe como administrar goles frequentes durante o trajeto.

NÃO

Recebeu treinamento para usar sonda nasogástrica (NG) para reidratação?

NÃO

SIM

A criança consegue beber?

NÃO

Referir URGENTEMENTE ao hospital para tratamento IV ou NG.

- Iniciar a reidratação com solução de SRO, por sonda ou pela boca: dar 20 a 30 ml/kg/hora.
- Reavaliar a criança a cada uma ou duas horas:
 - Se houver vômitos repetidos ou aumento da distensão abdominal, dar o líquido mais lentamente.
 - Se depois de três horas a criança não estiver melhorando, encaminhá-la para terapia IV.
- Reavaliar a criança seis horas depois: Classificar a desidratação. Em seguida, selecionar o plano apropriado (A, B ou C) para continuar o tratamento.

NOTA: caso não consiga transferência, observar a criança pelo menos seis horas após a reidratação, a fim de assegurar-se de que a mãe pode manter a hidratação, dando a solução de SRO à criança por via oral (Plano A).

2.7 Tratar a diarreia persistente grave

As crianças com diarreia que dura 14 dias ou mais e, além disso, estão desidratadas necessitam ser referidas ao hospital. Essas crianças precisam de atenção especial para ajudar a prevenir a perda de líquidos. Podem também necessitar de uma mudança na dieta. Em alguns casos, pode ser preciso analisar amostras das fezes para determinar a causa da diarreia.

Trate a desidratação da criança antes de referi-la ao hospital, a menos que tenha outra classificação grave. O tratamento das crianças com doenças graves pode ser difícil. Estas crianças deverão receber tratamento em um hospital.

2.8 Tratar a diarreia persistente

Uma alimentação adequada é o tratamento mais importante para a diarreia persistente. As recomendações relativas à alimentação para a diarreia persistente são explicadas no módulo aconselhar a mãe ou o acompanhante. Lembre-se sempre de usar o zinco oral.

2.9 Tratar disenteria, se houver comprometimento do estado geral

Trate ou previna a desidratação da criança conforme sua classificação. Se, após ter sido hidratada, a criança persiste com comprometimento do estado geral, dê um antibiótico recomendado para *Shigella* em sua região. Você pode assumir que a disenteria foi causada por *Shigella* porque:

- 1) *Shigella* causa em torno de 60% dos casos vistos nos serviços de saúde.
- 2) *Shigella* causa quase todos os casos de disenteria com risco de morte. A identificação do agente em laboratório pode levar até cinco dias, e não é recomendada como rotina.

Nota: uma criança com diarreia pode ser enquadrada em uma ou mais classificações. Registre qualquer classificação para diarreia que a criança tenha, na coluna Classificar do Formulário de Registro. Por exemplo, esta criança foi classificada como sem desidratação e disenteria. Assim, o profissional de saúde registrou as classificações.

2.10 Ensinar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado a utilizar tratamento sintomático

Esta seção do capítulo lhe ensinará como aliviar a tosse, tratar ulcerações na boca e infecção no ouvido. Você também aprenderá como ensinar a mãe ou o acompanhante a tratar as infecções locais em casa. Quando estiver ensinando a mãe, deverá:

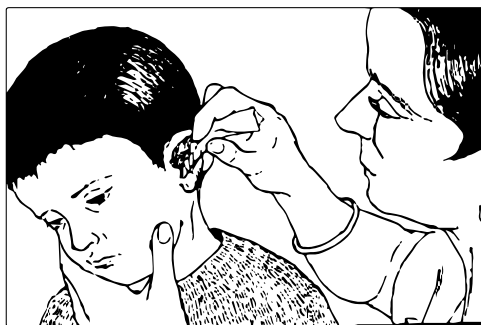
- Explicar à mãe qual é o tipo de tratamento e a sua importância.
- Descrever as etapas do tratamento.
- Observar como a mãe administra o primeiro tratamento no serviço de saúde (exceto os remédios para tosse).
- Informá-la sobre quantas vezes deve administrar o tratamento em casa.
- Antes de a mãe deixar a unidade de saúde, assegurar-se de que tenha compreendido todos os procedimentos anteriores.

Alguns tratamentos para as infecções locais causam mal-estar. As crianças podem resistir ao tratamento dos ouvidos e da boca. Portanto, é importante segurar a criança para que fique quieta. Assim, evitará que a criança interfira no tratamento.

Os desenhos ilustram a posição correta em que se deve segurar a criança.

Deite a cabeça da criança para trás ao lhe tratar as ulcerações na boca.

Incline a cabeça da criança para o lado quando estiver lhe secando o ouvido com uma mecha.



Não tente fazer a criança ficar quieta até o momento de aplicar o tratamento.

Secar o ouvido usando mechas:

- Secar o ouvido ao menos três vezes por dia.
- Torcer um pano absorvente ou um pedaço de algodão formando uma mecha.
- Colocar a mecha no ouvido da criança.
- Retirar a mecha quando esta estiver molhada.
- Substituir a mecha por outra limpa e repetir esses mesmos passos até que o ouvido esteja seco.

Observe a mãe enquanto ela pratica. Faça elogios sobre o que ela estiver fazendo bem. Quando terminar, dê-lhe as seguintes informações:

- Limpe o ouvido com mecha pelo menos três vezes ao dia.
- Utilize este tratamento **quantos dias forem necessários** até que a mecha já não se umedeça mais quando for retirada do ouvido e não saia com pus.
- Não coloque nada no ouvido (nem azeite ou líquido, nem outras substâncias) durante o período de tratamento com as mechas. Não deixe a criança nadar. Não deve entrar água no ouvido da criança.

Faça perguntas de verificação, tais como:

- "Que materiais usará em casa para fazer a mecha?"
- "Quantas vezes ao dia vai secar o ouvido com a mecha?"
- "O que mais vai colocar no ouvido da criança?"

Caso a mãe ache que terá problemas para secar o ouvido com a mecha, ajude-a a resolvê-los.

ACALMAR A TOSSE COM MEDIDAS CASEIRAS

Para acalmar a tosse, use medidas caseiras, que podem ser eficazes. É importante que sejam inócuas.

Aliviar a tosse com medidas caseiras:

- Aumentar a oferta de líquidos: para menores de 6 meses de idade, em regime exclusivo de amamentação materna, oferecer o peito mais vezes.
- Mel de abelha* ou outras medidas culturalmente aceitas.
- Remédios nocivos a desencorajar: anti-inflamatórios, sedativos da tosse, expectorantes, descongestionantes nasais ou orais e antigripais.

*** Mel de abelha só pode ser usado a partir de 1 ano de idade**

O quadro tratar a criança recomenda medidas caseiras para as crianças que têm tosse. Caso uma criança se alimente exclusivamente de leite materno, não lhe dê outros líquidos ou remédios.

Caso na sua cidade ainda sejam usados remédios nocivos, esses devem ser desencorajados, tais como atropina, codeína ou derivados da codeína ou álcool. Esses ingredientes podem sedar a criança, podem interferir na alimentação, assim como podem interferir na capacidade da criança expectorar as secreções pulmonares ao tossir. Tampouco se devem usar descongestionantes nasais, ou seja, gotas para o nariz que contenham qualquer outro ingrediente que não seja soro fisiológico a 0,9%.

ORIENTAÇÕES PARA O CONTROLE DA ASMA

Os responsáveis devem ficar atentos caso a criança piore e tenha algum desses sinais ou sintomas:

- A criança já não obtém o mesmo efeito com o broncodilatador ou passa a usá-lo com maior frequência.
- A criança acorda durante a noite por tosse, chiado ou falta de ar por mais de duas noites seguidas.
- Acorda pela manhã com chiado ou sensação de aperto no peito que não cedem com os medicamentos.
- Os sintomas da asma começam a interferir nas suas atividades diárias.

Nesses casos, deverão procurar a unidade de saúde responsável pelo tratamento da criança.

2.11 Quando as crianças de 2 meses a 5 anos de idade devem retornar imediatamente

Recomendar à mãe para retornar imediatamente se a criança apresentar qualquer um dos sinais abaixo:	
Qualquer criança doente	• Não consegue beber nem mamar no peito. • Piora do estado geral. • Aparecimento ou piora da febre.
Se a criança tiver tosse ou dificuldade para respirar e apresentar ou piorar da:	• Respiração rápida. • Dificuldade para respirar.
Se a criança estiver com diarreia, e se apresentar:	• Sangue nas fezes. • Dificuldade para beber.

Lembre-se de que esta é uma seção de extrema importância sobre quando retornar.

Use terminologia local para que a mãe possa entender. Marque um círculo nos sinais que a mãe deve recordar. Assegure-se de verificar se a mãe entendeu.

PRÓXIMA VISITA PARA ATENÇÃO À CRIANÇA SADIA

Lembrar à mãe quando será a próxima visita em que seu filho necessitará de vacinação e do controle do crescimento e do desenvolvimento, a menos que ela já tenha muita coisa para lembrar (por exemplo: já tem horário para dar antibióticos, muitas instruções para o cuidado em casa) e vá voltar brevemente. Nesse caso, registre a data da próxima vacina e do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento na Caderneta da Saúde da Criança. Informe a data da próxima consulta.

2.12 Recomendar à mãe/pai ou responsável pelo cuidado a respeito de sua própria saúde

Durante uma visita para atenção à criança doente, escute qualquer problema que a mãe ou o acompanhante possa ter. Talvez ela precise de tratamento ou hospitalização para resolver seus próprios problemas de saúde. Use o quadro a seguir e as informações pertinentes (adequados para mulheres) para orientar a mãe ou o acompanhante sobre sua saúde.

Recomendar à mãe, pai ou responsável pelo cuidado a respeito de sua própria saúde:

- Se a mãe estiver doente, prestar-lhe tratamento ou referi-la para atendimento.
- Se tiver algum problema no peito (tais como ingurgitamento, mamilos doloridos, infecção no seio), prestar-lhe tratamento ou referi-la para atendimento especializado.
- Verificar a situação de vacinação da mãe e, se necessário, atualizar o seu cartão de vacinação de acordo com o Calendário Básico do MS vigente.
- Certificar-se de que ela tenha acesso a:
 - Recomendações sobre saúde reprodutiva
 - Recomendações sobre prevenção a DST e aids.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de controle da malária:** manual para profissionais de saúde na atenção básica. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de condutas básicas na doença falciforme.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de eventos agudos em doença falciforme.** Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Uso racional de medicamentos:** temas selecionados. Brasília, 2012.

Capítulo 3 Aconselhar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado

Neste capítulo, você aprenderá como avaliar a alimentação e a prática de atividade física da criança de 2 meses a 5 anos. Aprenderá também como dar recomendações a respeito dos problemas identificados, evitando passar informações demasiadas e de pouca utilidade. Lembre-se de utilizar as boas técnicas de comunicação: perguntar e escutar, elogiar, recomendar e verificar a compreensão da mãe ou do acompanhante a respeito das orientações dadas.

Caso a criança tenha de ser referida, explique as razões para a referência e certifique-se de que ela compreendeu sua importância. Entregue a nota de encaminhamento e providencie o transporte adequado, se necessário.

Quando as crianças são enviadas para casa, você deverá fazer recomendações a mãe/pai ou responsável pelo cuidado sobre quando voltar para consulta de retorno e precisará ensinar-lhe a reconhecer os sinais que indicam quando retornar imediatamente para que a criança possa receber outros cuidados.

3.1 Informar como está o crescimento da criança

Você já aprendeu a importância de avaliar o crescimento de uma criança, colhendo adequadamente as medidas antropométricas cada vez que esta vem à unidade de saúde, e aprendeu a acompanhar seu crescimento utilizando-se dos gráficos.

Converse sobre o resultado da avaliação do crescimento e sobre a tendência das curvas, de maneira clara e simples. Se a criança está crescendo bem, mostre à mãe e não se esqueça de elogiá-la. Se há algum problema, é importante manter a prática positiva. Evite palavras de julgamento ou acusações. Sua finalidade é ganhar a confiança da mãe de maneira que ela possa ajudar seu filho.

EXEMPLO 1:

O peso para idade de uma criança encontra-se entre as linhas de -1 e -2 escore z, e está assim desde as últimas três visitas. O trabalhador de saúde explica: “Seu filho pesa menos que a maioria das crianças de sua idade, porém está crescendo consistentemente. Veja que sua linha

de crescimento permanece entre estas duas linhas. Seu peso tem aumentado à medida que aumenta em idade. Isso é bom”.

EXEMPLO 2:

A curva do peso para idade de uma menina mostra queda drástica a ponto de estar abaixo da linha -2 escore z. O profissional de saúde mostra à mãe e diz: “Você notou que sua filha está mais magra? Veja como a linha de crescimento da curva caiu bruscamente. Isso significa que ela tem pouco peso para a idade. Vamos conversar acerca de ações a tomar para ajudá-la a ganhar peso. Não se preocupe, pois há maneiras de ajudá-la a crescer”.

3.2 Avaliar a alimentação

Você avaliará a alimentação em toda criança:

- Menor de 2 anos de idade; **Ou**
- Classificadas como: ANEMIA, PESO MUITO BAIXO PARA A IDADE, PESO BAIXO PARA A IDADE OU GANHO DE PESO INSUFICIENTE, PESO ELEVADO PARA A IDADE **OU** DIARREIA PERSISTENTE.

Se a mãe recebeu muitas instruções para o tratamento e está confusa, você pode adiar a avaliação da alimentação e a recomendação a mãe a respeito da alimentação, para uma próxima visita, a não ser no caso de crianças menores de 6 meses que estão com problema de amamentação, crianças com PESO MUITO BAIXO PARA IDADE ou com DIARREIA PERSISTENTE.

Para avaliar a alimentação, utilize as perguntas que estão na parte superior do quadro aconselhar e na parte inferior do formulário de registro para a criança doente. As perguntas ajudam a averiguar qual é a alimentação habitual da criança e qual é a alimentação durante a doença.

AVALIAR A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Fazer perguntas sobre qual é alimentação habitual da criança e, em particular, qual é a alimentação durante esta doença.

Está amamentando o seu bebê? Se sim, quantas vezes no período de 24 horas?

Amamenta à noite? Se preciso, avalie a pega.

A criança recebe algum outro tipo de alimento ou líquidos? Qual?

Como prepara? Que quantidade? Quantas vezes ao dia?

Como oferece? Recebe sua própria porção? Quem alimenta?

Durante esta doença, houve mudança na alimentação da criança? Quais?

Escute atentamente para identificar quais são as práticas de alimentação corretas e quais precisam ser modificadas. Você pode examinar as recomendações para a alimentação adequada de acordo com a idade da criança no quadro aconselhar enquanto escuta a mãe. Caso a resposta dela não esteja clara, faça outra pergunta. Por exemplo, se a mãe de uma criança com o peso muito baixo para a idade diz que as porções são “suficientemente grandes”, você poderia perguntar: “A criança deixa resto de comida no prato?”.

3.3 Recomendar a respeito da alimentação da criança de acordo com a faixa de idade

Se a criança está crescendo bem, felicite a mãe/pai ou responsável pelo cuidado pelo crescimento do seu filho. Dependendo da idade da criança e da próxima visita, deverá ser orientada a respeito da alimentação da criança. No momento, é importante saber que para uma criança que está crescendo bem, você deve reforçar as recomendações alimentares para o seu grupo de idade e dar explicações para o grupo seguinte, caso a criança vá mudar de faixa etária antes da próxima visita.

Os grupos de idade que tem recomendações específicas são:

- Crianças menores de 6 meses.
- Crianças de 6 meses a 7 meses.
- Crianças de 8 meses a 11 meses.
- Crianças no 1º ano de vida.
- Crianças a partir dos 2 anos.

Os profissionais de saúde devem estar cientes de que o ato de alimentar-se é biopsicosocial e, portanto, complexo. Nem sempre sua abordagem é fácil ou os resultados das orientações são imediatos, devendo haver disposição de procurar os motivos para o não alcance dos objetivos propostos ou metas estabelecidas.

Assim, os profissionais de saúde devem procurar a participação da mãe ou do responsável pelo cuidado da criança, de forma que ambos trabalhem em sintonia na busca da manutenção ou da melhoria do estado nutricional da criança. Saber ouvir a mãe e identificar suas dúvidas, dificuldades e angústias, nem sempre externadas na consulta, são o primeiro passo para o sucesso das orientações.

É muito importante que, antes de passar informações para a mãe sobre a alimentação da criança, os profissionais conheçam as condições da casa e da família, inclusive sobre a disponibilidade e o tipo de alimentos que são usados.

As informações repassadas para as mães devem buscar uma mudança de comportamento da família em relação à alimentação da criança, buscando melhorá-la. Isso somente será conseguido se tais instruções forem possíveis de serem realizadas no contexto da família, seja em relação às suas características culturais, seja em relação às limitações socioeconômicas e culturais que podem estar submetidas às famílias.

A população indígena, assim como diversas outras populações, possuem práticas alimentares tradicionais, inclusive para crianças, e, muitas vezes, possuem regras próprias para o consumo de determinados alimentos em alguns ciclos da vida. O profissional deve conhecer, identificar e respeitar essas características, buscando alternativas para possíveis restrições.

As informações sobre alimentação devem ser objetivas e claras, buscando solucionar as dúvidas das mães e os problemas identificados. Quando as recomendações são seguidas e não há problemas, elogie a mãe por suas boas práticas de alimentação. Anime-a a seguir alimentando a criança da mesma forma quando esta estiver sadia ou doente.

Orientar para mudanças de comportamentos e práticas que não são saudáveis, sempre que necessário e possível. Quando as recomendações a respeito da alimentação para a idade da criança não são seguidas, esclareça a mãe sobre quais condutas são mais adequadas e o porquê. Evite críticas.

No site do Ministério da Saúde (<www.saude.gov.br/bvs>, <www.saude.gov.br/dab>) você encontrará uma publicação destinada aos profissionais de saúde na atenção básica, com vistas à orientação sobre uma alimentação infantil adequada. Entende-se por alimentação adequada para

crianças menores de 2 anos a prática do aleitamento materno e a introdução em tempo oportuno (6 meses completados) de alimentos adequados (que supram os requerimentos energéticos e nutricionais), seguros (livres de contaminação no preparo, oferta e armazenamento) e oferecidos de modo apropriado.

3.3.1 Recomendações para as crianças menores de 6 meses de idade

Até 6 meses de idade



- Amamentar ao peito tantas vezes quanto a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos oito vezes a cada 24 horas.
- Não dar outra comida ou líquido.
- Recomenda-se higienizar a cavidade bucal do bebê somente a partir da erupção do primeiro dente decíduo, pois as imunoglobulinas presentes no leite materno desempenham um papel protetor na mucosa bucal contra infecções.
- Para crianças desmamadas, iniciar a higienização mesmo não havendo erupcionado o primeiro dente decíduo, pois as fórmulas infantis, mesmo não possuindo sacarose em sua formulação, demonstraram ser cariogênicas. Utilizar como técnica de higienização após cada mamada: enrolar o dedo em uma fralda limpa, passando delicadamente em toda a boca do bebê (gengiva, língua e bochechas).

O Ministério da Saúde recomenda que nos primeiros 6 meses de vida a alimentação no peito seja exclusiva: a criança só recebe leite materno (direto da mãe ou ordenhado), sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos, quando necessários.

Sabe-se que, nesse período, o leite materno supre todas as necessidades de energia e nutrientes, inclusive água. Assim, a oferta de chás e água é desnecessária e pode prejudicar a sucção e saciedade do bebê, prejudicando a amamentação.

As crianças dessa idade devem ser amamentadas cada vez que elas desejarem, de dia e de noite. Isso representa, para a maioria dos bebês, oito ou mais mamadas, nas 24 horas.

São indiscutíveis as vantagens do leite materno quando comparado ao leite de vaca.

Os nutrientes do leite materno são digeridos e absorvidos mais facilmente do que os de qualquer outro leite. A caseína, presente em maior quantidade no leite de vaca, produz coágulos de mais difícil digestão, enquanto a lactoalbumina, em maior quantidade no leite materno, produz coágulos finos e de melhor digestão. O leite materno apresenta maior teor de ácidos graxos essenciais, fundamental para o adequado crescimento

de tecidos, como do cérebro, dos olhos e dos vasos sanguíneos, em relação ao leite de vaca. Os ácidos graxos saturados, presentes em maior quantidade no leite de vaca, se constituem, em longo prazo, em fator de risco para obesidade e doenças crônico-degenerativas.

O leite materno fornece toda a água que a criança necessita, mesmo em um clima quente e seco. Por outro lado, o leite de vaca contém quantidades excessivas de eletrólitos, tornando obrigatória a oferta de água adicional à criança ou a diluição do leite para crianças menores de 4 meses em aleitamento artificial.

Tabela 1 - Comparação entre leite materno e leite de vaca

NUTRIENTES	LEITE MATERNO	LEITE DE VACA
Proteína		
Total	1,5%	4,0% – em excesso.
Caseína	0,5%	3,0% – em excesso.
Lactoalbumina	0,5%	0,5%
Gorduras		
Total	4,0% (média).	4,0%
Ácidos graxos	Quantidade suficiente de ácidos graxos insaturados.	Excesso de ácidos graxos saturados.
Ácido linoleico (essencial)	Quantidade suficiente.	Quantidade insuficiente.
Lipase	Presente.	Ausente.
Lactose	7,0% – suficiente.	3,0% a 4,0% – insuficiente.
Ferro	Pequena quantidade, mas bem absorvido.	Pequena quantidade e mal absorvido.
Vitaminas	Suficiente.	Pode ser insuficiente.
Eletrólitos	Quantidade adequada	Quantidade excessiva
Água	Criança não necessita de quantidade extra	Criança necessita de quantidade extra

Fonte: Tabela modificada de: King F. Aconselhamento em Aleitamento Materno.

O leite materno protege a criança contra infecções. A criança pequena não pode lutar contra as infecções da mesma forma que uma criança de mais idade ou um adulto. Por meio do leite materno, a criança recebe anticorpos de sua mãe para lutar contra as infecções, bem como lisozima, lactoferrina, fator bifidus, que exercem importante fator protetor da saúde da criança no primeiro ano de vida. As crianças alimentadas exclusivamente com leite materno têm menos diarreia, pneumonia, meningite, infecções de ouvido e muitas outras. As crianças que não mamam no peito têm, em geral, risco 14 vezes maior de morrer por diarreia e quatro vezes maior de morrer por pneumonia do que aquelas que mamam no peito.

A amamentação ajuda no estabelecimento de um vínculo estreito e carinhoso entre a mãe e seu bebê, pois é uma oportunidade inigualável para um contato físico que envolve todos os sentidos do ser humano (olfato, tato, audição, fala e visão).

A amamentação protege a saúde da mãe. Depois do nascimento, a amamentação ajuda o útero a voltar a seu tamanho normal. Isto ajuda a reduzir a hemorragia e a prevenir a anemia. A amamentação também reduz os riscos de câncer de ovário e de mama.

A mãe que amamenta deve ser orientada para receber alimentação regular e a aumentar o consumo de alimentos ricos em ferro e vitamina A, e também de líquidos.

Não recomendar para a criança qualquer leite ou alimento que não seja o leite materno. Não recomendar leite de vaca ou de cabra, preparações industrializadas para crianças, cereais, nem outras bebidas como chá, suco ou água. As razões são as seguintes:

A amamentação exclusiva dará à criança melhor possibilidade de crescer, desenvolver-se e manter-se sadia. Em situação excepcional, algumas crianças podem necessitar de alimentos complementares antes dos 6 meses de idade por apresentarem ganho de peso inadequado. Nesses casos, deve-se afastar as causas que podem estar comprometendo o ganho ponderal (posição e/ou pega inadequadas, frequência insuficiente das mamadas, infecções, malformações etc.). Caso não haja melhora, encaminhe para avaliação com pediatra.

O leite de vaca, fluido ou em pó, pode ser encontrado na forma integral ou com alteração de componente nutricional. Os leites “infantis modificados” são acrescidos de determinados nutrientes, visando atender características especiais de algumas crianças. O leite de vaca desnatado, por sua vez, tem baixo teor de gordura e energia, sendo contraindicado na alimentação da criança porque inibe a absorção de vitamina A, podendo levar à cegueira. Além disso, o preparo incorreto de fórmulas à base de leite de vaca (fluido ou em pó) pode ocasionar aumento da concentração de sódio no sangue, diarreia aguda devido à hiperosmolaridade ou à contaminação, à obesidade e à desnutrição.

Para as crianças menores de 6 meses que não podem ser amamentadas, deve-se usar preferencialmente as fórmulas infantis ou modificadas. Caso não seja possível, utilize leite integral em pó ou fluido, conforme reconstituição a seguir. A alimentação deve ser complementada, a partir do 4º mês, com papas de frutas e papas salgadas. Lembre-se de que deve ser oferecida água à criança nos intervalos.

Reconstituição do leite para crianças menores de 6 meses que não podem ser amamentadas:

Tabela 2 - Leite integral em pó

ÁGUA FERVIDA	LEITE EM PÓ INTEGRAL*	
	MENORES DE 4 MESES	MAIORES DE 4 MESES
100 ml**	1 colher de sobremesa	1 colher de sopa
150 ml	1 ½ colher de sobremesa	1 ½ colher de sopa
200 ml	2 colheres de sobremesa	2 colheres de sopa

Fonte:SBP, Manual de Orientação, Departamento de Nutrologia, 2012.

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

** Nas crianças menores de 4 meses, acrescentar uma colher de chá de óleo vegetal cru para cada 100 ml de leite integral em pó diluído.

Tabela 3 - Leite integral fluido

VOLUME DE LEITE	ÁGUA FERVIDA	LEITE FLUIDO
100 ml**	30 ml	70 ml
150 ml	50 ml	100 ml
200 ml	70 ml	130 ml

Fonte:SBP, Manual de Orientação, Departamento de Nutrologia, 2012.

** Nas crianças menores de 4 meses, acrescentar uma colher de chá de óleo vegetal cru para cada 100 ml de leite integral fluido diluído.

Para as crianças maiores de 4 meses, não é necessário diluir o leite integral fluido nem acrescentar óleo vegetal.

Se a criança está recebendo alimentação láctea (leite de vaca ou fórmula) por mamadeira:

- Avaliar se o preparo está correto. Pergunte sobre o tipo de leite, a diluição, o uso de açúcar ou engrossante (farinha ou massa) e a higiene no preparo das refeições.
- Orientar o uso de xícara ou copo em lugar da mamadeira.
- Iniciar a alimentação complementar a partir dos 4 meses de idade, de forma gradual, até que a criança esteja recebendo quatro refeições não lácteas por dia.
- Quando do retorno da mãe ao trabalho antes do 6º mês, **não havendo condição de continuar o aleitamento materno exclusivo**, orientar a ordenha do leite materno e iniciar a alimentação complementar nos horários que a mãe não estiver em casa. Orientar a mãe a oferecer o peito antes de sair para o trabalho e quando chegar.
- A criança em uso de leite artificial não modificado (fórmula) deve receber, a partir do 2º mês, suplementação de vitamina C (30 mg/dia na forma de suplemento medicamentoso); e, a partir do 4º mês, ferro (1 a 2 mg/kg/dia), até 24 meses.

3.3.2 Recomendações para as crianças de 6 a 7 meses de idade

De 6 a 7 meses



- Amamentar sob livre demanda.
- Introduzir alimentos complementares: cereais, carnes/ovo/vísceras, tubérculos, leguminosas, legumes e frutas.
- Iniciar: uma a duas vezes por dia até completar três vezes ou cinco vezes, se não estiver mamando.
- Dar três a cinco colheres de sopa por refeição ou até a satisfação da criança.
- No início, os alimentos devem ser bem amassados (não usar peneira ou liquidificador) e oferecidos em pequenas quantidades na colher.
- Observar cuidados de higiene no preparo e na oferta dos alimentos.
- Oferecer alimentos de boa qualidade e evitar o consumo de açúcar.
- Oferecer água limpa, filtrada e fervida à criança nos intervalos das refeições.
- Quando erupcionar o primeiro dente decíduo, a higiene bucal deve ser iniciada com escova de dente infantil e creme dental (com ou sem flúor) em pequena quantidade.
- A utilização de fio dental deve ser iniciada tão logo existam dois dentes incisivos que tenham erupcionado com a presença de ponto de contato entre eles.

A partir dos 6 meses, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas apenas com o leite materno, embora este ainda continue sendo fonte importante de calorias e nutrientes, e a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos. O leite materno continua alimentando a criança, protegendo-a contra doenças e deve ser mantido até os 2 anos ou mais.

Nesta idade, é preciso começar a dar outros alimentos chamados de **alimentos complementares**. Esses alimentos devem ser nutritivos e ter a consistência de papas desde o início, pois garantem a quantidade de energia que ela precisa para ganhar peso e ter saúde.

A introdução dos alimentos complementares deve respeitar a identidade cultural e alimentar das diversas regiões, resgatando e valorizando os alimentos regionais; ou seja, as frutas, legumes e verduras produzidas localmente.

Para iniciar, comece oferecendo pequenas quantidades até atingir três a cinco colheres de sopa. Oferecer uma vez ao dia e aumentar gradativamente até atingir três vezes ao dia, respeitando a aceitação da criança. Dos 6 aos 7 meses, se a criança estiver mamando no peito, essas refeições constituem em duas papas de frutas e uma papa salgada.

Oferecer regularmente, sem rigidez de horários, com intervalos fixos para que a criança sinta necessidade de se alimentar (fome).

Normalmente os dentes decíduos (de leite) começam a erupcionar em torno dos 6 meses, podendo acontecer até os 12 meses.

Ofereça os alimentos amassados ou raspados (comida de panela). Introduza os novos alimentos um por vez; e, a cada dois a três dias, substitua ou acrescente outro alimento. Papas ou purês salgados devem conter um alimento de cada grupo: legumes e/ou verduras, cereal ou tubérculo, feijões e carne (boi, frango, peixe) ou vísceras, ou ovo inteiro.

Há crianças que se adaptam facilmente às novas etapas e aceitam bem os novos alimentos. Outras precisam de mais tempo, não precisando esse fato ser motivo de ansiedade e angústia para as mães. Caso a criança recuse determinado alimento, oferecê-lo novamente em outras refeições. Lembrar que é necessário oferecer várias vezes um determinado alimento para que ele seja aceito pela criança.

Amassar os alimentos com garfo. **Não usar peneira ou liquidificador.** O uso de misturas de vários alimentos, comumente liquidificados ou peneirados, dificulta à criança testar os diferentes sabores e texturas dos novos alimentos.

Com a introdução de novos alimentos, é importante que a criança receba **água nos intervalos**. A água oferecida deve ser tratada, filtrada e fervida.

Preparar a porção (quantidade de alimento) que normalmente a criança ingere. Não usar as sobras dos alimentos no prato (restos) nas refeições posteriores.

O Ministério da Saúde, por meio do **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**, recomenda **a suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de seis a 24 meses de idade**. Mais informações estão disponíveis no *site* <www.saude.gov.br/dab>.

É importante observar os cuidados de higiene das mãos, utensílios e alimentos durante a preparação. Os alimentos devem ser bem cozidos e oferecidos em recipientes limpos e higienizados. As frutas devem estar maduras. Não podem estar “passadas”, mofadas etc.

Recomendar à mãe usar pouco sal, óleo vegetal e temperos naturais – por exemplo: alho, cebola, cheiro verde, ou algumas ervas (orégano, alecrim, manjericão) –, se for de costume da família na preparação dos alimentos, e desaconselhar o uso de temperos industrializados, além de margarina, manteiga, leite e derivados, no preparo da refeição. Não oferecer, como refeição, alimentos líquidos de baixa densidade energética, como sopas líquidas e sucos.

A mãe deve ser informada de que a criança tende, no início, a rejeitar o(s) alimentos(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor. Algumas vezes, pode jogar o alimento para fora por não estar acostumada com o movimento de deglutição, não sendo isso, portanto, sinal de rejeição. Se a criança recusar determinado alimento, oferecer novamente em outras refeições. Lembrar que são necessárias, em média, de oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança.

ALIMENTOS COMPLEMENTARES

Os bons alimentos complementares são ricos em energia e nutrientes e devem respeitar a identidade cultural e alimentar das diversas regiões, resgatando e valorizando os alimentos regionais; ou seja, as frutas, legumes e verduras produzidas localmente. Deve-se procurar usar alimentos de safra e acessíveis ao nível socioeconômico familiar. São atributos da alimentação complementar saudável: acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, segurança sanitária e riqueza em nutrientes (vitamina A e ferro).

ORIENTAR A MÃE A OFERECER ALIMENTOS RICOS EM FERRO E VITAMINA A

A criança com anemia, além de fazer uso de mebendazol e suplemento de ferro via oral, deve receber alimentos ricos em ferro. Se a criança ainda estiver mamando, a mãe deve ser orientada a manter o peito. A orientação alimentar deve estar de acordo com a idade da criança (quadro aconselhar a mãe).

Os alimentos mais ricos em ferro são as carnes e os miúdos de qualquer animal, que apresentam um tipo de ferro de melhor absorção (**ferro heme**). Apesar de serem alimentos mais caros, devem ser oferecidos diariamente, mesmo que em pequenas porções, pois o ferro heme aumenta a absorção do ferro dos alimentos de origem vegetal (**ferro não heme**). A absorção do ferro não heme pode ser aumentada na presença de vitamina C, motivo pelo qual deve-se estimular a oferta de alimentos ricos em vitamina C junto às refeições da família. Nas crianças maiores, o uso de farinhas de trigo e milho enriquecidas com ferro deve ser recomendado e estimulado.

O leite materno, quando oferecido exclusivamente, apesar de ter um baixo conteúdo de ferro, supre as necessidades desse micronutriente no lactente nascido a termo, nos primeiros 6 meses de vida, devido à sua alta biodisponibilidade. Após esse período, vários estudos confirmam a necessidade de complementação de ferro por meio de alimentos ricos nesse nutriente ou de medicamentos. O leite de vaca integral ou enriquecido, apesar de maior conteúdo de ferro, apresenta uma baixa disponibilidade.

Em relação à vitamina A, além do incentivo ao aleitamento materno, as mães devem ser orientadas a oferecer alimentação complementar oportuna, rica em alimentos fonte de vitamina A. Os alimentos considerados fontes de vitamina A podem ser de origem animal ou vegetal (ver quadro a seguir).

Quadro 1 - Alimentos ricos em ferro e vitamina A

Alimentos ricos em ferro	Alimentos ricos em vitamina A
Fígado e outros miúdos de qualquer animal. Carne bovina, frango, peixe. Leguminosas (feijões, grão-de-bico, ervilha seca, lentilha). Folhas de cor verde-escura. Farinhas de milho e trigo fortificadas com ferro disponíveis no mercado. Oferecer alimentos ricos em vitamina C junto às refeições: limão, laranja, acerola, caju, goiaba, manga etc.	Fígado, óleo de fígado de peixe, gema de ovo, leite e derivados. Folhas de cor verde-escura, frutas e verduras de cor amarela, raízes de cor alaranjada.

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil). Guia Alimentar para população brasileira, 2006.

3.3.3 Recomendações para as crianças de oito a 11 meses de idade

De 8 a 11 meses



Manter a amamentação até os 2 anos ou mais. Amamentar sempre que a criança queira.

Dar da mesma comida servida à família, porém adaptada para a criança (sem temperos picantes, picada, amassada ou desfiada).

Quantidade de refeições:

Quatro vezes ao dia, se estiver sendo amamentada; ou

Cinco vezes ao dia, se não estiver sendo amamentada.

Dar, no mínimo, seis colheres de sopa por refeição ou até a satisfação da criança.

Recomendar que receba: cereais, leguminosas, carnes/ovos/frango/peixe/miúdos, frutas e verduras.

A partir dos 8 meses, alguns alimentos da casa, como o arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes, podem ser oferecidos à criança, desde que preparadas com temperos leve e pouco sal e adaptados para uma melhor aceitação.

A maioria das crianças nessa idade já apresenta dentição; por isso, os alimentos devem ser amassados, desfiados ou picados em pedaços pequenos para evolução da consistência.

Todos os dias devem ser oferecidos alimentos de todos os grupos, variando os alimentos dentro de cada grupo. A oferta de diferentes alimentos, durante as refeições, garante o suprimento de todos os nutrientes necessários a um bom crescimento e desenvolvimento.

Se a criança está sendo amamentada no peito, dar alimentos complementares quatro vezes ao dia, sendo duas papas salgadas (comida da família) e duas papas de fruta. Quando a criança não estiver sendo amamentada, dar os alimentos cinco vezes ao dia, sendo duas papas salgadas (comida da família), duas papas de fruta e uma vez o leite.

De 8 a 11 meses



Dar alimentos ricos em vitamina A e ferro: vísceras, verduras e frutas amarelo-alaranjadas, folhas verde-escuras, produtos regionais.

A higiene bucal deve ser realizada com escova de dente infantil e creme dental (com ou sem flúor) em pequena quantidade.

A utilização de fio dental deve ser iniciada tão logo existam dois dentes incisivos que tenham erupcionado com a presença de ponto de contato entre eles.

São desaconselháveis práticas nocivas de gratificação (prêmios) ou coercitivas (castigos) para conseguir com que as crianças comam o que eles (os pais ou os cuidadores) acreditam que seja o necessário para ela. O momento da alimentação deve ser educativo e prazeroso.

É importante alimentar ativamente a criança. Isso significa animá-la a comer. Algumas crianças precisam ser **estimuladas** a comer, **nunca forçadas**. Se ela perder o interesse enquanto está comendo, retire qualquer distração e a mantenha interessada na comida. Até quando a criança puder alimentar-se sozinha, a mãe deve sentar-se junto dela durante as refeições e ajudá-la a colocar a colher na boca.

A criança não deve competir com seus irmãos maiores pelos alimentos de um prato comum, deve-se servir à criança a sua própria porção.

Para comprovar se a criança come o suficiente, é preciso observar se ela deixa resto de comida em cada refeição e se está ganhando peso em cada consulta.

Recomende à mãe ou ao responsável que leve regularmente a criança ao serviço de saúde para controle de peso, do crescimento e da vacinação.

A limpeza dos dentes, antes de dormir, é a mais importante sob o ponto de vista de prevenção da cárie. Enquanto a criança ainda mamar, deve-se fazer a limpeza noturna dos dentes após a última mamada, mas se isso não for possível, pode ser feita a limpeza dos dentes antes dessa mamada. Vale ressaltar que a criança só desenvolve cárie se consumir açúcar e que tanto a quantidade quanto a frequência de ingestão de açúcar está associado ao risco de cárie.

Em caso de ser utilizado leite de vaca líquido ou em pó, chá, suco ou água deve-se desestimular o acréscimo de açúcares. Igualmente importante é recomendar que, após uso de xaropes e outros medicamentos (que são adocicados), seja feita a higienização dos dentes, independentemente do horário. Além disso, deve ser desestimulado o consumo de alimentos açucarados, principalmente aqueles que contêm sacarose, como biscoitos e sucos industrializados, nos intervalos das refeições.

3.3.4 Recomendações para as crianças no 1º ano de vida

1 ano



Continuar dando o peito.

Dar cinco refeições ao dia, sendo:

- Três refeições da mesma comida servida à família; e
- Dois lanches nutritivos entre as refeições (frutas da estação, tubérculos cozidos, pães).
- Dar, no mínimo, oito colheres de sopa por refeição.
- Dar alimentos ricos em vitamina A e ferro: vísceras, verduras e frutas amarelo-alaranjadas, folhas verde-escuras, e priorizando os alimentos regionais.
- Recomendar que receba: cereais, leguminosas, carnes/ovos/frango/peixe/miúdos frutas e verduras.
- Proporcionar à criança uma alimentação saudável, variada e com a mesma consistência da alimentação da família.
- Alimentá-la de seu próprio prato. Continuar ajudando-a ativamente a comer.
- A higiene bucal deve ser realizada com escova de dente infantil (com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extramacias e extremidades arredondadas) e creme dental (com ou sem flúor) em pequena quantidade (menos de um grão de arroz).
- A utilização de fio dental deve ser iniciada tão logo existam dois dentes incisivos que tenham erupcionado com a presença de ponto de contato entre eles.

A partir dos 12 meses de idade, a criança já poderá receber os alimentos consumidos pela família sem modificação da consistência e mantendo uma boa variedade de alimentos.

A quantidade deve aumentar à medida que aumenta a sua idade e deve ser oferecida de uma forma que a criança possa comer com satisfação.

Aos 12 meses, os alimentos complementares são a principal fonte de energia e nutrientes da alimentação. A partir dessa idade, o leite materno sendo oferecido duas vezes ao dia (volume aproximado de 500 ml) supre 1/3 das necessidades energéticas, 38% das necessidades proteicas, 45% das necessidades de vitamina A e 95% das necessidades de vitamina C.

Continua sendo importante dar à criança porções suficientes e uma alimentação ativa supervisionada (que consiste em incentivar a criança a comer por ela própria).

A alimentação das crianças deve ser composta por alimentos básicos e devem ser evitados alimentos processados e ultraprocessados, nos primeiros anos de vida.

Alguns alimentos não devem ser dados para a criança pequena porque não são saudáveis, além de tirar o apetite da criança e competir com os alimentos nutritivos. Por isso, não deixe a criança pequena “experimentar” de tudo, como, por exemplo os alimentos processados e ultraprocessados: macarrão instantâneo, bebidas alcoólicas, salgadinhos, refrigerantes, frituras, cafés, chás, doces, enlatados e embutidos.

Leia o rótulo dos alimentos para evitar oferecer à criança aqueles que contêm aditivos e conservantes artificiais.

Informar às mães que não são mais necessárias as mamadas noturnas.

Devem ser reforçadas as orientações de limpeza dos dentes principalmente com o irrompimento dos primeiros molares decíduos, por volta dos 16 meses de vida.

Observar e orientar que caso a erupção dentária não tenha ocorrido após 1 ano de idade, a criança deve ser encaminhada para avaliação do cirurgião-dentista para investigação de anormalidades, como ocorrência de anadontia (ausência de dentes).

2 anos



Dar cinco refeições ao dia, sendo: Três refeições da mesma comida servida à família; e

- Dois lanches nutritivos entre as refeições, como: frutas da estação, tubérculos cozidos, cereais, leite ou derivados.
- Dar alimentos ricos em vitamina A e ferro: vísceras, verduras e frutas amarelo-alaranjadas, folhas verde-escuras, alimentos regionais.
- Evitar oferecer guloseimas entre as refeições ou em substituição a elas.
- Escovar os dentes três vezes ao dia com creme dental com flúor em pequena quantidade. É importante priorizar o período noturno para escovação dental.

3.3.5 Recomendações para as crianças a partir dos 2 anos de idade

Siga as orientações de uma alimentação saudável descritas anteriormente (adequada em quantidade e qualidade, variada e segura do ponto de vista de preparo e higiene).

O consumo de vários tipos de alimentos fornece os diferentes nutrientes necessários, evitando a monotonia alimentar.

A partir de 2 anos, as crianças devem consumir alimentos da família em três refeições diárias. Também devem consumir dois lanches nutritivos nos intervalos, preferencialmente frutas.

É importante que o profissional tenha sensibilidade para compreender as dinâmicas alimentares próprias da comunidade, inclusive considerar alternativas em contextos de dificuldade de acesso a determinados alimentos ou escassez.

A mãe deve respeitar a manifestação de independência da criança: a criança pode aceitar ou não um determinado alimento num dia e ter uma reação diferente no outro dia.

Deve-se aproveitar a curiosidade natural da idade para introduzir maior número de alimentos saudáveis em diferentes preparações. Uma alimentação saudável contempla ampla variedade de grupos de alimentos com múltiplas colorações. Quanto mais colorida é a alimentação, mais rica é em termos de vitaminas e minerais. Uma refeição colorida é mais atrativa, agrada aos sentidos e estimula o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras, grãos e tubérculos em geral.

As crianças sentem muita satisfação em participar da preparação dos alimentos, o que as estimulam a comer.

Vale lembrar que nessa idade a criança imita o comportamento, principalmente dos pais, podendo aceitar ou recusar os alimentos de acordo com o exemplo dos pais.

É importante considerar que a capacidade de concentração da criança nessa idade é pequena e que ela logo vai se distrair e usar o alimento, o prato e a colher como brinquedos. Daí a importância de se usar dietas de alto valor energético.

Orientar as mães a evitarem alimentos não recomendados para crianças, ou porque não são saudáveis ou porque interferem negativamente no seu apetite. Reduzir o consumo de guloseimas e refrigerantes para ocasiões eventuais é uma boa prática. São exemplos desses alimentos: balas, chocolates, salgadinhos, salgados tipo *chips*, biscoitos recheados, refrigerantes, macarrão instantâneo e outros. Esses tipos de produtos não devem ser oferecidos entre as refeições como lanches ou em substituições a elas.

É importante priorizar o período noturno para escovação dental pela redução da saliva durante o sono e estagnação de alimentos na cavidade bucal por longos períodos, propiciando o aparecimento de cáries. A família deve estimular a criança a praticar esse hábito sozinha quando ela demonstrar interesse por escovar os dentes. Entretanto, recomenda-se a supervisão da escovação até incorporação adequada da técnica pela criança.

3.4 Identificar os problemas de alimentação

É importante terminar a avaliação da alimentação e identificar todos os problemas a respeito antes de fazer recomendações.

De acordo com as respostas da mãe às perguntas realizadas, identifique as diferenças entre a alimentação atualmente dada à criança e aquelas recomendadas. Estas diferenças constituem problemas. A seguir, são citados alguns exemplos desses problemas.

EXEMPLOS DE PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO

ALIMENTAÇÃO ATUAL DA CRIANÇA	ALIMENTAÇÃO RECOMENDADA
Uma criança de 3 meses recebe água açucarada e leite materno	Uma criança de 3 meses deve receber apenas leite materno, sem outro alimento ou líquido adicional
Uma criança de 2 anos é alimentada apenas três vezes ao dia	Uma criança de 2 anos deve receber três refeições ao dia e dois lanches nutritivos entre as refeições
Uma criança de 8 meses ainda é alimentada exclusivamente com leite materno	Uma criança de 8 meses deve receber também porções suficientes de um alimento complementar nutritivo três vezes ao dia
Uma criança com sobrepeso recebe como lanche salgadinhos fritos e refrigerantes	Recomenda-se oferecer a qualquer criança lanches nutritivos e saudáveis, como frutas da estação, cereais, tubérculos

3.5 Recomendar a respeito da alimentação da criança em situações especiais

Muitos fatores sociais e do ambiente em volta da criança podem influenciar na alimentação da criança, no seu cuidado e no resultado do seu crescimento. Por isso, é primordial determinar as causas mais importantes do problema para uma criança em particular, antes de dar conselhos. Exemplo: para resolver as causas imediatas da desnutrição, que são dietas inadequadas e doenças, pode ser necessário abordar as causas. É possível que a família não tenha comida suficiente ou que o motivo seja a ausência de um adulto responsável que cuide da criança etc. Dessa forma, nem sempre aconselhar a mãe a dar a alimentação adequada vai solucionar o problema. Conhecer os problemas possibilita o profissional de saúde ajudar a acompanhante entender e identificar ações positivas a serem tomadas.

Da mesma forma, as causas de peso elevado não estão apenas relacionadas com causas dietéticas; outros fatores dentro do ambiente familiar podem estar originando o problema. Por exemplo: uma família com muitas ocupações pode recorrer a alimentos de fácil preparo e de conteúdo energético alto. É possível que a criança não possa brincar ao ar livre com segurança e, portanto, permaneça por muito tempo vendo televisão ou brincando com *videogame* ou no computador. Resolver o problema de peso elevado necessitará abordar as causas originadas no ambiente familiar, assim como as causas dietéticas imediatas.

3.5.1 Problemas da alimentação

Além de indicar as diferenças sobre as recomendações a respeito da alimentação a partir das respostas das mães, podem existir outros problemas. Por exemplo:

■ Dificuldade para o aleitamento

A mãe pode indicar que a amamentação é incômoda para ela ou que seu filho parece ter dificuldade para mamar. Verifique a posição e a pega durante a amamentação e dê as recomendações necessárias.

■ Uso de mamadeira

Deve-se evitar o uso de mamadeiras, especialmente nas crianças que mamam no peito. Geralmente, não estão limpas adequadamente e germes nocivos proliferam facilmente. Podem conter resíduos de líquidos, que logo apodrecem ou azedam. A criança pode tomar o líquido

alterado e adoecer. Sugerir uma mamadeira pode confundir a criança com a maneira de sugar no peito, além de prejudicar o desenvolvimento neuromotor da criança.

■ Alimentação diluída

Alguns alimentos oferecidos à criança (sopinhas, mingaus ralos e sucos), principalmente se a mamadeira é utilizada, podem apresentar baixa consistência e ter, portanto, uma quantidade baixa de energia (baixa densidade energética), não se constituindo, assim, em alimentos adequados.

■ Ausência de alimentação ativa

As crianças pequenas necessitam geralmente de um estímulo e de ajuda para comer a quantidade que necessitam. Isso pode acontecer, particularmente, se uma criança tem magreza. Mesmo que a criança já coma sozinha, é importante que um adulto acompanhe a sua refeição e a ajude a comer, se necessário.

■ Dietas monótonas

É frequente a mãe oferecer o mesmo tipo de alimento à criança durante as diferentes refeições do dia e durante vários dias. É importante variar os alimentos oferecidos e/ou formas de preparo nas diferentes refeições do dia.

■ Outras orientações às mães/acompanhantes de crianças com problema de alimentação:

- Separar a refeição em um prato individual para ter certeza do quanto a criança está realmente ingerindo.
- Deve-se respeitar a aceitação da criança, mas sem deixar de oferecer alimentos. A criança não deve ser forçada a comer, pois aumenta o estresse e diminui ainda mais o seu apetite. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes.
- Não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor.
- Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito ela pode distrair-se e perder o interesse pela refeição.
- Oferecer quantidades pequenas de alimentos por refeição, mas aumentando a frequência das refeições durante o dia.

3.5.2 Alimentação durante a doença

Algumas mães têm receio de alimentar a criança doente. Geralmente oferecem uma alimentação que consideram mais leve; suspendem, de acordo com a enfermidade, alimentos chamados “quentes” ou “frios”, justamente no período que há necessidade de maior aporte calórico e de nutrientes. Por outro lado, a criança doente geralmente aceita mal a alimentação em função da falta de apetite, ou por apresentar dor de garganta, ulcerações na boca, náuseas ou dor abdominal. Depois de uma doença, a boa alimentação ajuda a compensar a perda de peso e prevenir a desnutrição. É importante estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, garantindo que as suas necessidades nutricionais sejam supridas pela alimentação.

A alimentação habitual deve continuar sendo oferecida. **Se a criança estiver sendo amamentada exclusivamente no peito**, aumentar a frequência da oferta de leite materno, pois a criança doente se cansa mais e precisa ser amamentada mais vezes.

Se a criança já estiver recebendo a alimentação da família, usar comidas de sua preferência e de consistência pastosa (purês/papas de frutas ou salgadas, mingaus de cereais ou farinhas), que são de mais fácil aceitação, variadas e apetitosas, para encorajá-la a comer tanto quanto possível. O leite materno deve continuar sendo oferecido, se a criança ainda o recebe.

As seguintes orientações alimentares são importantes para a criança que está sem apetite:

- Adaptar a consistência para a capacidade de deglutição da criança.
- Oferecer pequenas porções com maior frequência, evitando monotonia de sabor e textura, respeitando a aceitação da criança.
- Uma boa prática é aumentar o teor energético diário da alimentação oferecida à criança, sem aumentar o volume das refeições, acrescentando às refeições salgadas:
 - Uma colher de sobremesa de óleo, se a criança tem menos de 1 ano de idade.
 - Uma colher de sopa de óleo, se a criança tem mais de 1 ano de idade.
- Informar que o apetite há de melhorar à medida que a criança se recupere.
- Logo que a criança recupere o apetite (período de convalescença), recomendar que a mãe ofereça uma refeição extra por dia para compensar a inapetência da criança, ajudando no ganho ou recuperação do peso.
- Aumentar a quantidade de líquidos durante a doença.
- Limpar o nariz obstruído, caso esteja atrapalhando a alimentação.

O aleitamento materno é a melhor e mais eficiente recomendação dietética para a saúde da criança pequena, além de ser o alimento que a criança melhor aceita quando doente.

RECOMENDAR À MÃE QUE AUMENTE A QUANTIDADE DE LÍQUIDOS DURANTE A DOENÇA

PARA QUALQUER CRIANÇA DOENTE:

- Amamentar ao peito com maior frequência e sempre por períodos mais longos, de dia e de noite.
- Aumentar a quantidade de líquidos. Por exemplo: água tratada, fervida ou filtrada, água de arroz, sucos naturais, bebidas à base de iogurte natural.

PARA A CRIANÇA COM DIARREIA:

- A administração de líquidos adicionais pode salvar a vida da criança. Dar líquidos segundo indicado no Plano A ou no Plano B, tal como aparece no quadro.
- Importante saber o quanto ela está urinando.

TRATAR A CRIANÇA

3.5.3 Peso baixo para idade ou ganho de peso insuficiente

Entrevistando a mãe, podemos identificar muitas causas do peso baixo; por exemplo, práticas inadequadas de alimentação, problemas de saneamento que podem causar doenças e fatores sociais que podem afetar a alimentação e os cuidados com a criança.

Use o **material de apoio INVESTIGANDO AS CAUSAS DE DESNUTRIÇÃO**, que se encontra anexado ao *Manual de Quadros de Procedimentos*. As causas do PESO BAIXO PARA A IDADE são semelhantes às da desnutrição e, para sua abordagem e recomendações, utilizaremos o mesmo material.

Ao final da entrevista você identificou algumas possíveis causas relacionadas à desnutrição da criança. Se há várias causas que se apliquem, trate de identificar as mais importantes. Pergunte à mãe a sua opinião acerca das causas que são mais notáveis. Pode fazer comentários à medida que surgirem; porém, deixe para aconselhar quando toda a avaliação estiver completa. Ao final, converse com a criança, com a mãe e com a família a respeito dos principais problemas e oriente as mudanças.

A recuperação nutricional implica maior consumo de energia e de proteína, sendo o mesmo em todos os outros nutrientes, para crianças de qualquer idade. Não é necessário oferecer alimentos especiais ou alternativos. Oriente a mãe a oferecer uma alimentação adequada à idade da criança.

É uma boa prática acrescentar às refeições salgadas o óleo vegetal, de forma a aumentar o teor energético da alimentação, sendo uma colher de sobremesa de óleo para crianças menores de 1 ano e uma colher de sopa para crianças acima de 1 ano.

Se a criança está doente ou tem uma doença crônica que pode ser a causa da desnutrição, trate a criança ou a refira para tratamento especializado, se necessário. Lembre-se da recomendação para suplemento profilático de ferro para crianças de seis a menores de 24 meses.

Marcar consulta de retorno após 30 dias para avaliar o ganho de peso, ou antes, se julgar necessário.

IMPORTANTE

Se julgar que as recomendações dadas à mãe não serão seguidas e que a criança não vai melhorar, referir.

Informar à mãe que a recuperação total da criança ocorre entre seis e oito semanas e que, nesse período, a criança necessita não apenas da dieta, mas também de carinho, atenção e estímulo dela e de toda a família. Estimular a criança significa não deixá-la isolada, conversar com ela enquanto lhe dá a comida e enquanto estiver cuidando da casa, colocar a criança próxima, de maneira que ela possa ver o rosto da mãe, conversar com ela, cantar e brincar.

3.5.4 Peso muito baixo para idade

A criança com PESO MUITO BAIXO (escore $z < -3$) necessita de alimentação especial para recuperar-se, pois só a alimentação complementar usada para crianças com o peso adequado da mesma idade não é apropriada para o seu caso.

Esta alimentação deve ser hipercalórica e hiperproteica, contendo cerca de 150 a 180 kcal/kg/dia, e de 3 g a 4 g de proteína/kg/dia. A densidade energética elevada se obtém com o preparo das dietas recomendadas a seguir. O volume por refeição deve ser pequeno, respeitando a capacidade gástrica da criança, e oferecido no mínimo 6 vezes em 24 horas.

Orientar a mãe a tratar a criança com peso muito baixo:

Para crianças maiores de 6 meses em aleitamento materno:

- Perguntar quais os alimentos disponíveis, utilizando a informação para selecionar as dietas, conforme a idade da criança.
- Variar as dietas oferecidas no mesmo dia, para evitar a monotonia alimentar.
- Se a criança ainda mama ao seio, oferecer o leite materno após as refeições com a alimentação especial.

No *Manual de Quadros de Procedimentos*, apresentam-se diferentes receitas desse tipo de alimentação. É importante variar diariamente o cardápio para evitar a monotonia na dieta. A introdução deve ser gradativa para se testar a tolerância da criança, iniciando com a metade do volume por refeição, até chegar ao volume adequado, por volta do quarto dia. Observe maiores detalhes no quadro correspondente.

No *Manual de Quadros*, são apresentadas as receitas da alimentação especial em porções individualizadas. A mãe pode prepará-las em porções maiores (1 litro), para facilitar o seu trabalho, e se dispuser de geladeira em boas condições de refrigeração, evitando a contaminação da dieta. Se isso não for possível, deixar bem claro para a mãe a importância de fazer as preparações próximas da hora em que serão oferecidas à criança.

Observação: no início do tratamento, a criança desnutrida tem mais facilidade de aceitar dietas semilíquidas ou semipastosas. Se a criança recusar a comida amassada, pode-se utilizar peneira de furo largo ou até liquidificador no preparo desses alimentos. O óleo deve ser acrescentado para aumentar o valor energético, assim como para melhorar a viscosidade.

Quantidades recomendadas por dia:

Peso da criança	Nº de refeições	Quantidade diária	Quantidade por refeição
3 a 5 kg	6	600 ml	100 ml = ½ copo*
6 a 10 kg	6	804 ml	134 ml = 2/3 copo*
11 a 14 kg	6	1.200 ml	200 ml = 1 copo* cheio

Fonte:Ministério da Saúde (Brasil). Guia Alimentar para população brasileira, 2006.

* Essas são as quantidades necessárias. Se a criança não deixar sobras de comida no prato, aumentar o volume da refeição gradualmente, de acordo com sua aceitação.

A criança com PESO MUITO BAIXO deve manter essa dieta até o primeiro retorno com cinco dias.

3.5.5 Peso elevado para a idade

Converse com a mãe ou o cuidador a respeito das causas de peso elevado. Ao conhecer as razões pelas quais uma criança está com estes problemas, você poderá expressar o seu conselho de maneira mais pertinente. Para ajudar a mãe a resolver o problema de peso elevado, você necessitará abordar as causas originadas no ambiente familiar, assim como as causas dietéticas imediatas. Você precisará ser particularmente sensível se a própria mãe (pai) tem sobrepeso. Durante a entrevista, foque na alimentação da criança e nos padrões de atividades físicas, e não na situação dos pais. Entretanto, dê-se conta de que os próprios pais podem necessitar modificar seus hábitos alimentares.

Durante a entrevista, você identificará com a mãe as possíveis causas de peso elevado. **Use o material de apoio INVESTIGANDO AS CAUSAS DE SOBREPESO**, que se encontra anexado ao *Manual de Quadros de Procedimentos*. Foque nas causas consideradas mais importantes e pergunte à mãe sua opinião acerca das principais causas para o problema, de maneira que você possa conhecer as causas que ela reconhece. Em seguida, pergunte o que ela pensa que pode fazer para ajudar seu filho. Discuta acerca do que é factível e sobre quem poderá lhe ajudar. Elogie a mãe por práticas positivas que ela esteja seguindo para resolver o problema.

Motive os pais para que adotem um estilo de vida saudável, incluindo hábitos de alimentação adequados, atividades físicas e interação positiva durante a alimentação familiar. A melhor forma de estimular a criança a um estilo de vida saudável é por meio do modelo de comportamento desejável dos pais.

Ao final, é importante estabelecer um tempo razoável para a próxima consulta e definir uma meta geral sobre a melhora do crescimento da criança. A próxima consulta pode ser com o reforço de uma vacina, por exemplo.

Estabeleça metas para poucas ações (duas a três) que possam ser adotadas pela mãe para ajudar a criança. Essas ações devem ser revisadas na próxima consulta. Elogiar sempre a mãe quando as ações forem cumpridas. Anotar cada ação para serem discutidas nas consultas de seguimento.

Não se recomenda que uma criança com peso elevado trate de baixar o peso; em lugar disso, recomenda-se diminuir a velocidade do ganho de peso enquanto está crescendo em tamanho linear. Como não é possível prever a velocidade de crescimento da altura de uma criança, não é possível estabelecer uma meta de peso para certo período de tempo. Em vez disso, discuta a importância de tornar mais lento o ganho de peso de maneira que alcance um peso-para-altura mais normal.

EXEMPLO 3:

Manoel, 4 anos de idade, apresenta peso elevado. A mãe de Manoel parece ter um peso normal. Depois da entrevista com a mãe, o trabalhador de saúde identificou que Manoel permanece em casa com sua avó, enquanto os pais estão no trabalho. A avó alimenta a criança com bastantes alimentos fritos, arroz branco e alimentos doces. Manoel passa muito tempo em frente à televisão, pois sua avó tem dificuldades para levá-lo para brincar fora de casa. Usualmente, durante a noite, a família se junta e tem um jantar agradável e sem pressa.

O profissional de saúde elogia a mãe pela família jantar reunida e lhe sugere servir porções menores para Manoel, ao mesmo tempo em que tenha conversas agradáveis para fazer com que o menino coma mais lentamente. Aconselha a mãe a preparar comida menos gordurosa para que

a avó possa oferecer ao menino. Pergunta a mãe se é possível identificar uma pessoa para levar o Manoel para brincar fora de casa, ou levá-lo para atividades físicas como natação. Quando a mãe diz que não é possível, o profissional sugere caminhadas após o jantar para toda a família ou que leve o Manoel para brincar com outros meninos de sua idade fora de casa. Sugere também que Manoel passe menos tempo vendo televisão e que sejam orientadas brincadeiras ativas.

3.5.6 Diarreia persistente

A diarreia persistente é, sobretudo, uma doença nutricional. A OMS conceitua como três ou mais evacuações líquidas ou semilíquidas por dia, com duração igual a 14 dias ou mais. Ocorre com maior frequência em crianças pequenas, já desnutridas e totalmente desmamadas, e constituem em si um fator de risco para a desnutrição; uma vez que ela pode durar de três a quatro semanas, causando perda de peso acentuada, podendo comprometer o seu estado nutricional.

As alterações do intestino delgado explicam a diminuição na absorção de gorduras e a diminuição da atividade das dissacaridases (lactase, sacarase e maltase).

Uma alimentação adequada é o aspecto mais importante do tratamento para a maioria das crianças com diarreia persistente. A dieta deve ser planejada de modo a oferecer a energia e os nutrientes básicos requeridos para que a criança mantenha ou recupere, se for o caso, seu peso ideal para altura, maximizando a eficiência de absorção de alimentos. O leite materno deve ser sempre estimulado e mantido e, no caso de crianças que usam exclusivamente leite de vaca ou modificados, o teor de lactose deve ser diminuído.

Isso pode ser obtido utilizando-se alimentos de bom valor nutritivo, com aporte suficiente de proteínas e baixa quantidade de lactose.

Os alimentos devem ser preparados de acordo com os hábitos alimentares da família, respeitando a frequência da alimentação, que não deve ser inferior a seis vezes ao dia, e que garanta o aporte energético apropriado.

No caso de a criança com DIARREIA PERSISTENTE apresentar também PESO MUITO BAIXO PARA IDADE, ela deve ser tratada primeiro com a dieta para diarreia persistente, pois, com isso, deverá ganhar peso. Se, depois deste tratamento, a criança permanecer com PESO MUITO BAIXO, iniciar a dieta especial para PESO MUITO BAIXO.

Quadro 2 - Recomendações para a alimentação da criança com DIARREIA PERSISTENTE

Crianças menores de 6 meses:
Em aleitamento materno exclusivo: Amamentar com mais frequência e por tempo mais longo, de dia e de noite.
Em aleitamento misto (leite materno e outro tipo de leite): Aumentar a frequência do leite materno e dar a mucilagem de arroz, em substituição ao leite usado como complemento, ou oferecer dietas com baixo teor de lactose.
Sem aleitamento materno: Dar 200 ml/kg/dia de mucilagem de arroz, dividido em 6 a 8 vezes, em substituição ao leite usado como complemento.
Crianças maiores de 6 meses:
Em aleitamento misto: Aumentar a frequência do leite materno e substituir gradativamente o leite usado como complemento por outros alimentos semissólidos, ricos em nutrientes e recomendados para idade.
Enquanto o leite usado como complemento (leite artificial) não for substituído totalmente, deverá ser oferecido dieta com baixo teor de lactose.
Sem aleitamento materno: Substituir metade das refeições lácteas por alimentos semissólidos, ricos em nutrientes e recomendados para idade.

Fonte: Ministério da Saúde, adaptado da Organização Mundial da Saúde, Brasília/DF, 2002.

* Ver dietas com baixo teor de lactose, na página seguinte.

Observação: * Crianças a partir de 4 meses de idade que já fazem uso do leite artificial e de outros alimentos podem seguir as recomendações acima.

Dietas para tratar diarreia persistente:

Dieta com baixo teor de lactose*

COM FARINHA DE ARROZ		
Ingredientes	Leite sem lactose ou leite vegetal	100 ml (1/2 copo de extrato de tomate)
	Mucilagem de arroz	100 ml (1/2 copo de extrato de tomate)
	Óleo vegetal	1 colher de chá (2,4 g)
Modo de preparo	Prepare primeiro a mucilagem de arroz. Para uma colher de sopa cheia de farinha de arroz (cerca de 6 gramas), acrescente 100 ml de água tratada, filtrada ou fervida, e leve ao fogo para cozinhar, deixando ferver por três a quatro minutos. Retire do fogo, deixe esfriar um pouco e complete para 100 ml com água. Misture essa mucilagem com o leite, em partes iguais (1:1); ou seja, para cada 100 ml da mucilagem de arroz junte 100 ml de leite integral e acrescente o açúcar e o óleo.	
Observação	A mucilagem de arroz é comercializada e pode ser substituída por mucilagem de milho ou mandioca. Não usar a farinha de milho refinada (tipo maizena), pois forma uma mucilagem muito espessa, com baixa densidade energética.	
Volume administrado	Ofereça à criança 200 ml/kg/dia divididos em, pelo menos, seis porções, durante sete dias.	

COM FARINHA DE ARROZ

Ingredientes	Arroz cru	1 colher de sopa (16 g)
	Leite sem lactose ou leite vegetal	1 copo de extrato de tomate ou copo descartável (100 ml)
	Óleo vegetal	1 colher de chá (2,4 g)
	Água tratada, filtrada ou fervida	1 copo (200 ml)
	* Se for utilizar leite em pó, primeiro faça a diluição de duas colheres de sopa (30 g) de leite em pó em 1 copo de água fervida (200 ml); só depois junte os demais ingredientes. Existe copo descartável de 200 ml (ver medida no fundo do copo)	
Modo de preparo	Cozinhe o arroz em 200 ml de água até desmanchar. Caso necessário, vá acrescentando mais água até que o arroz fique bem cozido; passe-o na peneira. Ao final, a preparação deve render 100 ml; caso necessário, complete com água até atingir essa quantidade. Misture essa mucilagem com o leite, em partes iguais (1:1); ou seja, para cada 100 ml da mucilagem de arroz junte 100 ml de leite integral e acrescente o açúcar e o óleo.	
Volume administrado	Ofereça à criança 200 ml/kg/dia, dividido em pelo menos seis refeições. Oferecer essa dieta por cinco dias. Quando houver condições de manter os alimentos refrigerados, pode ser preparado um volume maior. Nesse caso, quando preparar 1.000 ml, a quantidade de cada alimento deve ser multiplicada por cinco.	

Obs.: existem leites industrializados com baixo teor de lactose e leite de soja, mas a orientação para uso desses leites só deve ser feita após a avaliação da condição socioeconômica da família da criança.

A criança com diarreia persistente, em uso de dieta com baixo teor de lactose, deve ser examinada de novo em cinco dias. São critérios de melhora: a criança estar hidratada, ganhando peso e aceitando a alimentação. É importante observar também se a mãe ou cuidadora têm dificuldade na compreensão do preparo da alimentação, pois isso pode interferir na aceitação da dieta e, consequentemente, no ganho de peso.

Se a criança não melhorou da diarreia, mas está hidratada e aceita a dieta, tentar uma dieta caseira livre de lactose e com baixo teor de amido (ou leite de soja ou leites industrializados sem lactose), e marcar novo retorno com cinco dias ou antes, caso piore ou não aceite a dieta. Se a diarreia persiste, a criança não aceita a dieta, está desidratada ou apresenta sangue nas fezes (disenteria), referir para hospitalização.

3.6 Avaliar a prática de atividade física

Você avaliará a prática de atividade física em toda criança com PESO ELEVADO PARA IDADE.

AVALIAR A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA PELA CRIANÇA

Fazer perguntas sobre a frequência com que pratica atividade física:

- Quantas vezes por semana pratica atividade física? Por quanto tempo?
- Permanece quanto tempo por dia assistindo à televisão ou utilizando *videogame*, computador ou telefone?

3.7 Identificar os problemas em relação à prática de atividade física

Após avaliar a prática de atividade física, identifique todos os problemas a respeito, para então fazer as recomendações pertinentes.

É importante que a criança realize atividades aeróbicas por, no mínimo, 60 minutos, pelo menos quatro vezes por semana, e que o tempo de atividades sedentárias, tais como assistir à televisão, utilizar jogos eletrônicos ou computador, seja limitado a duas horas diárias.

A seguir, estão alguns exemplos de problemas em relação à prática de atividade física:

■ Atividade física insuficiente

Um pré-escolar que pratica atividade física apenas durante o intervalo de recreação na escola – em geral, por 30 minutos – realiza atividade física insuficiente.

■ Excesso de atividades sedentárias

Uma criança que passa todo um turno assistindo à televisão, jogando *videogame* ou utilizando o computador está praticando atividades sedentárias em excesso.

3.8 Recomendar a respeito da prática de atividade física

Para todas as crianças, deve-se orientar sobre atividade física para cada faixa etária, de acordo com o desenvolvimento da criança. Essas orientações são encontradas no Capítulo 5 “Acompanhamento do Desenvolvimento”, assim como na *Caderneta da Criança* do Ministério da Saúde.

A atividade física deve fazer parte do cotidiano da criança desde os primeiros anos de vida. Recomenda-se que a criança realize atividades aeróbicas por, no mínimo, 60 minutos, pelo menos quatro vezes por semana. A atividade pode ser cumulativa durante o decorrer do dia, somando-se as horas de atividade física na escola com as atividades extraclasse.

As crianças saudáveis podem participar de atividades físicas, lúdicas e de lazer, sem a obrigatoriedade de avaliação médica prévia. O risco de complicações cardiovasculares na criança é baixo, exceto quando existem cardiopatias congênitas ou doenças agudas.

É igualmente importante limitar o tempo de atividades sedentárias a duas horas diárias e incentivar as crianças a fazerem intervalos de cinco minutos para “se alongarem”, a cada 30 minutos que passem paradas (diante da televisão, jogos eletrônicos ou computador).

Com a adoção de um estilo de vida mais ativo, reduz-se o sedentarismo e mantém-se o peso adequado. O envolvimento da família por meio do incentivo e da participação na prática de atividade física também é importante. A atividade pode ocorrer no contexto de brincadeiras, jogos, esportes, recreação, educação física predominantemente lúdica, sem estímulo à competição.

3.9 Recomendar a respeito das medidas preventivas

O profissional de saúde deve, necessariamente, envolver a comunidade não apenas como alvo de informações, mas repartindo com ela a responsabilidade de buscar alternativas para um eficaz trabalho preventivo. Para isto, deverá:

- Conhecer as práticas da população.
- Valorizar as práticas adequadas.
- Práticas prejudiciais à saúde.

Devem-se aproveitar todas as oportunidades de contato com a mãe para discutir medidas preventivas sobre:

- Meios de transmissão de doenças.
- Alimentação adequada.
- Água de boa qualidade.
- Higiene pessoal e do ambiente.
- Imunização.

Para a difusão de conceitos sobre a saúde, deverão ser utilizados todos os recursos disponíveis, como: mensagens educativas, cartazes, palestras e os meios de comunicação de massa disponíveis na comunidade.

O mais importante, porém, é a comunicação direta – pessoa a pessoa – se possível, com demonstrações práticas, envolvendo diretamente as mães. Individualmente, a educação em saúde deve fazer parte de todo atendimento feito por qualquer membro da equipe de saúde.

3.9.1 Lavagem das mãos

A higiene das mãos reduz a frequência das doenças. Deve-se lavar bem as mãos:

- Antes de preparar a comida.
- Antes de comer.
- Antes de alimentar a criança.
- Após limpar uma criança que acaba de evacuar.
- Após a evacuação.

3.9.2 Saneamento básico

A disponibilidade de água em quantidade suficiente nos domicílios é a medida mais eficaz no controle das doenças infecciosas e parasitárias. Nos lugares onde não existe saneamento básico, deve-se buscar soluções com a comunidade para o uso e acondicionamento da água em depósito limpo e tampado. É importante a orientação sobre o destino do lixo, das fezes e o uso adequado das fossas domiciliares.

A disponibilidade de rede de água e de esgotos adequada reduz a morbidade por doenças infecciosas e parasitárias de maneira considerável. A educação da comunidade leva à valorização das condições de saneamento básico, tornando-a prioritária também para os governos.

3.9.3 Imunização

Seguir o Calendário Básico de Vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde. Lembrar-se de vacinar os outros membros da família.

3.9.4 Medidas preventivas para sibilância

- Você deverá recomendar medidas preventivas para sibilância em toda criança com SIBILÂNCIA MODERADA ou SIBILÂNCIA LEVE

CUIDADOS EM CASA (PRINCIPALMENTE NO QUARTO)

Evitar fumaça de cigarro, mofo, poeira, animais domésticos, bichinhos de pelúcia, objetos que acumulem poeira, produtos de limpeza com cheiro forte, tais como perfume e talco, e inseticidas.

CUIDADOS NO DIA A DIA

- Evitar fumaça de cigarro, de fogões de lenha ou de derivados do petróleo.
- Não limitar atividade física.
- Lidar com os aspectos emocionais.
- Manter o aleitamento materno.
- Forrar com plástico colchão e travesseiros.

CUIDADOS INDIVIDUAIS

Manter acompanhamento médico periódico.

ATIVIDADES FÍSICAS:

A criança deve e pode praticar atividades físicas. Mesmo que tenha tosse, chiado, falta de ar, ao fazer algum exercício físico, isso não deve impedir sua participação. Há medicamentos que previnem o aparecimento de tais sintomas e, assim, a criança poderá ter um desempenho igual ao dos seus colegas.

Lembre-se de que muitos atletas e até campeões olímpicos têm asma e usam os mesmos remédios que seu filho. A asma é uma doença muito comum, mas, se prevenida e controlada, não impede que a criança tenha uma vida saudável.

DAR PRIORIDADE ÀS RECOMENDAÇÕES

Quando uma criança tem apenas um problema a tratar, dê à mãe todas as instruções pertinentes ao tratamento e os conselhos enumerados nos quadros. Quando uma criança tem vários problemas, as instruções que são dadas à mãe podem ser bastante complicadas. Neste caso, terá que limitar as instruções e dar as que forem mais importantes. Terá que decidir:

- Quanta informação esta mãe poderá compreender e recordar?
- É provável que volte para a consulta de retorno?

Em caso afirmativo, alguns conselhos podem esperar até então.

- Que recomendação é mais importante para que a criança melhore?

Se uma mãe parece estar confusa ou você acha que não será capaz de aprender ou recordar todas as instruções do tratamento, selecione somente as instruções que sejam mais indispensáveis para a sobrevivência da criança. Os tratamentos essenciais são os antibióticos e os antimaláricos, além de dar líquidos à criança com diarreia. Ensine bem à mãe estes tratamentos e verifique se ela se lembrará deles.

Caso seja necessário, omita o seguinte:

- Avaliação da alimentação e recomendação a respeito da alimentação.
- Remédios para acalmar a tosse.
- Tratamento com ferro.
- Antitérmico/analgésico.

As demais instruções de tratamento podem ser dadas quando a mãe voltar para a consulta de retorno.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, 2016.

CHIA-GIL, A. et al. Lactancia materna exclusiva y enfermedades prevalentes de la infancia en menores de seis meses. **Revista Peruana de Epidemiología**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 1-8, 2013.

CUNHA, A. J. L. A.; SANTOS, S. R.; MARTINES, J. Integrated care of childhood disease in Brazil: mothers' response to the recommendations of health workers. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 94, n. 8, p. 1116-1121, 2005.

KALTER, H. D. et al. Factors constraining adherence to referral advice for severely ill children managed by the Integrated Management of Childhood Illness approach in Imbabura Province, Ecuador. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 92, n. 1, p. 103-110, 2003.

KELLY, J. M. et al. Care takers' recall of Integrated Management of Childhood Illness counseling messages in Benin. **Tropical Doctor**, [S.l.], v. 37, n. 2, p. 75-79, 2007.

PINA, J. C. et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 492-496, 2006.

SANTOS, I. et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. **Journal of Nutrition**, [S.l.], v. 131, n. 11, p. 2866-2873, 2001.

SANTOS, I. S. et al. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 15-29, abr. 2002.

ZAMAN, S.; ASHRAF, R. N.; MARTINES, J. Training in complementary feeding counseling of healthcare workers and its influence on maternal behaviours and child growth: a cluster randomized controlled trial in Lahore, Pakistan. **Journal of Health, Population and Nutrition**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 210-222, 2008.

Capítulo 4 Consulta de Retorno

Algumas crianças doentes têm que regressar para que o profissional de saúde as veja de novo. Terá que ser dito às mães quando devem voltar para a consulta de retorno (por exemplo, em dois dias ou em 14 dias). Na consulta de retorno, o profissional de saúde pode ver se a criança está melhorando com o medicamento utilizado ou com outro tratamento prescrito. Algumas crianças talvez não respondam a um antibiótico em particular ou antimalárico que lhes foi prescrito e podem precisar de um segundo medicamento.

As crianças com diarreia persistente também precisam que o profissional de saúde volte a vê-las para ter certeza de que a diarreia terminou. As crianças com febre ou infecções localizadas que não melhoram também devem ser vistas de novo. As consultas de retorno são especialmente importantes para as crianças com problemas de alimentação, a fim de assegurar que elas estão se alimentando de maneira adequada e aumentando de peso.

Como a atenção contínua é importante, a unidade de saúde deverá fazer os arranjos necessários para que as consultas de retorno sejam convenientes para as mães. Algumas unidades de saúde empregam um sistema mediante o qual é fácil encontrar os históricos das crianças que foram agendadas para uma consulta de retorno.

Em uma consulta de retorno, os passos são diferentes daqueles da primeira consulta da criança por um determinado problema. Os tratamentos administrados nesta consulta geralmente são diferentes daqueles administrados na consulta inicial.

A consulta de retorno na equipe de Saúde da Família pode ser substituída por uma visita domiciliar.

Neste capítulo, explicar-se-á o que deverá ser feito quando uma criança regressa ao serviço de saúde para uma consulta de retorno. Não se incluem as crianças que retornam imediatamente ao serviço de saúde porque pioraram. Essas crianças deverão ser avaliadas como na consulta inicial.

Onde são discutidas as consultas de retorno no *Manual de Quadros de Procedimentos*?

Na coluna "Tratar" do quadro "Avaliar" e "Classificar", algumas classificações contêm instruções para dizer à mãe quando regressar com a criança. Na seção "Consulta de retorno: Quando retornar imediatamente", estão resumidos os intervalos de dias para as consultas de retorno.

Neste capítulo, são dadas instruções específicas para cada consulta de retorno. Os quadros têm títulos que correspondem às classificações do quadro "Avaliar" e "Classificar". Em cada quadro, explica-se como reavaliar e tratar a criança. No quadro "Tratar" a criança, são apresentadas instruções para administrar os tratamentos, como dosagens de medicamentos para antibióticos de segunda linha ou antimaláricos.

Como tratar a criança na consulta de retorno?

Como sempre, faça perguntas a mãe sobre o problema da criança. Você tem de saber se é uma consulta de retorno ou a primeira consulta por esta doença. A forma de inteirar-se depende da maneira que o serviço de saúde registra os pacientes e averigua por que vieram.

Por exemplo, possivelmente a mãe poderá dizer a você ou a outro funcionário do serviço de saúde que lhe foi dito que voltasse para acompanhamento da criança por causa de um determinado problema. Caso o serviço de saúde entregue à mãe uma nota ou um folheto para a consulta de retorno no qual se diz quando deve regressar, peça à mãe que lhe apresente a nota.

Caso o serviço de saúde mantenha um registro sobre cada paciente, você poderá ver que a criança veio ao serviço de saúde poucos dias antes por causa da mesma doença.

Uma vez inteirado de que a criança voltou à unidade de saúde para o acompanhamento da doença, pergunte à mãe se a criança desenvolveu algum problema novo, além daquele que já apresentava. Por exemplo, caso se trate de uma consulta de retorno por pneumonia, mas agora a criança está também com diarreia, a criança tem um novo problema.

Esta criança requer reavaliação completa. Verifique se há sinais gerais de perigo, avalie os sintomas principais e o estado nutricional da criança. Classifique e trate a criança em relação à diarreia (o novo problema) como o faria em uma primeira consulta. Reavalie e trate a pneumonia de acordo com o quadro de CONSULTA DE RETORNO.

Caso a criança não tenha novo problema, localize o quadro de consulta de retorno que corresponde à classificação prévia da criança. A seguir, acompanhe as instruções que figuram.

- Avalie a criança de acordo com as instruções do quadro de consulta de retorno. As instruções mostram como avaliar um sintoma importante, como no quadro avaliar e classificar. Também mostram como avaliar os sinais adicionais.

Nota: não recorra ao quadro de classificações para classificar um sintoma principal. Pule as colunas Classificar e Tratar do quadro avaliar e classificar. Assim, evitará administrar à criança tratamentos repetidos que não tenham sentido. Há uma exceção: se a criança tem algum tipo de diarreia, classifique e trate a desidratação como o faria em uma primeira avaliação.

- Utilize a informação sobre os sinais da criança para eleger o tratamento apropriado.
- Administre o tratamento.

Algumas crianças voltarão repetidamente com problemas crônicos que não respondem ao tratamento que você administrou. Por exemplo, algumas crianças com fibrose cística podem ter diarreia persistente ou episódios repetidos de pneumonia. Essas crianças talvez respondam mal ao tratamento para a pneumonia e podem ter infecções de repetição. Elas deverão ser referidas ao hospital se não melhorarem.

Importante: se uma criança volta para a consulta de retorno, tem vários problemas e está piorando refira a criança ao hospital. Refira também a criança ao hospital se não estiver disponível um medicamento de segunda linha, ou se você estiver preocupado com a criança, ou não souber o que fazer por ela. Se a criança não melhorou com o tratamento, talvez tenha uma doença distinta da sugerida pelo quadro. Talvez necessite de um tratamento diferente.

Lembre-se: caso a criança tenha um novo problema, você deverá avaliá-la como o faria em uma primeira consulta.

4.1 Consulta de retorno para pneumonia

No quadro a seguir, está descrito como reavaliar, depois de dois dias, a criança com pneumonia.

PNEUMONIA

Depois de dois dias:

Examinar a criança quanto a sinais gerais de perigo.

Avaliar a criança para determinar se tem tosse ou dificuldade para respirar.



Consultar o quadro
AVALIAR E CLASSIFICAR

Perguntar:

- A criança está respirando mais lentamente?
- Está apresentando febre?
- A criança está se alimentando?

Tratar:

- Se houver tiragem subcostal ou estridor em repouso ou algum sinal geral de perigo, a criança piorou. Referir urgentemente ao hospital após dar uma dose do antibiótico recomendado e os tratamentos urgentes.
- Se a frequência respiratória continua inalterada, não tem febre e aceita sua alimentação, manter ou mudar para outro antibiótico recomendado, orientando à mãe para retornar em dois dias ou referir.
- Se a respiração estiver diminuída, não tem febre e aceita sua alimentação, completar os sete dias de antibiótico.

Depois de ter avaliado a criança, utilize a informação sobre os sinais da criança para eleger o tratamento correto.

- Se a criança apresenta **tiragem subcostal, ou estridor em repouso, ou um sinal geral de perigo** (não pode beber nem mamar, vomita tudo, tem convulsões, está letárgica ou inconsciente, BAN (batimento de asas do nariz), gemência, ou o tempo de enchimento capilar maior do que dois segundos), está piorando. A criança precisa ser referida com urgência a um hospital. Como a doença piorou, apesar do uso do antibiótico de primeira linha para a pneumonia, administre a primeira dose do antibiótico recomendado por via intramuscular antes de referir a criança ao hospital.

- Se a frequência respiratória, continuar aumentada, manter ou mudar para outro antibiótico recomendado ou referir a criança. No entanto, antes de administrar-lhe outro antibiótico recomendado ou referir a criança, pergunte à mãe se a criança tomou o antibiótico nos dois dias anteriores.

Pode ter havido um problema pelo qual a criança não recebeu o antibiótico, ou recebeu uma dose muito baixa ou infrequente. Se for o caso, esta criança pode ser tratada outra vez com o mesmo antibiótico. Administre uma dose no serviço de saúde e depois certifique-se de que a mãe sabe como dar o medicamento em casa. Ajude-a a resolver qualquer problema – por exemplo, como motivar a criança a tomar o medicamento quando esta se nega a fazê-la. Se a criança recebeu o antibiótico, trocar por outro antibiótico recomendado para PNEUMONIA, caso esteja disponível na unidade de saúde. Administre-o por sete dias.

Administre a primeira dose do antibiótico na unidade de saúde. Ensine à mãe como e quando administrá-lo. É importante pedir a ela que leve outra vez a criança à unidade de saúde após dois dias.

Se a criança recebeu o antibiótico e não há disponível outro antibiótico recomendado, refira a criança ou viabilize a aquisição do medicamento.

- Se a criança estiver com frequência respiratória normal, está melhorando. Pode ser que venha a tossir; porém, a maioria das crianças que está melhorando não apresentará mais respiração rápida. Explique à mãe que a criança deverá tomar o antibiótico por mais cinco dias, até que tenha terminado.

4.2 Consulta de retorno para sibilância

Crise moderada de sibilância

Quando uma criança que está recebendo beta-2 adrenérgico VI e corticoide VO volta à unidade de saúde para reavaliação em dois dias, siga as instruções:

CRISE MODERADA DE SIBILÂNCIA

Depois de dois dias:

Examinar a criança quanto a sinais gerais de perigo.

Avaliar a criança para determinar se tem tosse ou dificuldade para respirar



Consultar o quadro
AVALIAR E CLASSIFICAR

Perguntar:

- A criança está respirando melhor?
- Parou a sibilância (chiado)?
- Melhorou da tosse?

Tratar:

- **Se houver sinais de crise grave ou sinais gerais de perigo, a criança piorou. Referir urgentemente ao hospital após** dar uma dose do antibiótico recomendado e os tratamentos urgentes.
- **Se o quadro se mantém inalterado**, referir ao hospital para investigação de causa da perpetuação do quadro.
- **Se a crise melhorou, a respiração está mais lenta, melhorou da sibilância:** completar os cinco dias de beta-2 adrenérgico inalatório e, se for o caso, também o corticoide via oral.

4.3 Consulta de retorno para diarreia persistente

Quando uma criança com diarreia persistente voltar à unidade de saúde para uma consulta de retorno depois de cinco dias, siga as instruções a seguir:

DIARREIA PERSISTENTE

Depois de cinco dias:

Avaliar a criança quanto à diarreia. Consultar o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR.

Perguntar:

- A criança melhorou?
- Quantas vezes por dia está evacuando?

Determinar o peso.

Tratar:

- Se a diarreia não tiver terminado (a criança continua com três ou mais evacuações amolecidas por dia), fazer nova avaliação completa da criança. Dar o tratamento necessário e, se apresenta perda de peso, referir ao hospital. Caso a criança não tenha perdido peso, marcar retorno em cinco dias.
- Se a diarreia tiver melhorado (a criança tem evacuação amolecida menos de três vezes ao dia), recomendar à mãe continuar a seguir as orientações para alimentação habitual segundo a idade da criança. As crianças em convalescência devem receber suplementação de polivitaminas (ácido fólico e vitamina A, caso não tenham tomado nos últimos 4 meses) e de sais minerais (zinco, cobre e magnésio). Completar os dez dias de tratamento com zinco oral.

Pergunte se a criança melhorou da diarreia e quantas evacuações a criança tem por dia.

- Se a diarreia não melhorou (a criança ainda tem três evacuações amolecidas ou mais por dia), faça uma reavaliação completa. Ou seja, você avaliará completamente a criança como se descreve no quadro AVALIAR E CLASSIFICAR. IDENTIFIQUE E TRATE QUALQUER PROBLEMA QUE REQUEIRA ATENÇÃO IMEDIATA, TAL COMO A DESIDRATAÇÃO. A CRIANÇA SÓ DEVERÁ SER REFERIDA CASO APRESENTE PERDA DE PESO OU OUTROS PROBLEMAS QUE O REQUEIRAM.
- Se a diarreia melhorou (a criança tem menos de três evacuações amolecidas por dia), instrua à mãe que siga as recomendações para a alimentação de uma criança dessa idade. Se a criança não se alimenta normalmente dessa maneira, você terá de ensinar à mãe as indicações que figuram no cartaz aconselhar a mãe ou o acompanhante. Completar os dez dias de tratamento com zinco oral.

As crianças em convalescência devem receber suplementação de polivitaminas (ácido fólico e vitamina A, caso não tenham tomado nos últimos 4 meses) e de sais minerais (zinco, cobre e magnésio) na quantidade que cubra pelo menos duas recomendações diárias (2 RD) para a idade, durante duas semanas. Ver módulo TRATAR A CRIANÇA no *Manual de Quadro de Procedimentos*.

4.4 Consulta de retorno para disenteria

Quando uma criança classificada como tendo disenteria volta depois de cinco dias para a consulta de retorno, siga estas instruções:

DISENTERIA

Depois de dois dias:

Avaliar a criança quanto à diarreia. Consultar o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR.

Perguntar:

- As evacuações diminuíram?
- Há menos sangue nas fezes?
- Está apresentando febre?
- A criança está se alimentando melhor?

Tratar:

- Se a criança estiver desidratada, tratar a desidratação.
- Se o número de evacuações, a quantidade de sangue nas fezes continuarem iguais ou estiverem pior, surgir febre e/ou não está se alimentando: iniciar a antibioticoterapia recomendada contra *Shigella*.
- Se a criança estiver pior e já em uso de antibiótico: 1) Em menores de 1 ano de idade, referir a criança; 2) Em maiores de 1 ano, em uso de sulfametoxazol + trimetoprim, mudar para ceftriaxone; 3) Em maiores de 1 ano, em uso de ceftriaxone, referir a criança.
- Se estiver evacuando menos, há menos sangue nas fezes e se estiver em uso de antibiótico, continuar a dar o mesmo antibiótico até terminar o tratamento. Manter outro tratamento iniciado.

Reavalie a diarreia da criança como se descreve no quadro “A criança tem diarreia?”, do quadro “Avaliar” e “Classificar”. Faça perguntas adicionais à mãe para averiguar se a criança está melhorando.

A seguir, utilize a informação sobre os sinais da criança para decidir se ela está igual, pior ou melhor. Selecione o tratamento apropriado:

- Se durante a consulta de retorno você observa que a criança está desidratada, utilize os sinais para classificar a desidratação da criança. Selecione o plano apropriado de líquidos e trate a desidratação.
- Se o número de evacuações, a quantidade de sangue nas fezes, continuarem iguais ou estiverem piores, iniciar a antibioticoterapia recomendada contra *Shigella*. Se estiverem piores e a criança estiver em uso de antibiótico: **1)** Em menores de 1 ano de idade, referir a criança; **2)** Em maiores de 1 ano, em uso de sulfametoxazol + trimetoprim, mudar para ceftriaxone; **3)** Em maiores de 1 ano, em uso de ceftriaxone, referir a criança. A resistência da *Shigella* ao antibiótico pode ser a causa da criança não ter melhorado.
- Caso a criança apresente evacuações em menor número, menos sangue nas fezes, o seu estado está melhorando com o antibiótico. Geralmente, esses sinais diminuirão se o antibiótico atua eficazmente. Diga à mãe que continue com o antibiótico até completar cinco dias. Oriente-a sobre a importância de terminar o tratamento com o antibiótico.

4.5 Consulta de retorno para febre em área com risco de malária

Todas as crianças com MALÁRIA deverão voltar para a consulta de retorno em três dias, e as com febre em área de risco de malária deverão retornar em dois dias para nova avaliação.

As instruções para conduzir a consulta de retorno de uma criança classificada como tendo MALÁRIA são as seguintes:

MALÁRIA

Depois de três dias:

- A febre desapareceu, completar o tratamento.
- A febre persiste:
 - Fazer avaliação completa da criança. Consultar o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR:
 - Manter monitoramento durante 14 dias fazendo avaliação completa da criança caso a febre retorne.
- Se há sinais gerais de perigo, fontanela abaulada, presença de petéquias ou rigidez de nuca, referir urgentemente ao hospital.

Repetir exame da gota espessa ou teste rápido:

- Se o exame for negativo, investigar e tratar outras causas para a febre. Caso não possa resolver na unidade de saúde, referir a criança ao hospital.
- Se o exame for positivo para o mesmo tipo de *Plasmodium*, verificar se tomou corretamente a medicação ou se apresentou diarreia ou vômitos. Se ocorreram essas situações, reiniciar o tratamento. Se feito corretamente, pode significar que a criança tenha uma malária resistente, devendo ser encaminhada para um Centro de Referência para Tratamento de Malária.
- Se o exame der positivo para outra espécie de *Plasmodium*, iniciar esquema recomendado para malária mista (*P. falciparum* e *P. vivax*).

Ao reavaliar a criança, trate de averiguar um novo problema, como, por exemplo, pneumonia, meningite, infecção de ouvido ou disenteria. Considere também outras possíveis causas da febre, como tuberculose, infecção das vias urinárias, osteomielite ou abscesso.

Utilize o quadro avaliar e classificar para classificar de novo a febre da criança. Selecione a conduta apropriada que figura no quadro de Consulta de Retorno.

- Caso a febre persista por três dias após a primeira consulta, ou se a febre reaparecer ao longo de 14 dias e não existir outra causa que a justifique, nos casos já confirmados de malária por meio de exame de gota espessa ou teste rápido e que estão em tratamento, deverá ser solicitado outro exame de gota espessa, pois pode tratar-se de malária mista. Se o exame for positivo para outra espécie de *Plasmodium*, iniciar o tratamento recomendado para malária mista. Se o exame não der positividade para outra espécie de *Plasmodium* e a criança está tomando a medicação adequadamente, supõe-se que ela tem um parasita resistente, motivo pelo qual a febre persiste; deve-se, então, referir a criança a um Centro de Referência de Tratamento de Malária.
- Se a malária é a única causa evidente da febre com gota espessa ou teste rápido positivo, você reiniciará o tratamento (nos casos de uso inadequado da medicação) ou começará tratamento novo (malária mista):
 - Recomende à mãe que regresse em três dias.
 - Se a criança tem tido febre todos os dias, por cinco dias ou mais, refira-a para avaliação. Essa criança pode ter outra infecção séria que requer exames de diagnóstico adicionais e tratamento especial.

4.6 Consulta de retorno para febre em área sem risco de malária

DOENÇA FEBRIL

Quando a criança foi classificada como DOENÇA FEBRIL, caso esta persista, siga as instruções seguintes na consulta de retorno depois de dois dias:

DOENÇA FEBRIL

Depois de dois dias, se a febre persistir, fazer uma reavaliação completa da criança. Consultar o quadro Avaliar e Classificar e determinar se há outra causa para a febre.

- Se há sinais gerais de perigo, fontanela abaulada, presença de petéquias ou rigidez de nuca, **a criança piorou. Referir urgentemente ao hospital após** dar uma dose do antibiótico recomendado e os tratamentos urgentes.
- Se a criança apresentar qualquer outra causa para a febre, tratar.
- Se a febre persiste há mais de cinco dias, referir para avaliação.

Quando a febre persiste depois de dois dias, pode haver alguma causa para a febre que não estava evidente na primeira consulta. Investigue a causa da febre. Considere a possibilidade de a criança ter algum outro problema que possa causar a febre, como tuberculose, infecção das vias urinárias, osteomielite ou abscesso. A seguir, eleja o tratamento apropriado nos quadros Tratar.

- Se a criança não teve outra classificação que justificasse a febre na primeira consulta, faça reavaliação completa da criança, seguindo o quadro Avaliar e Classificar:
 - Se há sinais gerais de perigo, fontanela abaulada, presença de petéquias ou rigidez de nuca, **a criança piorou. Referir urgentemente ao hospital após** dar uma dose do antibiótico recomendado e os tratamentos urgentes.
 - Se a criança apresentar qualquer outra causa para a febre, tratar.
 - Se a febre persiste há mais de cinco dias, referir para avaliação.
 - Se a criança teve outra classificação além de DOENÇA FEBRIL na primeira consulta, faça também uma reavaliação completa. Decida a conduta a ser seguida para os problemas específicos reavaliados, segundo o quadro de Consulta de Retorno.

4.7 Consulta de retorno para problema de ouvido

Quando uma criança classificada como possível infecção aguda do ouvido ou infecção do ouvido (aguda ou crônica) volta à unidade de saúde para uma consulta de retorno, depois de dois ou cinco dias, respectivamente, siga as instruções seguintes:

POSSÍVEL INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO

Depois de dois dias:

- Reavaliar o problema de ouvido. Consultar o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR.
- Medir a temperatura da criança.

Tratar:

- Se há sinais gerais de perigo, tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás da orelha, a criança piorou. Referir urgentemente ao hospital após dar uma dose do antibiótico recomendado e os tratamentos urgentes.
- Se a dor de ouvido persiste e não é possível realizar a otoscopia: caso o quadro tenha ficado inalterado ou apresentado piora, encaminhar para avaliação e realização de otoscopia.
- Caso tenha apresentado melhora da dor, manter a conduta.

Reavalie o problema de ouvido da criança e verifique a temperatura. Depois escolha o tratamento de acordo com os sinais da criança.

POSSÍVEL INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO

- Se a criança apresenta sinais gerais de perigo ou apresenta uma tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás do ouvido, quando comparado com o outro lado, a criança pode ter desenvolvido MASTOIDITE. Se houver **febre alta** (temperatura axilar de 38,5°C ou mais), a criança pode ter uma infecção grave. Uma criança com esse quadro está piorando e deverá ser referida ao hospital.
- Se a dor no ouvido persiste ou apresenta piora depois de dois dias, encaminhar para avaliação e realização de otoscopia.
- Caso tenha apresentado melhora da dor no retorno após os primeiros dois dias, manter a conduta.

INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO

Depois de dois dias:

Reavaliar o problema de ouvido. Consultar o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR.

Tratar:

Se há sinais gerais de perigo, tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás da orelha, ou febre alta (38,5°C ou mais), **a criança piorou. Referir urgentemente ao hospital após** dar uma dose do antibiótico recomendado e os tratamentos urgentes.

Se a dor de ouvido ou secreção purulenta persistem, em uso de amoxicilina: aumentar a dose de amoxicilina para 80 mg/kg/dia, de 12 em 12 horas, ou iniciar amoxicilina com ácido clavulânico, e retornar em 48 horas para controle. Continuar secando o ouvido com mechas, se for o caso. No segundo retorno, se persistir sem melhora, referir à criança.

Se não houver dor de ouvido nem secreção, elogiar a mãe pelo tratamento cuidadoso dispensado e terminar o tratamento.

INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO

- Se a criança apresenta sinais gerais de perigo ou apresenta tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás do ouvido, quando comparado com o outro lado, a criança pode ter desenvolvido MASTOIDITE. Se houver **febre alta** (temperatura axilar de 38,5°C ou mais), a criança pode ter uma infecção grave. Uma criança com esse quadro está piorando e deverá ser referida ao hospital.
- Se a dor no ouvido ou a secreção purulenta no ouvido persistem depois de a criança ter tomado amoxicilina por dois dias, aumentar a dose do remédio para 80 mg/kg/dia, de 12 em 12 horas, ou iniciar amoxicilina com ácido clavulânico e pedir à mãe que regresse depois de dois dias de tratamento para que você possa verificar se a infecção de ouvido está melhorando. Ao retornar depois desses dois dias adicionais, caso o quadro esteja inalterado ou tenha piorado, referir a criança.
- Se o ouvido ainda está supurando ou começou a supurar depois da primeira consulta, mostre à mãe como secar o ouvido com mechas. Discuta com ela a importância de manter o ouvido seco para que se cure.
- Se não há dor no ouvido nem secreção, elogie a mãe por seu cuidadoso tratamento. Pergunte se tem dado o antibiótico à criança no número de vezes recomendado. Se a resposta for positiva, diga-lhe que use o antibiótico até completar os oito dias de tratamento.

INFECÇÃO CRÔNICA DO OUVIDO

Depois de cinco dias:

- Reavaliar o problema de ouvido. Consultar o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR.

Tratar:

- Se há sinais gerais de perigo, tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás da orelha, ou febre alta (38,5°C ou mais), **a criança piorou. Referir urgentemente ao hospital após** dar uma dose do antibiótico recomendado e os tratamentos urgentes.
- Se houver secreção, assegurar que a mãe esteja secando corretamente o ouvido com mechas. Caso esteja, referir, então, para avaliação especializada.

Se não houver secreção, elogiar a mãe pelo tratamento cuidadoso dispensado.

INFECÇÃO CRÔNICA DO OUVIDO

- Se a criança apresenta sinais gerais de perigo ou apresenta tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás do ouvido, quando comparado com o outro lado, a criança pode ter desenvolvido MASTOIDITE. Se houver **febre alta** (temperatura axilar de 38,5°C ou mais), a criança pode ter uma infecção grave. Uma criança com esse quadro está piorando e deverá ser referida ao hospital.
- Verifique se a mãe está secando o ouvido com as mechas de maneira correta. Para isto, peça-lhe que descreva ou mostre como secar o ouvido da criança com a mecha. Pergunte com que frequência secava o ouvido, se teve alguma dificuldade e discuta com ela como resolvê-la. Explique que secar o ouvido é a melhor terapia para um ouvido que supura. Caso a mãe esteja secando corretamente o ouvido e a secreção persiste, referir para avaliação especializada.

4.8 Consulta de retorno por infecção moderada de garganta

Quando uma criança que está recebendo um antibiótico para INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA volta à unidade de saúde, depois de dois dias, para a consulta de retorno, siga estas instruções:

INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA

Depois de dois dias:

Examinar a criança quanto a sinais gerais de perigo



Consultar o quadro
AVALIAR E CLASSIFICAR

Avaliar a criança para determinar se tem dor de garganta

Perguntar:

- A dor de garganta desapareceu?

Tratar:

- Se houver algum sinal geral de perigo, abaulamento de palato ou presença de membranas branco acinzentadas que sangram quando destacadas, a criança piorou. Referir urgentemente ao hospital após dar uma dose do antibiótico recomendado e os tratamentos urgentes.
- Se no exame da garganta, os gânglios cervicais continuam inalterados, mudar para outro antibiótico recomendado e orientar a mãe para retornar em dois dias ou referir. Caso não tenha usado penicilina benzatina na primeira consulta, fazer agora.
- Se a dor de garganta desapareceu, a criança está melhor. Se está usando amoxicilina, completar os dez dias de antibiótico.

4.9 Consulta de retorno por problema de alimentação

Quando uma criança classificada como problema de alimentação volta ao serviço de saúde para consulta de retorno depois de cinco dias, siga as instruções seguintes:

PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO

Depois de cinco dias:

- Reavaliar a alimentação. Consultar as perguntas da parte superior do quadro Aconselhar a mãe ou o acompanhante. Perguntar sobre quaisquer problemas de alimentação constatados na primeira consulta.
- Orientar a mãe com respeito a quaisquer problemas de alimentação novos ou persistentes. Se foi aconselhado fazer mudanças de alimentação importantes, recomendar à mãe para voltar para nova consulta de retorno em cinco dias.

Depois de cinco dias:

- Reavalie a alimentação da criança fazendo as perguntas que figuram na seção superior do quadro Aconselhar a mãe ou o acompanhante. Veja a Caderneta de Saúde da Criança ou as anotações da consulta de retorno no FORMULÁRIO DE REGISTRO para obter a descrição de qualquer problema de alimentação encontrado na primeira consulta e as recomendações prévias. Pergunte à mãe como seguiu as recomendações. Por exemplo, se na última consulta você lhe recomendou que desse alimentação mais ativa para a criança, peça à mãe que descreva como a criança se alimenta e quem a alimenta em cada refeição.
- Orientar a mãe a respeito de quaisquer problemas de alimentação novos ou persistentes. Se a mãe teve problemas quando alimentava a criança, discuta com ela diferentes maneiras de resolvê-los. Caso tenham sido aconselhadas mudanças importantes na alimentação, recomendar à mãe para retornar dentro de cinco dias. Por exemplo, se a mãe tem dificuldade em adotar uma forma de alimentação mais ativa porque isto requer que ela passe mais tempo com a criança, discuta algumas maneiras de reorganizar as horas das refeições.

EXEMPLO 1:

Na primeira consulta, a mãe de Eliete, uma criança de 3 meses de idade, disse que estava lhe dando duas ou três mamadeiras de leite e o peito várias vezes por dia. O profissional de saúde recomendou que desse mamadas mais frequentes e prolongadas e que reduzisse gradualmente o outro leite ou alimentos. Deve-se insistir para que a oferta do leite seja feita em copo ou xícara, suspendendo o uso da mamadeira.

Na consulta de retorno, o profissional de saúde fez perguntas à mãe para averiguar com que frequência ela dava os demais alimentos à Eliete e com que frequência e por quanto tempo ela estava amamentando. A mãe disse que agora tem dado à Eliete apenas uma mamadeira de leite por dia e que a amamenta seis ou mais vezes em 24 horas. O profissional de saúde elogiou a mãe e, em seguida, a orientou a suspender o outro leite por completo e a amamentar a criança oito vezes ou mais em 24 horas.

Como trata-se de uma mudança importante na alimentação em menor de 6 meses com problema na amamentação, deverá ser pedido também à mãe que retorne em dois dias. Nesse retorno, deverá ser verificado se a criança está mamando numa frequência suficiente. Assegure que a mãe seja elogiada por seu esforço.

4.10 Consulta de retorno por peso baixo ou ganho de peso insuficiente

Quando uma criança que tem PESO BAIXO OU GANHO DE PESO INSUFICIENTE volta ao serviço de saúde para a consulta de retorno depois de 14 dias, deve-se verificar o aumento de peso da criança para determinar se as mudanças introduzidas na alimentação estão sendo seguidas e se estão ajudando a criança.

Siga as seguintes instruções:

PESO BAIXO OU GANHO DE PESO INSUFICIENTE

Depois de 14 dias:

Pesar a criança e determinar se está ganhando peso ou não.

Tratar:

- Se a criança está ganhando peso, elogiar à mãe e incentivá-la a continuar.
- Se mantiver o peso, indagar se as orientações do quadro Aconselhar a mãe ou o acompanhante: “Recomendações para a alimentação da criança (saudável ou doente)” estão sendo seguidas. Reforçar a orientação. Retornar em 14 dias.
- Se estiver perdendo peso, referir ou acompanhar a criança mais frequentemente.

4.11 Consulta de retorno por peso muito baixo

Uma criança classificada como tendo peso muito baixo deverá voltar para a consulta de retorno depois de cinco dias.

PESO MUITO BAIXO

Depois de cinco dias:

- Pesar e medir a criança, e determinar se está ganhando peso ou não.

Tratar:

- Se estiver ganhando peso (pelo menos 5 g/kg/dia), elogiar a mãe e incentivá-la a continuar. Retornar em 14 dias e fazer novo controle em 30 dias. No retorno de 14 dias, iniciar suplementação com ferro, vitaminas e outros sais minerais.
- Se mantiver o peso, indagar se as orientações do quadro Aconselhar a mãe e o acompanhante: “Ensinar a Mãe a Tratar a Criança com Peso Muito Baixo” estão sendo seguidas. Reforçar a orientação. Retornar em cinco dias.

Exceção: se julgar que a alimentação não vai melhorar, ou se a criança tiver **perdido peso**, referir a criança.

Para avaliar a criança, você deve pesá-la e medi-la, e determinar se o peso é ainda muito baixo para a idade. Reavalie também a alimentação fazendo perguntas à mãe que figuram na parte superior do quadro Aconselhar a mãe ou o acompanhante: “Ensinar a mãe a tratar o Peso Muito Baixo”.

Nessa ocasião, reavaliar a criança e calcular a média de ganho de peso diário no período de cinco dias: se o ganho for igual ou superior a 5 g/kg/dia, elogiar a mãe, reforçar as recomendações e marcar retorno com 14 dias e depois com 30 dias. Toda vez que a criança retornar, deve ser pesada e calculada a média de ganho de peso, no intervalo entre a consulta atual e a última consulta. No retorno de 14 dias, iniciar suplementação com ferro, vitaminas e outros sais minerais.

As dietas especiais deverão ser mantidas até que o PESO PARA IDADE da criança seja reclassificado como baixo para a idade. Orientar a mãe para ir substituindo gradativamente uma refeição por dia da dieta especial pela dieta adequada para a idade da criança, até que o IMC ou Peso para a idade passe a ser adequado.

Se o ganho de peso for inferior a 5 g/kg/dia, indagar se as orientações foram bem compreendidas e se estão sendo seguidas, reforçar as orientações e marcar novo retorno com cinco dias.

Cálculo do ganho médio de peso

Subtraia do peso da criança, no primeiro retorno ao quinto dia (P2), o peso da primeira consulta (P1), anotando o resultado em gramas. Divida o valor obtido por cinco (número de dias do retorno), para estimar a média diária de ganho de peso da criança por dia, e depois divida de novo por P1 (em kg), obtendo assim o ganho médio de peso por kg/dia. Esse mesmo cálculo deverá ser utilizado cada vez que a criança retornar para controle. Considere o peso da última consulta como P1 e o peso da criança na consulta atual como P2.

$$\text{Ganho médio de peso/kg/dia} = \frac{[P2(g) - P1(g)]}{P1 (kg)} \times N^{\circ} \text{ de dias}$$

Exemplo de cálculo:

P1= 6.000 g Retorno em cinco dias

P2= 6.300 g

6.300 g - 6.000 g = 60 gramas → **Ganho médio de peso nos cinco dias**

60 g = 10 g/kg/dia → **Ganho médio de peso em g/kg/dia**

6 kg

Alguns serviços de saúde realizam sessões especialmente programadas para dar recomendações sobre nutrição. Uma sessão especial permite que o profissional de saúde dedique o tempo necessário para discutir a questão da alimentação com várias mães e para, talvez, demonstrar alguns bons alimentos para as crianças pequenas.

- Se a criança estiver ganhando peso, elogie a mãe. As mudanças introduzidas na alimentação da criança estão ajudando. Encoraje-a a continuar alimentando a criança de acordo com a recomendação para a idade da criança.
- Oriente à mãe que traga outra vez a criança ao final de 14 dias. É importante ver a criança a cada mês para orientar e encorajar a mãe até que a criança esteja se alimentando bem e aumentando regularmente de peso, ou já não tenha mais o PESO MUITO BAIXO.
- Se a a criança ainda não estiver ganhando peso, oriente a mãe a respeito de qualquer problema de alimentação encontrado. Nessa orientação nutricional, ensinar-se-á a mãe sobre como a alimentar a criança com os alimentos apropriados para sua idade e a oferecê-los com frequência adequada. Também ensinar-se-á à mãe a maneira de alimentar a criança ativamente. Poderão ser incluídas, também, sugestões para soluções de problemas de alimentação descritos no módulo Aconselhar a mãe ou o acompanhante.

Use também o FOLHETO EXPLICATIVO PARA A MÃE, para reforçar a orientação alimentar.

Marcar novo retorno em cinco dias.

Se a criança continua perdendo peso e nenhuma mudança na alimentação parece ajudar, refira a criança ao hospital ou a um serviço de recuperação nutricional.

4.12 Consulta de retorno por peso elevado

PESO ELEVADO

Depois de 14 dias:

- Pesar e medir a criança e determinar se está perdendo peso ou não.
- Avaliar a alimentação.
- Avaliar a prática de atividade física pela criança.

Tratar:

- Se está perdendo ou mantendo peso, elogiar a mãe e a criança e incentivá-la a continuar. Retornar em 14 dias.
- Se estiver ganhando peso, indagar se as orientações acerca da alimentação e da atividade física estão sendo seguidas. Reforçar a orientação. Retornar em 14 dias.

Exceção: caso o peso/idade esteja acima de escore $z + 3$, referir para atenção especializada em obesidade infantil.

Para avaliar a criança, pese e meça-a, e determine se o peso é ainda elevado.

Reavalie a alimentação e a atividade física que foi orientada, fazendo perguntas de boa verificação à mãe e à criança:

- Se a criança está perdendo ou mantendo peso, elogie a mãe e a criança e incentive a continuar. Retornar em 14 dias.
- Se estiver ganhando peso, perguntar se as orientações acerca da alimentação e da atividade física estão sendo seguidas. Reforçar a orientação. Retornar em 14 dias.

Caso o peso/idade esteja acima de escore $z + 3$: referir para atenção especializada em obesidade infantil.

4.13 Consulta de retorno por anemia

Quando uma criança com palidez palmar leve volta para a consulta de retorno depois de 14 dias, siga estas instruções:

ANEMIA

Depois de 14 dias:

- Perguntar se a criança está tomando o sulfato ferroso como foi indicado.

Se estiver tomando o sulfato ferroso:

- Dar mais sulfato ferroso e orientar a mãe a retornar em 14 dias para a criança receber mais ferro.
- Manter o sulfato ferroso durante dois meses, com reavaliação mensal.

Se não estiver tomando o sulfato ferroso (geralmente, porque a criança apresenta desconforto abdominal ou diarreia):

- Orientar a dar o sulfato ferroso, mas reduzir a dose pela metade. Recomendar à mãe que retorne em 14 dias para a criança receber mais ferro.
- Manter o ferro durante quatro meses, com reavaliações a cada 30 dias.

Reforçar a orientação sobre alimentos ricos em ferro.

Se a criança ainda tem palidez palmar depois de dois meses, referir a criança ao hospital.

Fornecer sulfato ferroso à mãe para que ela dê à criança e recomendar que regresse depois de 14 dias para lhe dar mais. Continuar entregando frascos de sulfato ferroso à mãe nos retornos, durante o período recomendado. É importante reforçar a orientação sobre alimentos ricos em ferro, apresentados no módulo ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE, verifique o entendimento da mãe e se ela está seguindo as recomendações.

- Se a criança ainda tem palidez palmar depois de dois meses, referir a criança ao hospital.

Bibliografia

ALVES, R. Integralidade na assistência à criança: a estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes da infância no programa de saúde da família. **Revista de Pediatria SOPERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 18-24, 2003.

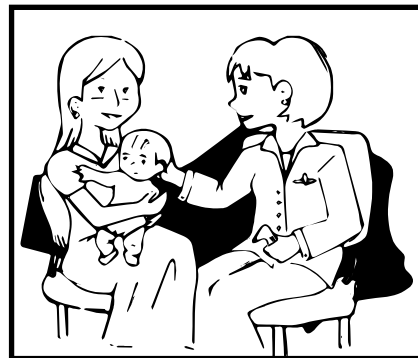
Capítulo 5 Acompanhamento do Desenvolvimento

Acompanhar o desenvolvimento integral da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando mais sujeito aos agravos. Devido a sua grande plasticidade, é nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente. Portanto, é fundamental que, neste período, o profissional de saúde, com a família e a comunidade na qual está inserido, faça o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança. Cabe aos profissionais de Atenção Básica à Saúde a maior responsabilidade no início deste processo, sendo importante o uso do instrumento da Caderneta da Criança como ferramenta do acompanhamento e da estratégia Aidpi como o método que mais se adequa para a intervenção de doenças prevalentes nessa faixa etária. O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento saudável da criança e à detecção de problemas no atraso do desenvolvimento, durante as consultas no contexto da Atenção Básica à Saúde.

A seguir, descrevem-se os passos que o profissional de saúde deverá dar para fazer o acompanhamento do desenvolvimento das crianças atendidas na Atenção Primária.

5.1 Avaliar o desenvolvimento da criança

Na primeira consulta de avaliação do desenvolvimento de uma criança de até 6 anos, é importante perguntar para a mãe ou para o acompanhante (cuidador primário) sobre fatos associados ao desenvolvimento, além de observar a criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária. Aproveite para observar a mãe e sua interação com a criança (vínculo mãe-criança), visto ser esta relação um importante fator de proteção para o desenvolvimento humano. Observe a forma como a mãe e/ou o pai, e outros integrantes da família, seguram a criança, se existe contato visual e verbal de forma afetuosa



entre os pais e a criança. Veja ainda os movimentos espontâneos da criança, se ela apresenta interesse por objetos próximos a ela, pelo ambiente em que se encontra. É importante também verificar os cuidados da mãe e/ou do pai ou do cuidador com a criança, considerando o estado de higiene e a atenção deles ao que ela está fazendo, para onde olha, e para o que deseja naquele momento. Serão observações prévias que podem auxiliar na avaliação.

Faça perguntas associadas ao desenvolvimento da criança.

Pergunte à mãe:

- Quantas vezes você engravidou antes da gestação de sua criança? Todos seus filhos estão vivos? Caso contrário, o que aconteceu?
- Que idade você tinha quando engravidou de sua criança? Como foi sua gestação? Quanto tempo durou? Você é portadora de alguma doença crônica (ex.: lúpus)?

Use palavras simples que ela possa entender. Verifique a posição da criança na prole da família e se houve perda de algum filho. Caso afirmativo, qual o motivo de sua morte. Verifique também a idade da mãe na gestação da criança e quantos meses durou a gestação; se realizou pré-natal (quantas consultas); se apresentou algum problema de saúde, como infecções; se fez uso de algum medicamento ou droga; se apresentou problemas – como hemorragias, hipertensão, diabetes, eclampsia; se a gestação foi desejada ou não; se apresentou variações exacerbadas de humor (por exemplo, depressão e irritabilidade); se presenciou ou sofreu situações de violência; e outras informações que acredita serem importantes. Se houver suspeita de infecções, como rubéola, toxoplasmose, sífilis, aids ou citomegalovírus, pergunte se a mãe fez algum exame para confirmação dessas patologias.

Em seguida, pergunte:

- Como foi o parto da sua criança?

Investigue se o parto foi em casa ou no hospital, se a mãe demorou muitas horas em trabalho de parto, se o parto foi normal ou cesariana, ou se foi com fórceps.

Continue investigando:

- Quanto pesou sua criança ao nascer?
- Ela apresentou algum problema logo após o nascimento?

Verifique se a mãe tem alguma informação por escrito do hospital sobre a criança e seu parto. Anote o peso da criança e o perímetro cefálico ao nascer. Pergunte se a criança chorou logo, se apresentou algum problema que requisitou uso de oxigênio, de medicações, de fototerapia, de exsanguineotransfusão ou de qualquer outra intervenção; se necessitou permanecer hospitalizada na UTI ou no alojamento conjunto. Em caso afirmativo, pergunte por quantos dias, por quais tipos de problemas, e se a mãe e/ou o pai acompanharam a criança durante a internação ou se a visitavam esporadicamente. É importante saber ainda se houve contato pele a pele ao nascer, clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno, amamentação na primeira hora de vida, além dos cuidados progressivos (amamentação, higiene etc.), se houve contato físico, verbal e/ou visual entre mãe e criança e se o pai participou desse momento de alguma forma.

Continue perguntando:

- Pergunte também sobre os antecedentes da criança até o momento da consulta.
- Sua criança apresentou algum problema de saúde mais sério até hoje?

Algumas doenças na infância podem alterar o desenvolvimento da criança, tais como: convulsões, meningites, encefalites, traumatismos cranianos, infecções respiratórias e de otites de repetição etc.

Também é importante saber sobre alguns problemas familiares que possam interferir no desenvolvimento da criança. Pais consanguíneos têm maior probabilidade de gerar crianças com alterações genéticas cuja herança seja autossômica recessiva.

Situações de violência intrafamiliar (de natureza física, sexual, e negligência e/ou abandono) também podem interferir no desenvolvimento saudável da criança.

Pergunte:

- Você e o pai da criança têm laços consanguíneos?
- Existe alguma pessoa com problema mental ou físico na família de vocês?

A alimentação e as condições de vida de uma criança podem favorecer ou dificultar seu pleno desenvolvimento.

Pergunte:

- Sua criança mama ao seio? Até que idade mamou?
- Como e com quem sua criança costuma brincar?
- Onde e com quem ela fica a maior parte do dia?

A amamentação é um fator protetor para o desenvolvimento infantil, não só do ponto de vista biológico como também afetivo. Verifique se a criança ainda está sendo amamentada ou até que idade mamou. Investigue também se a criança frequenta a creche ou se fica em casa. Pergunte para a mãe se ela permanece muito tempo na rede ou berço, se convive com outras crianças ou só com adultos e se as pessoas dão atenção e brincam com ela. Em caso afirmativo, investigue qual o tipo de brinquedo lhe é oferecido e com quais deles ela gosta mais de brincar.

Investigue ainda sobre:

- Escolaridade materna, convivência familiar, adensamento familiar, violência doméstica, existência de usuários de drogas ou de álcool em convivência com a criança etc.

Se detectar fatores de risco socioambientais, oriente ou encaminhe esta criança para algum apoio institucional a sua família.

Após esta investigação inicial, que deve fazer parte de um contexto mais amplo da primeira consulta da criança na Unidade Básica de Saúde, antes de iniciar a observação do desenvolvimento da criança, pergunte sempre à mãe e/ou ao pai:

- O QUE A SENHORA ACHA DO DESENVOLVIMENTO DA SUA CRIANÇA?
- A mãe é quem mais convive com a criança, portanto, é quem mais a observa. Comparando-a com outras crianças, na maioria das vezes, é ela quem primeiro percebe que seu filho ou filha não vai bem. Valorize a sua opinião e quando esta achar que a criança não vai bem, redobre sua atenção sobre os aspectos biológico e socioambientais que impactam no desenvolvimento da criança.
- Feita as perguntas para investigar os fatores de risco e a opinião da mãe e/ou do pai sobre o desenvolvimento do seu filho, **verifique e observe a criança**.

Verifique o perímetro cefálico da criança (circunferência occipitofrontal):

	Técnica: utilize uma fita métrica inelástica. Coloque a fita sobre o ponto mais proeminente da parte posterior do crânio (occipital) e sobre as sobrancelhas. Se houver alguma proeminência frontal e for assimétrica, passar a fita métrica sobre a mais proeminente. Após a medição, verifique a posição na curva segundo o Gráfico do Perímetro Cefálico da OMS.
--	---

Importância: esta medição é principalmente um reflexo do crescimento do cérebro. O tamanho do crânio é um índice bastante aproximado do volume de seu conteúdo (normalmente encéfalo e líquido cefalorraquidiano). Seu crescimento vai se tornando mais lento a partir de 1 ano de vida e praticamente estaciona aos 5 anos de idade. O aumento do perímetro cefálico (acima de +2 desvio padrão) denomina-se macrocefalia; e a diminuição do perímetro cefálico (abaixo de -2 desvio padrão), microcefalia. Ambas as situações nos obrigam a descartar patologias que requerem atenção ou que podem associar-se a transtornos do desenvolvimento. O Brasil está em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e com as conclusões das sociedades médicas e científicas de todo o mundo para medir o perímetro cefálico e identificar casos suspeitos de bebês com microcefalia. Para menino, a medida será igual ou inferior a 31,9 cm e, para menina, igual ou inferior a 31,5 cm.

Curva de seguimento: a medição periódica do perímetro cefálico determina uma curva que, se corre paralela à curva mediana (0 escore z), não tem significado patológico. Se a curva é ascendente ou corre acima da curva de +2DP, deve suspeitar-se de possíveis causas de macrocefalia; se é descendente ou corre abaixo da curva de -2DP, deve suspeitar-se de patologias que provocam microcefalia. Nos gráficos de crescimento da OMS, as medidas de desvio padrão equivalem ao z escore – ZS.

O perímetro cefálico deve ser medido independentemente da idade da criança.

Verifique também se existem alterações fenotípicas, tais como:

- Fenda palpebral oblíqua
- Olhos afastados
- Implantação baixa de orelhas
- Lábio leporino
- Fenda palatina
- Pescoço curto e/ou largo
- Prega palmar única
- Quinto dedo da mão curto e recurvado

5.2 Observar o desenvolvimento da criança

Certifique-se de que o ambiente para a avaliação seja o mais tranquilo possível e que a criança esteja em boas condições emocionais e de saúde para iniciar o exame. Se por algum motivo não for possível avaliar o desenvolvimento da criança naquela consulta, ou se ficar em dúvida quanto a algum item da avaliação, marque retorno o mais breve possível para proceder esta avaliação com mais segurança. Siga o roteiro proposto para o acompanhamento do desenvolvimento infantil (no 1º ano de vida) e na infância (até os 6 anos). Observe e verifique se a criança cumpre com o conjunto de condições que servirão para classificar seu desenvolvimento.

Se a criança tem de 2 meses a 2 anos, utilize o quadro Acompanhamento do Desenvolvimento da Criança de 2 meses a 2 anos de idade (Anexo – Quadro 1). Para os prematuros até os 12 meses de idade cronológica, considere a idade corrigida. Nas crianças de 2 a 6 anos, utilize o quadro Acompanhamento do Desenvolvimento da Criança de 2 a 6 anos (Anexo – Quadro 2). Para as crianças menores de 2 meses, utilize as orientações da estratégia *Aidpi Neonatal*.

Observe o comportamento da criança de acordo com sua faixa etária.

Na faixa de 2 a 4 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 2 a 4 meses:

- Resposta ativa ao contato social.
 - Segura objetos.
 - Emite sons.
 - De bruços, levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços.
-



Resposta ativa ao contato social

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou no colchonete.

Fique em pé na frente da criança de maneira que ela possa ver o seu rosto. Converse com ela: "Oi, (diga o nome da criança), que lindo bebê!", ou algo semelhante. Observe a reação da criança (sorriso, vocalização, choro). Caso a criança não responda, peça à mãe que posicione o rosto na frente da criança e fale com ela. Observe a resposta da criança.

Realização adequada: se a criança olhar no olho do examinador ou da mãe, sorrir ou emitir sons tentando "conversar" terá atingido este marco.

Segura objetos

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou no colchonete. Segure o chocalho e toque o dorso ou a ponta dos dedos da criança. Observe a reação da criança.

Realização adequada: se a criança segurar o objeto por alguns segundos, terá alcançado este marco.

Emite sons

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas) na maca ou no colchonete.

Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee etc).

Realização adequada: se a criança emitir sons (gargalhadas) ou a mãe falar que ela faz isso em casa, considere alcançado este marco.

De bruços, levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços

Posição da criança: posicione a criança de bruços.

Realização adequada: se a criança levantar a cabeça e o peito da superfície, usando como apoio seus braços esticados, de maneira que possa olhar para frente e para cima, considere atingido este marco.

Na faixa de 4 a 6 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 4 a 6 meses:

- Busca ativa de objetos.
- Leva objetos a boca.
- Localiza o som.
- Muda de posição ativamente (rola).



Busca ativa de objetos

Posição da criança: sentada no colo da mãe, de frente para o examinador. Pegue um cubo vermelho e coloque-o ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão, por exemplo). Chame a atenção da criança para o cubo, tocando ao lado dele. Você não deve dar o cubo na mão da criança.

Realização adequada: se a criança tentar apanhar o brinquedo estendendo o braço ou lançando seu corpo até ele, terá atingido esse marco. Ela não precisa necessariamente apanhar o brinquedo.

Leva objetos à boca

Posição da criança: sentada no colo da mãe, de frente para o examinador. Pegue um cubo vermelho e coloque-o ao alcance da criança (sob a mesa ou na palma de sua mão, por exemplo). Chame a atenção da criança para o cubo, tocando ao lado do cubo. Caso a criança não o alcance ou não tente alcançar, você deve colocar o cubo na mão da criança.

Realização adequada: se a criança levar o cubo à boca, ela terá alcançado este marco.

Localiza o som

Posição da criança: sentada no colo da mãe, de frente para o examinador. Ofereça um brinquedo (caneca ou o cubo) para a criança se distrair. Coloque-se atrás dela, fora da sua linha de visão e

balance o chocalho suavemente próximo da sua orelha DIREITA. Observe a resposta e a registre. Repita o estímulo na orelha ESQUERDA.

Realização adequada: se a criança responder voltando a cabeça para o som em ambos os lados, terá atingido este marco.

Muda de posição ativamente (rola)

Posição da criança: deitada em decúbito dorsal (de costas). Coloque ao lado da criança deitada em um chocalho, chamando a atenção dela para ele. Observe se a criança consegue virar-se sozinha para pegar o chocalho (posição de decúbito dorsal para decúbito ventral).

Realização adequada: se a criança mudar de posição, virando-se totalmente, considere atingido este marco. Caso a mãe diga que ela faz isso em casa, registre, mas compute o que você verificou.

Na faixa de 6 a 9 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 6 a 9 meses:

- Brinca de esconde-achou.
- Transfere objetos de uma mão para outra.
- Duplica sílabas.
- Senta-se sem apoio.



Brinca de esconde-achou

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe. Coloque-se na frente da criança e brinque de desaparecer e aparecer, atrás de um pano ou atrás da mãe. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da mãe.

Realização adequada: se ela tentar tirar o pano do seu rosto ou olhar atrás da mãe, terá alcançado este marco.

Transfere objetos de uma mão para outra

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe. De frente para a criança, ofereça um cubo para que ela segure. Observe se ela tenta passar de uma mão para a outra. Caso não o faça, ofereça outro cubo, estendendo sua mão na direção da linha média da criança, e observe.

Realização adequada: se ela transfere o primeiro cubo para a outra mão, terá alcançado este marco.

Duplica sílabas

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe. Observe se a criança fala “papa”, “dada”, “mama” durante a consulta. Se não o fizer, fale com ela ou peça para a mãe fazê-lo, na tentativa de provocar a produção do balbucio. Pergunte à mãe se a criança faz isso em casa. As palavras não precisam, necessariamente, ter significado. Registre a produção verbal.

Realização adequada: se a criança produz sílabas duplicadas, ou se a mãe falar que ela faz isso, terá alcançado este marco.

Senta-se sem apoio

Posição da criança: na maca ou no colchonete. Dê um chocalho ou uma caneca para a criança segurar e verifique se ela fica sentada sem o apoio das mãos.

Realização adequada: se ela conseguir ficar sentada segurando o objeto com as mãos, sem qualquer outro tipo de apoio, terá alcançado este marco.

Na faixa de nove a 12 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 9 a 12 meses:

- Imita gestos.
- Faz pinça.
- Produz “jargão”.
- Anda com apoio.



Imita gestos

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe. Pergunte para a mãe que tipo de gesto ela já ensinou para seu filho (por exemplo: “bater palmas”, “jogar beijo”, “dar tchau” etc.). De frente para a criança, faça um destes movimentos e verifique se a criança o imita. Caso a criança não o imite, peça para a mãe tentar estimulá-la. Se mesmo assim a criança se recusar a fazê-lo, pergunte à mãe se ela o faz em casa.

Realização adequada: se a criança imitar o gesto, terá alcançado este marco. Caso a mãe diga que ela faz isso em casa, registre, mas compute o que você verificou.

Faz pinça

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe. Coloque uma bolinha de papel sobre o colchonete ou sobre a palma da mão do examinador. Chame a atenção da criança para que ela tente pegá-la. Observe e verifique como a criança pega a bolinha de papel.

Realização adequada: se a criança pegar a bolinha de papel usando o movimento de “pinça” com qualquer parte do polegar associado ao dedo indicador, terá atingido este marco.

Produz “jargão”

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe, deitada para troca ou exame físico. Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma ou com o examinador ou a mãe, usando pausas e inflexão (isto é um “jargão” no qual os padrões de voz variam e poucas palavras, ou nenhuma, são distinguíveis). Se não for possível observar, pergunte à mãe se a criança emite esses sons em casa e registre.

Realização adequada: se a criança emitir os sons ou se a mãe informar que ela o faz em casa, terá alcançado este marco.

Anda com apoio

Posição da criança: criança em pé, apoiada num móvel ou na perna da mãe. Estando a criança de pé, peça à mãe que lhe ofereça um apoio (como a mão, uma toalha, ou um móvel etc.) encorajando-a a andar.

Realização adequada: se a criança conseguir dar alguns passos com apoio, terá alcançado este marco.

Na faixa de 12 a 15 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 12 a 15 meses:

- Mostra o que quer.
- Coloca blocos na caneca.
- Diz uma palavra.
- Anda sem apoio.



Mostra o que quer

Posição da criança: em qualquer posição, observe se a criança indica para você ou para os cuidadores que ela quer algo, sem que seja por meio do choro. Caso isto não possa ser observado, pergunte aos cuidadores se ela faz isso.

Realização adequada: se você observar que a criança usa outro meio que não o choro para comunicar um desejo específico, ou se os cuidadores reportarem que ela faz isso, terá alcançado este marco. Alguns exemplos de meios usados para se comunicar: apontar, procurar e fazer sons, estender as mãos para alcançar, puxar e dizer uma palavra.

Coloca blocos na caneca

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe. Pegue a caneca e três cubos e os coloque ao alcance da criança sobre a mesa ou o colchonete. Certifique-se de que a criança está atenta a sua realização. Pegue um dos cubos e demonstre a colocação dele na caneca. Retire o cubo e peça para a criança: “Ponha os cubos na caneca. Guarde os cubos aqui (apontando com o indicador para dentro da caneca)”. A demonstração pode ser repetida três vezes.

Realização adequada: se a criança colocar pelo menos um cubo dentro da caneca e o soltar, terá atingido este marco.

Diz uma palavra

Posição da criança: sentada no colchonete ou no colo da mãe. Observe se, durante a consulta, a criança diz palavras espontaneamente e registre. Caso ela não o faça, pergunte à mãe quantas palavras a criança fala e quais são.

Realização adequada: se a criança fala pelo menos uma palavra que não seja “papa”, “mama”, nome de membros da família ou de animais de estimação, terá atingido este marco.

Anda sem apoio

Posição da criança: criança em pé. Peça à mãe que chame a criança. Observe o andar da criança. Fique próximo para oferecer apoio, caso a criança necessite.

Realização adequada: se ela anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar, terá alcançado este marco.

Na faixa de 15 a 18 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 15 a 18 meses:

- Usa colher ou garfo para se alimentar.
- Constrói torres de dois cubos.
- Fala três palavras.
- Anda para trás.



Usa colher ou garfo para alimentar-se

Posição da criança: em qualquer posição, pergunte aos cuidadores se a criança usa colher ou garfo para se alimentar. Se ela o fizer, pergunte o quanto ela derrama.

Realização adequada: se a criança usar colher ou garfo, derramando pouco fora da boca, terá atingido este marco. O objetivo é verificar se a criança é autossuficiente o bastante para alimentar-se.

Constrói torre de dois cubos

Posição da criança: com a criança sentada à mesa (a altura da mesa deverá permitir que os cotovelos da criança fiquem no mesmo nível da superfície da mesa e suas mãos fiquem sobre a mesa), coloque os blocos sobre esta, em frente à criança. Estimule-a a empilhar os blocos por meio de demonstração e fala. Pode ser necessário segurar os blocos para a criança, um de cada vez. São permitidas três tentativas.

Realização adequada: se a criança colocar um bloco sobre o outro e ele não cair quando ela retirar sua mão, terá alcançado este marco.

Fala três palavras

Posição da criança: sentada no colo da mãe ou no colchonete. Observe se, durante a consulta, a criança produz palavras espontaneamente. Registre. Caso ela não o faça, pergunte à mãe quantas palavras a criança fala e quais são.

Realização adequada: se a criança fala três palavras além de "papai" e "mamãe", nome de membros da família ou de animais de estimação, terá atingido este marco. Considere a informação da mãe.

Anda para trás

Posição da criança: criança em pé. Observe se, durante a consulta, a criança anda para trás. Caso isto não ocorra, peça à criança que abra a porta da sala de exame e verifique se ela anda para trás.

Realização adequada: se a criança der dois passos para trás sem cair, ou se a mãe falar que ela o faz, terá alcançado este marco.

Na faixa de 18 a 24 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 18 a 24 meses:

- Tira roupa.
- Constrói torre de três cubos.
- Aponta duas figuras.
- Chuta a bola



Tira roupa

Posição da criança: qualquer posição. Durante o exame da criança, solicite que ela tire qualquer peça de roupa, exceto a meia, a fralda ou os chinelos, fácil de retirar. O objetivo é verificar se a criança é capaz de remover uma peça de roupa, demonstrando independência. Se a criança não quiser fazê-lo, pergunte à mãe se ela o faz em casa.

Realização adequada: se a criança for capaz de remover qualquer peça de roupa, ou se a mãe relata que ela faz isso em casa, terá alcançado este marco.

Constrói torre de três cubos

Posição da criança: sentada no colo da mãe ou no chão. Coloque três cubos sobre a mesa ou no chão em frente à criança. Pegue outros três cubos e faça uma torre com eles. Diga para a criança: "Faça uma torre como a minha. Construa uma torre". São permitidas três tentativas.

Realização adequada: se a criança colocar os três cubos, um cubo sobre o outro, e eles não caírem quando ela retirar a mão, terá alcançado este marco.

Aponta duas figuras

Posição da criança: sentada no colo da mãe ou no colchonete. Mostre a folha de papel com cinco figuras: pássaro, cachorro, menina, carro e flor (Anexo – Quadro de Figuras). Solicite à criança: "Mostre a menina" ou "Cadê a menina?" Registre a resposta da criança. Repita o mesmo procedimento para todas as figuras.

Realização adequada: se a criança apontar corretamente duas das cinco figuras, terá alcançado este marco.

Chuta a bola

Posição da criança: criança em pé. Posicione a bola a mais ou menos 15 cm da criança ou jogue a bola para ela. Verifique se ela chuta a bola. Você pode demonstrar como fazê-lo.

Realização adequada: se a criança chutar a bola sem se apoiar em objetos, terá alcançado este marco.

Na faixa etária de 2 anos a 2 anos e 6 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 2 anos a 2 anos e 6 meses:

- Veste-se com supervisão.
- Constrói torres com seis cubos.
- Forma frases com duas palavras.
- Pula com ambos os pés.



Veste-se com supervisão

Posição da criança: em qualquer posição. Durante o exame da criança, solicite que ela vista qualquer peça de roupa, exceto bonés ou chinelos, fácil de vestir. O objetivo é verificar se a

criança é capaz de vestir uma peça de roupa, tais como cuecas, meias, sapatos, casacos etc., demonstrando independência. Os sapatos não precisam estar com o cadarço amarrado, com as fivelas presas ou nos pés corretos. Um boné colocado casualmente sobre a cabeça não deve ser considerado. Se a criança não quiser fazê-lo, pergunte à mãe se ela o faz em casa.

Realização adequada: se a criança for capaz de vestir qualquer peça de roupa, ou se a mãe relata que ela faz isso em casa, terá alcançado este marco.

Constrói torres com seis cubos

Posição da criança: com a criança sentada à mesa (a altura da mesa deverá permitir que os cotovelos da criança fiquem no mesmo nível da superfície da mesa e suas mãos fiquem sobre a mesa), coloque os blocos sobre esta, em frente à criança. Estimule-a a empilhar os blocos, por meio de demonstração e de fala. Pode ser necessário segurar os blocos para a criança, um de cada vez. São permitidas três tentativas.

Realização adequada: se a criança empilhar seis cubos e eles não caírem, quando ela retirar sua mão, terá alcançado este marco.

Forma frases com duas palavras

Posição da criança: em qualquer posição. Observe a linguagem da criança durante a consulta. Se não for possível, pergunte aos pais como ela faz para se comunicar. Se a descrição dos pais não for suficiente, pergunte se ela já une duas palavras formando frases.

Realização adequada: se formula frases de duas palavras, composta por substantivo e verbo, terá alcançado este marco. Ex.: “Nenê come”.

Pula com ambos os pés

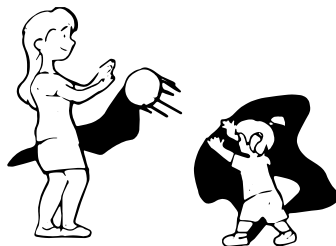
Posição da criança: com a criança de pé, peça a ela para pular com ambos os pés. Demonstre como deve ser feito.

Realização adequada: se a criança pular com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar, considere atingido este marco. A criança não pode correr antes de pular nem pode segurar-se em algum objeto.

Na faixa etária de 2 anos e 6 meses a 3 anos, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 2 anos e 6 meses a 3 anos:

- Brinca com outras crianças.
 - Imita uma linha vertical.
 - Reconhece duas ações.
 - Arremessa a bola.
-



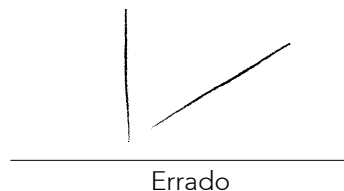
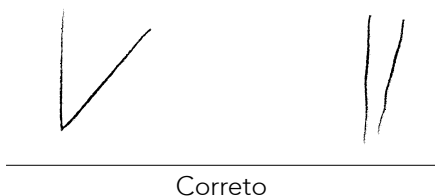
Brinca com outras crianças

Posição da criança: em qualquer posição. Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.

Realização adequada: se o acompanhante disser que ela o faz, terá alcançado este marco.

Imita uma linha vertical

Posição da criança: a criança deve ser colocada sentada à mesa, em um nível confortável para escrever. Coloque um lápis e uma folha de papel (sem pauta) em frente à criança e diga para ela desenhar as linhas como você fizer. Sobre o papel, demonstre como desenhar linhas verticais. Não guie a mão da criança. Podem ser feitas três demonstrações.



Realização adequada: se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos 5 cm de comprimento, terá alcançado este marco. As linhas também não deverão ter inclinação maior que 30°. As linhas podem ser onduladas.

Reconhece duas ações

Posição da criança: com a criança sentada à mesa, mostre a Folha de Figuras. Peça para a ela apontar a figura de acordo com as ações: "Quem é que faz miau?", "Quem é que late?", "Quem é que galopa?", "Quem é que fala?".

Realização adequada: se a criança apontar corretamente duas ou três figuras, terá alcançado este marco.

Arremessa a bola

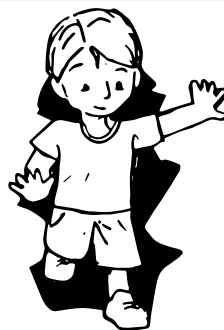
Posição da criança: com a criança de pé, dê a bola e fique a, aproximadamente, 90 cm dela. Peça para ela arremessar a bola para você, acima dos braços. Permita três tentativas, demonstrando antes como deve ser feito.

Realização adequada: se a criança arremessar a bola acima do braço, ao alcance do examinador (entre os joelhos e a cabeça), diretamente, sem que se forme um arco, terá alcançado este marco. A bola não pode ser lançada de lado ou por baixo.

Na faixa etária de 3 anos a 3 anos e 6 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 3 anos a 3 meses e 6 meses:

- Veste uma camiseta.
- Move o polegar com a mão fechada.
- Compreende dois adjetivos.
- Equilibra-se em cada pé por um segundo.



Veste uma camiseta

Posição da criança: em qualquer posição. Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir sua camiseta e/ou pulôver sem ajuda.

Realização adequada: se a criança for capaz de colocar a camiseta pela cabeça e enfiar os braços nas mangas, considere alcançado este marco. A camiseta pode estar invertida ou do lado avesso.

Move o polegar com a mão fechada

Posição da criança: em qualquer posição. Demonstre para a criança, com uma ou ambas as mãos, fazendo o sinal de "ok". Mova somente o polegar para cima. Peça para a criança mover o polegar dela, da mesma forma. Não a ajude colocando a mão dela na posição. Pode ser pedido à criança para que ela faça o gesto de "ok", "legal" ou "positivo".

Realização adequada: se a criança mover o polegar de uma ou de ambas as mãos, sem mover qualquer dos outros dedos, terá alcançado este marco.

Compreende dois adjetivos

Posição da criança: em qualquer posição. Faça as seguintes perguntas, uma por vez:

- "O que você faz quando está com frio?".
- "O que você faz quando está cansado?".
- "O que você faz quando está com fome?".

Realização adequada: se a criança responder corretamente dois ou três adjetivos, terá alcançado este marco. Exemplos de respostas corretas:

- Frio: "Coloco um casaco."; "Vou para dentro."; "Me cubro.". Não são aceitas respostas referentes a ficar resfriado, como "Fico tossindo." ou "Tomo remédio.".
- Cansado: "Vou para a cama."; "Vou deitar."; "Durmo.".
- Com fome: "Como."; "Almoço."; "Peço algo para comer.".

Equilibra-se em cada pé por um segundo

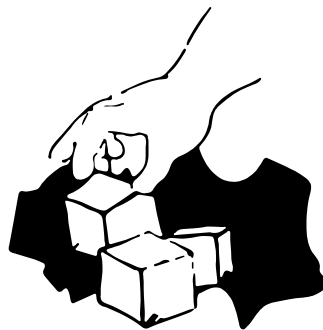
Posição da criança: com a criança de pé. Demonstre a ela como equilibrar-se em um pé só, sem apoiar-se em algum objeto, dando-lhe três tentativas. Peça, então, que ela repita o mesmo procedimento com o outro pé, dando-lhe o mesmo número de tentativas.

Realização adequada: se a criança permanecer em um só pé, por pelo menos 1 segundo, terá alcançado este marco.

Na faixa etária de 3 anos e 6 meses a 4 anos, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 3 anos e 6 meses a 4 anos:

- Emparelha cores.
- Copia círculos.
- Fala inteligível.
- Pula em um pé só.



Emparelha cores

Posição da criança: a criança deve ser colocada sentada à mesa. Ofereça-lhe todos os cubos e solicite que junte os que se parecem, sem induzir o critério de classificação "vermelho com vermelho". Ex.: "Você pode colocar os cubos que se parecem um ao lado do outro?".

Realização adequada: se a criança parear os cubos por cores, um ou mais pares, considere alcançado este marco.

Copia círculos

Posição da criança: a criança deve ser colocada sentada à mesa, em um nível confortável para escrever. Forneça-lhe um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Mostre a ela a ficha contendo o desenho do círculo. Não nomear a figura nem mover o desenho ou o lápis para demonstrar como desenhá-lo. Peça para a criança copiar o desenho da figura. Podem ser fornecidas três tentativas.



Realização adequada: se a criança desenhar qualquer forma de aproximação com um círculo, que esteja fechada ou quase fechada, terá alcançado este marco. Considerar que a criança falhou se houver espirais.

Fala inteligível

Posição da criança: qualquer posição. Durante a situação de testagem, observe a inteligibilidade da fala da criança (articulação e verbalização de ideias em sequência).

Realização adequada: se a fala da criança for inteligível, terá alcançado este marco.

Pula em um pé só

Posição da criança: com a criança de pé. Peça-lhe para pular em um pé só, sem apoiar-se em algum objeto. Demonstre como deve ser feito.

Realização adequada: se a criança pular duas ou mais vezes em uma fila, no mesmo local ou em saltos, sem apoiar-se, considere alcançado este marco.

Na faixa etária de 4 anos a 4 anos e 6 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 4 anos a 4 anos e 6 meses:

- Veste-se sem ajuda.
- Copia uma cruz.
- Compreende quatro preposições.
- Equilibra-se em cada pé por três segundos.



Veste-se sem ajuda

Posição da criança: em qualquer posição. Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir-se sem ajuda.

Realização adequada: se a criança já for capaz de vestir-se completa e corretamente, sem ajuda, terá alcançado este marco. Ela deve ser capaz de, habitualmente, retirar suas próprias roupas (ao menos aquelas que ela usa no seu dia a dia para brincar). Pode necessitar de ajuda apenas com os cadarços dos sapatos e com os botões e zíper na parte detrás das roupas.

Copia uma cruz

Posição da criança: a criança deve ser colocada sentada à mesa, em um nível confortável para escrever. Forneça-lhe um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Mostre a ela a ficha contendo "+". Não nomear a figura nem mover seu dedo ou o lápis para demonstrar como desenhá-la. Peça para a criança: "Faça um desenho como este!". Podem ser fornecidas três tentativas.

Realização adequada: se a criança desenhar duas linhas que se cruzem próximo ao seu ponto médio, considere alcançado este marco. As linhas podem ser onduladas, mas o cruzamento das linhas deve ser feito usando-se apenas dois traços contínuos.



Correto



Errado

Compreende quatro preposições

Posição da criança: com a criança de pé. Dê-lhe um bloco e peça: "Coloque o bloco em cima da mesa."; "Coloque o bloco embaixo da mesa."; "Coloque um bloco na minha frente."; "Coloque um bloco atrás de mim.". Entre cada uma das instruções, segure o bloco ou dê para a criança segurar. A criança deve realizar quatro de quatro ordens.

Realização adequada: se a criança realizar todas as ordens corretamente, terá alcançado este marco.

Equilibra-se em cada pé por três segundos

Posição da criança: procedimento semelhante a "Equilibra-se em cada pé por um segundo", mas com o tempo de três segundos ou mais.

Na faixa etária de 4 anos e 6 meses a 5 anos, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 4 anos e 6 meses a 5 anos:

- Escova os dentes sem ajuda.
- Aponta a linha mais comprida.
- Define cinco palavras.
- Equilibra-se em um pé cinco segundos.



Escova os dentes sem ajuda

Posição da criança: em qualquer posição. Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de escovar os dentes, sem ajuda ou supervisão (durante algum tempo), inclusive na colocação da pasta de dentes, na escovação dos dentes posteriores e no uso do fio dental.

Realização adequada: se os cuidadores relatarem que a criança é capaz de escovar seus dentes, sem ajuda ou supervisão (pelo menos durante algum tempo), considere alcançado este marco. Os cuidadores podem, algumas vezes, ajudar a criança, reforçando o treinamento, para garantir uma boa escovação.

Aponta a linha mais comprida

Posição da criança: com a criança sentada à mesa. Mostre para a mesma a ficha contendo o desenho de duas linhas paralelas (certifique-se de que o desenho é apresentado com as linhas paralelas na posição vertical). Pergunte para a criança "Qual linha é a mais comprida?" (não diga "maior"). Depois que a criança responder, vire a ficha de cima para baixo e repita a pergunta.

Vire a ficha novamente e repita o procedimento pela terceira vez. Se a criança não responder corretamente as três perguntas, repita o procedimento mais uma vez, não se esquecendo de virar a ficha.

Realização adequada: se a criança escolher a linha mais comprida, em três das três tentativas, ou em cinco das seis tentativas, terá alcançado este marco.

Define cinco palavras

Posição da criança: com a criança sentada à frente do examinador. Observe se a mesma está atenta a você, então diga: “Eu vou dizer uma palavra e quero que você me diga o que é essa palavra.”. Diga uma palavra por vez. Pode-se repetir até três vezes cada palavra, se necessário, dizendo: “Me diga alguma coisa sobre...”, “O que você sabe sobre...”, mas não peça para a criança dizer o que ela faz com o objeto, ou para o que serve o objeto.

Pergunte uma palavra por vez:

- “O que é uma bola?”.
- “O que é um rio?”.
- “O que é uma mesa?”.
- “O que é uma casa?”.
- “O que é uma banana?”.
- “O que é uma cortina?”.
- “O que é um muro?”.
- “O que é um teto?”.

Realização adequada: se a criança definir corretamente de cinco a sete palavras, de acordo com o critério para a idade, considere alcançado este marco. A definição é aceitável quando inclui: 1) uso; 2) forma; 3) material do que é feito; 4) categoria geral.

Exemplos:

- Bola: brincar, círculo, borracha, brinquedo.
- Rio: pescar, água, tem peixe.
- Mesa: se come, se põe livros, se escreve, é de madeira, de plástico.
- Casa: se mora nela, é feita de tijolos, de madeira etc.

- Banana: se come, tem casca, é fruta.
- Cortina: cobre a janela, não se vê dentro.
- Muro: cerca o quintal, serve para subir.
- Teto: em cima do quarto, para proteger da chuva.

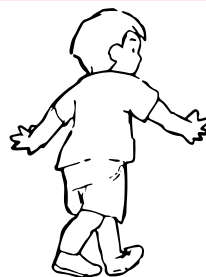
Equilibra-se em um pé por cinco segundos

Procedimento semelhante a “Equilibra-se em cada pé um segundo”, mas com o tempo de cinco segundos ou mais.

Na faixa etária de 5 anos a 5 anos e 6 meses, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 5 anos a 5 anos e 6 meses:

- Brinca de fazer de conta com outras crianças.
- Desenha uma pessoa com seis partes.
- Faz analogia.
- Marcha em ponta-calcanhar.



Brinca de fazer de conta com outras crianças

Posição da criança: em qualquer posição. Pergunte aos cuidadores se a criança participa de brincadeiras de fazer de conta (ex.: casinha, escola), tanto no contexto familiar quanto no escolar.

Realização adequada: se os cuidadores relatarem que a criança participa desse tipo de brincadeiras com seus pares, terá alcançado este marco.

Desenha uma pessoa com seis partes.

Posição da criança: a criança deve ser colocada sentada à mesa, em um nível confortável para escrever. Forneça-lhe um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Peça a ela para que desenhe uma pessoa (menino, menina, mamãe, papai etc.). Certifique-se de que ela tenha terminado o desenho antes de pontuar o item do teste. As partes do corpo presentes em pares deverão ser consideradas como uma parte apenas (orelhas, olhos, braços, mãos, pernas e pés). Considere como certo somente se ambas as partes do par forem desenhadas.

Realização adequada: se a criança desenhar seis ou mais partes do corpo, considere alcançado este marco.

Faz analogia

Posição da criança: em qualquer posição. Pergunte à criança, devagar e distintamente, uma questão de cada vez:

- “Se o cavalo é grande, o rato é...”.
- “Se o fogo é quente, o gelo é...”.
- “Se o Sol brilha durante o dia, a Lua brilha durante...”.

A criança deverá completar corretamente duas das três frases.

Realização adequada: se a criança completar corretamente duas frases usando, por exemplo: grande – pequeno; quente – gelado; frio – congelado (“molhado” ou “água” são considerados erros); dia – noite, escuro, preto, terá alcançado este marco.

Marcha em ponta-calcanhar

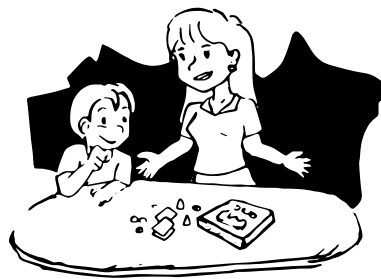
Posição da criança: com a criança de pé. Demonstre a ela como andar em linha reta, encostando a ponta de um pé no calcanhar do outro. Ande, aproximadamente, oito passos desta forma e então peça para que a criança o imite. Se necessário, demonstre várias vezes (pode-se facilitar a compreensão comparando-se este andar com o “andar na corda bamba”). Até três tentativas são permitidas.

Realização adequada: se a criança conseguir dar quatro ou mais passos em linha reta, com o calcanhar a, no máximo, 2,5 cm da ponta do pé, sem apoiar-se, terá alcançado este marco.

Na faixa etária de 5 anos e 6 meses a 6 anos, vamos observar os seguintes comportamentos:

De 5 anos e 6 meses a 6 anos:

- Aceita e segue regras nos jogos de mesa.
- Copia um quadrado.
- Define sete palavras.
- Equilibra-se em cada pé por 7 segundos.



Aceita e segue regras nos jogos de mesa

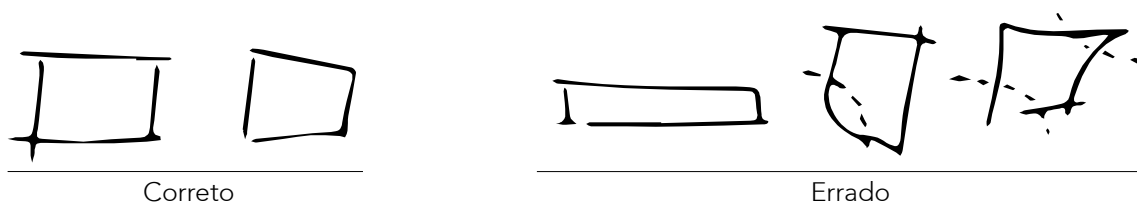
Posição da criança: em qualquer posição. Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.

Realização adequada: se os cuidadores relatarem que a criança consegue aceitar e seguir as regras nos jogos de mesa terá alcançado este marco.

Copia um quadrado

Posição da criança: a criança deve ser colocada sentada à mesa, em um nível confortável para escrever. Forneça-lhe um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Mostre a ela a ficha contendo o desenho “□”. Não nomear a figura nem mover seu dedo ou o lápis para demonstrar como desenhá-la. Peça para a criança: “Faça um desenho como este!”. Podem ser fornecidas três tentativas. Se a criança for incapaz de copiar o quadrado da ficha, mostre a ela como fazê-lo, desenhando dois lados opostos (paralelos) e depois os outros dois lados opostos (em vez de desenhar o quadrado com um movimento contínuo). Três demonstrações e tentativas podem ser fornecidas.

Realização adequada: se a criança desenhar a figura com quatro linhas retas e quatro cantos, considere alcançado este marco. Os cantos podem ser formados pelo cruzamento das linhas, mas os ângulos devem ser aproximadamente corretos (não curvos ou com pontas acentuadas). O comprimento deve ser menor que duas vezes a largura.



Define sete palavras.

Posição da criança: procedimento semelhante ao item “Define cinco palavras”, mas com sete palavras.

Equilibra-se em cada pé por sete segundos.

Posição da criança: procedimento semelhante a “Equilibra-se em cada pé por um segundo”, mas com o tempo de sete segundos ou mais.

Para tomada de decisão quanto ao desenvolvimento da criança, reveja se há fatores de risco (Quadro A) e observe se há alterações no exame físico da criança (Quadro B):

QUADRO A

PERGUNTE SE HÁ FATORES DE RISCO, TAIS COMO:

Ausência ou pré-natal incompleto.
Problemas na gestação, parto ou nascimento da criança.
Prematuridade.
Peso abaixo de 2.500 g.
Icterícia grave.
Hospitalização no período neonatal.
Doenças graves como meningite, traumatismo craniano ou convulsões.
Parentesco entre os pais.
Casos de deficiência ou doença mental na família.
Fatores de risco ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.

QUADRO B

OBSERVE SE HÁ ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:

Perímetro Cefálico $< -2ZS$ ou $> +2ZS$

Presença de alterações fenotípicas:

Fenda palpebral oblíqua.
Olhos afastados.
Implantação baixa de orelhas.
Fenda labial.
Fenda palatina.
Pescoço curto e/ou largo.
Prega palmar única.
Quinto dedo da mão curto e recurvado.
Dente natal.
Dente neonatal.

Não se esqueça de perguntar a mãe sobre o desenvolvimento da criança e, se ela achar que não vai bem, redobre sua atenção ao avaliá-la.

5.3 Classificar o desenvolvimento

Em seguida, observe os marcos do desenvolvimento de acordo com a faixa etária da criança e faça a classificação de acordo com o Quadro C. Caso a criança não apresente alterações no exame físico, apresentar todos os marcos para sua faixa etária e não apresentar fatores de risco para o desenvolvimento, ela deve estar com o **Desenvolvimento Normal** (faixa verde). Caso a criança não apresente alterações no exame físico, todos os marcos para a sua faixa etária estiverem presentes, mas existem um ou mais fatores de risco, classifique esta criança como **Desenvolvimento Normal com Fatores de Risco** (faixa amarela). Caso ela não apresente alterações no exame físico, mas apresente ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária, fique alerta para o seu desenvolvimento. Verifique então os marcos da faixa etária anterior. Se os marcos da faixa etária anterior estiverem presentes e só os da sua faixa etária estiverem ausentes, classifique como **Alerta para o Desenvolvimento** (faixa amarela). Se deixar de apresentar um ou mais marcos da faixa etária anterior a sua, ou houver alterações no exame físico (três ou mais alterações fenotípicas, assim como perímetro cefálico $< -2\text{ZS}$ ou $> +2\text{ZS}$), classifique-a como **Provável Atraso no Desenvolvimento** (faixa vermelha).

Avaliação e classificação do desenvolvimento

AVALIAR	CLASSIFICAR
- Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior Ou - Perímetro cefálico $< -2\text{ ZS}$ ou $> +2\text{ ZS}$ e/ou - Presença de três ou mais alterações fenotípicas	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco	DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	DESENVOLVIMENTO NORMAL

Feita a classificação do desenvolvimento, tome as condutas de acordo com o Quadro D. Se a criança for classificada como **Desenvolvimento Normal**, elogie a mãe e oriente que continue estimulando seu filho. Oriente para retornar para o acompanhamento do desenvolvimento de acordo com a rotina do serviço de saúde – por exemplo, a cada dois meses, na faixa etária entre 2 a 6 meses; de três em três meses, na faixa etária entre seis a 18 meses; e uma vez a cada seis meses, na faixa etária entre 18 a 72 meses. Se a criança for classificada como **Alerta para o Desenvolvimento** ou como **Desenvolvimento Normal com Fatores de Risco**, oriente a mãe a estimular sua criança, marque retorno com 30 dias e informe a mãe sobre os sinais de alerta para

retornar antes dos 30 dias. Entre estes sinais, destacamos as convulsões ou a criança deixar de fazer alguma habilidade que já fazia antes. Se a criança for classificada como **Provável Atraso no Desenvolvimento**, refira para avaliação neuropsicomotora e orientação por um profissional que tenha conhecimentos mais aprofundados de desenvolvimento infantil. Para as crianças com alterações fenotípicas, se possível, encaminhe também para um serviço de genética. Nem toda síndrome genética cursa com atraso de desenvolvimento. Explique à mãe que o fato de a criança estar sendo referenciada para avaliação não quer dizer que necessariamente tenha algum atraso no desenvolvimento. A equipe especializada que vai atendê-la, após exame criterioso, é quem vai lhe dizer sobre a sua condição de ter ou não algum tipo de problema. E, se houver problemas, a criança estará recebendo os cuidados e orientações necessárias.

Na **Consulta de Retorno** da criança com **Alerta para o Desenvolvimento**, observe se a criança já apresenta os marcos que estavam ausentes. Em caso afirmativo, elogie a mãe e a oriente sobre a estimulação da criança, e solicite que retorne para o acompanhamento do desenvolvimento de acordo com a rotina do serviço de saúde. Se a criança não progrediu, continue acompanhando-a de 30 em 30 dias, orientando as estimulações necessárias, até atingir a próxima faixa etária. Se não atingiu os marcos esperados, classifique como **Provável Atraso no Desenvolvimento** e refira para avaliação neuropsicomotora. Se a criança foi classificada como **Desenvolvimento Normal com Fatores de Risco** e continua apresentando os marcos de desenvolvimento para sua faixa etária presentes, elogie a mãe, oriente sobre a estimulação da criança e solicite que retorne para o acompanhamento do desenvolvimento de acordo com a rotina do serviço de saúde. Informar também sobre os sinais de alerta para retornar antes da data do retorno.

Classificação e tratamento do desenvolvimento

CLASSIFICAR	TRATAR
PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	• Referir para avaliação neuropsicomotora
ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO	• Orientar a mãe para promoção do desenvolvimento infantil saudável • Marcar consulta de retorno em 30 dias • Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias
DESENVOLVIMENTO NORMAL	• Elogiar a mãe • Orientar a mãe para promoção do desenvolvimento infantil saudável • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar à mãe quando retornar imediatamente.

5.4 Orientar para promoção do desenvolvimento infantil saudável

Para que uma criança se desenvolva de forma saudável é necessário, antes de mais nada, sentir-se amada, protegida e cuidada. Esse papel é inicialmente preenchido pela família. É na família que a criança, ao nascer, recebe os cuidados com sua alimentação, saúde, higiene que garantem sua sobrevivência. É também na família que se estabelecem relações íntimas e constantes com a mãe, o pai e outras pessoas de seu grupo, que vão permitir seu processo de socialização humana. O desenvolvimento da criança pressupõe que os adultos que convivem com ela exerçam também o seu papel, pois é no âmbito da vida familiar que a criança inicia a construção de sua autoestima e de sentimentos de autonomia, criatividade, humor, lealdade, cooperação, respeito. É a valorização desses sentimentos que oportunizam o aprofundamento de relações solidárias tipicamente humanas e a prática de valores comunitário.

A seguir, serão apresentadas algumas orientações que podem ser dadas aos cuidadores das crianças no sentido de proporcionar-lhes um desenvolvimento adequado e seguro.

Orientações gerais para qualquer faixa etária:

Características individuais	
Fatores protetores (O que fazer)	Fatores de risco (O que evitar)
Apoiar e amar a criança sempre (incondicionalmente). Elogiar a criança sempre que ela faça algo corretamente ou está se esforçando.	Falta de atenção, carinho, amor e cuidados com a criança. Autoritarismo demasiado com a criança.
Deixar a criança expressar suas vontades e desejos e respeitá-la. Dar oportunidade para a criança para fazer coisas sozinha.	Superproteção da criança. Proibição excessiva (não deixar a criança experimentar coisas novas).
Realizar atividades com prazer e alegria. Criar ambientes, seguro, alegre e festivo.	Falta de espaço para brincadeiras. Valorizar situações negativas e trágicas.
Deixar a criança criar e brincar livremente. Oferecer materiais (seguros) para a criança brincar. Dar limites mediante o diálogo (para que a criança aprenda o que pode e não fazer)	Limitação de estímulos no desenvolvimento da criança (crianças muitas horas pressa no berço, ou cercadinho). Regras rígidas ou severas (com uso de violência como justificativa pedagógica)
Características familiares	
O que fazer	O que evitar
Valorizar um ambiente familiar harmonioso e de confiança. Saber escutar a criança e observar seu bem-estar. Permitir espaço de convivência familiar intergerações (contar histórias da família)	Conflitos familiares constantes. Violência intrafamiliar contra a criança (de natureza física, sexual, psicológica, negligência e/ou abandono). Exposição à violência parental Abandonar a criança no caso de morte ou separação de entes queridos.
Características da comunidade	
O que fazer	O que evitar
Resgatar e valorizar a importância da cultura local. Rede de cuidados e de proteção da criança atuante no território Gestores e comunidade com interesse pela criança.	Criança brincando em espaços lúdicos e lazer sozinha ou com pessoas desconhecidas Falta de coesão e solidariedade na comunidade.

ORIENTAÇÕES POR FAIXA ETÁRIA:

DE 2 A 4 MESES:

Brinque com o bebê, conversando e olhando para ele. Aproveite os horários das mamadas e do banho para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

- Coloque objetos seguros em frente ao bebê e estimule para que ele os pegue. Caso não o faça no início, coloque o brinquedo em sua mão para que aprenda a agarrar e manipular.
- Coloque o bebê de bruços, apoiado em seus braços, e brinque com ele, conversando ou mostrando-lhe brinquedos a sua frente. Isso fortalecerá seus músculos do pescoço e do tronco, dando-lhe maior firmeza para aprender movimentos como rolar e sentar-se com apoio.
- Cante canções suaves para o bebê. A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria para ele. Na hora de colocá-lo para dormir, as canções suaves ajudam muito a acalmá-lo e a fazê-lo adormecer.
- Comece a anotar as conquistas do seu bebê. Assim você poderá ajudar o profissional de saúde no preenchimento dos ganhos de habilidades da Caderneta da Criança.

Cuidado com acidentes que podem ocorrer nesta faixa etária (Quadro 1 – Prevenção de acidentes domésticos com criança).

- **Quedas:** proteja o berço e o cercado com grades altas com no máximo 6 cm entre elas; não deixe a criança sozinha em cima de qualquer móvel, nem por um segundo; não deixe a criança sob os cuidados de outra criança.
- **Queimaduras:** no banho, verifique a temperatura da água (ideal a 37°C); não tome líquidos quentes enquanto estiver com a criança no colo; não fume dentro de casa, principalmente com a criança no colo; e não deixe a criança próxima ao fogão e ao aquecedor.
- **Sufocação:** nunca use talco; ajuste o lençol do colchão e cuide para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros; utilize brinquedos grandes e inquebráveis.
- **Afogamento:** nunca deixe a criança sozinha na banheira. Separe o que precisa para banhá-la antes de iniciar o banho.
- **Medicamentos:** nunca dê remédio que não tenha sido receitado para a criança.

- **Acidentes no trânsito:** a criança deve ser transportada no bebê-conforto ou no conversível – uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme orientação do fabricante.

DE 4 A 6 MESES:

- Ao oferecer algo para o bebê (comida, brinquedo etc.), espere um pouco para ver sua reação. Com isso, ele aprenderá a expressar aceitação, prazer e desconforto.
- Continue garantindo que o bebê tenha uma rotina de sono e alimentação. Acostume o bebê a dormir mais à noite.
- Ofereça brinquedos a pequenas distâncias do bebê e peça que ele o alcance. Distancie e aproxime o brinquedo para os lados e para cima. Este jogo, além de favorecer seus movimentos, também irá diverti-lo.
- Converse ou faça sons fora do alcance visual do bebê, para que ele tente localizar de onde vem o som.
- Estimule-o a rolar, mudando de posição (de barriga para baixo virando de barriga para cima). Para isso, use objetos e outros recursos (brinquedos ou objetos coloridos que chame sua atenção, bater palmas etc.).
- Próximo aos 6 meses, estimule seu bebê a sentar-se sozinho, por alguns instantes, em lugar seguro apoiando-o entre almofadas, travesseiros, rolinhos ou cobertor.

Mantenha ainda os mesmos cuidados para prevenir acidentes da faixa anterior

Lembre-se de que o bebê está aprendendo a se virar, mudando de posição. Não o deixe sozinho na cama ou em lugares que coloquem sua vida em risco.

DE 6 A 9 MESES:

- Nesta idade, a criança busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las e obter sua aprovação. Dê atenção a ela demonstrando que está atento a seus pedidos. Demonstre alegria com suas aprendizagens.
- Dê à criança brinquedos fáceis de segurar, para que ela treine passar de uma mão para a outra. Elas também gostam de batê-los no chão e colocá-los dentro de caixas e recipientes de boca larga. Proporcione estas brincadeiras.

- Converse bastante com a criança usando palavras de fácil repetição (“dada”, “papa” etc.). Nomeie objetos, pessoas e partes do corpo da criança.
- Coloque a criança no chão (esteira, colchonete) estimulando-a a sentar. Coloque objetos a sua frente, estimulando-a a buscá-los se arrastando e/ou engatinhando.
- Cubra objetos com um pano e pergunte à criança onde está. Caso ela não o encontre, retire o pano para que ela possa vê-lo. Aos poucos a criança perceberá que o objeto está escondido. Isso ajuda a criança a entender que as pessoas e objetos continuam existindo mesmo quando ela não os vê.
- Nesta faixa etária já deve haver uma rotina de horários para sono, alimentação e brincadeiras, que deve ser seguida também nos finais de semana. Ajude a estabelecer estas rotinas.

Em relação à prevenção de acidentes, todos os cuidados anteriores devem ser mantidos. Nessa faixa de idade a criança começa a se locomover sozinha, está mais ativa e curiosa. Portanto, cuidado com:

- **Choques:** coloque protetores nas tomadas e nos fios elétricos.
- **Quedas:** coloque redes de proteção ou grades nas janelas, que possam ser abertas em casos de incêndio; ponha barreiras de proteção nas escadas; certifique-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar que ele caia e machuque a criança.
- **Queimaduras:** use as bocas de trás do fogão e mantenha os cabos das panelas voltados para o centro do fogão; mantenha a criança longe de fogo, de aquecedor e de ferro elétrico.
- **Sufocação:** afaste sacos plásticos, cordões e fios.
- **Afogamentos:** não deixe a criança sozinha perto de baldes, de tanques, de poços e de piscinas.
- **Intoxicação:** mantenha produtos de limpeza e medicamentos fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados.
- **Acidente de trânsito:** no carro, a criança deve ser transportada no bebê-conforto ou no conversível – uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante.

DE 9 MESES A 1 ANO:

- Brinque com a criança com músicas, fazendo gestos (bater palmas, dar tchau etc.), solicitando sua resposta. Converse com ela fazendo perguntas simples e dando pequenas ordens ("venha aqui", "pegue o brinquedo", "dá me" etc.).
- Inicie o hábito de contar histórias para sua criança, principalmente na hora de dormir.
- Coloque ao alcance da criança, sempre na presença de um adulto, objetos pequenos, como tampinhas ou bolinha de papel pequena, para que ela possa apanhá-los, usando o movimento de pinça (dois dedinhos). Muito cuidado para que ela não coloque esses objetos na boca, nariz ou ouvidos.
- Converse com a criança, mostre fotos, livros e revistas, estimulando-a a reconhecer e repetir o nome das pessoas, dos animais e dos objetos que visualiza.
- Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule a criança a pegá-los apoiando-se nos móveis para permanecer em pé. Isto lhe dará segurança e equilíbrio para ficar em pé sem apoio.
- Estimule a criança a caminhar, segurando-a em suas duas mãos e depois em apenas uma, até que ela se sinta confiante para seguir sozinha.

Os mesmos cuidados com os acidentes da faixa etária anterior devem ser mantidos .

DE 1 ANO A 1 ANO E 3 MESES:

- Seja firme e claro com a criança, mostrando-lhe o que pode e o que não pode fazer. Não é necessário gritar ou castigar a criança.
- Afaste-se da criança por períodos curtos, para que ela aprenda a sentir-se segura durante sua ausência.
- Estimule o uso das palavras em vez de gestos, usando rimas, músicas e sons comumente falados.
- Ofereça à criança caixas e/ou potes de diversos tamanhos para que ela aprenda a encaixar e retirar um de dentro do outro. Ela também gosta de empilhar objetos de diferentes tamanhos e de abrir e fechar tampas de caixas e/ou potes.
- Crie oportunidades para ela locomover-se com segurança a fim de aprender a andar sozinha

Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos para evitar os acidentes. Além destes, a criança já começa a andar sozinha e gosta de mexer em tudo. Portanto cuidado com:

- **Quedas:** coloque proteção nas escadas e nas janelas; proteja os cantos dos móveis.

- **Segurança em casa:** coloque obstáculo na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro; não deixe ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos; coloque longe do alcance das crianças objetos que se quebram, além de detergentes, medicamentos e outros com substâncias corrosivas, pois elas gostam de explorar o ambiente em que vivem.
- **Acidente de trânsito:** no carro, a criança deve usar a cadeira especial no banco de trás, voltada para frente e corretamente instalada, conforme orientações do fabricante.
- **Atropelamento:** na rua, segure a criança pelo pulso, assim você evita que ela se solte e corra em direção à rodovia; não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e rua); escolha lugares seguros para as crianças brincarem (parques, ciclovias, praças e outros).

DE 1 ANO E 3 MESES A 1 ANO E MEIO:

- Continue sendo claro e firme com a criança para que ela aprenda a ter limites. Evite ordens contraditórias.
- Faça solicitações simples à criança, utilizando o nome correto dos objetos. Isso ajuda a aumentar seu vocabulário e a compreender atitudes como alcançar, pegar ou largar um brinquedo, por exemplo.
- Dê à criança papel e giz de cera (tipo estaca, grosso) para que ela inicie os seus rabiscos. Isso estimula a sua criatividade e a coordenação dos movimentos das mãos.
- Crie oportunidades para a criança andar não só para frente, como também para trás, ou realizando curvas (puxando carrinho por uma corda etc.).

Os mesmos cuidados com os acidentes da faixa etária anterior devem ser mantidos.

DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS

- Nesta idade, a criança já compreende melhor o que é dela e o que é dos outros, mas ainda precisa de apoio para aprender a compartilhar brinquedos e para aceitar que não pode fazer tudo o que deseja. É importante que você tenha paciência e sinta-se seguro para estabelecer os limites necessários.
- Estimule a criança a colocar e tirar suas roupas, inicialmente com ajuda.
- Comece a estimular a criança a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la. Inicialmente, deixe-a sem fraldas de dia, com uma calcinha ou um *short*, para que sinta quando fizer xixi ou cocô. Quando perceber que a criança está com vontade de urinar ou de evacuar, leve-a até um peniquinho e estimule-a a usá-lo, sem forçar. Gradativamente, estimule o uso do vaso sanitário.

- Ofereça brinquedos de encaixe, que possam ser empilhados, e mostre como fazer.
- Mostre figuras nos livros e revistas falando seus nomes e criando diálogos a partir das figuras que surgem.
- Brinque de chutar bola (fazer gol).

Mantenha ainda os mesmos cuidados para prevenir acidentes da faixa anterior.

DE 2 ANOS A 2 ANOS E MEIO:

- Continue estimulando a criança a realizar de forma independente atividades diárias de autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, banhar-se e escovar os dentes. Procure acompanhar estas atividades, demonstrando satisfação com suas conquistas.
- Continue o treino dos esfíncteres, sempre lembrando que não deve ser forçado.
- Estimule a criança a brincar com outras crianças. Assim, aprenderá a se relacionar e a compartilhar os brinquedos.

Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos para a prevenção dos acidentes. A criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo.

- **Acidente de trânsito:** no carro, a criança deve usar a cadeira especial no banco de trás, voltada para frente e corretamente instalada, conforme orientações do fabricante (Quadro 2 – Prevenção de acidentes de transporte).
- **Atropelamento:** na rua, segure a criança pelo pulso, assim você evita que ela se solte e corra em direção à rodovia; não permita que a criança brinque ou corra em locais com fluxo de veículos (garagem e próximo à rodovia); escolha lugares seguros para as crianças brincarem e andarem de bicicletas (parques, ciclovias, praças e outros).
- **Outros cuidados:** não deixe a criança aproximar-se de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando.

DE 2 ANOS E MEIO A 3 ANOS:

Continue ensinando músicas e histórias simples para que ela aprenda e repita. A criança pode falar sobre os personagens e os acontecimentos da história, desenvolvendo sua linguagem e imaginação. Ela também pode falar sobre fatos de seu cotidiano, como suas brincadeiras, nome dos amigos e lugares que frequenta.

Mostre para ela figuras de animais, peças do vestuário, objetos domésticos e estimule a criança a falar sobre eles: o que fazem, para que servem (ex.: “Quem mia?”).

Brinque de desenhar com a criança. Ela pode desenhar com giz em papel ou, ainda, na terra com o dedo. Nesta fase, a criança já coloca intenção no desenho.

Faça brincadeiras utilizando bola. Peça para a criança jogar a bola em sua direção, dentro de uma caixa ou para derrubar objetos com a bola. Outras crianças e/ou adultos podem brincar juntos.

Ofereça pedaços de madeira, de plástico, de caixinhas e de potes. Solicite que a criança construa torres, pontes, caminhos e casas, desenvolvendo sua imaginação e criatividade. Você também pode solicitar que a criança diferencie os objetos por cor e forma.

Os mesmos cuidados com os acidentes da faixa etária anterior devem ser mantidos.

DE 3 ANOS A 3 ANOS E 6 MESES:

- Continue oportunizando brincadeiras com outras crianças. Assim, a criança aprenderá a compartilhar seus brinquedos e a conviver harmoniosamente com os amigos.
- Continue estimulando a criança a realizar tarefas de forma independente, como escovar os dentes, vestir-se, banhar-se e ir ao banheiro. Elogie suas conquistas e ajude somente quando ela precisar.
- A criança já é capaz de diferenciar sensações, como frio e calor, seco e molhado. Proporciono experiências em que ela possa provar e reconhecer diferentes sensações. Poderá fazer comentários do tipo: “Hoje está muito **frio**. Vamos colocar este casaco”, ou “Está fazendo **calor**. Vamos tirar este casaco”. “Pegue aqui no copo. O leite está **quente**”, ou “Pegue aqui no copo. A água está **fria**”.
- Estimule a criança a chutar a bola com um pé de cada vez, a saltar e a pular num pé só, alternadamente. Estes movimentos ajudam a criança a ter mais segurança e equilíbrio.

Mantenha ainda os mesmos cuidados para prevenir acidentes da faixa anterior .

DE 3 ANOS E 6 MESES A 4 ANOS:

- A capacidade de concentração da criança se ampliou, ela consegue permanecer por mais tempo em uma mesma brincadeira e presta mais atenção em características, como a cor, a forma e o tamanho dos objetos. Proporcione brincadeiras em que a criança selecione os objetos de seu ambiente, conforme estas características, agrupando aqueles que são semelhantes.
- Cuidado com o tom de voz, com as palavras, com os gestos e com as atitudes que realiza diante da criança. O comportamento das pessoas que convivem com a criança servem como exemplo para ela, que frequentemente imita estes modelos.
- Converse com a criança estimulando-a a falar sobre sua rotina doméstica, suas brincadeiras preferidas e os amigos com quem convive. Pergunte sobre o seu estado de comportamento (ex.: "Você está cansado?", "Você está com sono?"). Incentive a criança a contar como foi o seu dia na escola.
- Cante canções infantis que ensejem gestos, movimentos e imitações de animais e personagens de histórias infantis.
- Realize brincadeiras que exijam equilíbrio e concentração, como andar de triciclo, pular dentro e fora de um círculo desenhado no chão, andar em linha reta.

Mantenha ainda os mesmos cuidados para prevenir acidentes da faixa anterior.

DE 4 ANOS A 4 ANOS E 6 MESES:

- Nesta idade, a criança já se comunica bem por meio de palavras. Estimule a criança a expressar suas ideias e a inventar e/ou recontar histórias, canções e rimas conhecidas, escutando-a com atenção e permitindo o desenvolvimento de sua linguagem e imaginação. Não repreendê-las quando expressarem suas fantasias. Lembre-se de que a criança está aprendendo a dizer o que pensa.
- Incentivar a criança com brincadeiras que envolvam as seguintes atividades: desenhar (espontâneo e cópia), colorir, recortar figuras de revistas, nomeando sempre as figuras e solicitando que a criança nomeie seus desenhos.
- Não corrija eventuais erros na linguagem da criança, apenas repita a palavra de forma correta, oferecendo um modelo a ser seguido.
- Brinque de desenhar, colorir, criar formas em argila ou barro, explorando a imaginação e a criatividade da criança. Incentive-a a recortar figuras de revistas e a realizar colagens solicitando que fale sobre suas produções.

- Estimule a criança a correr e a escalar, a pular de pequenas alturas, a pular em um pé só (ex.: “Vamos imitar o saci-pererê?”).
- Passeie com ela em praças, em parques ou em outros locais onde ela possa realizar estes movimentos com segurança.

Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos para prevenir acidentes (Quadro 1 – Prevenção de acidentes domésticos). Embora mais confiante e capaz de fazer muitas coisas, a criança ainda precisa de supervisão. Converse com ela e explique sempre as situações de perigo.

- **Queimaduras:** crianças não devem brincar com fogo; evite que usem fósforo e álcool; mantenha-as longe de arma de fogo.
- **Afogamento:** a criança não deve nadar sozinha; ensine-a a nadar; não é seguro deixar crianças sozinhas em piscinas, lagos, rios ou mar, mesmo que elas saibam nadar.
- **Segurança em casa e na rua:** mantenha a criança em supervisão constante quando estiver com ela em lugares públicos como parques, supermercados e lojas; produtos inflamáveis (álcool, fósforos etc.), facas, armas de fogo, remédios e venenos devem estar totalmente fora do alcance das crianças (Quadro 2 – Prevenção de acidentes de transporte).
- **Acidente de trânsito:** no carro, a criança deve usar os assentos de elevação (*boosters*), com cinto de segurança de três pontos no banco traseiro.
- **Atropelamento:** na rua, segure a criança pelo pulso, assim você evita que ela se solte e corra em direção à rodovia; escolha lugares seguros para as crianças brincarem e andarem de bicicletas (parques, ciclovias, praças e outros).

DE 5 ANOS A 5 ANOS E 6 MESES:

- Continue incentivando a criança a realizar atividades da vida diária de forma independente, como cuidar de sua higiene e organizar seus brinquedos sem o apoio de um adulto.
- A criança já identifica objetos por cor, por forma e por tamanho, podendo classificá-los por categorias, conforme diferenças e semelhanças entre eles (ex.: agrupa os objetos da mesma cor ou da mesma forma). Nesta idade, é importante estimular a criança a realizar novas relações entre os objetos, fortalecendo sua capacidade de reflexão. Solicite, por exemplo, que a criança observe como os objetos podem ser diferentes, mas da mesma quantidade (ex.: “Onde tem mais objetos?”, “Onde tem menos?”).
- Estimule brincadeiras de faz de conta (ex.: “casinha”, “escola”, “encenação de histórias infantis”). Estas brincadeiras ajudam a criança a organizar e a expressar seus pensamentos e emoções, além de enriquecer sua identidade, pois permitem que ela experimente outras formas de ser ao interpretar personagens e dar vida e função aos objetos.

- Brinque com a criança solicitando que ela ande sobre uma linha desenhada no chão colocando o calcanhar de um pé alinhado aos dedos do outro pé (marcha ponta-calcanhar). Exemplo: “Vamos brincar de circo? Faz de conta que estamos andando numa corda bamba e temos que nos equilibrar.”.

Mantenha ainda os mesmos cuidados para prevenir acidentes da faixa anterior.

DE 5 ANOS E 6 MESES A 6 ANOS:

- Nesta idade, a criança tem interesse por jogos e brincadeiras com regras (ex. “passa anel”, “cinco marias” e “memória”) que desenvolvem questões importantes, como a adequação a limites, a cooperação e a competição saudável.
- Siga estimulando a linguagem e a imaginação da criança. Conte histórias, ensine poesias, rimas e canções, estimulando a criança a repetir o que aprendeu. Brinque de formar famílias de palavras, como: limão, abacaxi e banana (família das frutas); e ônibus, carro, caminhão e carroça (família dos meios de transporte).
- Solicite à criança o cumprimento de atividades que poderão estar sob sua responsabilidade, como, por exemplo, a organização e o cuidado de seus brinquedos e de seu material escolar; respeitando sua faixa etária.
- Estimule atividades que envolvam desenho (ex.: “Vamos desenhar uma pessoa!”) e pintura.
- Continue estimulando a criança a brincar de atividades que estimulem o equilíbrio (ex.: “pula corda”, “amarelinha”).

Mantenha ainda os mesmos cuidados para prevenir acidentes da faixa anterior.

QUADRO 1 - Prevenção de acidentes domésticos com criança

TIPOS	PREVENINDO ACIDENTES DOMÉSTICOS E CUIDANDO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA	FAIXAS-ETÁRIAS					
		0 A 6 MESES	6 MESES A 1 ANO	1 A 2 ANOS	2 A 4 ANOS	4 A 6 ANOS	6 A 10 ANOS
SUFOCAÇÃO	Nunca use talco; ajuste o lençol do colchão cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travessieiros.						
	Evitar o contato da criança com peças pequenas (clips, botões, agulhas, moedas, anéis, brincos, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos). Utilize brinquedos grandes e inquebráveis, respeitando a faixa etária indicada pelo Inmetro.						
QUEDAS	Ataste a criança, de papéis de bala, sacos plásticos, cordões e fios.						
	Proteja o berço e o cercado com grades altas, com no máximo, 6 cm entre elas: não deixe a criança sozinha em cima de móveis, nem sob os cuidados de outra criança						
	Coloque redes de proteção ou grades nas janelas que possam ser abertas; Coloque barreira de proteção nas escadas e janelas; proteja os cantos dos móveis.						
	Certifique-se de que o tanque de lavar roupas e pias (lavatórios) estão bem fixos, para evitar que caiam e machuque a criança, caso elas se pendurem ou se apóiem neles.						
	Nunca deixe a criança brincar em lajes que não tenham grades de proteção.						
	A criança deve usar equipamento de proteção ao andar de bicicleta, patins e skate, e não circular em ruas que transitam veículos.						
ENVENENAMENTO/INTOXICAÇÃO	Nunca dê à criança remédio que não tenha sido receitado pelo médico.						
	Mantenha produtos de limpeza (água sanitária, detergente) e/ou medicamentos fora do alcance da criança, colocando-os em locais altos e trancados. Evite o acesso a produtos como venenos (para ratos, formigas, mosquitos, moscas), e produtos inflamáveis (álcool e removedor de esmalte).						
QUEIMADURAS/CHOQUE ELÉTRICO	No banho, verifique a temperatura da água (ideal 37°C); não tome líquidos quentes nem fume enquanto estiver com a criança no colo.						
	Cerque o fogão com uma grade; use as bocas de trás; deixe os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão; mantenha a criança longe do fogo, do aquecedor e do ferro elétrico.						
	Crianças não devem brincar com fogo; evite que usem fósforo e álcool; mantenha-as longe de arma de fogo.						
	Não deixe a criança brincar com fogueiras e fogos de artifício (bombinha, produtos inflamáveis, fósforo etc.).						
AFOGAMENTO	Coloque protetores nas tomadas; evite fios elétricos soltos e ao alcance de crianças.						
	Não deixe a criança solar pipa (papagaio, arraia) em locais onde há fios elétricos, devido ao risco de choque na rede de alta tensão.						
	Nunca deixe a criança sozinha na banheira e bacia						
	A criança não deve ficar sozinha perto de baldes, tanques, vasos, cacinbas, poços e piscinas.						
	Ensine a criança a nadar. Mesmo que elas saibam nadar não é seguro deixá-las sozinhas em piscinas, lagos, rios, açude e especialmente no mar.						

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Segurança da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte/MG, 2003, modificado.

■ Os espaços destacados por faixa etária visam indicar as possibilidades de ocorrência de acidentes domésticos de maior frequência.

■ As faixas etárias marcadas de forma mais intensa representam maior probabilidade de ocorrência de acidente

ATENÇÃO: Em caso de acidentes com materiais de limpeza, álcool, medicamentos e outros produtos tóxicos, procure urgentemente um serviço de saúde. Chame o Samu (192) ou ligue para Centro de Informação e Assistência Toxicológica (0800-722601), ou no site: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/procura_det.asp?procura_id=6.

Outros cuidados e/ou recomendações:
Muito cuidado com a presença de armas de fogo na residência. Evite-as dentro de casa.
Não deixe as crianças se aproximarem de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando.
Supervisione constantemente crianças em lugares públicos, como parques, supermercados, lojas, shoppings e lugares com muita aglomeração de pessoas.

QUADRO 2 - Prevenção de acidentes de transporte

TIPOS	PREVENINDO ACIDENTES DE TRANSPORTE E CUIDANDO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA	FAIXAS-ETÁRIAS					
		0 A 6 MESES	6 MESES A 1 ANO	1 A 2 ANOS	2 A 4 ANOS	4 A 6 ANOS	6 A 10 ANOS
ACIDENTES NO TRÂNSITO	A criança nesta idade deve ser transportada no bebê-conforto ou conversível – cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante (CTB).						
	A criança nesta fase deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para a frente, corretamente instalada, conforme orientação do fabricante (CTB).						
	A criança deve usar os assentos de elevação (boosters), com cinto de segurança de três pontos, e ser conduzido sempre no banco traseiro (CTB).						
	A criança, após os 7 anos e meio, pode usar apenas o cinto de segurança de três pontos, no banco de trás do carro. Só é permitido, por lei, sentar no banco da frente a partir dos 10 anos e com cinto de segurança (CTB).						
ATROPELAMENTO	Segure a criança pelo pulso, em locais com trânsito de veículos, evitando, assim, que ela se solte e corra em direção à rua, estrada, avenida e rodovia.						
	Escolha lugares seguros para as brincadeiras (parques, praças, ciclovia etc.). Não permita que a criança brinque e/ou corra em locais com trânsito de veículos, inclusive garagens e estacionamentos.						
	As brincadeiras utilizando patins, skate, bicicleta, patinete, carrinho de rolimã a criança deve usar equipamento de proteção, e não circular em ruas que transitam veículos.						
	Na idade de seis a 10 anos, ainda é bastante preocupante os riscos de acidentes: por isso, oriente a criança sobre as normas de trânsito.						

Fonte: CBT – Código Brasileiro de Trânsito.

■ Os espaços destacados, por faixa etária visam indicar as possibilidades de ocorrência de acidentes de transporte de maior frequência.

Bibliografia

ALVIM, C. G. et al. Avaliação do desenvolvimento infantil: um desafio interdisciplinar. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-56, 2012. Suplemento 1.

BAYLEY, N. **Bayley scales of infant development**. New York: Psychological Corporation, 1993.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

FIGUEIRAS, A. C. et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J. B. The Denver developmental screening test. **Journal of Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 71, p. 181-191, 1967.

GESELL, A.; AMATRUDA, C. **Diagnostico del desarrollo normal y anormal del niño**: metodos clinicos e aplicaciones praticas. Buenos Aires: Medico Qirurgica, 1945.

PINTO, E. B.; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M. **O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida**. São Paulo: FAPESP; Casa do Psicólogo, 1997.

SANTOS, M. E. A.; QUINTÃO, N. T.; ALMEIDA, R. X. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil. segundo a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 591-598, jul./set. 2010.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C., DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 594-599, 2012.

Capítulo 6 Prevenção da Violência

6.1 Abordagem da violência contra a criança

As ações de prevenção contra violências deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção, de cuidado e de proteção da criança, lembrando que estas extrapolam as políticas de saúde. Os estudos indicam que a violência afeta a saúde física e mental e, consequentemente, o desenvolvimento, especialmente na primeira infância, além de deixar marcas para toda a vida. Por esse motivo, a saúde pública assume função de liderança na identificação precoce, no dia a dia das unidades de Saúde, na notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados, para fins de registro da informação, e também possibilita o cuidado e a proteção da criança que se encontra em situação de violência, seja ela de natureza física, sexual, psicológica e negligência e/ou abandono.

A sua abordagem requer o desenvolvimento de metodologias que reconheçam a singularidade de cada caso, de cada criança e de cada família. Daí o esforço de incluir esse tema na estratégia de Atenção Integrada de Doenças Prevalentes da Infância (Aidpi), amplamente utilizada para abordagem de outros problemas de saúde da criança.

Esse material está de acordo com as normas do Ministério da Saúde nas ações contra a violência à criança e ao adolescente, especificadas na *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência*, disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf>.

A identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência deve ser introduzida sistematicamente no atendimento de todas as crianças pelas seguintes razões:

- É um direito fundamental, estabelecido por lei, segundo o qual nenhuma criança deve ser objeto de qualquer forma de negligência, de discriminação, de exploração, de violência, de crueldade e de opressão (art. 5º, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990).
- É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do **poder público** assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde e à proteção (art. 4º, da Lei nº 8.069/1990).
- Os casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças são de notificação obrigatória por parte dos profissionais de saúde, de educação e de assistência social, devendo os mesmos serem comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, cuja omissão é considerado infração administrativa (arts. 13 e 245, da Lei nº 8.069/1990).

- É necessário reconhecer a existência da violência para tratar e cuidar de forma adequada de outros problemas de saúde associados a ela – tais como a desnutrição, as vacinas atrasadas –, além de proteger a criança de outras formas de violência.
- Por causarem danos físicos e emocionais, quanto mais precoce for a identificação da violência maior é a possibilidade de prevenir as consequências e as sequelas, além de diminuir os custos biopsicossociais e econômicos associados a elas.
- Ao se avaliar sistematicamente, não apenas se identificam situações de violência, mas também são introduzidos o cuidado e os fatores de proteção da criança (promoção do bom trato, da convivência familiar saudável), o que beneficia as crianças e as famílias.
- Estimula estilos de vida saudáveis, considerando-se que a prevenção da violência contra a criança serve como porta de entrada para diminuir todas as formas de violência intrafamiliar.
- São oportunidades únicas de orientar as famílias sobre novas formas de educar a criança, tais como respeitar os seus direitos, e modos de expressar afeto e carinho e de estabelecer limites, baseados no diálogo.

Diferentemente dos outros problemas enfrentados pela estratégia Aidpi, a questão da violência engloba particularidades que implicam algumas alterações na metodologia tradicionalmente empregada na avaliação. Por exemplo, por não ter um sintoma principal (como dificuldade de respirar, diarreia etc.) e por ser uma questão de abordagem delicada, as etapas de avaliação não são: **PERGUNTAR e, se afirmativo, OBSERVAR e CLASSIFICAR**; mas **OBSERVAR, VERIFICAR, PERGUNTAR e CLASSIFICAR**.

É recomendável que a abordagem da violência seja feita após a avaliação nutricional, sendo investigada sua possibilidade em todas as crianças de 2 meses a 5 anos de idade que sejam atendidas por qualquer causa. Por outro lado, é importante associar a prevenção de violência aos marcos do desenvolvimento na primeira infância, considerando que as situações decorrentes de violência causam danos irreparáveis no desenvolvimento saudável de uma criança.

6.2 Violência contra a criança

Existem muitas definições para violência contra a criança (também chamada de abuso ou maus-tratos), e uma delas é esta elaborada pela OMS, que cita que a Violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996).

O Ministério da Saúde adota como definição de violência contra a criança:

Quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e em, em última instância, da sociedade e, geral, que redundam em danos físicos, emocional sexual, e moral as vítimas (BRASIL, 2010, p. 28).

A violência tem grande impacto para o curso do desenvolvimento saudável da criança por ser praticada, na maioria dos casos, por quem tem o dever de protegê-la. É importante ressaltar que, além das consequências imediatas, a violência pode ocasionar outros efeitos menos objetivos e diretos, que muitas vezes repercutirão no seu modo de agir, de se relacionar e de enfrentar outras situações de estresse para o resto de suas vidas.

6.2.1 Tipos e natureza da violência

Conhecer e saber identificar as principais formas de violência contra a criança é fundamental para oferecer o acolhimento, o atendimento (cuidado, diagnóstico e tratamento), a notificação e o seguimento na rede.

A violência é classificada em três grandes tipos de categorias, divididas em natureza.

Os tipos classificam-se como: autoprovocada (tentativa de suicídio e suicídio), interpessoal (intrafamiliar e comunitária) e coletiva (social, política e econômica). Neste material, será abordada apenas a violência interpessoal.

A natureza classifica-se como: física, sexual, psicológica e negligência e/ou abandono. Na prática, muitas vezes, estas formas se sobrepõem.

Violência Física

É o uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas à criança, com o objetivo de feri-la, danificá-la ou destruí-la, deixando ou não marcas evidentes (muitas vezes os danos psicológicos resultantes são mais importantes que os danos físicos).

A “síndrome do bebê sacudido” é uma forma de violência física ocasionada pela forte movimentação da criança, podendo ocasionar o deslocamento entre a calota craniana e o tecido encefálico, que ocorre principalmente em crianças de até 2 anos de idade. Consiste em lesões cerebrais decorrentes da ação de sacudir o bebê. Estas crianças podem apresentar alterações de consciência, convulsões, sequelas neurológicas graves e até evoluir para a morte.

O castigo físico é outra forma de violência usada por muitos pais como método de disciplina. A maioria das pessoas que batem em seus filhos com a intenção de corrigi-los não está ciente de que as agressões não são eficazes para educar e que produzem um dano real ou potencial sobre a saúde física e emocional, levando a prejuízos do desenvolvimento, da dignidade e da autoestima da criança. Muitos pais sequer se dão conta de que podem estar reproduzindo tais condutas violentas em decorrência das agressões que receberam de seus próprios responsáveis. Outros podem usar a desculpa do castigo físico para educar como forma de ocultar a sua conduta violenta.

Violência sexual

É todo ato ou jogo sexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a vítima. Varia desde atos em que não existe contato físico (*voyerismo*, exibicionismo) até diferentes tipos de atos com ou sem penetração (sexo vaginal, oral, anal, manipulação da genitália do agressor ou da vítima etc.). A exploração sexual é a prática do abuso sexual com fins comerciais, seja em espécie, serviço ou favores (ex.: pornografia infantil e turismo sexual).

Negligência

Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão praticados pelos cuidadores, de forma crônica, intencional ou não, à higiene, à nutrição, à saúde, à educação, à proteção ou ao afeto à criança ou ao adolescente, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo.

Violência Psicológica

Habitualmente pouco reconhecida em sua forma isolada, é frequentemente acompanhada por outras manifestações de violência. Tem por definição toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança. Consiste na submissão da criança por parte dos cuidadores a omissões, ações verbais ou atitudes que visem:

- a) Ignorar a criança: indiferença em relação a suas necessidades, a seus valores e a suas solicitações.
- b) Isolar a criança: privação do contato com sua família e/ou com a comunidade, negando a ela a possibilidade do convívio social.
- c) Aterrorizar a criança: exposição a ataques verbais, atitudes e ameaças, criando clima de medo, hostilidade e ansiedade.
- d) Corromper a criança: envolvimento em situações que transmitem e reforçam condutas destrutivas, delinquentes ou antissociais, alterando, dessa forma, o desenvolvimento adequado de valores éticos e morais.
- e) Depreciar a criança: utilização de tratamento agressivo, áspero ou vulgar, incluindo agressões verbais ou atitudes que diminuam sua autoestima.
- f) Criar expectativas irreais sobre a criança: exigência de um desempenho acima de suas possibilidades físicas e mentais, de tal forma que a criança sinta que nunca é “boa o suficiente”.
- g) Discriminar a criança: tratamento diferenciado e tendencioso de forma a hipo ou hipervalorizar suas características próprias.

6.2.2 Vulnerabilidade para a violência

A violência acontece em todas as culturas, raças, religiões, gêneros e classes sociais. Portanto, não existe um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras. Ela é o resultado da complexa interação de fatores de vulnerabilidade individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Em relação à violência contra a criança, a complexidade é ainda maior à medida que envolve a quebra de um relacionamento de confiança, de responsabilidade e de afeto.

Os seguintes fatores de vulnerabilidade para a violência destacam-se:

- Inerentes à criança: crianças não desejadas, diferentes da expectativa, prematuras, de baixo peso, com doenças crônicas, portadoras de necessidades especiais e hiperativas.
- Inerentes à família: pais imaturos e despreparados, gravidez não desejada, atenção pré-natal inapropriada, família desestruturada, exposição precoce à violência, família numerosa convivendo em um espaço reduzido, isolamento social, situação de estresse, problemas de relacionamento, uso abusivo de drogas e doença física ou mental.

- Inerentes à comunidade e à sociedade: desvalorização da infância – leis de proteção à criança inexistentes, ineficientes ou não cumpridas; diminuição do valor dos filhos; alta aceitabilidade social e cultural da violência.

Recomenda-se a leitura do Capítulo 3 – “Tipos e natureza e violências que atingem crianças e adolescentes”, da *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Criança, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*.

6.3 Avaliar os sinais e os sintomas de violência nas crianças menores de 5 anos

Os sinais e sintomas de violências devem ser investigados em todas as crianças que são atendidas por qualquer causa. Sua possibilidade é avaliada verificando:

- Se a criança expressa espontaneamente que sofre violência.
- Se o acompanhante expressa espontaneamente que a criança é vítima de violência.
- Alterações no comportamento da criança.
- Alterações no comportamento dos pais ou cuidadores.
- Lesões físicas sugestivas de violência física.
- Lesões físicas sugestivas de violência sexual.
- Lesões físicas inespecíficas com história discrepante ou de traumas frequentes.
- Alterações sugestivas de negligência.
- Os métodos utilizados na educação da criança.
- Os métodos utilizados para a solução de conflitos familiares e de educação dos outros filhos (se for o caso).

ATENÇÃO: antes de prosseguir para o quadro Avaliar, é importante observar o quadro de alterações comportamentais da criança de zero a 9 anos. Elas são apresentadas por faixa etária para indicar a possibilidade mais frequente de aparecimento de cada uma delas, porém devem ser vistas como valor genérico e sempre acumulativo.

QUADRO 1 - Alterações comportamentais da criança em situações de violência

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA		
	ATÉ 11 MESES	1 A 4 ANOS	5 A 9 ANOS
Choros sem motivo aparente.			
Irritabilidade frequente, sem causa aparente.			
Olhar indiferente e apatia.			
Tristeza constante.			
Demonstrações de desconforto no colo.			
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites.			
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas.			
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes.			
Distúrbios de alimentação.			
Enurese e encoprese (urina e fezes).			
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala.			
Distúrbios do sono.			
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento.			
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico.			
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente.			
Distúrbios de aprendizagem, ou mesmo o fracasso na escola.			
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutivos.			
Pesadelos frequentes, terror noturno.			
Tiques ou manias.			
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas.			
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala.			
Baixa autoestima e baixa autoconfiança.			
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio.			
Problemas ou déficit de atenção.			
Sintomas de hiperatividade.			
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou a acidentes.			
Uso abusivo de drogas.			

Fonte: Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, BRASIL, 2010.

- Os espaços destacados por faixa etária visam indicar as possibilidades de sinais de violências de maior frequência, que devem ser vistos de forma cumulativa e nunca isolada.

Este é o quadro da coluna Avaliar, no qual se apresentam os passos a serem seguidos diante de qualquer criança de 2 meses a 5 anos de idade:

AVALIAR: (Traçar um círculo ao redor de todos os sinais presentes)

OBSERVAR se: • A criança expressa espontaneamente que sofre violência. • O acompanhante expressa espontaneamente que a criança é vítima de violência. • Há evidência de alteração no comportamento da criança: agressiva, muito assustada, retraída, apática, evita o contato visual e/ou físico, apresenta condutas destrutivas ou autodestrutivas. • Há evidência de alteração no comportamento dos pais ou cuidadores: indiferentes, descuidados, intolerantes, demonstram atitudes violentas, têm atitudes depreciativas, agressivas ou na defensiva. VERIFICAR se há: Lesões físicas sugestivas de violência física: Lesões bilaterais, simétricas, em diferentes estágios de cicatrização, em áreas cobertas do corpo ou em regiões posteriores, dorso das mãos, costas e glúteos, áreas internas dos ombros, mamas e genitais. Lesões físicas sugestivas de violência sexual: Na área genital e perianal: corrimento, secreção, sangramento, lesões (lacerações, úlceras, verrugas, hematomas, equimoses etc.) ou cicatrizes. Lesões físicas inespecíficas: Lesões localizadas em áreas expostas: em geral, são poucas e não têm forma limitada, nem um padrão definido; na área genital, a presença de hiperemia por monilíase ou dermatite das fraldas; arranhaduras por prurido devido à infestação por oxiúros e escabiose; e fissura anal devido à constipação. Alterações sugestivas de negligência: Criança malcuidada em sua higiene (asseio, dentes, cabelo, unhas); discrepância entre o aspecto do cuidador e da criança. Criança malcuidada em sua saúde: a consulta é tardia para a causa ou o esquema de vacinação está incompleto, ou criança se encontra desnutrida ou com atraso no desenvolvimento psicomotor.	Havendo qualquer lesão física ou fratura, PERGUNTAR: • Como se produziram os machucados/ as feridas/ os ferimentos? • Quando se produziram os machucados/ as feridas/ os ferimentos? • Há acidentes/ traumatismos frequentes? DETERMINAR se: Há discrepância entre as lesões e a história/ estágio de desenvolvimento. Para todos os responsáveis, PERGUNTAR: • Como ensinam/educam/dão limites para este filho(a)? • Como ensinam/educam/disciplinam/dão limites aos outros filhos? • Como resolvem os problemas/conflitos familiares? Se houver relato de agressões físicas ou psicológicas, DETERMINAR se: Há ameaça à vida da criança. PERGUNTAR: Como o responsável justifica a agressão?
--	---

OBSERVAR se a criança expressa espontaneamente que sofre violência:

Um aspecto importante que orienta a identificação de violência é quando a própria criança, dependendo de seu desenvolvimento e linguagem, expressa espontaneamente que sofre qualquer tipo de violência, seja ela de natureza física, sexual, psicológica ou negligência. Deve-se acreditar nas crianças.

OBSERVAR se o acompanhante expressa espontaneamente que a criança é vítima de violência:

Outro aspecto fundamental é observar se, durante a história, o acompanhante expressa espontaneamente que a criança está sendo vítima de alguma forma de violência. Essa informação deve ser valorizada.

OBSERVAR se há evidência de alteração no comportamento da criança:

O comportamento da criança deve ser cuidadosamente observado durante toda a consulta, visto que pode fornecer elementos para suspeitar ou detectar que esta criança está sendo vítima de algum tipo de violência, ainda que não haja lesão evidente. Crianças muito agressivas ou, ao contrário, muito assustadas, retraídas, apáticas, ou que evitem o contato visual e/ou físico, assim como aquelas que apresentam condutas destrutivas ou autodestrutivas, podem estar sofrendo violência.

É importante ressaltar que as alterações do comportamento podem ser as únicas manifestações de qualquer tipo de violência (física, sexual, psicológica ou negligência). Ao mesmo tempo, deve-se também considerar que algumas alterações de comportamento temporárias podem estar ligadas ao comprometimento do estado de saúde atual da criança.

OBSERVAR se há evidência de alteração no comportamento dos pais ou cuidadores, caso estejam presentes na consulta:

É muito difícil dizer que existe um tipo particular de pessoa agressora ou que esta seja reconhecida por algum traço específico. Uma pessoa que pratica violência contra uma criança pode ser de qualquer nível educacional e, certamente, o *status* social não se relaciona com sua capacidade de proteger adequadamente seus filhos.

O comportamento dos pais ou cuidadores em relação à criança deve ser cuidadosamente observado durante toda a consulta, visto que pode dar elementos-chave para suspeitar ou detectar que, de alguma maneira, cometem violência contra as crianças. Pais ou cuidadores indiferentes à situação ou ao sofrimento da criança, descuidados, intolerantes, castigadores,

que têm atitudes depreciativas, agressivas ou na defensiva, devem ser considerados como tendo alteração de comportamento.

Lembrar que a violência psicológica pode se expressar nesta faixa etária por meio de relatos espontâneos e/ou por alterações comportamentais das crianças e dos cuidadores. Isolar a criança, impedindo-a, de forma direta ou indireta, de manter outros relacionamentos (seja para saúde, lazer ou educação), assim como aterrorizá-la, pode representar ameaça à vida.

VERIFICAR se há:

Para a avaliação de suspeitas ou para a confirmação de violência, é imprescindível que todo o corpo da criança seja examinado totalmente despido, tendo o cuidado de respeitar o seu pudor.

Lesões físicas sugestivas de violência física

Deve-se inspecionar todo o corpo da criança em busca de lesões como equimoses, hematomas, queimaduras, lacerações, cicatrizes ou fraturas. Lesões bilaterais, simétricas, em diferentes estágios de cicatrização, em áreas cobertas do corpo ou em regiões posteriores, no dorso das mãos, nas costas e nos glúteos, nas áreas internas dos membros, nas mamas e nos genitais, são mais sugestivas de violência. As lesões físicas sugestivas de violência podem evidenciar a forma ou o sinal do instrumento da agressão (mão, cinto, fio, marcas de ferro ou de cigarro) com o qual a criança foi agredida.

As fraturas em menores de 2 anos estão frequentemente associadas à violência; no entanto, ainda que existam fraturas acidentais nos maiores de 2 anos, também se deve pensar em violência nesta faixa etária. Por esta razão, em todos os menores de 5 anos, considera-se que qualquer fratura é sugestiva de violência quando não estiver de acordo com a história do trauma ou com o estágio de desenvolvimento da criança.

Lesões físicas sugestivas de violência sexual

Em todas as crianças, deve-se examinar a área genital e perianal em busca de corrimento, de secreção, de sangramento, de lesões (lacerações, úlceras, verrugas, hematomas, equimoses etc.) ou de cicatrizes, que, neste grupo de idade, são sugestivos de violência sexual.

Lesões físicas inespecíficas

É frequente que as crianças menores de 5 anos tenham lesões causadas por traumas acidentais. Em geral, estas lesões físicas estão localizadas em áreas expostas, são poucas, não têm forma limitada, e não têm um padrão definido. Por esta razão, são consideradas lesões físicas inespecíficas.

Na área genital e perianal, as seguintes alterações podem ser consideradas lesões inespecíficas: hiperemia devido à monilíase ou dermatite das fraldas; arranhaduras por prurido devido à infestação por oxiurus e escabiose; e fissura anal devido à constipação.

Quando lesões físicas inespecíficas estão associadas a uma história que não é compatível com as lesões encontradas ou com o desenvolvimento da criança, deve-se pensar em violência.

Alterações sugestivas de negligência

A verificação do cuidado da criança em relação a sua higiene é um guia importante para determinar o grau de interesse de seus pais ou cuidadores, sendo, por isso, importante observar durante a avaliação seu asseio/aspecto geral do cabelo, das unhas, dos genitais e, em caso de ter dentes, examinar o estado destes. Se a criança estiver com aspecto descuidado, independente de sua condição social, e/ou se houver discrepância entre o aspecto do cuidador e o da criança (ou seja, a criança descuidada e o cuidador bem cuidado), considerar que a criança está mal cuidada em sua higiene.

A verificação do cuidado em relação à saúde é também um guia importante para determinar o grau de interesse dos pais ou cuidadores, e podem ser indicadores de descuido com a saúde da criança: o esquema de vacinação incompleto, a consulta tardia para o problema da criança, história de adoecimento frequente, distúrbios nutricionais e atraso no desenvolvimento (consultar o Módulo de Desenvolvimento para verificar os marcos correspondentes à faixa etária da criança).

Uma consulta tardia à unidade de saúde pode representar atitude de pouco interesse frente às necessidades ou afecções da criança, desvalorizando ou minimizando tais necessidades. Pode também decorrer da intenção dos pais de ocultar uma lesão que tenham produzido ou de prolongar a dor da criança. Não existe regra geral para determinar quando é tardia uma consulta, portanto cabe ao profissional avaliar se é tardio o momento da consulta para o problema da criança, levando-se em consideração a gravidade dos sintomas, as condições geográficas, econômicas e culturais da família.

Havendo qualquer lesão física ou fratura

PERGUNTAR:

- Como se produziram os machucados/ as feridas/ os ferimentos/ o descuido?
- Quando se produziram os machucados/ as feridas/ os ferimentos/ o descuido?
- Há acidentes/traumatismos frequentes?

Para ajudar a esclarecer se as lesões são acidentais ou intencionais (causadas por violência), é importante que se pergunte como e quando se produziram as lesões e se há histórico de traumas frequentes. História de acidentes frequentes pode ser sugestiva de negligência.

DETERMINAR se há discrepância entre as lesões e a história/estágio de desenvolvimento.

Por meio da correlação entre a história clínica referida pelos responsáveis e as lesões encontradas, o profissional de saúde deverá decidir se existe discrepância entre a história e as lesões. Da mesma forma, é importante verificar se existe discrepância entre o grau de desenvolvimento psicomotor da criança e as lesões encontradas.

Para todos os responsáveis:

PERGUNTAR

- Como ensinam/educam/disciplinam/dão limite aos seus filhos?
- Como ensinam/educam/disciplinam/dão limite aos seus outros filhos?
- Como resolvem os problemas/conflitos familiares?

Estas três perguntas servem para conhecer algumas práticas educativas e a maneira por meio da qual são solucionados os conflitos familiares; e, assim, orientar melhor o profissional de saúde na classificação da violência, na discussão com a equipe multiprofissional e na promoção de medidas preventivas e educativas que garantam os direitos das crianças.

Muitos pais que usam o castigo físico e/ou agressão verbal para educar seus filhos acreditam que estas práticas são efetivas para exercer disciplina. Alguns também pensam que este é um direito dos pais, sem reconhecer que as crianças têm direito de serem respeitadas e não agredidas. Outros pais, equivocadamente, recorrem a esta tradição como argumento e dizem que foram educados dessa forma, acreditando que isso os ajudou.

Em muitas famílias, os conflitos são solucionados por meio do uso da violência e, para elas, é a única forma conhecida de solucionar problemas. As perguntas relacionadas a problemas familiares podem detectar algumas práticas que afetam as crianças e que devem ser corrigidas. Por outro lado, estas perguntas também possibilitam identificar a expressão de comportamentos de violência contra a criança em questão, seus irmãos e outros familiares, que vão muito além de uma suposta integração de educar ou resolver problemas.

Caso haja relato de agressões físicas ou psicológicas, avalie se há ameaça à vida da criança. Se for possível, procure identificar quais as justificativas do responsável pela agressão:

- 1) Justifica a agressão como modo culturalmente aprendido de educar, mas aceita rever sua conduta.
- 2) Justifica como válidos seus critérios rígidos de educação, mesmo quando se utiliza da violência física e/ou psicológica como forma suposta de educar; e demonstra dificuldades em reavaliar seu comportamento agressivo.
- 3) Não reconhece a agressão como risco para a criança; nega a autoria da violência; culpa diretamente a vítima pela violência, e/ou também pelos seus fracassos e frustrações.

6.4 Classificar a violência

Existem quatro possíveis classificações que orientam a tomada de decisões para a identificação de suspeita ou confirmação de violência. Estas são classificações de risco e NÃO UM DIAGNÓSTICO. São elas:

- COMPATÍVEL COM VIOLÊNCIA
- SUSPEITA DE VIOLÊNCIA
- SITUAÇÃO DE RISCO
- NÃO HÁ VIOLÊNCIA

Veja o quadro de procedimentos da violência a seguir:

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR/CUIDAR/PROTEGER
- Lesão física sugestiva de violência física ou violência sexual e/ou física - Discrepância entre as lesões e a história/estágio de desenvolvimento - Criança expressa espontaneamente que sofre violência. - Acompanhante expressa espontaneamente que a criança é vítima de violência. - Relato de agressão física ou psicológica ou negligência que represente uma ameaça à vida da criança.	COMPATÍVEL COM VIOLÊNCIA	- Realizar o acolhimento/escuta da criança - Tratar lesões e dor, se indicado. - Referir com urgência ao nível superior* - Realizar a notificação, mediante o preenchimento da ficha do MS - Comunicar ao Conselho Tutelar e/ou a autoridade competente. - Definir Projeto Terapêutico Singular, de preferência com equipe multidisciplinar. Após a alta : - Encaminhar para UBS de residência, ambulatório ou Caps, para acompanhamento psicológico. - Encaminhar para a rede de proteção social de crianças vítimas de violência.
- Qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça à vida, - mas responsável não reconhece a agressão ou Dois ou mais itens: - Comportamento alterado da criança. - Comportamento alterado dos responsáveis. - Criança malcuidada em sua higiene. - Criança malcuidada em sua saúde. - Lesões com história de traumas/acidentes frequentes.	SUSPEITA DE VIOLÊNCIA	- Realizar o acolhimento/ escuta da criança e/ou da família - Discutir em equipe multidisciplinar, se disponível no serviço ou na rede, e contatar a rede de proteção, se for necessário. - Reforçar comportamentos positivos. - Promover medidas preventivas - Reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança. - Realizar a notificação, mediante o preenchimento da ficha do MS - Comunicar ao Conselho Tutelar independente da confirmação fundamentada. - Reavaliar em sete dias. - Encaminhar para UBS de residência, ambulatório ou Caps para acompanhamento do caso
- Um dos itens descritos acima ou - Qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça à vida com justificativa cultural ou - lesões físicas inespecíficas.	SITUAÇÃO DE RISCO	- Realizar o acolhimento/ escuta da criança e do responsável - Reforçar comportamentos positivos. - Promover medidas preventivas. - Reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança. - Realizar a notificação, mediante o preenchimento da ficha do MS - Comunicar ao Conselho Tutelar - Encaminhar para a UBS de residência, se o atendimento ocorrer em nível ambulatorial ou hospitalar - Assegurar retorno em 30 dias.
Não apresenta algum dos itens anteriores.	NÃO HÁ VIOLÊNCIA	- Elogiar a mãe. - Reforçar comportamentos positivos de bom trato. - Promover medidas preventivas. - Recordar a próxima consulta de puericultura.

* Nível de maior complexidade, com equipe multidisciplinar.

COMPATÍVEL COM VIOLÊNCIA

Todas as crianças que apresentam lesão física sugestiva de violência física ou de violência sexual, ou que apresentam lesão ou alteração discrepante com a história ou com o estágio de desenvolvimento psicomotor, devem ser classificadas como COMPATÍVEL COM VIOLÊNCIA. O mesmo ocorre quando há relato espontâneo (por parte da criança ou do acompanhante) de que a criança é vítima de violência, ou quando há qualquer relato de agressão física, psicológica ou negligência que represente ameaça à vida da criança. Lembre-se de que você está classificando e não fazendo um diagnóstico. Nem todas as crianças que você classifica como Compatível com Violência serão realmente crianças vítimas de violência. Entretanto, todos os casos suspeitos ou confirmados devem ser notificados pelo serviço e comunicados ao Conselho Tutelar (CT) para a proteção da criança. Muitas vezes quando a família é acionada pelo CT, dependendo da abordagem, ela adota outra postura diante das necessidades das crianças, contribuindo para cessar a violência.

SUSPEITA DE VIOLÊNCIA

Se forem apresentados dois ou mais dos seguintes sinais: comportamento alterado da criança, comportamento alterado dos responsáveis, criança malcuidada em sua higiene, criança malcuidada em sua saúde e lesões/alterações com história de traumas/acidentes frequentes, a criança deve ser classificada como SUSPEITA DE VIOLÊNCIA. Se, ao explorar a justificativa dos responsáveis para as agressões físicas ou psicológicas relatadas nas perguntas finais (e que não ameaçam a vida da criança), for detectado que o responsável não reconhece a agressão como risco para a criança; nega a autoria da violência; culpa diretamente a vítima pela violência, e/ou também pelos seus fracassos e frustrações, classificar como SUSPEITA DE VIOLÊNCIA. Nesse caso, se a criança for atendida em serviço especializado (hospitais, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou ambulatório), este deve referenciar/encaminhar para UBS de residência para o acompanhamento do caso, mediante visitas, se considerar necessário.

SITUAÇÃO DE RISCO

Uma criança que tem lesões físicas inespecíficas ou um dos sinais anteriormente mencionados, ou quando houver qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça aparente à integridade física, psicológica e ao desenvolvimento da criança, é classificada como SITUAÇÃO DE RISCO. Se, ao explorar a justificativa dos responsáveis para as agressões físicas ou psicológicas relatadas nas perguntas finais (sem ameaça aparente à integridade física, psicológica e ao desenvolvimento da criança), for detectado que o responsável explica a agressão como modo culturalmente aprendido de educar, mas aceita rever sua conduta ou demonstra dificuldades em reavaliar seu comportamento agressivo, classificar como SITUAÇÃO DE RISCO.

NÃO HÁ VIOLÊNCIA

Quando, durante a avaliação, não se encontra algum dos sinais anteriormente mencionados, classifica-se como NÃO HÁ VIOLÊNCIA.

6.5 Os cuidados para a criança em situação de violência

Para os casos classificados como COMPATÍVEL COM VIOLÊNCIA, deve-se garantir o acolhimento, o tratamento das lesões ou o alívio da dor, de acordo com a complexidade de cada caso. Em seguida, realizar a notificação e comunicar ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (ver Anexo 2). Esta criança também deve ser inserida em uma rede de cuidado e de proteção para crianças em situação de violência.

A notificação é um instrumento de proteção da criança. A ficha de notificação (Anexo 3) deve ser preenchida em três vias, sendo a original encaminhada à Vigilância em Saúde/Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município; a segunda via, ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes (Vara da Infância e Juventude, Ministério Público); e a terceira via fica na unidade de saúde.

As crianças classificadas como COMPATÍVEL COM VIOLÊNCIA devem ser referidas com urgência porque, se não atendidas, correm o risco de reincidência ou até de morte. Nos casos graves, com risco de morte, é necessário o afastamento do agressor. A internação hospitalar pode ser uma medida de proteção.

A atenção à criança classificada como SUSPEITA DE VIOLÊNCIA requer que o profissional de saúde realize o acolhimento e/ou a escuta da criança, a notificação e a comunicação ao Conselho Tutelar, e que discuta o caso em equipe multidisciplinar, no serviço ou na rede de saúde (referenciar/encaminhar o caso para UBS de residência para o acompanhamento, mediante visita, se considerar necessário), para que seja realizada avaliação mais completa e que se decida sobre a necessidade de referir a criança à rede de proteção para crianças em situação de violências.

Independentemente de que se confirme posteriormente a violência contra esta criança, os sinais encontrados durante a consulta indicam que o profissional de saúde deve enfatizar comportamentos positivos; promover medidas preventivas; e reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança. Deve reavaliar a criança em sete dias.

Se a criança for classificada como SITUAÇÃO DE RISCO, o profissional de saúde deve reforçar comportamentos positivos, já que muitos comportamentos culturalmente aceitos para educar não são desejáveis e podem representar violência. Deve promover medidas preventivas, reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança, além de assegurar retorno em 30 dias, e referenciar/encaminhar o caso para UBS de residência para o acompanhamento, mediante visita domiciliar antes do retorno.

Finalmente, se a criança for classificada como NÃO HÁ VIOLÊNCIA, o profissional de saúde deve elogiar os pais ou quem levou a criança à consulta e o grupo familiar que convive com a criança, reforçar comportamentos positivos e promover medidas preventivas.

No Anexo 2, encontra-se o Quadro de Procedimentos resumindo os conteúdos da avaliação, da classificação e do tratamento de violência; e, no Anexo 3, o Diagrama: Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

6.6 Atitude do profissional de saúde diante de casos compatíveis ou suspeitos de violência contra a criança

A ética, a privacidade e a confidencialidade são consensos fundamentais, quando se trata de situações de violência.

Em caso de situação compatível ou suspeita de violência contra a criança, é importante que:

- Seja garantido um trato digno, respeitoso e sem preconceitos à criança e a sua família durante todo o processo de atendimento, com ênfase na proteção da criança. O profissional de saúde deve estar acessível e receptivo, escutar cuidadosamente e com seriedade a história e registrar textualmente tudo o que lhe confiam. É importante manter a serenidade e garantir o acolhimento da criança e de sua família .
- Na conversa com a criança ou com a família, é importante que o profissional de saúde evite:
 - Usar estilo interrogativo, confrontador ou acusador.
 - Fazer perguntas indutivas.
 - Fazer perguntas desnecessárias, que causem maior sofrimento à criança.
 - Falar muito e não deixar falar.
 - Fazer comentários sobre suas vivências e valores pessoais.
 - Fazer comentários com terceiros sobre o que é dito na consulta.
 - Usar palavras ou expressões que responsabilizem a criança pela violência ou justifiquem as atitudes agressivas dos pais.
- É necessário que o profissional de saúde não se precipite nas conclusões sobre os fatos, nem especule ou acuse qualquer pessoa. É um erro tentar identificar ou definir, de maneira rápida, o responsável pela violência ou a intencionalidade das ações.
- A abordagem, sempre que possível, deve ocorrer em equipe multidisciplinar. Deve-se priorizar a atenção e a proteção à criança e não centrar seus esforços em encontrar o culpado, tarefa que pertence à justiça.

Os responsáveis estão conscientes da violência?

- Se a resposta é SIM, explique-lhes que compete ao profissional de saúde realizar a notificação mediante o preenchimento da ficha e da comunicação imediata ao Conselho Tutelar (CT) para que o mesmo possa adotar as medidas necessárias à proteção da criança e da família, em situações específicas.
- Informe que a notificação e a comunicação ao CT, em caso de suspeita ou confirmação de violência, é um direito da criança definido por lei (Estatuto da Criança e do Adolescente), assim como os serviços de saúde, a assistência social e as instituições que podem oferecer apoio.
- Se a resposta é NÃO, o primeiro passo é ajudá-los a reconhecer que a violência causa muitos danos; depois, deve-se explicar sobre os procedimentos e a importância da notificação.
- É importante que os pais/responsáveis saibam que têm o direito e a obrigação de educar as crianças, porém devem evitar qualquer forma de castigo (físico ou emocional).

Pode ser necessário que a equipe de saúde identifique outro membro da família que possa proteger a criança, caso verifique a inadequação dos acompanhantes presentes.

6.7 Aconselhar pais ou cuidadores

É fundamental que os pais e cuidadores reconheçam que as crianças têm características e necessidades próprias a cada faixa etária e a cada nível de desenvolvimento (Anexo 5). É importante reforçar comportamentos positivos e promover medidas preventivas.

6.7.1 Orientações gerais

- Estimule sua criança por suas conquistas com expressões ou gestos de aprovação e amor.
- Saiba que, a partir de seus comportamentos, as crianças aprendem princípios e valores. Portanto, os cuidadores devem ser coerentes no que dizem, ensinam e fazem.
- Aproveite o maior tempo possível para conversar com seus filhos, desenvolver atividades juntos e conhecer seus sentimentos e ideias.
- Saiba que determinados comportamentos das crianças são típicos de sua faixa etária e não representam afronta ou desrespeito.

6.7.2 Orientações sobre rotinas e limites

- Estabeleça rotinas e regras claras para a educação da criança. É muito melhor se são poucas, básicas e coerentes com seus objetivos.
- Aplique sempre as mesmas regras. Quando se permite à criança alguma coisa em um dia e em outro não, ela se confunde. Quando tiver que fazer alguma exceção à regra, explique à criança por que a faz. As regras não podem mudar frequentemente nem devem ser aplicadas de acordo com a conveniência dos pais.
- Estabeleça um acordo mútuo sobre a aplicação das regras de modo que todos que convivem ou cuidam da criança as cumpram.
- Explique sempre à criança as razões pelas quais uma conduta ou comportamento não são adequados. Não importa se a criança ainda não fala; desde muito cedo, ela entende as razões e interpreta as expressões e as atitudes dos cuidadores.

6.7.3 Orientações específicas sobre violência

- Nunca cause dor ou agrida física ou verbalmente as crianças, ainda que sob o pretexto de educá-las ou de colocar limites. Estas ações só geram medo, não educam nem promovem a autoconfiança da criança, suas habilidades construtivas ou suas condutas positivas.
- Escute o que a criança tem a dizer sobre uma ação ou um comportamento antes de repreendê-la por haver realizado.
- Conte até dez antes de admoestar (censurar, criticar, repreender, recriminar) a criança. Pense primeiro qual será a finalidade e a forma mais adequada de fazê-la. Não repreenda a criança num momento de raiva, porque pode lhe causar dano físico ou psicológico. Não desconte nela sua agressividade ou sua frustração.
- Não censure a criança por algo que aconteceu muito tempo atrás, porque provavelmente ela não saberá o motivo.
- Não repreenda a criança duas vezes por um mesmo fato. Se a criança teve uma conduta ou comportamento inadequado e um dos pais já a admoestou por este fato, o outro não necessita repreendê-la novamente pelo mesmo motivo. Da mesma forma, se foi repreendida na escola, não deve voltar a sê-lo em casa. Os pais (ou um deles) podem optar por refletir com a criança sobre a falta cometida, os acontecimentos que a cercaram, as razões que ela tem para explicar, os motivos pelos quais esse comportamento não é adequado e como prevenir outros fatos semelhantes.

- Por estarem em processo de desenvolvimento e aprendizagem, as crianças podem equivocar-se e cometer faltas. Quando isso ocorre, estas faltas devem ser apontadas, porém não de maneira depreciativa, humilhante ou constrangedora, diante de terceiros e nem em grupo.
- Nunca ameace as crianças. As ameaças não são formas eficazes de promover uma conduta positiva e de alcançar uma educação adequada. Por exemplo, nunca ameace que vai abandoná-las. Elas podem interpretar isso como algo verdadeiro, o que pode produzir um grande dano psicológico.

É importante que os pais/responsáveis conheçam e entendam o comportamento normal das crianças em cada etapa do seu desenvolvimento. O desconhecimento destes marcos muitas vezes contribui para que os pais interpretem de forma equivocada as ações normais das crianças.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. **Violence**: a public health priority. Geneva: WHO, 1996. (Document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/afccartilha.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, 2001.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (Brasil). **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**.

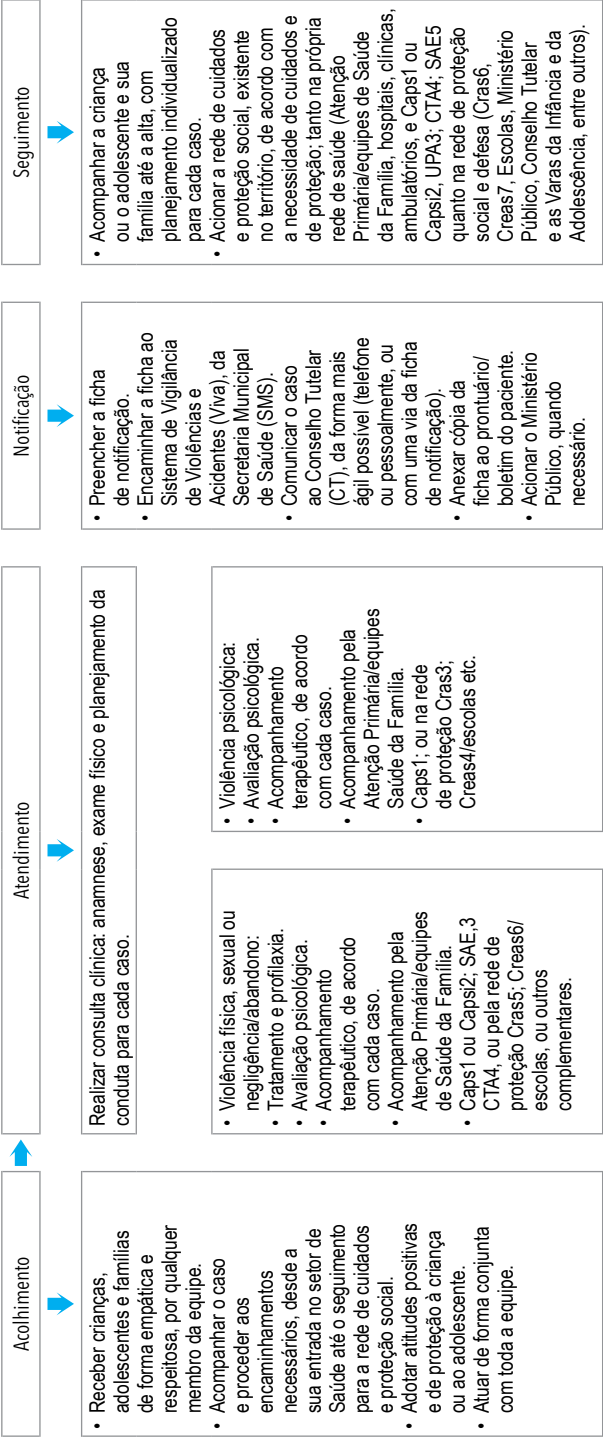
Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/criancas-e-adolescentes/publicacoes-2013/pdfs/plano-nacional-de-enfrentamento-da-violencia-sexual-contr-crianca-e-adolescentes>>. Acesso em: 20 out. 2014.

FERREIRA, A. L. et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do ambulatório de atendimento à família: entraves e possibilidades de atuação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999.

REIS, S. S. et al. Adaptação e aplicabilidade do componente maus-tratos à estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p. 359-366, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF**. Brasília: Editora do GDF, 2009. Disponível em: <https://www.tjms.jus.br/_estaticos_/infanciaejuventude/cartilhas/cartilhaVitimasViolenciaManu- alProcedimentos BrasiliaDF.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

Anexo A - Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*



Fonte: Brasil, 2010.

Centros de Atenção Psicossocial (Caps)1: Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi) 2; Unidades de Pronto Atendimento (UPA)3 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)4 ; Serviço de Atenção Especializada (SAE)5; Centro de Referência de Assistência Social (Cras)6 ; Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) 7.

* A Linha de Cuidado tem início a partir do primeiro contato, independentemente do nível de atenção à saúde. Os serviços da rede de saúde devem esgotar todos os recursos para oferecer os cuidados e a proteção de crianças, de adolescente e de suas famílias em situação de violências, em todas as dimensões do cuidado apresentadas neste diagrama.

Equipe Técnica

Manual AIDPI Criança 2 meses a 5 anos

Ministério da Saúde Organização Panamericana da Saúde

Coordenação:

Cristiano Francisco da Silva – MS – DF
João Amaral – Coordenador-geral – UFC – CE
Jussara Pereira de Oliveira – MS – DF
Lúcia Helena Rodrigues – IMIP – PE
Maria da Graça Mouchrek Jaldin – UFMA – MA
Maria Rosário Ribeiro Barretto – SESAB – BA
Margareth Hamdan Melo Coelho – SESAB – BA
Paulo Vicente Bonilha Almeida – MS – DF
Ruben Schindler Maggi – IMIP – PE

Equipe de adaptação, 1997:

Ana Goretti Kalume Maranhão – Área da Saúde da Criança/MS – DF
Anna Cirela Viladot – OPAS/OMS – DF
Astrid Permin – OPAS/OMS – DF
Maria Anice Saboia Fontenele e Silva – Coordenadora – Área da Saúde da Criança/MS – DF
Marinice Coutinho Midlej Joaquim – Área da Saúde da Criança/MS – DF
Zuleica Portela Albuquerque – OPAS/OMS – DF

Equipe da 2ª revisão técnica, 2003:

Maria Anice Saboia Fontenele e Silva – Coordenadora – Área da Saúde da Criança/MS – DF
Amira Consuelo de Melo Figueiras – SESPA/UFPA – PA
Eduardo Jorge Fonseca Lima – IMIP – PE
Márcia V. Leite Nascimento – CGPNI/CENEPI/FUNASA/MS – DF
Marcos Antônio Monteiro Guimarães – Área da Malária/FUNASA/MS – DF
Maria Suely Fernandes – SESPA/UEPA – PA
Maria Rosário Ribeiro Barretto – SESAB – BA
Ney Barreto – Área da Saúde da Criança/MS – DF
Rosania de Lourdes Araújo – SES/DF – DF
Ruben Schindler Maggi – IMIP – PE
Sônia Maria Salviano Alencar – SES – DF
Verônica Said de Castro – SESA – CE
Zuleica Portela Albuquerque – OPAS/OMS – DF

Equipe da 3ª revisão técnica, 2012:

Maria Madalena Monteiro Rosa de Oliveira – Coordenadora – IMIP – PE
Altamiro Vilhena – MS/Saúde da Criança – RR

Amira Consuelo de Melo Figueiras – SESPA/UFPA – PA
Ana Lúcia Ferreira – UFRJ/RJ – RJ
Antônio Carvalho da Paixão – UFSE – SE
Cláudio Fernando Rodrigues Soriano – UFAL – AL
Cristiano Francisco da Silva – MS – DF
Filumena Gomes – USP – SP
Flávio Augusto Lyra T. de Melo – UFPB – PB
Hermila Tavares Vilar Guedes – FTC – BA
Ivanil de Araújo Sobreira – UFPE – PE
Jaime Valencia – SESA/MS – DF
Lúcia Helena Rodrigues – IMIP – PE
Margareth Hamdan Melo Coelho – SESAB – BA
Maria Rosário Ribeiro Barretto – SESAB – BA
Maria Selma Alves da Silva – SMS – PA
João Amaral – UFC – CE
Oscar Surriel – OPAS/OMS – DF
Paulo Vicente Bonilha Almeida – MS – DF
Rosânia de Lourdes Araújo – SES – DF
Ruben Schindler Maggi – IMIP – PE
Ricardo Caraffa – SP
Jussara Pereira de Oliveira – MS – DF

Equipe da 4ª revisão técnica, 2014 a 2016:

Colaboradores e revisores:
Altamiro Vilhena - MS-Saúde da Criança - RR
Cláudio Fernando Rodrigues Soriano - UFAL - AL
Cristiano Francisco da Silva - Coordenador - MS - DF
João Amaral - Coordenador geral - UFC - CE
Gizeli de Lima - SESA/MS - DF
Ivanil de Araújo Sobreira - UFPE - PE
Jussara Pereira de Oliveira - Coordenadora - MS - DF
Jaime Valencia - SESA/MS - DF
Luciana Pedrosa Leal - UFPE - PE
Lúcia Helena Rodrigues - Coordenadora - IMIP - PE
Lysiane de Castro Pereira Paiva - SESA/MS - DF
Margareth Hamdan Melo Coelho - Coordenadora - SESAB - BA
Maria da Graça Mouchrek Jaldin - Coordenadora - UFMA - MA
Maria de Lourdes Magalhães - MS - DF
Maria Madalena Monteiro Rosa de Oliveira - IMIP - PE
Maria Rosário Ribeiro Barretto - Coordenadora - SESAB - BA
Paulo Vicente Bonilha Almeida - Coordenador - MS - DF
Ruben Schindler Maggi - Coordenador - IMIP - PE



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

