



CAPÍTULO 2

Avaliação da criança de 2 meses a 5 anos de idade

É importante que toda criança seja avaliada nos principais sinais e sintomas das doenças prevalentes da infância, para que essas não passem despercebidas. As perguntas devem ser centradas sobre os problemas específicos de sua procura à unidade de saúde, dos sinais e sintomas gerais de perigo e dos sintomas principais: tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre, problemas de ouvido, desnutrição e anemia. Para isso, usa-se uma estratégia padronizada, baseado em evidências e normas internacionais com impacto significativo na redução da morbimortalidade infantil.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desse capítulo o aluno estará apto a praticar as seguintes técnicas:

- Perguntar à mãe a respeito do problema da criança.
- Verificar se existem sinais gerais de perigo.
- Perguntar às mães sobre os quatro sintomas principais:
 - Tosse ou dificuldade para respirar.
 - Diarreia.
 - Febre.
 - Problema de ouvido.
- Na presença de um sintoma principal:
 - Avaliar a criança para verificar se há sinais relacionados com o sintoma principal.
 - Classificar a doença de acordo com os sinais presentes ou ausentes.
- Verificar se existem sinais de desnutrição ou anemia.
- Classificar o estado nutricional da criança.
- Avaliar o desenvolvimento da criança.
- Verificar o estado de imunização da criança.
- Decidir se necessita de alguma vacina no mesmo dia.
- Avaliar qualquer outro problema.

-
- Notificar qualquer suspeita de doença de notificação compulsória.

ATIVIDADES PRÁTICAS

Os seguintes temas serão abordados nas aulas práticas no Ambulatório, Emergência e Enfermaria:

- Sinais gerais de perigo.
- Tosse ou dificuldade para respirar.
- Diarréia.
- Febre.
- Problema de ouvido.
- Desnutrição e anemia.
- Desenvolvimento
- Situação vacinal.
- Outros problemas.
- Doenças de notificação compulsória.

1. PERGUNTE À MÃE QUAIS PROBLEMAS A CRIANÇA APRESENTA

Quando a mãe (ou acompanhante) procura a unidade de saúde porque o seu filho está doente, esse deve ser examinado integralmente. Ao iniciar a consulta:

- Receba bem a mãe e peça-lhe que sente.
- Pergunte o seu nome e o da criança.
- Pergunte quais problemas a criança apresenta.
- Determine se é a primeira consulta ou de retorno.

É fundamental ter um bom diálogo com a mãe. Essa boa comunicação ajudará, desde o início, na segurança da mãe e na sua aderência ao tratamento. Para isso:

- Escute atentamente o que a mãe lhe diz.
- Use palavras que a mãe possa entender.
- Dê-lhe tempo para que ela responda às perguntas.
- Faça perguntas adicionais, caso a mãe não esteja segura das respostas.

2. VERIFIQUE SE EXISTEM SINAIS GERAIS DE PERIGO

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 ou outros tratamentos que podem não estar disponíveis na unidade de saúde. Você deve completar o resto da avaliação imediatamente. Para TODA criança doente, pergunte ou verifique:

PERGUNTE: A criança consegue beber ou mamar no peito?

Quando perguntar à mãe se a criança consegue beber, certifique-se de que ela compreendeu 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. Por exemplo: A criança pode levar o líquido à boca e ingeri-lo? 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. Neste 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”.

PERGUNTE: A criança vomita tudo o que ingere?

Se a resposta for 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,

porém que consegue reter algum líquido, não apresenta este 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, também, se a criança vomita cada vez que toma alimentos ou líquidos. Caso não se sinta seguro da resposta da mãe, peça que ofereça um gole de água potável à criança. Verifique se a criança vomita.

PERGUNTE: A criança apresentou convulsões?

Durante uma convulsão, os braços e as pernas da criança ficam rígidos porque os músculos se contraem. A criança talvez fique inconsciente, não respondendo a chamados. Assegure-se se a criança teve convulsões durante a doença atual. Use palavras que a mãe entenda, como “ataques” e “espasmos”.

OBSERVE: Verifique se a criança está letárgica ou inconsciente.

Uma criança letárgica encontra-se prostrada e não mostra interesse no que ocorre ao seu redor. Frequentemente a criança letárgica não olha para a mãe e nem 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.

Nota: Caso a criança apresente um sinal geral de perigo, complete o resto da avaliação imediatamente. Esta criança tem um problema grave. Deve administrar-se tratamento sem demora e referi-la urgentemente para o hospital.

PERGUNTE À MÃE QUAIS SÃO OS PROBLEMAS DA CRIANÇA

- Determine se essa é a primeira consulta para este problema ou se é uma consulta de retorno para reavaliação do caso.
- Se for uma consulta de retorno, utilize as instruções do quadro consulta de retorno
- Se for a primeira consulta, avalie a criança como a seguir:

VERIFIQUE SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO**PERGUNTE:**

- A criança consegue beber ou mamar no peito?
- A criança apresentou convulsões?

PERGUNTE E OBSERVE:

- A criança vomita tudo o que ingere?

OBSERVE:

- Verifique se a criança está letárgica ou inconsciente

Se a criança apresenta convulsão no momento, deixe livres as vias aéreas e trate a criança com diazepam. Então imediatamente avalie, classifique e providencie outro tratamento antes de referir a criança urgentemente ao hospital. Uma criança que apresente qualquer SINAL GERAL DE PERIGO necessita ser URGENTEMENTE assistida. Refira urgentemente ao hospital, complete imediatamente a avaliação e administre o tratamento indicado prévio à referência para que essa não sofra atraso.

Formulário de Registro: apresenta uma lista de perguntas que serão feitas à mãe e os sinais que você deverá observar e identificar, segundo os sinais e sintomas da criança.

Nome: _____ Idade: ____ Peso: ____ Kg Temperatura _____ C°

PERGUNTE: Quais o problemas da criança? _____ Primeira consulta? ____ Consulta de retorno? _____

AVALIE: Trace um círculo ao redor dos sinais presentes

CLASSIFIQUE

VERIFIQUE SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO:

- Não consegue beber ou mamar no peito
- Letárgica ou inconsciente
- Vomita tudo
- Convulsões

SIM

NÃO

ATENÇÃO: Leia as páginas 8 e 9 do Caderno de Exercícios

3. A CRIANÇA COM TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR

As doenças do aparelho respiratório são as responsáveis pela maior demanda de consultas e internações em Pediatria. Atingem de preferência o trato respiratório superior (Anexo 1) e, quanto menor a idade do paciente, maior é o comprometimento do trato respiratório inferior. Essas doenças, durante os primeiros cinco anos de vida, são de origem predominantemente infecciosa, com uma prevalência de cinco a oito episódios por criança/ano. Nos países em desenvolvimento a etiologia é geralmente bacteriana, sendo os agentes mais comuns o *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenza*. Algumas bactérias causam pneumonias atípicas: *Chlamydia trachomatis* em lactentes e o *Mycoplasma pneumoniae* em crianças maiores. No período neonatal, predominam os bacilos gram negativos *E. Coli* e *Klebsiella* e o *Streptococcus*, do grupo B.

Entre as referidas infecções, a pneumonia é responsável por 85% das mortes ocorridas por problemas respiratórios nas crianças menores de cinco anos, especialmente em países em desenvolvimento. Os principais fatores de risco associados incluem baixa renda familiar, baixa escolaridade dos pais, desnutrição, baixo peso ao nascer, prematuridade, exposição a fumo passivo, desmame precoce, creche e aglomeração familiar.

3.1. AVALIE A TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR

- Tosse.
- Dificuldade para respirar.

Ambos os sinais foram escolhidos, face a suspeita de pneumonia, em virtude de estarem presentes em quase todas as crianças menores de cinco anos com Infecção Respiratória Aguda (IRA). A febre não se considera um bom sinal para ser utilizado como critério de entrada por estar presente em outras doenças, tal como infecção do trato urinário. Para TODA criança doente, pergunte ou verifique:

PERGUNTE: 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 a criança está “cansada” ou utilizando outros termos regionais, como “pontada” ou outros. Caso a criança não tenha tosse nem dificuldade para respirar, faça perguntas sobre o sintoma principal seguinte: diarreia. Não continue avaliando os sinais relacionados com a tosse ou a dificuldade para respirar. Caso a mãe responda que SIM, faça-lhe as perguntas seguintes:

PERGUNTE: Há quanto tempo?

Uma criança que apresente tosse ou dificuldade para

respirar por mais de 30 dias tem uma tosse crônica, podendo tratar-se de tuberculose, asma, coqueluche, sinusopatia ou outra causa menos freqüente. Pela magnitude do problema, é importante afastar a possibilidade de tuberculose, perguntando se há casos na família, se há perda de peso ou ausência de ganho ponderal, e, em caso suspeito quando a infecção é de evolução lenta que não responde aos antibióticos comuns, refira imediatamente para investigação.

PERGUNTE: A criança apresenta sibilância ocasional ou freqüente?

Uma criança com sibilância ocasional ou freqüente pode apresentar asma. Não esqueça de sempre, na relação com a mãe, usar termos regionais para identificar esse sintoma. Recomenda-se, na ausência de sinais gerais de perigo, tratar a sibilância, com nebulização, até três vezes. Depois disso, a criança deverá ser reavaliada e classificada. Para melhor diagnóstico, use o estetoscópio sempre que disponível.

CONTE as respirações por minuto.

Conte quantas vezes a criança respira por minuto para decidir se tem respiração rápida. A criança deve estar quieta e tranqüila enquanto você observa sua respiração. Se a criança está assustada ou chorando, será difícil obter uma contagem precisa das respirações. Peça à mãe que a mantenha tranqüila. Se está dormindo, não acorde a criança.

Olhe durante um minuto se há movimento respiratório em qualquer parte do peito ou do abdome da criança. Geralmente você pode ver os movimentos respiratórios ainda com a criança vestida. Caso não possa ver facilmente esse movimento, peça à mãe que levante a camisa da criança. Caso não esteja seguro do número de respirações que contou (por exemplo, se a criança estava se movimentando, intranqüila ou chorando), repita a contagem. O limite para a respiração rápida depende da idade da criança. A freqüência respiratória normal é mais alta nas crianças de 2 meses a 11 meses do que nas crianças de 12 meses a 5 anos de idade.

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

OBSERVE se há tiragem subcostal.

Observe se há tiragem subcostal quando a criança **INSPIRA**. 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 um 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**. Se você não está seguro da presença de tiragem subcostal, observe outra vez. Para que haja tiragem subcostal, essa 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.

VERIFIQUE se tem estridor e sibilância.

O estridor é um som áspero produzido quando a criança **INSPIRA**. Em geral se produz quando há inflamação da laringe, traquéia, ou da epiglote que dificulta a entrada de ar nos pulmões. As principais causas das obstruções das vias respiratórias superiores são de origem infecciosa (80%). Dessas, 90% são em virtude da laringotraqueobronquite viral, 5% à epiglotite e 5% a infecções de outras áreas do trato respiratório superior (laringotraqueíte e traqueíte). A epiglotite aguda é uma infecção bacteriana da epiglote e de outras estruturas supraglóticas causada pelo *Haemophilus influenzae* do tipo B. Ela tem mau prognóstico e pode levar á asfixia se não for atendido de imediato.

A criança que tem estridor quando está em repouso tem uma doença grave. O mesmo deve ser verificado quando a criança estiver tranquila. Ponha o ouvido perto da boca da criança, pois pode ser difícil identificar o estridor. Às vezes ouvirá um som borbulhante caso o nariz esteja obstruído, desobstrua-o e escute outra vez. Talvez ouça um som sibilante quando a criança expira. Isto não é estridor, pode ser sibilância que é uma manifestação clínica que ocorre por obstrução ao fluxo aéreo e que soa como um chiado na expiração. Quando disponível, utilize o estetoscópio.

A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR? Sim ___ Não ___ SE SIM: Há quanto tempo? ___ dias •Sibilância ocasional ou freqüente? •Conte as respirações em um minuto ___ rpm •Respiração rápida? •Observe se há tiragem subcostal •Verifique se há estridor ou sibilância	
--	--

3.2. CLASSIFIQUE A TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR

Para classificação dos casos, as crianças foram divididas em lactentes menores de dois meses e crianças de dois meses a cinco anos, por ser os grupos de maior risco para morbimortalidade por pneumonia. Para classificar essas crianças utiliza-se a respiração rápida e a tiragem subcostal por serem sinais mais específicos de pneumonia ou pneumonia grave. Há três possíveis classificações para uma criança com tosse ou dificuldade para respirar:

- Pneumonia grave ou Doença Muito Grave.
- Pneumonia.
- Não é pneumonia.

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<ul style="list-style-type: none"> Qualquer sinal de perigo ou Tiragem subcostal ou Estridor em repouso. 	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Dê a primeira dose de um antibiótico recomendado. Refira URGENTEMENTE ao hospital.
<ul style="list-style-type: none"> Respiração rápida 	PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none"> Dê um antibiótico recomendado durante sete dias. Alivie a tosse com medidas caseiras. Informe à mãe quando retornar imediatamente. Se tiver sibilância trate com broncodilatador durante cinco dias. Marque o retorno em dois dias.
<ul style="list-style-type: none"> Nem um sinal de pneumonia ou doença muito grave 	NÃO É PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none"> Se estiver tossindo há mais de 30 dias, refira para avaliação. Alivie a tosse com medidas caseiras. Se tiver sibilância trate com broncodilatador durante cinco dias. Seguimento em cinco dias, se não melhorar.

ATENÇÃO: Leia as páginas 9 a 12 do Caderno de Exercícios

4. A CRIANÇA COM SIBILÂNCIA

A sibilância é uma condição muito comum nas crianças, sendo uma causa importante de demanda nas unidades de saúde. Além disso, pode ser confundida com ou estar associada a um quadro infeccioso das vias respiratórias. Seu aparecimento se deve às alterações funcionais decorrentes do processo inflamatório crônico, tais como a hiperreatividade brônquica e a obstrução ao fluxo aéreo (broncoconstricção, formação crônica de rollhas de muco, edema e alterações estruturais das vias aéreas).

As principais doenças que cursam com sibilância são a asma (principal causa de obstrução brônquica nas crianças acima de quatro anos) e bronquiolite (predominantemente nos seis primeiros meses de vida). Os principais agentes etiológicos da bronquiolite são de causa viral (vírus sincicial respiratório – 50 a 90% – e *parainfluenzae*) associada à

hiperreatividade das vias aéreas induzida pela infecção. O pico de incidência está entre dois e seis meses, época em que se concentram 80% dos casos do primeiro ano de vida.

Essas doenças podem ocasionar retração intercostal e subcostal, além do aumento da frequência respiratória, sendo comum confundir-se com pneumonia, em certas situações, por isso antes de classificar a criança, o médico deve tratar a sibilância e fazer uma reavaliação depois. Conduta similar deverá ser adotada quando existir antecedentes de sibilância, nos casos de respiração rápida e de tiragem, mesmo que não tenha sido auscultada no momento da consulta. Observe que a percepção da sibilância é melhor percebida com o uso do estetoscópio.

Se também há sibilância e não há sinais gerais de perigo, TRATE A SIBILÂNCIA com nebulização até três vezes. Depois reavaleie a criança para reclassificá-la.

Depois de cada nebulização, a criança deverá ser reavaliada para ver se ela melhora da sibilância. Caso a criança tenha respiração rápida ou tiragem subcostal, avalie também se estas diminuíram.

- Se depois da primeira nebulização, melhorar a sibilância, reavaleie e classifique a criança de acordo com o quadro da criança com tosse ou dificuldade para respirar.
- Se depois da primeira nebulização a criança não melhorar, repita a nebulização a cada 20 minutos, no máximo de três vezes, fazendo uma reavaliação da criança a cada vez.

Em virtude da grande participação das doenças respiratórias como causa de morte nas crianças menores, é prudente que o profissional tenha certeza do diagnóstico. Em caso contrário, deve referir o paciente urgentemente para investigação, visto que essas crianças apresentam com frequência sinais graves de desconforto.

4.1. AVALIE E CLASSIFIQUE A CRISE DE SIBILÂNCIA

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<p>Sensório: letárgica, inconsciente, sempre agitada ou</p> <p>Dispneia: fala somente palavras isoladas ou</p> <p>Musculatura acessória: tiragem supraclavicular ou</p> <p>Sat. O₂: < 90% *</p>	<p>CRISE DE SIBILÂNCIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE</p>	<p>REFIRA urgentemente</p> <p>Tratamento prévio ao encaminhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oxigênio • beta-2 agonista por Via Inalatória - VI • 1ª dose corticosteróide • 1ª dose antibiótico
<p>Sensório: alerta com períodos de agitação ou</p> <p>Dispneia: fala frases entrecortadas ou</p> <p>Musculatura acessória: tiragem: subcostal ou</p> <p>Frequência respiratória aumentada ou</p> <p>Sat. O₂: 90-95% *</p>	<p>CRISE DE SIBILÂNCIA MODERADA</p>	<p>Administre beta-2 VI (até 3x, a cada 20 minutos) corticosteróide oral</p> <p>Se não melhorar: REFIRA</p> <p>Se melhorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento domiciliar com beta-2 VI e corticóide VO, por cinco dias. • Oriente à mãe sobre como proceder na crise e quando retornar imediatamente. • Marque o retorno em dois dias
<p>Nenhum sinal de crise de sibilância grave ou doença muito grave ou de crise de sibilância moderada</p> <p>Sat. O₂: > 95% *</p>	<p>CRISE DE SIBILÂNCIA LEVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento domiciliar com beta-2 agonista VI, por cinco dias • corticóide VO se em uso de B2 há 24 horas ou mais • Orientar à mãe sobre como proceder na crise e quando retornar imediatamente • Seguimento em dois dias, se não melhorar ou se em uso de CO
<p>* Aferir Sat O₂, se oximetria de pulso estiver disponível</p>		
<p>Caso frequência respiratória se mantenha aumentada após tratamento da crise</p>	<p>CRISE DE SIBILÂNCIA MODERADA + PNEUMONIA</p>	<p>Tratamento domiciliar da CRISE MODERADA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar antibiótico recomendado por sete dias • Orientar à mãe sobre como proceder na crise e quando retornar imediatamente • Marque o retorno em dois dias

4.2. AVALIE E CLASSIFIQUE A CRIANÇA COM ASMA

AVALIE	CLASSIFIQUE	TRATE
<ul style="list-style-type: none"> • Frequência: crise* diária ou contínua ou • Sintomas noturnos: acorda > 2x/semana) devido a tosse ou dispnéia ou • História de internação por crise de sibilância nos últimos 12 meses 	ASMA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Refira ao especialista administrando tratamento prévio. Na impossibilidade: • Corticoide VI • Oriente como proceder na crise e quando retornar imediatamente
<ul style="list-style-type: none"> • Frequência: crises* 1x/semana (mas não contínuas) ou • Sintomas noturnos: 1 a 2 vezes por semana devido à tosse ou dispnéia 	ASMA MODERADA	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhe < 1 ano • Corticóide VI • Oriente o que fazer na crise e quando retornar imediatamente • Aconselhe medidas de controle ambiental • Retorno em dois meses
<ul style="list-style-type: none"> • Frequência: crises < 1x/semana ou • Sintomas noturnos: até 1 x por semana e, no máximo, 3x por mês 	ASMA LEVE	<ul style="list-style-type: none"> • Oriente o que fazer na crise e quando retornar imediatamente • Aconselhe medidas de controle ambiental

* crises: refere-se a um ou mais sintomas, tais como dispnéia, cansaço, dificuldade para respirar, falta de ar, aperto no peito ou sibilância.

Ao encaminhar para o especialista, prescrever corticosteróide VI, em dose plena, exceto para os menores de 1 ano de idade. Na impossibilidade de encaminhar ao especialista, utilizar:

Corticóide VI em dose plena.

Orientar a mãe sobre como proceder na crise e quando retornar imediatamente. Retorno em dois meses.

ATENÇÃO: Leia as páginas 12 a 14 do Caderno de Exercícios

5. A CRIANÇA COM DIARRÉIA

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. Ela é definida geralmente como a ocorrência de três ou mais evacuações 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 seis meses que não estão em aleitamento materno exclusivo. Na região Nordeste, onde o problema assume maior magnitude, o risco de morte por diarreia em crianças menores de cinco anos é cerca de 4 a 5 vezes maior do que na região Sul.

O número de evacuações por dia considerado normal varia 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 em 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.

Quase todos os tipos de diarreia que causam desidratação cursam com fezes líquidas. A cólera é um exemplo clássico de diarreia com fezes líquidas, mas apenas uma pequena proporção das diarreias líquidas se devem à cólera. A maioria dos episódios de diarreia aguda são provocados por um agente infeccioso e dura menos de duas semanas. 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 a bactéria *Shigella*. A disenteria amebiana não é comum nas crianças pequenas.

5.1 AVALIE A DIARRÉIA

Uma criança com diarréia deve ser avaliada para identificar: se há sinais de desidratação, se há sangue nas fezes e por quanto tempo a criança tem tido diarréia. Os seguintes passos devem ser avaliados, e preenchidos no formulário de registro:

A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA?	Sim ___ Não ___
SE SIM: Há quanto tempo? ___ dias.	• Examine o estado geral da criança. Encontra-se:
Há sangue nas fezes? ___	Letárgica ou inconsciente?
	Inquieta ou irritada?
	• Observe se os olhos estão fundos
	• Ofereça líquidos a criança. A criança:
	Não consegue beber ou não bebe bem?
	Bebe avidamente, com sede?
	• Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior:
	Muito lentamente (> 2 segundos) ou lentamente.

Para isso, pergunte aos acompanhantes de TODAS as crianças doentes:

PERGUNTE: A criança tem diarréia?

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 com diarréia. Caso a mãe responda que SIM, ou se já tinha relatado que a diarréia era o motivo pelo qual ela tinha levado a criança ao serviço de saúde, anote a sua resposta. A seguir, avalie a criança para averiguar se existem sinais de desidratação, diarréia persistente e disenteria.

PERGUNTE: Há quanto tempo?

Dê tempo à mãe para que responda a pergunta. Talvez ela demore um pouco para recordar o número exato de dias. A diarréia que dura 14 dias ou mais é diarréia persistente.

PERGUNTE: Há sangue nas fezes?

Pergunte à mãe se tem visto sangue nas fezes em algum momento durante este episódio de diarréia. Se sim, avalie se a criança está prostrada. Diarréia com sangue é disenteria.

A seguir, verifique SEMPRE o estado de hidratação da criança.

Quando uma criança se desidrata, está a princípio inquieta ou irritada. Quando a desidratação continua, a criança se torna letárgica ou inconsciente. 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.

OBSERVE 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 de usar esse sinal geral de perigo quando classificar o estado de hidratação da criança. Uma criança é considerada como inquieta e 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 se sentem molestadas só por estarem no serviço de saúde. Geralmente é possível consolar e acalmar essas crianças. Não devem ser consideradas como “inquietas ou irritadas”. Se a criança está tranqüila enquanto é amamentada, mas ao deixar de mamar se torna novamente inquieta ou irritável, apresenta esse sinal.

OBSERVE se os olhos estão fundos.

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

OFEREÇA líquidos à criança. 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 beber. Uma criança não

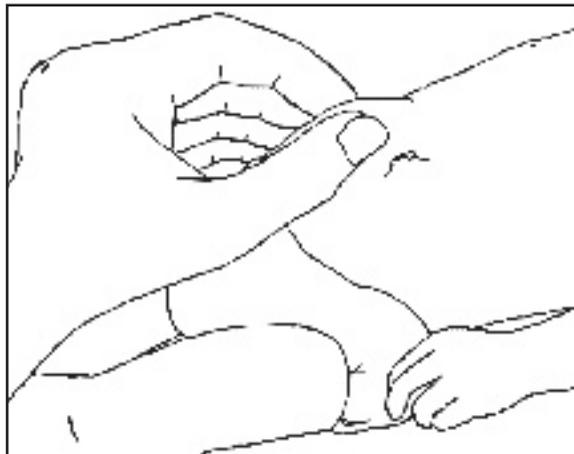
consegue beber se ao levar o líquido à boca ela não conseguir engolir. Por exemplo, uma criança talvez não possa beber porque está letárgica ou inconsciente. Ou a criança talvez não consiga sugar ou engolir. Uma criança bebe mal se está débil e não pode beber. Talvez consiga beber com dificuldade apenas 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 só porque é incitada a fazê-lo e não quer mais, não apresenta o sinal “bebe avidamente, com sede” ou “bebe mal”.

VERIFIQUE O SINAL DA PREGA no abdome. A pele volta ao estado anterior muito lentamente (em mais de dois segundos)? Lentamente?

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 o costado 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, a prega da pele 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 2 segundos)
- lentamente
- imediatamente

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.

5.2. CLASSIFIQUE A DIARRÉIA

A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocado por um agente infeccioso e dura menos de duas semanas. Caso dure 14 dias ou mais, é denominada diarreia persistente que geralmente é associada a problemas nutricionais, contribuindo para a mortalidade infantil. A diarreia com sangue, com ou sem muco, é chamada de disenteria e é frequentemente causada por *Shigella*.

5.3. CLASSIFIQUE O ESTADO DE HIDRATAÇÃO

Há três tipos de classificação possíveis para a desidratação em uma criança com diarreia:

- Desidratação grave.
- Desidratação.
- Sem desidratação

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<p>Dois dos sinais que se seguem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgica ou inconsciente. • Olhos fundos. • Não consegue beber ou bebe mal. • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior. 	DESIDRATAÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se a criança não se enquadra em nenhuma outra classificação grave: <ul style="list-style-type: none"> • Inicie Terapia Endovenosa (Plano C) OU se a criança se enquadrar em outra classificação grave: <ul style="list-style-type: none"> • Refira URGENTEMENTE ao hospital com a mãe administrando-lhe SRO freqüentes durante o trajeto. • Recomende a mãe a continuar a amamentação ao peito. ■ Se a criança tiver dois ou mais anos de idade, e se houver cólera, administre antibióticos.
<p>Dois dos sinais que se seguem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieta ou irritada. • Olhos fundos. • Bebe avidamente, com sede. • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior. 	DESIDRATAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> □ Administre SRO na unidade de saúde (Plano B). □ Se a criança também se enquadra em uma classificação grave devido a outro problema: <ul style="list-style-type: none"> • Refira URGENTEMENTE ao hospital com a mãe administrando-lhe SRO freqüentes durante o trajeto. • Recomende à mãe a continuar a amamentação ao peito. □ Informe à mãe sobre quando retornar imediatamente. □ Seguimento em cinco dias se não melhorar.
<p>Não há sinais suficientes para classificar como desidratação ou desidratação grave</p>	SEM DESIDRATAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dê alimentos e líquidos para tratar a diarréia em casa (Plano A). ■ Informe à mãe sobre quando retornar imediatamente. ■ Seguimento em cinco dias se não melhorar.

ATENÇÃO: Leia as páginas 15 a 17 do Caderno de Exercícios

5.4. CLASSIFIQUE A DIARRÉIA PERSISTENTE

Depois de classificar a desidratação da criança, classifique a criança com diarréia persistente, caso ela tenha diarréia por 14 dias ou mais. Há duas classificações:

- Diarréia persistente grave.
- Diarréia persistente.

• Há desidratação	DIARRÉIA PERSISTENTE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Trate a desidratação antes de referir a criança a não ser que essa se enquadre em outra classificação grave. • Refira ao hospital.
• Não há desidratação	DIARRÉIA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Informe à mãe sobre como alimentar uma criança com DIARRÉIA PERSISTENTE. • Dê multivitaminas e sais minerais. • Marque o retorno em cinco dias

5.5. CLASSIFIQUE A DISENTERIA

Há somente uma classificação para diarréia com sangue nas fezes:

• Sangue nas fezes	DISENTERIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dê um antibiótico recomendado para Shiguella durante cinco dias se houver comprometimento do estado geral. • Marque o retorno em dois dias
--------------------	-------------------	---

ATENÇÃO: Leia as páginas 18 a 21 do Caderno de Exercícios

6. A CRIANÇA COM FEBRE

A febre tem a utilidade de servir como sinal de alerta, e estima-se que 20 a 30% das consultas pediátricas têm a febre como queixa única predominante. No contexto de um grande número de febres de evolução benigna, cabe ao médico 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: é causada por parasitas no sangue chamados de “plasmódios”, é transmitida através da picada de mosquitos anofelinos. Dentre as quatro espécies de plasmódios que podem causar a malária, no Brasil, o falciparum (mais perigoso) e o vivax são os mais prevalentes. A febre é o sintoma 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 tosse com respiração rápida, um sinal de pneumonia. Esta criança necessita de tratamento para 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 (Índice Parasitológico Anual). 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.

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

6.1. AVALIE A FEBRE

- | |
|--|
| <p>A criança tem o sintoma principal, febre, se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiver uma história de febre, ou• Está quente ao toque, ou• Tem uma temperatura axilar de 37,5 °C ou mais. |
|--|

Decida o grau de risco de malária (áreas com risco alto, baixo ou sem risco). A seguir, avalie a criança com febre para verificar o seguinte:

PERGUNTE: A criança está com febre?

Verifique se a criança tem uma história de febre, está quente ao toque ou tem uma 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 uma 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: problemas de ouvido. Caso a criança tenha febre, avalie-a conforme o quadro DECIDA o Grau de Risco de Malária: área com alto ou baixo risco ou área sem risco. Você fará uso desta informação quando classificar a febre da criança.

PERGUNTE: Há quanto tempo? Se há mais de sete 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 7 dias, pergunte-lhe se teve febre todos os dias. Muitas febres causadas por doença viral cessam dentro de 3 dias. A febre que esteja presente diariamente por mais de 7 dias pode significar que a criança tem uma doença mais grave. Refira a criança para uma avaliação mais acurada.

OBSERVE E EXAMINE 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 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 nenhum movimento, ou se não está seguro, faça com que a criança olhe o umbigo e os dedos dos pés. Por exemplo, você pode iluminar com uma lanterna os dedos do pé 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).

OBSERVE e EXAMINE 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.

OBSERVE e PALPE 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 deve 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.

OBSERVE se há coriza

É importante ressaltar que toda criança que venha a unidade de saúde com febre e resida em área com alto

risco de malária, uma amostra de sangue deverá ser colhida para exame. Para as áreas de baixo risco, colher sangue para exame se não houver coriza ou outra causa para febre ou houver outros indicativos para suspeitar-se de malária.

<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE?</p> <p>Determine se o Risco de Malária é: Alto ___ Baixo ___ Sem risco ___ Há quanto tempo: ___ dias SE HÁ MAIS DE 7 DIAS: Houve febre todos os dias? ___</p>	<p>Sim ___ Não ___</p> <p>Observe e palpe se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca • Petéquias • Abaulamento de fontanela
---	---

6.2. CLASSIFIQUE A FEBRE

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

Área com alto risco de malária

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer sinal geral de perigo ou • Rigidez de nuca ou • Petéquias ou • Abaulamento de fontanela. 	<p>MALÁRIA GRAVE</p> <p>OU</p> <p>DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dê a primeira dose de um antimalárico recomendado. • Dê a primeira dose de um antibiótico recomendado. • Trate a criança para evitar hipoglicemia. • Dê antitérmico se febre de 38,5° C ou mais. • Refira URGENTEMENTE ao hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum sinal de malária grave ou doença febril muito grave 	<p>MALÁRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realize gota espessa e trate com antimalárico oral recomendado. • Dê antitérmico se febre de 38,5° C ou mais. • Informe à mãe sobre quando retornar imediatamente. • Seguimento em três dias se a febre persistir. • Se tem tido febre todos os dias por mais de sete dias, refira para investigação.

Área com baixo risco de malária

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<ul style="list-style-type: none"> Qualquer sinal geral de perigo ou Rigidez de nuca ou Petéquias ou Abaulamento de fontanela 	MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Dê primeira dose de antibiótico recomendado. Trate a criança para evitar hipoglicemia. Dê antitérmico se febre de 38,5° C ou mais. Refira URGENTEMENTE ao hospital.
<ul style="list-style-type: none"> Nenhum sinal de malária grave ou doença febril muito grave Não tem coriza e nem tem outra causa de febre 	PROVÁVEL MALÁRIA	<ul style="list-style-type: none"> Realize gota espessa* e se o resultado for positivo tratar a criança com um antimalárico. Dê antitérmico se febre de 38,5° C ou mais. Informe à mãe quando retornar imediatamente. Seguimento em três dias se a febre persistir. Se tem tido febre todos os dias por mais de sete dias, refira para investigação.
<ul style="list-style-type: none"> Tem coriza ou Tem outra causa de febre. 	MALÁRIA POUCO PROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none"> Dê antitérmico se febre de 38,5° C ou mais. Informe à mãe sobre quando retornar imediatamente. Seguimento em três dias se a febre persistir. Se tem tido febre todos os dias por mais de sete dias, refira para investigação.

Área sem risco de malária

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<ul style="list-style-type: none"> Qualquer sinal geral de perigo ou Rigidez de nuca ou Petéquias ou Abaulamento de fontanela 	DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Dê a primeira dose de um antibiótico recomendado. Trate a criança para evitar hipoglicemia. Febre alta 38,5°C ou mais, dê antitérmico. Refira URGENTEMENTE ao hospital.
<ul style="list-style-type: none"> Nenhum sinal de doença febril muito grave 	DOENÇA FEBRIL	<ul style="list-style-type: none"> Febre alta 38,5° C ou mais, dê antitérmico. Informe à mãe sobre quando retornar imediatamente. Seguimento em dois dias se a febre persistir. Se tem tido febre todos os dias por mais de sete dias, refira para investigação.

ATENÇÃO: Leia as páginas 21 a 25 do Caderno de Exercícios

7. A CRIANÇA COM PROBLEMA DE OUVIDO

Quando uma criança tem infecção de 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 dois anos, pela maior incidência das IVAS, menor imunocompetência e disfunção tubária (curta, ampla e com ângulo horizontal).

Algumas vezes, a infecção se estende do ouvido médio a apófise mastóide, causando mastoidite. A infecção também pode estender-se do ouvido médio para o SNC, causando meningite. Estas são doenças graves que requerem urgência de atenção hospitalar.

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.

7.1. AVALIE O PROBLEMA DE OUVIDO

TODAS as crianças doentes atendidas devem ser avaliadas quanto a problemas no ouvido. Para isso:

PERGUNTE: 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: desnutrição e anemia. Se a mãe responde sim, continue com a próxima pergunta.

PERGUNTE: Está com dor de ouvido?

A dor de ouvido pode indicar que a criança tem uma 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.

PERGUNTE: 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 uma infecção aguda do ouvido e quando presente por duas semanas ou mais infecção crônica do ouvido.

OBSERVE: 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 se possível, faça uma otoscopia. Caso a mãe ou acompanhante refira que a criança tem secreção no ouvido e essa não seja visível, indagar se a mãe secou o ouvido antes da consulta.

PALPE: Palpe para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido.

Palpe atrás de ambas orelhas compare e decida se tem tumefação dolorosa ao toque da apófise mastóidea. Para classificar como MASTOIDITE é necessário que haja tumefação dolorosa ao toque. A mastoidite é uma infecção profunda do osso. Deve tratar de não confundir inflamação dos gânglios linfáticos com a mastoidite.

No formulário de registro, os passos para avaliação e classificação dos problemas de ouvido são:

A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO?	Sim ___ Não ___
Está com dor de ouvido? _____	• Observe se há secreção purulenta no ouvido.
Há secreção no ouvido? _____	• Palpe para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido.
SE HOUVER: Há quanto tempo? _____ dias	
Use otoscópio quando disponível	

7.2. CLASSIFIQUE O PROBLEMA DE OUVIDO

Existem cinco classificações para os problemas de ouvido.

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
• Tumorção dolorosa ao toque atrás da orelha.	MASTOIDITE	• Dê a primeira dose de um antibiótico recomendado. • Dê uma dose de analgésico. • Refra URGENTEMENTE ao hospital.
• Secreção purulenta visível no ouvido há menos de 14 dias ou otoscopia alterada*.	INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO	• Antibiótico recomendado por 10 dias • Dê uma dose de analgésico. • Seque o ouvido com uma mecha se tem secreção. • Marque o retorno em cinco dias.
• Dor no ouvido **.	POSSÍVEL INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO	• Dê analgésico para a dor. • Marque retorno em dois dias
• Secreção purulenta visível no ouvido há 14 dias ou mais.	INFECÇÃO CRÔNICA DO OUVIDO	• Seque o ouvido com uma mecha. • Marque o retorno em cinco dias.
• Não tem dor de ouvido e não foi notada nenhuma secreção purulenta no ouvido.	NÃO HÁ INFECÇÃO DO OUVIDO	• Nenhum tratamento adicional.

* Membrana timpânica hiperemiada, abaulada ou perfurada.

** Quando for possível utilize o otoscópio.

ATENÇÃO: Leia as páginas 25 e 26 do Caderno de Exercícios

8. A CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO E ANEMIA

Uma mãe pode levar seu filho a uma unidade de saúde, porque a criança tem uma doença aguda. A criança talvez não tenha queixas que indiquem desnutrição ou anemia, porém uma criança doente pode estar desnutrida e o médico ou a mãe talvez nem notem o problema.

Uma criança com desnutrição grave está mais exposta a vários tipos de doenças, têm 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 pode ajudar a prevenir numerosas doenças graves e até a morte. Alguns casos podem ser tratados em casa. Os casos graves devem ser referidos ao hospital, para

tratar as complicações mais frequentes, receber alimentação especial, transfusões de sangue ou um tratamento específico para a doença que contribui para a desnutrição.

Um dos tipos é a desnutrição protéica-calórica, que se desenvolve quando a criança não obtém dos alimentos suficiente energia ou proteínas para satisfazer suas necessidades nutricionais. Uma criança que tenha apresentado doenças agudas com frequência também pode desenvolver desnutrição protéica-calórica. Nesta desnutrição:

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

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

A falta de consumo de alimentos que contém vitamina A pode trazer como resultado a deficiência de vitamina A, com o risco de morrer em consequência de sarampo, diarreia e pneumonia. As formas mais graves de hipovitaminose A levam a alterações oculares com risco de cegueira (cegueira noturna, xerofthalmia ou queratomalácea).

A anemia ferropriva é a carência nutricional de maior prevalência na infância. A falta de alimentos ricos em ferro pode levar à anemia. Uma das causas mais frequentes em nosso meio é o desmame precoce e inadequado. Uma criança também pode desenvolver anemia como resultado de:

- Infecções.
- Infestações por parasitas como ancilóstomos ou tricocefálos.
- Malária.

8.1 AVALIE A DESNUTRIÇÃO E ANEMIA

No formulário de registro os passos para avaliação e classificação da desnutrição e anemia são:

OBSERVE: se há emagrecimento acentuado.

Uma criança com emagrecimento acentuado visível tem marasmo, uma forma de desnutrição grave. A criança apresenta esse sinal se está muito magra, não tem gordura e parece como só tivesse pele e osso. Algumas crianças são magras, mas não têm emagrecimento acentuado visível.

Para poder observar se há emagrecimento acentuado visível, dispa a criança. Observe se tem atrofia muscular nos ombros, braços, nádegas e pernas. Observe se vê facilmente o contorno das costelas.

Observe de perfil a fim de determinar se não tem gordura nas nádegas. Quando a atrofia é extrema, a pele apresenta numerosas pregas nas nádegas e nos músculos de modo tal que a criança dá a impressão de estar usando calças muito largas. O rosto de uma criança com emagrecimento acentuado visível ainda pode até parecer normal ou então apresentar o aspecto de face de uma pessoa idosa. O abdome talvez esteja grande e ou distendido.

VERIFIQUE: se tem edema em ambos os pés.

Uma criança com edema em ambos os pés pode apresentar kwashiorkor (outra forma de desnutrição grave). Outros sinais comuns incluem: cabelo fino, ralo e descolorido que cai facilmente; pele seca, escamosa especialmente em braços e pernas; e rosto edemaciado ou em forma de lua cheia. O edema se forma quando se acumula uma quantidade maior de líquido nos tecidos. Observe e palpe para determinar se a criança tem edema. Utilize seu dedo polegar para pressionar suavemente por uns poucos segundos o lado superior de cada pé. A criança tem edema se fica uma marca no pé quando você levanta o polegar. Muitas das crianças com edema de ambos

os pés apresentam também emagrecimento acentuado. São as formas mistas de kwashiorkor-marasmático.

OBSERVE: 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, dado que isso poderia ocasionar palidez ao bloquear o fluxo de sangue.

Caso ela esteja pálida, a criança tem palidez palmar leve. Caso esteja muito 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 com as palmas de pessoa da mesma raça. Se o seu serviço de saúde dispuser de dosagem de hemoglobina (Hb), determinar o valor da hemoglobina, principalmente em casos de dúvidas entre uma palidez palmar leve e grave. Se estiver abaixo de 6 g/dl referir para tratamento. Se não for possível dosar Hb, considerar como palidez palmar grave e referir a criança.

DETERMINE: o peso para a idade.

Na avaliação do peso para a idade se compara o peso da criança com o peso de outras crianças da mesma idade. O índice nutricional peso para a idade expressa a massa corporal para a idade cronológica. O resultado desta avaliação deve ser comparado a um padrão para ser dado o diagnóstico nutricional. No Brasil, o padrão adotado é o recomendado pela OMS, o National Health Statistics (NCHS).

O gráfico de crescimento inserido no interior do cartão da criança tem:

- Uma linha contínua vermelha, representando -3 Desvio Padrão (DP) ou Z3-Score (aproximadamente percentil 0,1)
- Uma linha contínua representando -2 DP (aproximadamente percentil 3).
- Uma linha tracejada acima representando o percentil 10
- Uma linha contínua superior representando $+ 2$ DP (aproximadamente percentil 97).

O Z escore (Z SC): é o desvio do valor observado para um determinado indivíduo, do valor da média da população de referência, dividido pelo desvio padrão para a população de referência.

$$ZSC = \frac{\text{Valor observado} - \text{valor médio da referência}}{\text{Desvio padrão da população de referência}}$$

Observe se o peso está acima, no meio, ou abaixo da curva inferior:

- Abaixo da curva inferior: (P 0,1 ou - 3 DP), a criança tem peso muito baixo para a sua idade.
- Entre as 2 curvas inferiores (entre P 3 e P 0,1), a criança tem peso baixo para a sua idade.
- Na linha ou acima da curva do meio (P 3 ou - 2 DP), o peso não é baixo para a sua idade.

No formulário de registro, os passos para avaliação e classificação da desnutrição e anemia são:

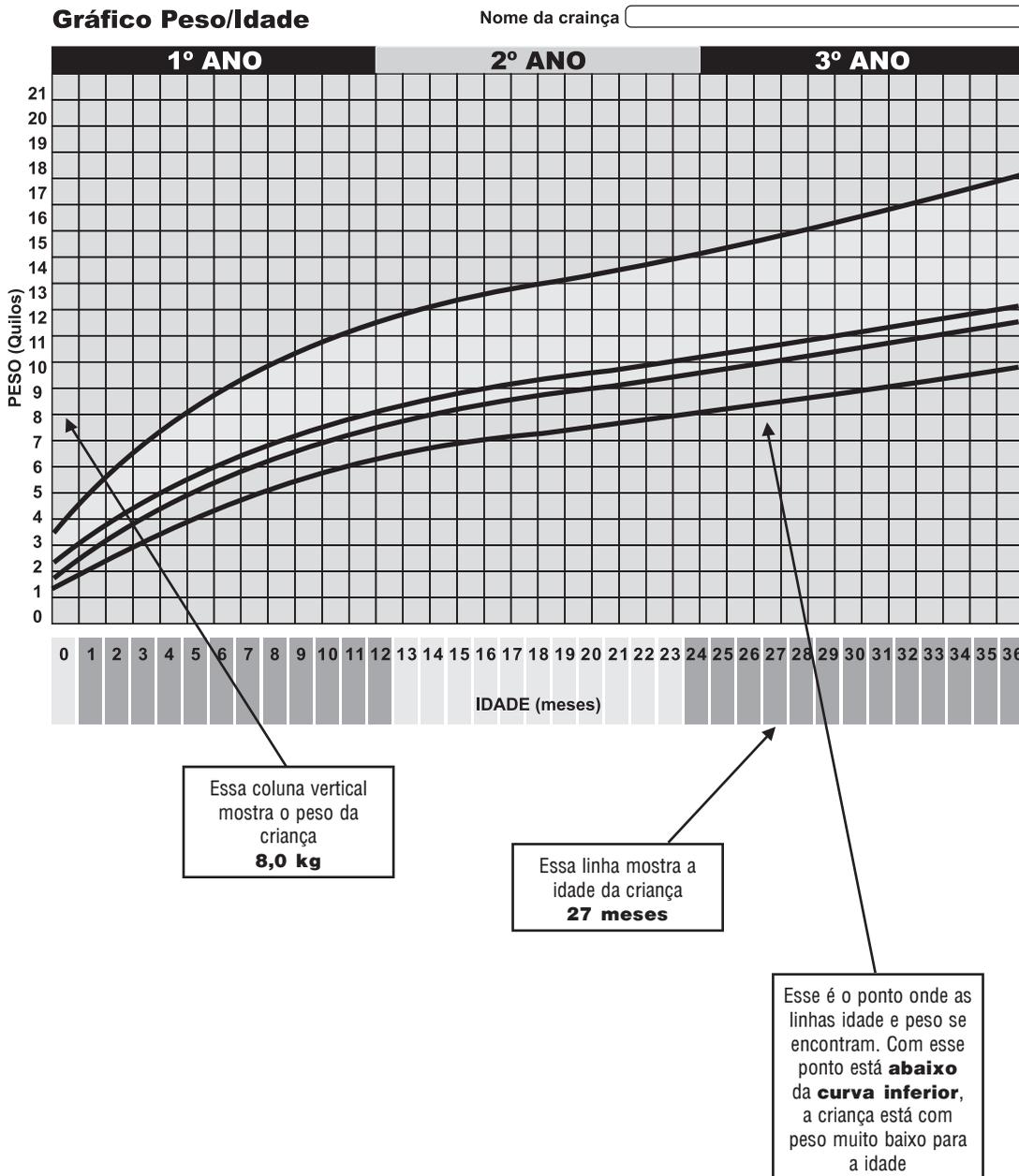
<p>A SEGUIR, VERIFIQUE SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Observe se há emagrecimento acentuado visível.• Verifique se há edema em ambos os pés.• Observe se há palidez palmar. Leve / Grave.• Determine o peso para a idade: Muito baixo /Baixo / Não é baixo.• Avalie a evolução do peso no cartão da criança.	
--	--

8.2. CLASSIFIQUE O ESTADO NUTRICIONAL

Existem quatro classificações para o estado nutricional da criança.

- Desnutrição grave.
- Peso muito baixo.
- Peso baixo ou ganho insuficiente.
- Peso não é baixo.

EXEMPLO: Viviane tem dois anos e três meses de idade e pesa 8,0 kg. Essa foi a maneira através da qual o profissional de saúde determinou o peso para a sua idade.



SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<ul style="list-style-type: none"> • Emagrecimento acentuado visível (marasmo) ou • Edema em ambos os pés (Kwaschiorkor) 	DESNUÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Dê vitamina A. • Trate a criança para evitar hipoglicemia. • Recomende à mãe para manter a criança agasalhada. • Refira URGENTEMENTE para tratamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso muito baixo para a idade (abaixo da linha inferior do cartão) 	PESO MUITO BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie a alimentação da criança e ensine à mãe a tratar a criança em casa. • Para crianças < seis meses e se a amamentação for um problema, marque retorno para dois dias. • Marque retorno em cinco dias.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso baixo para a idade (entre as duas linhas inferiores do cartão) ou • Ganho de peso insuficiente* 	PESO BAIXO OU GANHO INSUFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie a alimentação da criança e oriente à mãe a tratar a criança em casa. • Para crianças < seis meses e se a amamentação for um problema, marque retorno para dois dias. • Marque retorno em 30 dias.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para a idade não é baixo e nenhum outro sinal de desnutrição 	PESO NÃO É BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> • Se a criança tiver < dois anos de idade, avalie a sua alimentação e oriente à mãe conforme o quadro ACONSELHAR À MÃE: Recomendações para a Alimentação da Criança.

* Determinado por no mínimo duas avaliações do peso com intervalo de 30 dias.

8.3. CLASSIFIQUE A PALIDEZ PALMAR

Segundo o grau de palidez palmar, a criança se classifica como tendo:

- Anemia grave.
- Anemia.

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar grave 	ANEMIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Refira URGENTEMENTE ao hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar leve 	ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dê ferro. • Afaste malária (áreas de risco). • Dê mebendazol (um ano ou mais de idade e não tiver tomado nos últimos seis meses). • Avalie alimentação e oriente sobre alimentos ricos em ferro. • Marque retorno em 14 dias.

ATENÇÃO: Leia as páginas 26 a 30 do Caderno de Exercícios

9. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Todas as crianças devem ser avaliadas em relação ao seu desenvolvimento. A identificação precoce dos problemas do desenvolvimento como consequência dos fatores de risco durante a gravidez, parto e período neonatal, podem ajudar e orientar a mãe e a família sobre os cuidados gerais que ajudam a diminuir as seqüelas e por consequência melhorar a qualidade de vida da criança. Algumas alterações do desenvolvimento são secundárias a doenças de origem cerebral como seqüela de problemas como asfixia ao nascer, hemorragia intraventricular em RN prematuro etc. Outras estão associadas fortemente ao risco ambiental que estas crianças estão expostas (idade materna, uso de drogas etc). Algumas crianças enfrentam um duplo risco: biológico e ambiental.

Causas de transtorno do desenvolvimento especialmente com impacto em menores de 2 meses

AMBIENTAIS	BIOLÓGICAS
Crianças que não mamam Mãe adolescente Gravidez não desejada Baixa escolaridade materna Uso de drogas pelos pais Depressão pós parto Morte materna	Peso ao nascer menor que 2.500 gr Prematuros e pequenos para a idade gestacional Hemorragia intra craniana Anomalias congênitas Anóxia ao nascer Hipoglicemia Convulsão Surdez e cegueira

9.1. AVALIE O DESENVOLVIMENTO

Em todas as consultas de uma criança é importante avaliar as condições de seu desenvolvimento através do seguintes passos: fazendo perguntas a mãe sobre as condições de gravidez; observando o comportamento da criança se cumpre ou não determinadas metas estabelecidas para sua idade; observando o comportamento da mãe e sua interação com a criança. Faça as seguintes perguntas à mãe:

Como foi a gravidez de seu filho?

Utilize palavras fáceis que a mãe possa entender. Verifique se a gravidez foi desejada; duração da gravidez; se realizou

pré-natal; se realizou investigação para infecção congênita; se apresentou problemas de saúde como infecções; se utilizou algum medicamento ou outras informações que julgue importante.

Como foi o parto?

Pergunte se o parto foi em casa ou hospital; se foi normal, cesárea ou fórceps; se demorou muitas horas no trabalho de parto, se apresentou problemas como hemorragia, eclampsia etc.

A criança apresentou alguma intercorrência após o nascimento?

Verifique o peso da criança ao nascimento. Investigue o uso de oxigênio, fototerapia, transfusão de sangue ou qualquer outra intervenção, se necessitou ficar internado em UTI, etc. Pergunte se a mãe tem algum resumo de alta hospitalar.

A criança apresentou algum problema de saúde garve até hoje?

Algumas doenças podem alterar o desenvolvimento, tais como: meningites, doenças neurológicas, desnutrição, etc. Também é importante saber problemas familiares que possam interferir no desenvolvimento, tais como: consangüinidade dos pais, uso de álcool e drogas pelos genitores, violência doméstica entre outros.

Como você vê o desenvolvimento do seu filho?

A mãe é a pessoa que mais convive com a criança e portanto é a pessoa que mais a observa e na maioria das vezes é a primeira pessoa a perceber que o desenvolvimento do seu filho não está bem. Valorize sua opinião e observe com maior atenção essa criança.

Períodos ou etapas do desenvolvimento.

Do ponto de vista didático, observa-se que o desenvolvimento vai transcorrendo por etapas ou fases, que correspondem a determinados períodos do crescimento e da

vida, em geral. Cada um desses períodos tem suas próprias características e ritmos, ainda que não se deva perder de vista que cada criança tem seu próprio padrão de desenvolvimento.

Uso da ficha de acompanhamento do desenvolvimento

O acompanhamento do desenvolvimento deve fazer parte da consulta geral da criança. Para isso, não é necessário criar espaços específicos, momentos fora da consulta ou instrumental especializado, embora alguns pequenos brinquedos e/ou objetos do consultório possam ser usados para desencadear alguma resposta reflexa ou marco do desenvolvimento.

Durante a consulta, o profissional de saúde deve prestar atenção à forma como a mãe lida com o seu filho, se conversa com ele, se está atenta às suas manifestações. Muitas vezes, principalmente com o primeiro filho, ela fica muito tensa ao procurar o serviço de saúde. Também não é incomum, no período pós-parto, a mulher sentir-se mais angustiada ou mesmo deprimida. Nesses casos, uma conversa amigável e compreensiva por parte da equipe de saúde fará com que ela se sinta mais confiante e se relacione de forma mais espontânea com o bebê.

Com relação à criança, a seqüência do desenvolvimento pode ser identificada em termos gerais através dos marcos tradicionais. Essas referências constituem uma abordagem sistemática para a observação dos avanços da criança no tempo. A aquisição de determinada habilidade baseia-se nas adquiridas previamente e raramente pulam-se etapas. Estes marcos constituem a base dos instrumentos de avaliação. Porém, muitos deles carecem de sensibilidade, embora proporcionem um método estruturado para observação do progresso da criança e ajudem na indicação do retardo do desenvolvimento. Entretanto, focalizar a atenção apenas em algum marco pontual pode resultar na incapacidade de identificar processos estruturais que afetem o grau de desenvolvimento da criança como um todo.

Do mesmo modo que não se deve valorizar demasiadamente

atrasos isolados de algum(ns) marco(s) de acordo com o instrumento que está sendo utilizado, também não se deve desprezar ou desqualificar a preocupação dos pais quando a mesma não coincide com os achados obtidos pelos instrumentos de avaliação. É fundamental escutar a queixa dos pais e levar em consideração a história clínica e o exame físico da criança, no contexto de um programa contínuo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Somente assim será possível formar-se um quadro completo do crescimento e desenvolvimento da criança e da real necessidade de intervenção. Sabemos que um exame neurológico completo e uma avaliação psicológica é muitas vezes necessária, mas, nesses casos, a criança deve ser encaminhada a um especialista ou serviço de referência.

Procedimentos para o acompanhamento do desenvolvimento

A ficha de acompanhamento do desenvolvimento serve como roteiro de observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento, incluindo alguns aspectos psíquicos. Cada faixa etária contempla quatro indicadores: maturativo, psicomotor, social e psíquico. Ela deve ficar no prontuário da criança; e a padronização para o seu uso, no consultório. Sempre que possível, o profissional deve tentar utilizar a mesma forma de padronização, o que facilitará o exame e dará maior confiabilidade aos achados clínicos. O profissional deve tentar observar os marcos ou indicadores desde o início, quando a mãe entra no consultório. A criança no colo da mãe se mostra mais cooperativa e tranqüila. No caso dos bebês, deve-se tentar observá-los no período entre as mamadas, haja vista que quando famintos ficam muito irritados e pouco cooperativos; e após as mamadas, sonolentos e pouco responsivos. O profissional anotará a sua observação no espaço correspondente à idade da criança e ao marco do desenvolvimento esperado, de acordo com a seguinte codificação:

P = **Presente**
A = **Ausente**
NV = **Não Verificado**

Ao se aplicar a ficha, algumas das seguintes situações podem ocorrer:

- presença das respostas esperadas para a idade. A criança está se desenvolvendo bem e o profissional de saúde deve seguir o calendário de consulta;
- falha em alcançar algum marco do desenvolvimento para a idade. Antecipar a consulta seguinte; investigar a situação ambiental da criança, relação com a mãe, oferta de estímulos. Sugere-se orientar a mãe para brincar e conversar com a criança durante os cuidados diários;
- persistência do atraso por mais de duas consultas (ou ausência do marco no último quadro sombreado). Se verificado, encaminhar a criança para referência ou serviço de maior complexidade.

9.2. CLASSIFIQUE O DESENVOLVIMENTO

Marcos do Desenvolvimento Infantil

Ao trazer a criança ao serviço de saúde, a mãe recebe um documento chamado Cartão da Criança. Na maioria das vezes, ela o recebe ao sair da maternidade. Nesse cartão, que sempre deve ficar em poder da mãe, estão anotados dados relativos ao nascimento e primeiros dias de vida do bebê. De um lado, apresenta o gráfico da curva de crescimento; do outro, alguns marcos do desenvolvimento da criança e orientações de cuidados gerais, o que ajuda a família a acompanhar o desenvolvimento do bebê. Adicionalmente, também traz o esquema de vacinação da criança e a mãe deve cuidar em manter esse esquema absolutamente em dia, vacinando seu filho conforme as datas estabelecidas.

Após a consulta clínica e avaliação do crescimento e desenvolvimento, a equipe de saúde, além de anotar o peso da criança no gráfico do crescimento e desenhar sua curva, deve também conversar com a mãe sobre a importância do desenvolvimento e o significado da progressão dos marcos que estão no Cartão da Criança. Esses marcos, selecionados a partir da ficha de acompanhamento do desenvolvimento, permite ao profissional estabelecer uma conversa com a mãe a respeito

do desenvolvimento do seu filho e como ela pode, durante os cuidados normais do dia-a-dia com a criança, participar e estimular o crescimento e desenvolvimento da mesma.

RESUMO: Avaliar e Classificar o Desenvolvimento, segundo o contexto da AIDPI.

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a idade por mais de duas consultas 	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Refira para serviço de maior complexidade
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a idade 	POSSÍVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Verifique situação ambiental da criança. Verifique a relação com a mãe. Oriente a mãe sobre estimulação do seu filho. Marque retorno com 30 dias.
<ul style="list-style-type: none"> Presença dos marcos do desenvolvimento esperados para a idade. 	DESENVOLVIMENTO NORMAL	<ul style="list-style-type: none"> Elogie a mãe pelo desenvolvimento de seu filho. Oriente a mãe a continuar estimulando o seu filho.

Adaptado OMS/OPS/MS

ATENÇÃO: Leia a página 31 do Caderno de Exercícios

10. ESTADO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

As vacinas constituem-se no principal mecanismo de controle das doenças imunopreveníveis. Elas são agentes de imunização ativa utilizada para proteção específica e duradoura contra doenças transmissíveis, sendo constituídas por bactérias vivas modificadas ou mortas, vírus inativados ou vírus vivos atenuados ou frações de vírus ou bactérias. A esses são adicionadas substâncias com atividade germicida (antibióticos), estabilizadora (nutrientes), e adjuvantes que ampliam o poder de ação de alguns imunizantes como ocorre com os toxóides, por exemplo.

10.1. VERIFIQUE O ESTADO DE VACINAÇÃO

Verifique em **TODAS** as crianças o estado de vacinação, segundo um plano recomendado.

CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO - MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2004

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
ao nascer	BCG-ID contra hepatite B	Única 1ª dose	formas graves da tuberculose hepatite B
1 mês	contra hepatite B	2ª dose	hepatite B
2 meses	VOP (oral contra pólio) tetravalente (DTP+Hib) ¹	1ª dose 1ª dose	poliomielite ou paralisia infantil difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções pelo H. influenzae b
4 meses	VOP (oral contra pólio) tetravalente (DTP+Hib) ¹	2ª dose 2ª dose	poliomielite ou paralisia infantil difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções pelo H. influenzae b
6 meses	VOP (oral contra pólio) tetravalente (DTP+Hib) ¹ contra hepatite B ²	3ª dose 3ª dose 3ª dose	poliomielite ou paralisia infantil difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções pelo H. influenzae b, hepatite B
9 meses	contra febre amarela ³	Única	febre amarela
12 meses	tríplice viral (VcSRC) ⁴	Única	sarampo, rubéola, sínd.rubéola congênita, caxumba
15 meses	VOP (oral contra pólio) DTP(tríplice bacteriana)	Reforço Reforço	poliomielite ou paralisia infantil difteria, tétano, coqueluche
4-6 anos	DTP + tríplice viral	Reforço	sarampo, rubéola, sínd.rubéola congênita, caxumba
6-10 anos	BCG	Reforço	formas graves da tuberculose
10 a 11 anos	dT (dupla bacteriana tipo adulto) ⁶ contra febre amarela	Única	difteria, tétano febre amarela

¹ A vacina conjugada tetravalente (DTP+Hib) substitui a DTP e a Hib para as crianças que iniciam esquema, aos 2, 4 e 6 meses de idade. Em caso de atraso de esquema, a partir de 1 ano de idade: usar uma única dose da vacina Hib (até os 4 anos); fazer o esquema DTP apenas até os 6 anos e, a partir desta idade, substituir o produto pela dT (dupla adulto), inclusive para os reforços (item 6).

² Até 2004, a vacina contra hepatite B estará sendo oferecida aos menores de 20 anos. Em todo o país vacina-se grupos de risco em qualquer idade.

³ A vacina contra a febre amarela está indicada a partir dos 6 meses de idade aos residentes e viajantes que se destinam à região endêmica (estados do Acre, Amazonas, Pará, Amapá, Roraima, Rondônia, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e no Distrito Federal). Para os residentes e viajantes a alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (área de transição entre a região endêmica e a indene de febre amarela). A vacinação deverá ser realizada a partir dos 9 meses, antecipada para a partir dos 6 meses de idade, em ocasiões de surtos. A vacina requer uma dose de reforço a cada 10 anos.

⁴ Devem ser vacinadas todas as crianças de 1 a 11 anos de idade com a tríplice viral.

⁵ Em alguns estados, esta dose ainda não foi implantada.

⁶ A dT requer um reforço a cada 10 anos, antecipado para cinco anos em caso de gravidez ou acidente com ferimentos de risco para o tétano.

⁷ Às mulheres suscetíveis. Garantir a situação vacinal atualizada contra o tétano

No caso da vacina BCG, a revacinação é indicada, quando não houve cicatriz vacinal somente após observação, de no mínimo, 6 meses.

O formulário de registro apresenta os seguintes itens:

VERIFIQUE A SITUAÇÃO DA VACINA DA CRIANÇA

Trace um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje

BCG-ID VcHB-2 DTP-1 VOP-2 VcHib-2 DTP-3 VcHib-3 VAS ou VcSCR DTP-4

VcHB-1 VOP-1 VcHib-1 DTP-2 VOP-3 VcHB3 VcFA-1 VOP-4

EVITE FALSAS CONTRA-INDICAÇÕES:

Não constituem contra-indicações à vacinação: doenças benignas comuns, tais como afecções recorrentes das vias respiratórias superiores, com tosse e/ou coriza, diarreia leve ou moderada, doenças de pele (impetigo, escabiose, etc.), desnutrição; aplicação de vacina contra raiva em andamento; doença neurológica estável (síndrome convulsiva controlada, por exemplo) ou progressiva com seqüela grave; antecedente de convulsão; tratamento de corticosteróide em doses não elevadas durante curto período de tempo (inferior a duas semanas), ou tratamento prolongado com doses baixas ou moderadas em dias alternados; alergias (exceto as relacionadas com determinadas vacinas); prematuridade ou baixo peso e internação hospitalar. Deve-se ressaltar que história e/ou diagnóstico clínico progressivos de coqueluche, difteria, sarampo, tétano e tuberculose não constituem contra-indicações ao uso das respectivas vacinas.

OBSERVE AS CONTRA-INDICAÇÕES:

- Não dê BCG a uma criança que tenha AIDS ou imunodepressão. Pode ser administrada a vacina nas crianças HIV positivas assintomáticas.
- Não dê DTP-2 ou DTP-3 a uma criança que tenha tido encefalopatia nos primeiros sete dias ou choque anafilático após a dose anterior. Nesses casos, usar apenas dT infantil.
- Não dê DTP a uma criança com doença neurológica ativa do SNC e nos casos em que tenha apresentado após a aplicação da dose anterior uma das seguintes situações: convulsões nas primeiras 72 horas e síndrome hipotônico-hiporesponsivo ou choro prolongado e incontrolável por mais de 48 horas. Nesses casos indicar a DPT acelular e o uso de antitérmico profilático.

OBSERVE OS ADIAMENTOS:

Deve ser adiada a aplicação de qualquer tipo de vacina em pessoas com doenças agudas febris graves, principalmente para que seus sintomas e sinais, assim como possíveis complicações, não sejam atribuídos à vacina administrada e o BCG ID em crianças com menos de 2.000gr.

Para decidir se uma criança necessita de uma vacina no momento da consulta:

- Olhe a idade da criança
- Pergunte à mãe se ela tem o cartão da criança.

Nota: As crianças devem receber todas as vacinas antes do primeiro ano de vida. Caso a criança não receba a vacina na idade recomendada, administre-a logo que possível. Nesses casos respeitar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses de VPO e tetravalente, e de dois meses para a terceira dose de hepaite B ou de 90 dias entre a primeira e terceira dose.

ATENÇÃO: Leia as páginas 31 e 32 do Caderno de Exercícios

11. AVALIE OUTROS PROBLEMAS

No final, você deverá abordar outros problemas que a mãe tenha lhe comunicado, por exemplo problemas dermatológicos. Reconheça e trate qualquer outro problema de acordo com a sua especialização, experiência e critério clínico. Refira a criança por qualquer outro problema que você não possa tratar na sua unidade de saúde. Veja a lista de Notificação Compulsória a Nível Nacional e de seu Estado.

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 necessário mais referir.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Sind. Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Febre Amarela, Peste, Cólera, Febre Tifóide, Febre Tifóide, Coqueluche, Hanseníase, Paralisia Infantil, Dengue, Sífilis Congênita, Raiva Humana, Difteria, Hepatite B, Rubéola, Doença de Chagas (casos agudos), Leishmaniose Visceral, Sind. da Rub. Congênita, Doença Meningocócicas, Malária (em área não endêmica), Tétano, Outras Meningites, Meningite por *Haemophilus influenzae*, Tuberculose.

RESUMO: Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos

Perguntar a mãe ou acompanhante sobre o problema da criança	
Caso se trate da Consulta Inicial para o problema, siga os passos a seguir. Se é uma consulta de seguimento para ao problema, providencie atenção de seguimento	
Verificar se tem sinais gerais de perigo	
Perguntar a mãe ou acompanhante acerca dos quatro sintomas principais: <ul style="list-style-type: none">• tosse ou dificuldade para respirar• diarreia• febre• problema de ouvido	Na presença de um sintoma principal: <ul style="list-style-type: none">• avaliar mais a fundo a criança para identificar sinais relacionados com o sintoma principal e• classificar a doença de acordo com os sinais presentes ou ausentes
Verificar se tem sinais de desnutrição e anemia e classificar o estado nutricional	
Verificar e avaliar o desenvolvimento	
Verificar o estado de vacinação e decidir se necessita alguma vacina nesse mesmo dia	
Avaliar qualquer outro problema (Completar Exame Físico)	
Logo: Determinar o tratamento, Tratar a criança e Aconselhar a mãe ou acompanhante	