



SAÚDE DA CRIANÇA

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

A criança não é um adulto em miniatura, e por ser um período que possui suas particularidades, a infância exige uma abordagem diferenciada e qualificada.

Em cada consulta, devemos dar atenção global à condição de saúde da criança para que desta forma identifiquemos qualquer condição que possa afetá-la negativamente.

Os programas do Ministério da Saúde direcionados para atenção à saúde da criança ajudam a fortalecer a capacidade de planejamento e resolução do nível primário de atenção, colocando à disposição dos profissionais de saúde conhecimentos que proporcionem a realização de medidas de prevenção de doenças, bem como a resolução adequada dos problemas mais frequentes que afetam a saúde do infante.

Diante do exposto acima, esperamos que ao final deste módulo vocês atinjam os seguintes objetivos:

- Conceituar puericultura, compreender a importância da mesma na atenção integral à saúde da criança e estar apto a realizar uma consulta de puericultura completa e adequada.
- Saber orientar quanto às medidas preventivas para as doenças mais comuns da infância, que sejam de alguma forma preveníveis.
- Conhecer os testes de triagem neonatal, compreender as patologias que possam ser detectadas e saber dar seguimento, de acordo com seu nível de competência, a um caso com alguma alteração nos testes de triagem neonatal.
- Estar apto a diagnosticar situações de maus-tratos à criança, sendo capaz de conduzi-las.

Leia atentamente a situação problema e reflita sobre a conduta a ser adotada.

Fernando, 5 dias, nasceu de parto normal a termo, com 3,5 kg, Apgar 9 e 10, saiu da maternidade com a mãe. Vem à primeira consulta com queixa de estar com dificuldade para mamar. Está chorando muito e a mãe acha que é devido à fome. Inclusive já iniciou mamadeira com leite artificial. A mãe também acha que o leite não é suficiente para Fernando. Ficou mais assustada ao saber que o peso da criança diminuiu. Hoje está com 3,4 Kg. O que fazer?

Seção 1- Puericultura

A consulta em puericultura tem como objetivo acompanhar de forma criteriosa o crescimento e o desenvolvimento da criança pelo princípio da integralidade e longitudinalidade, bem como identificar as necessidades da criança.

Através do acompanhamento da criança deve-se fazer a promoção da saúde, orientado a família quanto ao aleitamento materno, alimentação saudável e imunização, dentre outras orientações, com a finalidade de se garantir o crescimento e desenvolvimento adequados para a idade. Dessa forma conseguiremos reduzir a mortalidade infantil e principalmente adequar as condições familiares ao desenvolvimento saudável da criança.

Recomenda-se a frequência de 7 consultas no primeiro ano de vida da criança, preferencialmente em datas que coincidam com os períodos de imunização (na primeira semana, no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês). No segundo ano no 18º e 24º mês, sendo que a partir do segundo ano deve-se fazer a consulta anualmente. É importante oportunizar os encontros para discutir ações para manter a saúde da criança, conversando com os pais ou cuidadores sobre os cuidados relativos às diferentes faixas etárias.

É necessário estabelecer estratégias para realizar a consulta na primeira semana de vida da criança, ação que irá auxiliar a família no cuidado da criança, aumentar o vínculo com a equipe e estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, além de ser um instante para reforçar com a família a importância da puericultura (BRASIL, 2012).

São objetivos da consulta na primeira semana de vida, segundo o MS (BRASIL, 2012) :

- Observar as relações familiares;
- Facilitar o acesso ao serviço de saúde;
- Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde;
- Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho);
- Estimular o desenvolvimento da parentalidade;
- Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;
- Identificar sinais de depressão puerperal;
- Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida;
- Prevenir lesões não intencionais; e
- Identificar sinais de perigo à saúde da criança.

A equipe deve estar atenta ainda aos sinais indicativos de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido, dentre eles os abaixo citados:

- Baixo peso ao nascer (< 2,5 kg);
- Prematuridade (< 37 semanas de gestação);
- Asfíxia grave ou Apgar < 7 no 5º minuto;
- Interações/ intercorrências no nascimento;
- Mãe < de 18 anos e/ baixa escolaridade;
- História familiar de morte de criança abaixo de 5 anos.
- Gestação gemelar;
- Malformação congênita;
- Ausência de aleitamento materno;
- Suspeita de violência;
- Ausência de pré-natal.

Para refletir: quais são as estratégias que sua equipe tem utilizado para realizar a consulta na primeira semana de vida das crianças?

Através das consultas de puericultura é possível acompanhar de forma criteriosa o crescimento e o desenvolvimento da criança, através de medidas de cuidados preventivos, baseados no princípio da integralidade e buscando compreender as necessidades individuais (BRASIL, 2012).

As consultas devem contemplar: anamnese, exame físico, verificação da situação de imunização e orientações.

Para que a anamnese ocorra de forma satisfatória um dos pontos fundamentais é o estabelecimento de confiança. Através dela, informações importantes podem ser colhidas e facilitarão o planejamento e a tomada de decisão posterior. Algumas sugestões e recomendações podem aqui ser destacadas para a realização de uma boa anamnese: utilização de perguntas abertas, a não utilização de abordagens intrusivas ou interpretativas que não propiciem a descrição natural dos fatos, saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta, além de ficar atento e prestar bastante atenção ao bem-estar da mãe ou cuidador da criança.

Deve-se realizar exame físico completo: peso, comprimento e perímetro cefálico; desenvolvimento social e psicoafetivo; estado geral; face; pele; crânio; olhos; orelhas e audição; nariz; boca; pescoço; tórax; abdome; genitália; ânus e reto; sistema osteoarticular; coluna vertebral; e avaliação neurológica. É importante anotar as informações na caderneta da criança e orientar a mãe para sempre trazer à consulta o cartão.

A anamnese inicial deve ser bem detalhada para poder fornecer informações importantes. O Caderno de Atenção Básica nº 33, intitulado "Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento", traz os principais temas discutidos de forma simples, coerente e robusta, devendo ser parte do material a ser usado como base no atendimento a esses usuários.

Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento

Vários fatores estão relacionados ao crescimento e desenvolvimento da criança, tanto na esfera biológica quanto na psicológica e social.

A avaliação do peso para idade expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É o índice utilizado na avaliação do estado nutricional contemplado na Caderneta de Saúde da Criança, principalmente na avaliação do baixo peso. É muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança, mas não diferencia o comprometimento nutricional atual (ou agudo) dos progressos (ou crônicos). Por isso é importante complementar essa avaliação com outro índice antropométrico.

O índice de peso para estatura dispensa dados sobre a idade e expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e estatura. É utilizado tanto para identificar o emagrecimento quanto o excesso de peso da criança (BRASIL, 2012).

Já o índice de massa corporal (IMC) para idade expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura. É utilizado principalmente para identificar o excesso de peso entre crianças e adolescentes e tem a vantagem de ser um índice empregado em outras fases da vida. O IMC é usado como indicador de gordura corporal total nos percentis superiores (BRASIL, 2011).

A estatura para idade expressa o crescimento linear da criança. Na condição de índice que melhor aponta o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança, é considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população.

Deve-se dar atenção à evolução do crescimento da criança. Se a linha de crescimento no gráfico for descendente ao longo dos atendimentos, trata-se de um sinal de alerta, já que a criança está próxima de uma situação de baixo peso para idade ou de baixa estatura para idade.

Os traçados horizontais e descendentes podem estar relacionados a carências nutricionais ou outros agravantes, como doenças. Exceções podem ocorrer, por exemplo, como o caso de bebês grandes e filhos de pais baixos, que com 9 a 18 meses desaceleram o crescimento para assumir a estatura que traduz o perfil genético herdado dos pais. O traçado ascendente pode representar um catch up de uma criança de baixo peso, mas também poderia representar um risco de obesidade; portanto, cada caso deve ser analisado individualmente e continuamente.

Algumas observações que ainda merecem destaque:

- Nos primeiros dias de vida ocorre perda de até 10% de peso, que deve ser recuperado até o 10º dia de vida;
- Nos prematuros deve-se levar em consideração a idade gestacional até os 12 meses de vida, ou seja, deve-se marcar no gráfico a idade corrigida, ou seja, a idade cronológica menos o tempo que faltou para a criança atingir 40 semanas de idade gestacional;
- Atenção deve ser dada ao perímetro cefálico, principalmente nos menores de 3 anos, colocando-se as medidas no gráfico de percentil e acompanhando cada consulta.

Caso sejam identificados sinais de crescimento inadequado recomenda-se (BRASIL, 2012):

- a. Quando se diagnosticar sobrepeso ou obesidade
- Investigue a possibilidade de erros alimentares e oriente a mãe a respeito de uma dieta saudável;
 - Estimule as atividades físicas através das brincadeiras infantis, em detrimento ao sedentarismo (tempo excessivo assistindo televisão, por exemplo);
 - Solicite o matriciamento do NASF-AB;
 - Faça avaliação clínica da criança.
- b. Quando se diagnosticar baixo peso.
- Investigue as causas, principalmente no desmame precoce;
 - Realize a orientação a respeito da alimentação adequada para a criança;
 - Investigue intercorrências clínicas e faça o tratamento;
 - Investigue a possibilidade de maus tratos ou violência no ambiente familiar;
 - Reavalie em 15 dias.

A vigilância do desenvolvimento da criança é fundamental em toda consulta pediátrica. O profissional deve estar familiarizado com o processo de desenvolvimento normal da criança, bem como com os possíveis fatores de risco que podem interferir negativamente no processo.

A caderneta da criança traz uma tabela com os principais marcos do desenvolvimento da criança e sinais de alerta para o atraso do mesmo. Ao se identificar alterações ou retardo de desenvolvimento, deve-se investigar as causas e encaminhar para serviços de estimulação precoce ou solicitar o matriciamento da equipe do NASF-AB, quando houver. Vamos relembrar os marcos de desenvolvimento normal da criança.

IDADE CRONOLÓGICA	FUNÇÃO ESPERADA
0 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Mantém o corpo todo fletido;• Mãos fecham ao contato (reflexo de preensão palmar);• Leva uma das mãos à boca;• Reage ao escutar sons altos (pisca os olhos, chora, se assusta, parando de realizar o que estava fazendo);• Chora quando quer algo;• Acalma-se com uma voz familiar;• Vira a cabeça para o lado em direção ao som.
4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none">• Sorri;• Vira a cabeça e os olhos à procura do som;• Reage quando chamado pelo nome;• Emite murmúrios e sons suaves – balbucio;• Brinca com a produção dos sons;• Segura objetos leves;• Controla a cabeça;• Permanece sentado com apoio;• De barriga para baixo apoia-se nos braços e levanta a cabeça;• Rola para os lados.
7 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none">• Reage a barulhos de brinquedos;• Reage quando chamado pelo nome, "não" imita a fala;• Vira a cabeça e os olhos ao mesmo tempo à procura do som;• Varia a entonação de voz, intensidade e altura;• Localiza para o lado e para baixo indiretamente;• Diz "mama" ou "papa";• Senta-se sem apoio;• Pega objetos fora do alcance;• Arrasta-se para frente;• Brinca com os pés, podendo colocá-los na boca;• Permanece na posição de gato, podendo engatinhar.
10 meses a 1 ano	<ul style="list-style-type: none">• Vira os olhos na diagonal à procura dos sons e vozes;• Localiza o som para o lado e para baixo diretamente;• Uso das primeiras palavras com significado;• Atende ordens simples;• Muda para todas as posições sozinha, incluindo de pé;• Pode engatinhar;• Fica de pé com apoio, anda para os lados, podendo dar alguns passos para frente;• Bate palmas, acena com a mão e imita os adultos com gestos.
1 ano e 1 mês a 1 ano e 4 meses	<ul style="list-style-type: none">• A criança olha atentamente o rosto do falante;• Diferencia sons fortes e suaves;• Usa as primeiras palavras com significado;• Reage a sons familiares, como: telefone, campainha;• Imita palavras;• Entende "me dá" acompanhado de gesto;• Emite seis ou sete palavras claras;• Entende ordens simples;• Reconhece seu nome;• Anda sozinho;• Constrói torre de até 3 cubos;• Fica de cócoras e volta a ficar de pé.

1 ano e 4 meses a 2 anos

- Discrimina sons diferentes, voz da mãe ou do pai;
- Localiza diretamente todos os sinais; para os lados, para cima, para baixo e para trás;
- Apresenta conversação balbuciada;
- Gosta de canções infantis;
- Aponta partes do corpo;
- Escuta estórias;
- Seleciona objetos pelo nome;
- Apresenta localização completa dos sons;
- Ao final desta fase utiliza frases de duas palavras com vocabulário de 20 ou mais palavras;
- Apresenta maior coordenação motora para brincadeiras de encaixe;
- Empurra e puxa objetos enquanto anda;
- Segura lápis e rabisca com apoio do polegar.

2 anos e 1 mês a 3 anos

- Imita os adultos;
- Reconhece objetos de seu uso diário;
- Identifica coisas, nomeia;
- Obedece a duas ordens simples seguidas;
- Reconhece a função de certos objetos;
- Relata pequenos acontecimentos;
- Ao final dessa fase apresenta aumento do vocabulário de 500 a 1000 palavras;
- Produz sentenças de 3 a 5 palavras;
- Vira trincos e maçanetas de portas;
- Desce escada com ajuda;
- Vira páginas, uma de cada vez;
- Desembrulha objetos pequenos;
- Salta sobre dois pés;
- Chuta bolas grandes;
- Faz bola de argila;
- Separa e junta brinquedos que se completam de forma simples.

Ao se diagnosticar alterações nos marcos de desenvolvimento é necessária a investigação da causa, tratamento caso seja possível, e encaminhamento para serviço de estimulação precoce.

Para refletir: Como está o acesso das crianças com retardo de desenvolvimento aos serviços de referência?

Na primeira consulta de puericultura é essencial verificar se o bebê realizou alguns exames essenciais. Vamos recordar?

Teste de Triagem Neonatal

A triagem neonatal é uma ação preventiva para o diagnóstico precoce de diversas doenças congênitas (metabólicas, endócrinas e hematológicas) ou infecciosas assintomáticas.

Em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8.069/1990) definiu a triagem neonatal como obrigatória. Em 1992, através da portaria 22, o MS reafirmou a obrigatoriedade da triagem, incluindo a avaliação para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.

Em 2001 foi criado o Programa Nacional de Triagem Neonatal através da Portaria 822, de 6 de junho, do MS. Este programa amplia a triagem neonatal no Brasil para quatro doenças (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fibrose cística) e objetiva atingir 100% dos nascidos vivos.

O teste do pezinho deve ser feito entre o terceiro a quinto dia de vida da criança. Para saber como é realizado o teste assista o vídeo:



As doenças detectadas no teste de triagem neonatal (BRASIL, 2016):

Fenilcetonúria

É um erro inato do metabolismo, de etiologia autossômica recessiva, resultante da ausência ou deficiência da enzima fenilalanina hidroxilase, que leva ao aumento da fenilalanina plasmática e que é tóxico para o sistema nervoso.

A incidência varia entre 1:13.500 nascidos vivos. Os afetados, se não tratados precocemente, frequentemente desenvolvem retardo mental e distúrbios do comportamento. O tratamento consiste na restrição de fenilalanina da dieta com monitorização dos níveis séricos desta substância. Para o lactente, o leite materno deverá ser oferecido juntamente com a fórmula, com baixo teor de aminoácidos (BRASIL, 2016).

Hipotireoidismo Congênito

É a deficiência do hormônio tireoideano ao nascimento e representa uma das principais causas tratáveis de retardo mental, somente 5% dos casos positivos são sintomáticos e os sintomas são pouco positivos ao nascimento. A incidência é de 1:3000 a 1:4000 nascidos vivos. A causa mais frequente é a disgenesia tireoideana.

A triagem é feita com dosagens de TSH. O tratamento é a reposição oral de levotiroxina, com monitorização clínica e níveis hormonais (BRASIL, 2016).

Doença Falciforme

É uma doença caracterizada pela produção anormal de cadeias beta da hemoglobina, que leva a falcização das hemácias em condições de baixa pressão de oxigênio, o que determina anemia por hemólise crônica, além de episódios de oclusão vascular e outras complicações. A incidência é de 1:1000 a 1:2500 nascidos vivos e a etiologia é autossômica recessiva. A triagem neonatal pode identificar indivíduos com outras hemoglobinopatias e também portadores de traço falciforme. Profilaxia de infecções, imunizações e encaminhamento para hematologista para tratamento precoce estão indicados.

Os pacientes portadores de traço falciforme não são doentes. São pacientes assintomáticos que não necessitam de tratamento específico, mas apenas de orientação, pois se os mesmos tiverem filhos, no futuro, com pessoas também portadoras de traço falciforme, as crianças poderão nascer com a doença (BRASIL, 2016).

Fibrose Cística

É um distúrbio da função exócrina associado a defeito numa proteína que regula o transporte da membrana, resultando num distúrbio com redução da excreção do Cl e maior concentração de sódio, com desidratação das secreções mucosas e hiperviscosidade das mesmas. Clinicamente pode-se ter íleo meconial (5 a 10% dos casos), icterícia prolongada, infecções respiratórias de repetição, diarreia crônica com esteatorreia, desnutrição, diabetes e insuficiência hepática.

Teste de triagem positivo deve ser confirmado com teste do suor, pois são numerosos os casos de teste de triagem falso positivos.

O tratamento é feito com suporte nutricional, reposição de enzimas pancreáticas, prevenção de infecções pulmonares e fisioterapia respiratória (BRASIL, 2016).

Hiperplasia adrenal Congênita

Definida como conjunto de síndromes caracterizadas por deficiência de enzimas que atuam na síntese de esteroides adrenais, sendo a de maior frequência a deficiência de 21-hidroxilase, que responde por cerca de 95% dos casos, e 11-beta-hidroxilase, encontrada em aproximadamente 5% dos casos. Essas enzimas participam do processo de produção do cortisol e da aldosterona. O diagnóstico presuntivo da HAC na triagem neonatal é realizado pela quantificação da 17-hidroxi-progesterona (17-OHP), seguido de testes confirmatórios no soro. As manifestações clínicas na HAC dependem da enzima envolvida e do grau de deficiência enzimática (total ou parcial). A apresentação clínica pode se expressar por insuficiência glicocorticóide, insuficiência mineralocorticóide, excesso de andrógenos ou ainda por insuficiência de andrógenos (BRASIL, 2016).

Deficiência de Biotinidase

Doença metabólica de caráter hereditário, caracterizada por defeito no metabolismo da biotina.

Essa deficiência se não tratada, pode ocasionar distúrbios neurológicos e cutâneos, tais como crises epilépticas, hipotonia, microcefalia, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, alopecia e dermatite eczematóide. Caso não diagnosticada e tratada, pode desencadear distúrbios visuais, auditivos, retardo de desenvolvimento motor e de linguagem (BRASIL, 2016).

Teste do Olhinho

A avaliação da visão é inicialmente feita através da inspeção e pesquisa do reflexo vermelho da retina, com o uso de oftalmoscópio (triagem ocular neonatal ou "Teste do Olhinho"). O teste do olhinho ou teste do reflexo vermelho deve ser realizado ainda na maternidade, sendo de fácil execução. Utiliza-se um oftalmoscópio, guardando a distância de 30 cm dos olhos do bebê, em ambiente escurecido. Através dele é possível detectar alterações que comprometem a transparência dos meios oculares tais como alterações

do cristalino (catarata), alterações da transparência da córnea (glaucoma), condições que levam à alteração da transparência do vítreo desencadeadas por infecções (toxoplasmose), alterações da transparência do vítreo por tumor intraocular (retinoblastoma) ou descolamentos de retina tardios. Caso sejam identificadas alterações, o bebê deve ser encaminhado ao especialista para esclarecimento diagnóstico e conduta (BRASIL, 2013- c).

É importante salientar que a criança deve ser testada 2 a 3 vezes ao ano até a idade de 3 anos.



Disponível em: <http://drellanomedeiros.com.br/2016/08/06/teste-do-olhinho-a-saude-do-seu-bebe-em-primeiro-lugar/> Acessado em 20/08/2018.

Para saber mais: Acesse as Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância.

Teste do Coraçãozinho

Esse teste deve ser realizado na maternidade, tendo como objetivo a detecção precoce de cardiopatias. Nesse teste são medidos os batimentos cardíacos e a oxigenação através de oxímetro.

Deve-se realizar oximetria de pulso nos recém-nascidos, em membro superior direito e um dos membros inferiores, antes da alta da unidade neonatal, entre as primeiras 24 a 48 h de vida do bebê. A saturação periférica deve ser maior ou igual a 95% em membro superior direito e membro inferior e a diferença entre as medidas deve ser menor que 3%;

Caso a saturação seja menor que 95% ou a diferença entre as medidas de membro superior direito e membro inferior seja maior ou igual a 3%, deve-se realizar nova mensuração em 1 h. Sendo confirmada a alteração, deve-se realizar o ecocardiograma em até 24 h. Sendo confirmada a presença de cardiopatia, o recém-nascido será encaminhado ao serviço de referência para tratamento e seguimento.

Teste Neonatal Auditivo

Esse exame tem por finalidade a identificação precoce de deficiências auditivas em neonatos e lactentes. É um exame indolor, realizado por medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição. A triagem auditiva por Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), também conhecida como "Teste da Orelhinha".

Especial atenção aos neonatos com as seguintes características: História familiar de surdez permanente iniciada na infância;

- Permanência na UTI por período superior a 5 dias, ou aqueles expostos (independente do tempo de internação) à: ventilação extracorpórea, ventilação assistida, exposição a drogas ototóxicas (aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça); hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto ou 0 a 6 no segundo minuto; peso inferior a 1,5 kg.
- Infecções congênitas: toxoplasmose, citomegalovírus, herpes, sífilis, AIDS, Zika.
- Anomalias craniofaciais comprometendo orelhas e osso temporal;
- Síndromes genéticas expressas por deficiência auditiva;
- Distúrbios neurodegenerativos;
- Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite.
- Traumatismo craniano.
- Quimioterapia.

O teste deve ser feito nas primeiras 48 h de vida ou no máximo no primeiro mês de vida da criança, devendo ser realizado em duas fases: teste e reteste. É importante seguir o seguinte protocolo (BRASIL, 2012- b):

Para os neonatos e lactentes com indicador de risco, utiliza-se o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE). Caso não se obtenha resposta satisfatória (falha), deve-se repetir o teste de EOAE ainda nesta etapa de teste. Caso a falha persista, deve-se realizar de imediato o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate-Automático ou em modo triagem).

- Para os neonatos e lactentes com indicador de risco, utiliza-se o teste de Peate-Automático ou em modo triagem.

Nas consultas de puericultura é importante observar o desenvolvimento da criança considerando-se a escala para acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem. Sendo detectadas alterações, deve-se encaminhar a criança ao serviço especializado para diagnóstico e seguimento.

IDADE CRONOLÓGICA	FUNÇÃO ESPERADA
Recém-nascido	Acorda com sons fortes.
0-3 meses	Acalma com sons moderadamente fortes e músicas.
3-4 meses	Presta atenção nos sons e vocaliza.
6-8 meses	<ul style="list-style-type: none">• Localiza a fonte sonora;• balbucia sons, ex: "dada"
12 meses	<ul style="list-style-type: none">• Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras;• entende ordens simples, ex: "dá tchau"
18 meses	Fala, no mínimo, seis palavras
2 anos	Produz frases com duas palavras
3 anos	Produz sentenças

Em prematuros considerar a idade corrigida.

Fonte: OMS, 2006. Diretrizes da Atenção à Triagem Auditiva Neonatal, 2012. MS.

Atenção: A equipe de saúde tem um papel importante na prevenção e na sensibilização das gestantes para a realização do exame assim que o bebê nascer. Deve-se orientá-las sobre como o exame é realizado: é um procedimento simples, indolor, realizado por otorrinolaringologista e/ou por fonoaudiólogo. Justifica-se fazer esse rastreamento no recém-nascido, pois o diagnóstico da deficiência auditiva é geralmente tardio.

O Programa Nacional de Imunização

As vacinas tem a finalidade de proteger as crianças das doenças imunopreveníveis. Devemos na atenção básica orientar as famílias a respeito da importância das vacinas, supervisionar a carteira vacinal, além de garantir o esquema básico completo no primeiro ano de vida e reforços nos anos posteriores.

A contraindicação é entendida como uma condição do usuário a ser vacinado que aumenta, em muito, o risco de um evento adverso grave ou faz com que o risco de complicações da vacina seja maior do que o risco da doença contra a qual se deseja proteger (BRASIL, 2014). Para todo imunobiológico consideram-se como contraindicações:

- a ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior; e
- história de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos.

Atenção: A ocorrência de febre acima de 38,5°C após a administração de uma vacina não constitui contraindicação à dose subsequente.

- Quando ocorrer febre, administre antitérmico de acordo com a prescrição médica.
- Não indique o uso de paracetamol antes ou imediatamente após a vacinação para não interferir na imunogenicidade da vacina

Especial atenção na indicação das vacinas para crianças nas seguintes situações (BRASIL, 2014):

- Em uso de corticoides em dose superior a 2 mg/kg/dias de prednisona ou equivalente. Crianças devem ser vacinadas somente três meses após a suspensão da droga. Corticoterapia em doses menores ou por via inalatória ou tópica não contraindicam a vacinação.
- Crianças nascidas de mães com AIDS, abaixo de 18 meses de idade, sem alterações imunológicas ou sem sinais e sintomas da doença podem receber as vacinas indicadas para a idade e aquelas disponíveis no CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais).
- Crianças ou usuários com imunodeficiência clínica ou laboratorial grave não devem receber vacinas de agentes vivos atenuados.

Atenção: criança com doença febril grave não deve ser vacinada até resolução do quadro.

São consideradas falsas contraindicações à imunização:

- Doença aguda benigna sem febre;
- Prematuridade ou baixo peso ao nascer. Exceto a BCG que deve ser administrada com peso ≥ 2 kg.
- Evento adverso em dose anterior a uma vacina (reação local tais como dor, vermelhidão ou inflamação);
- Em casos de diagnóstico prévio de tuberculose, coqueluche, tétano, difteria, poliomielite, sarampo, caxumba e rubéola;
- Doença neurológica estável ou pregressa com sequela presente;
- Antecedente familiar de convulsão ou morte súbita;
- Alergias, exceto as alergias graves a componentes de determinada vacina;
- História de alergia não específica, individual ou familiar;
- Uso de antibióticos, profilático ou terapêutico e antiviral;
- Tratamento com corticoides em dose não imunossupressora;
- Quando o usuário for contato domiciliar de gestante;
- Convalescentes de doenças agudas.

Vamos relembrar o esquema vacinal?

GRUPO-ALVO	IDADE	BCG	HEPATITE B	PENTA	VIP/VOP	PNEUMOCÓCICA 10V	ROTAVÍRUS HUMANO	MENINGOCÓCICA C	FEBRE AMARELA	HEPATITE A	TRÍPLICE VIRAL	TETRA VIRAL	HPV
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer										
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose						
	2 meses							1ª dose					
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose						
	5 meses							2ª dose					
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose							
	9 meses								Uma dose				
	12 meses					Reforço				Uma dose	1ª dose		
	15 meses			1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço					Uma dose
	4 anos			2º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço					
9 anos												3 doses a 11 anos	
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (a depender da situação vacinal)						Uma dose e um reforço, a depender da situação vacinal		2 doses		

Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao>

Ao nascer:

- BCG (Bacilo Calmette-Guerin) – (previne as formas graves de tuberculose, principalmente miliar e meningea) - dose única
- Hepatite B – dose única

2 meses:

- Pentavalente (previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Hib) – 1ª dose
- Vacina Inativada Poliomielite (VIP) (previne poliomielite ou paralisia infantil) – 1ª dose
- Pneumocócica 10 Valente (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – 1ª dose
- Rotavírus (previne diarreia por rotavírus) – 1ª dose

3 meses:

- Meningocócica C (previne a doença meningocócica C) – 1ª dose

4 meses:

- Pentavalente (previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Haemophilus influenzae tipo B) – 2ª dose
- Vacina Inativada Poliomielite (VIP) - (previne a poliomielite ou paralisia infantil) – 2ª dose
- Pneumocócica 10 Valente (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – 2ª dose
- Rotavírus (previne diarreia por rotavírus) – 2ª dose

5 meses:

- Meningocócica C (previne doença meningocócica C) – 2ª dose

6 meses:

- Pentavalente (previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningite e infecções por Hib) – 3ª dose

- Vacina Inativada Poliomielite (VIP) - (previne poliomielite ou paralisia infantil) – 3ª dose

9 meses:

- Febre Amarela – dose única (previne a febre amarela)

12 meses:

- Tríplice viral (previne sarampo, caxumba e rubéola) – 1ª dose
- Pneumocócica 10 Valente (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – Reforço
- Meningocócica C (previne doença meningocócica C) – Reforço

15 meses:

- DTP (Difteria, tétano e coqueluche) – 1º reforço
- Vacina Oral Poliomielite (VOP) - (previne poliomielite ou paralisia infantil) – 1º reforço
- Hepatite A – dose única
- Tetra viral ou tríplice viral + varicela – (previne sarampo, rubéola, caxumba e varicela/catapora) - Uma dose

4 anos:

- DTP (Difteria, tétano e coqueluche) – 2º reforço
- Vacina Oral Poliomielite (VOP)– (previne poliomielite ou paralisia infantil) - 2º reforço
- Varicela atenuada (previne varicela/catapora)

9 anos:

- HPV (previne o papiloma, vírus humano que causa cânceres e verrugas genitais) – 2 doses com seis meses de intervalo para meninas.
- Pneumocócica 23 Valente (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – 1 dose a depender da situação vacinal
- Dupla Adulto (previne difteria e tétano) - Reforço a cada 10 anos

Atenção: É importante estimular a imunização, principalmente com o retorno de doenças como Poliomielite e Sarampo.

Para refletir: Como está a situação vacinal das crianças de sua área de abrangência?

Seção 2: Alimentação nos Primeiros Dois Anos de Vida e Suplementação

Aleitamento materno

A Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde do Brasil e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de vida e complementar até os 2 anos ou mais. Alimentação complementar é quando a criança recebe além do aleitamento materno, qualquer alimento sólido ou semi-líquido, com a finalidade de complementar o leite materno e não de substituí-lo.

O aleitamento materno promove um maior vínculo afetivo entre mãe e filho. Aleitar reduz para a criança a morbidade por diarreia e por infecção respiratória. Reduz também a chance de alergias e de obesidade, fornece uma melhor nutrição ao RN e promove um melhor desenvolvimento cognitivo, bem como um melhor desenvolvimento da cavidade bucal. Não há dispêndio financeiro para nutrir o bebê até os 6 meses quando se amamenta exclusivamente ao seio, e ainda existe o efeito anticoncepcional para a mãe.

Os tipos de aleitamento (BRASIL, 2012):

- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Em relação ao leite materno, o leite de vaca possui diversas desvantagens: possui uma quantidade maior de solutos e de proteínas, podendo acarretar sobrecarga renal no lactente até 1 ano, principalmente até os 6 meses de vida; uma menor biodisponibilidade do ferro para absorção intestinal, favorecendo a ocorrência anemia ferropriva; e uma quantidade maior de gordura. As fórmulas infantis, apesar de tentarem se aproximar da composição e das características do leite materno, não possuem as propriedades imunológicas que este último possui.

A técnica de amamentação, em especial o posicionamento da mãe e do bebê e a pega do bebê ao seio, é fundamental para a saída efetiva do leite durante a mamada e para a proteção dos mamilos da mãe. A seguir, alguns pontos-chave para uma boa técnica de amamentação: posicionar o rosto do bebê de frente

para a mama, com o nariz em oposição ao mamilo, corpo do bebê próximo da mãe, bebê com cabeça e tronco alinhados, aréola um pouco mais visível acima da boca do bebê, boca bem aberta, lábio inferior virado para fora e queixo tocando a mama (BRASIL, 2012).

Em relação à frequência, é comum um bebê em aleitamento materno exclusivo mamar de 8 a 12 vezes por dia. O ideal é recomendar o aleitamento materno livre demanda, ou seja, de acordo com a necessidade do bebê; isso favorece a "descida do leite", a estabilização dos níveis de glicemia da criança e a recuperação mais rápida do peso de nascimento, lembrando que o recém-nascido pode perder até 10% de nascimento, devendo recuperá-lo até o décimo dia de vida.

É sempre importante frisar para a mãe que não existe leite fraco e lembrar também que o leite do final é o leite mais rico em calorias. Portanto, a mãe deve deixar esvaziar totalmente uma mama durante a mamada antes de passar o bebê para a outra mama, e na próxima mamada, oferecer o seio em que a criança mamou por último.

As únicas contraindicações absolutas ao aleitamento materno são: mãe com AIDS e mãe com infecção pelo vírus HTLV.

Introdução de Novos Alimentos para Crianças

Para as crianças alimentadas exclusivamente ao seio materno, a introdução de alimentos complementares, em geral, se faz aos 6 meses de vida. Se a alimentação é introduzida mais precocemente, antes dos 4 meses, esta pode acarretar mal aproveitamento dos nutrientes, devido à imaturidade do intestino, pode ocasionar sobrecarga de solutos e pode ter valor nutricional inferior ou maior que o necessário (BRASIL, 2004).

Na impossibilidade de se proporcionar aleitamento materno exclusivo no primeiro ano de vida, deve-se utilizar fórmulas infantis para lactentes, adequada para a idade do bebê, para substituir e/ou suplementar o aleitamento materno. O leite de vaca não é um alimento apropriado para a criança menor de 1 ano de idade.

Se a criança está em aleitamento materno exclusivo, não há necessidade de oferta de água. Porém, se a criança está em uso de fórmulas, a água deve ser oferecida nos intervalos das mamadas.

Ao introduzir alimentos complementares deve-se atentar para os seguintes pontos (SBP, 2006; SBP, 2009):

1. A alimentação da criança deve atender às necessidades quantitativas, ou seja, deve-se oferecer quantidade de alimento que seja suficiente para satisfazer o apetite da criança.
2. Apresentar proporções adequadas das diversas classes de alimentos. Proporção = 3:1:1:1; na seguinte ordem: 1. Cereais e tubérculos: arroz, milho, macarrão, batata, mandioca. 2. Leguminosas: feijão, soja, ervilha lentilha, grão de bico. 3. Proteína animal: carne, frango, ovos, peixe. 4. Hortaliças: legumes e verduras.
3. Variar os alimentos tanto quanto for possível.
4. Corresponder à capacidade digestiva nos vários períodos do desenvolvimento.
5. Introduzir alimentos novos de modo progressivo, tanto em termos de consistência, quanto em termos de qualidade dos alimentos.
6. Equilibrar a tendência laxante e constipante dos alimentos.

TABELA 1. Recomendação para introdução de novos alimentos ao lactente.

MÊS	LM EXCLUSIVO + EXPOSIÇÃO SOLAR
2º mês	LM exclusivo + exposição solar
3º mês	LM exclusivo + exposição solar
4º mês	LM exclusivo + exposição solar
5º mês	LM exclusivo + exposição solar
6º mês	Idem + suco + papa de fruta + papa salgada. 1ª papa salgada (entre 6-7 meses)
7º mês	idem + 2ª papa salgada - janta (entre 7-8 meses)
8º mês	idem
9º mês	Idem 8º mês – gradativamente passar para a comida da família
10º - 12º mês	Refeição da família

- 6-8 meses: 2-3 refeições ao dia
- 9-24 meses: 3-4 refeições ao dia
- > 12 meses: lanches adicionais
- Criança em aleitamento artificial: 5x/dia.

Outras observações importantes:

- Os sucos não precisam ser adoçados, todas as frutas podem ser utilizadas, deve ser oferecido após as refeições e o volume não deve exceder 100ml/dia.
- Não se deve oferecer mel até 1 ano de idade (risco de botulismo).
- Deve-se temperar a papa salgada com pouco sal e após o cozimento acrescentar 3 a 5 ml de óleo (soja, milho ou girassol).
- Todos as classes de alimentos devem ser introduzidas na papa salgada, inclusive a carne, desde o princípio da introdução.
- Não retardar a introdução de alimentos potencialmente alergênicos, como ovo, carne de peixe e de porco. A orientação atual do departamento de nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria é introduzi-los entre o 6º e 7º mês de vida.
- Pode-se fornecer a papa salgada inicialmente amassada no garfo, até que aproximadamente entre os 10º e 11º meses, a criança já comece a se alimentar da comida da família.
- O horário de administração das refeições de sal deve ser o mais compatível com os hábitos da família.
- Evitar alimentos industrializados até os 2 anos de idade (SBP, 2006; SBP, 2009).

Suplementação de Ferro na Criança

Até os 2 anos de vida a criança passa por uma fase de crescimento rápido, estando potencialmente sujeita à carência de ferro, principalmente se associados alguns fatores como desmame precoce, alimentação inadequada e verminose (BRASIL, 2012).

A suplementação de ferro na criança é indicada nas seguintes situações e da seguinte forma:

- Para todas as crianças de termo e com peso adequado ao nascimento a partir dos 6 meses de vida, em crianças com aleitamento materno exclusivo. Deve-se iniciar a suplementação aos 4 meses se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo. Manter até completar 18 meses. A dose é de 1mg/kg/dia.
- Para os prematuros e com baixo peso ao nascimento, iniciar a partir de 30 dias de vida, na dose de 2mg/kg/dia até 1ano de vida e após, 1mg/kg/dia até completar 2 anos.

Na formulação fornecida pelo SUS, a dose é de 25 mg de Fe elementar por ml do medicamento, ou seja, 20 gotas=25mg de Fe elementar.

O sulfato ferroso deve ser administrado 30 minutos a 1 hora antes da refeição, em 1 dose diária, puro, misturado com água ou com suco cítrico.

Atentar para o fato de que esta é a dose de suplementação e não de tratamento.

Crianças em uso de fórmula infantil enriquecida com ferro não necessitam de suplementação. O rastreamento sistemático para anemia ferropriva deve ser realizado somente em crianças com fatores de risco.

Classificação das crianças segundo idade, presença de fatores de risco para anemia e conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento (BRASIL, 2012).

CLASSIFICAÇÃO	CONDUTAS
Grupo 1 (com menos de 12 meses)	
Crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	1 a 2 mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro.	1 a 2 mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
Prematuros saudáveis e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG).	2 mg/kg/dia após 1 mês de vida por 2 meses. Depois, reduza a dose para 1 a 2 mg/kg/dia até os 18 meses. Solicite hemograma aos 15 meses.
Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, ferropenia materna grave durante a gestação (Hb < 8), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas).	2 a 4 mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se o resultado do exame for normal, reduza a dose para 1 a 2 mg/kg/dia até os 18 meses. Se houver anemia, mantenha a dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia deve ser feita aos 15 meses.
Grupo 2 (de risco para maiores de 24 meses)	
<ul style="list-style-type: none"> Dieta pobre em ferro: vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente) e baixa ingestão de frutas e verduras Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos) 	Solicite hemograma e aja conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Trate a anemia com 3 mg/kg/dia de ferro e aconselhe os pais sobre dieta rica em ferro.

Suplementação de Vitamina A

A deficiência dessa vitamina é a principal causa da cegueira (xerofalmia) evitável no mundo, além de estar associada à morte por doenças diarreicas em crianças. O Ministério da Saúde, através do programa de suplementação de vitamina A, recomenda a administração dessa vitamina em crianças de 6 a 59 meses de idade, a fim de evitar a xerofalmia (BRASIL, 2012).

Recomenda-se a administração via oral de Vitamina A nas seguintes doses:

- Crianças de 6 a 11 meses: 100.000 UI;
- Crianças de 12 a 59 meses: 200.000 UI a cada 6 meses.

Observação: a puépera deve receber uma dose de 200.000UI no pós-parto imediato, na maternidade. Deve-se orientar a mãe em relação à dieta rica nesse micronutriente para que o leite materno tenha concentração adequada da vitamina (BRASIL, 2012). São considerados alimentos ricos em vitamina A: fígado, gema de ovo, produtos lácteos, folhas verdes escuras, vegetais e frutas cor de laranja.

Importante: A Vitamina A não deve ser administrada a gestantes devido à toxicidade e inclusive efeitos teratogênicos no feto.

Seção 3 - Diarreias e Desidratação

A síndrome diarreica manifesta-se por aumento do volume de fezes, diminuição da consistência das fezes e aumento da frequência das evacuações.

As diarreias ou gastroenterites agudas geralmente são autolimitadas, durando de 7 a 10 dias. Os vômitos podem acompanhar o quadro, principalmente nos primeiros dias de evolução; dores abdominais também podem estar presentes. A morbimortalidade das gastroenterites está principalmente relacionada à desidratação, aos distúrbios hidroeletrólíticos e ao agravamento do estado nutricional, principalmente em crianças previamente desnutridas (FERREIRA e NETO, 2006).

Quanto à etiologia, os principais causadores são os vírus, principalmente o rotavírus e adenovírus. Dentre as bactérias, destaca-se principalmente E.coli, Shiguelia e Salmonella.

Na abordagem devemos considerar que:

- a absorção de eletrólitos e glicose se mantém fisiologicamente;
- a manutenção da alimentação é benéfica, pois impede a deterioração do estado nutricional e favorece a regeneração do epitélio intestinal;
- um maior aporte nutricional durante a fase de convalescência deve ser parte integrante do tratamento.

A abordagem terapêutica visa prevenir ou corrigir a desidratação e manter ou recuperar o estado nutricional da criança, além de, durante o tratamento, realizar processo de educação para a saúde, enfatizando para a família o que causa a diarreia, como evitá-la e como tratá-la (FERREIRA E NETO, 2006).

A - Hidratação

Utiliza-se a solução de reidratação oral preconizada pela Organização Mundial de Saúde e fornecida, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, ou então a reidratação venosa, dependendo do esquema terapêutico: plano A, plano B ou plano C:

PLANO A - A criança sem sinais de desidratação

Institui-se nestes casos o tratamento preventivo da desidratação, que consiste em:

- Orientar a família sobre a evolução esperada da doença, seus riscos eventuais e a conduta a seguir.
- Recomendar uma ingestão maior de líquidos, principalmente água, cereais cozidos, sopas e sucos.
- Administrar Soro de Reidratação Oral na quantidade de 10ml/kg (total de 50 a 200ml) após cada episódio de evacuação diarreica ou vômito.
- Mostrar à família como reconhecer os sinais de desidratação e como e onde procurar os Serviços de Saúde. Recomendar que caso haja piora da diarreia ou apareçam sinais de desidratação, procure o Serviço de saúde.

PLANO B - A criança com sinais de desidratação sem risco imediato de choque

A reidratação oral com os sais de reidratação oral (SRO) é o tratamento de escolha para estas crianças. Não devem ser usados refrigerantes, chás, outros líquidos ou alimentos, até o desaparecimento dos sinais de desidratação, com exceção dos lactentes alimentados ao seio, que deverão continuar a receber este alimento junto com a SRO. Esta fase de reidratação deverá ser realizada no Serviço de Saúde com a criança só sendo liberada para o domicílio após desaparecimento dos sinais de desidratação. Quando se alcança sucesso na reidratação (o que ocorre em cerca de 80 a 85% das vezes), a criança se hidrata em cerca de 4 a 5 horas. Algumas orientações devem ser observadas:

- A quantidade de SRO ingerida dependerá mais da criança. Como parâmetro inicial, oferecer cerca de 20 a 30 ml/kg/hora, em volumes pequenos de cada vez, com intervalos de ingestão de cerca de 10 a 15 minutos.
- Se a criança vomitar, o volume administrado deve ser reduzido e a frequência de administração aumentada.
- Os sinais de desidratação desaparecem progressivamente, com as crianças devendo ser reavaliadas periodicamente (no mínimo a cada hora).
- Ao desaparecerem os sinais de desidratação, iniciar a alimentação naquelas crianças que não fazem uso do leite humano. A partir daí, após cada evacuação líquida oferecer SRO para a criança (de 50 a 200 ml após cada evacuação, dependendo do peso da criança – pode-se calcular 10ml/kg de peso).
- O aleitamento ao seio, que deverá ser mantido durante o período de reidratação, deve ser mantido e estimulado com medidas concretas de apoio à mãe lactante.
- Para as crianças que recebem outros alimentos que não o leite humano, enfatizar a importância de maior aporte calórico durante o período de convalescência, para acelerar a recuperação nutricional.
- A criança deve ser reavaliada no Serviço de saúde após 24 horas da alta. A família deve ser orientada para sinais que indiquem recaídas do quadro clínico: sede intensa, vômitos, piora da diarreia, irritabilidade ou prostração ou diminuição da diurese. Nestes casos, orientar para oferecer SRO à criança e procurar imediatamente Serviço de Saúde.

Algumas situações indicam o fracasso da terapia de reidratação oral, tais como:

- Perda de peso após as primeiras duas horas de uso adequado de SRO
- Vômitos persistentes (4 ou mais vezes em uma hora) depois de iniciada a SRO
- Distensão abdominal acentuada, que sugere a presença de íleo paralítico (o que revela a necessidade de, nas reavaliações periódicas da criança durante o processo de TRO, fazer exame físico completo da criança)
- Alteração no estado de consciência da criança

PLANO C - A criança com sinais de desidratação grave

É conduzida a ser realizada em ambiente hospitalar, motivo pelo qual as crianças que têm indicação da utilização deste plano de tratamento devem ser encaminhadas a hospitais. Evidentemente, até a chegada da criança a estes locais, deverá ser oferecida a ela a SRO, na tentativa de diminuir o risco de choque hipovolêmico. Porém deve-se lembrar que esta é uma situação de grande gravidade, não se podendo perder tempo. O plano C compõe-se de duas fases, a de expansão (fase rápida) e a de manutenção e reposição (realizadas em conjunto).

Fase de expansão – Na expansão, usamos SF0,9% 20ml/Kg em 1 hora. E o restante do estimado da perda, com solução, com partes iguais de soro glicosado a 5% e soro fisiológico (NaCl a 0,9%). Deve-se manter a solução até o desaparecimento dos sinais de desidratação, quando se passa para a fase de manutenção e reparação. Esta fase rápida dura em torno de 4 a 5 horas.

Raramente há indicação de a criança continuar a receber líquidos por via venosa após reidratar. Habitualmente ela passa a tolerar alimentos e líquidos por via oral. Portanto, após término da fase de expansão da reidratação venosa, deve-se testar a aceitação oral da criança antes de prescrever soro venoso de manutenção e reposição.

B - Alimentação

É tão importante quanto a hidratação na abordagem da diarreia. O aleitamento materno, se usado, deve ser mantido mesmo durante a reidratação. Deve-se fornecer alimentação habitual para as outras crianças assim que estiverem hidratadas

C - Medicamentos

Geralmente o tratamento da diarreia aguda restringe-se à hidratação e nutrição da criança. Em algumas poucas situações pode haver necessidade de uso de medicamentos. Medicamentos como antieméticos e antiespasmódicos, não devem ser utilizados.

Desnutrição Proteico Calórica

A desnutrição proteico-calórica é uma doença multifatorial, relacionada à pobreza, responsável por maior predisposição a infecções, ao aumento do número de internações e consequentemente ao aumento da mortalidade entre crianças de 0 a 5 anos de idade. Essa doença está relacionada ao inadequado aporte de alimentos e micronutrientes, podendo comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança, marcando a qualidade de vida futura do indivíduo.

Cabe à equipe de saúde identificar precocemente os sinais de desnutrição infantil através da curva de desenvolvimento de peso, idade e estatura. Em cada encontro com as famílias, seja na consulta de puericultura ou na comunidade, deve-se construir um cardápio adequado à nutrição da criança, assim como realizar a correta prescrição dos micronutrientes essenciais ao desenvolvimento infantil. Lembre-se que a promoção da saúde é de competência da equipe, auxiliando no desenvolvimento de modos de vida saudáveis.

Ao serem identificadas alterações na curva de crescimento, o profissional de saúde precisa investigar as causas que levaram a essa situação, corrigi-las e investir em ações de orientação junto à família. É importante lembrar que desnutrição pode ser um dos sinais de violência infantil.

Para refletir: Quantas crianças em seu território encontram-se com desnutrição? Quais são as ações desenvolvidas pela equipe para evitar esse agravamento?

Seção 4- A Violência Infantil

Este é um tema que deve ser tratado com extrema seriedade e comprometimento pelo médico e pela equipe de saúde em geral.

É crescente o número de crianças e adolescentes vítimas de violência que vêm sendo atendidos nos serviços de saúde. A violência deve ser sempre notificada, e a família precisa ser acompanhada pelo serviço de saúde na intenção de proteger a criança e a saúde de toda a família (BRASIL, 2012).

Muitas vezes, crianças e adolescentes quando procuram os centros de saúde ou hospitais em decorrência de violência possivelmente já sofreram maus-tratos menos severos, tidos como normais dentro das regras familiares, sem que a comunidade soubesse, ou se tinha conhecimento, nada fez para coibir a ocorrência da violência. Ou ainda, frequentaram a escola com visíveis sinais de maus-tratos sem que ninguém percebesse. A violência contra a criança e o adolescente, quando não reconhecida nem tratada, deixa marcas profundas e irreversíveis por toda vida.

É importante apontar que as crianças sofrem violência geralmente em seus domicílios, ou sob quando estão sob os cuidados daqueles que deveriam preservar a integridade da vida dessas crianças. A equipe de saúde precisa estar atenta aos sinais de violência e desenvolver competências para promover uma infância saudável em seu território. Nos encontros com pais/ cuidadores é adequado promover ações para identificar os atos de violência e orientar os pais sobre a necessidade de estar atento a essa realidade (BRASIL, 2012).

Classicamente os maus-tratos são divididos nos seguintes tipos:

- Maus-tratos físicos: uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes.
- A "síndrome do bebê sacudido" é uma forma especial deste tipo de mau-tratamento e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto.
- A síndrome da criança espancada deve ser suspeitada em crianças de baixa idade com ferimentos não próprios para a idade, que não guarda coerência com a história contada pelos pais ou cuidadores. O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.
- Abuso sexual: é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade.
- Maus-tratos psicológicos: são toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exagerada e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus-tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança.
- Negligência: é ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Abrapia, 1997). O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; ausência de proteção contra as intempéries do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a frequência à escola. A identificação da negligência no nosso meio é complexa devido às dificuldades socioeconômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade (BRASIL, 2012).

Quanto aos maus-tratos físicos devemos atentar para os seguintes itens na anamnese:

- História incompatível com as lesões existentes;
- Lesões incompatíveis com o estágio de desenvolvimento da criança;
- Relatos discordantes quando o responsável é entrevistado por mais de um profissional em diferentes momentos;
- Relatos discordantes quando se entrevistam os responsáveis separadamente;
- Relatos discordantes quando se entrevista a vítima e os responsáveis separadamente;
- Supostos acidentes ocorridos de forma repetitiva e/ou com frequência acima do esperado – geralmente relacionados à suposta hiperatividade, má índole, desobediências etc. da criança;
- Suposto acidente para o qual a procura de socorro médico ocorre muito tempo após o evento;
- Falta de estrutura familiar, alcoolismo e uso de drogas por cuidadores;

No exame físico em caso de suspeita de maus-tratos físicos deve-se observar (BRASIL, 2012):

- As lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, "arrancamentos" (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, etc. As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau.
- Hematomas são as lesões de pele mais frequentemente encontradas nos maus-tratos físicos, seguidos por lacerações e os arranhões.
- Algumas partes do corpo são mais suscetíveis a lesões acidentais (proeminências ósseas, por exemplo), enquanto outras não o são (coxas, genitais, dorso). Desta forma, a localização das lesões pode ser um importante indicio da ocorrência de violência física (por exemplo, lesões circulares ou marcas de dedos em torno do pescoço, bem como petéquias na face e hemorragias subconjuntivais são sugestivas de enforcamento ou estrangulamento).
- Lesões em diferentes estágios de evolução (coloração e aspecto) ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo, bem como queimaduras "em meia", "luva" ou em nádegas e/ou genitália, são sugestivas de lesões provocadas. Quando algum instrumento é utilizado para a agressão, pode-se identificar sua forma "impressa" na pele (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes etc.).
- Os achados de escoriações, manchas ou sangramento em exame físico não relatados durante a anamnese também sugerem maus-tratos.
- Fraturas múltiplas inexplicadas em diferentes estágios de consolidação são típicas de maus-tratos. No entanto, são pouco frequentes. As localizações mais comuns das fraturas são as extremidades.

- O traumatismo crânio-encefálico (TCE) provocado pode levar a dois tipos de lesão: as alterações de consciência e as convulsões são os sinais clínicos mais frequentes, podendo ocorrer imediatamente após o trauma ou após um período livre de sintomas.

Exames complementares que podem ser solicitados na suspeita de maus-tratos físicos (BRASIL, 2012):

- Coagulograma completo - importante para o diagnóstico diferencial com coagulopatias nas crianças que apresentam hematomas, equimoses e/ou petéquias;
- Radiografias - RX completo do esqueleto deve ser feito nas suspeitas de maus-tratos físicos em todas as crianças menores de 2 anos de idade e, em alguns casos, até os 6 anos de idade. Acima desta idade geralmente bastam radiografias localizadas, de acordo com o caso. A radiografia pode ser normal na fase aguda do trauma. Diante da suspeita de maus-tratos pode-se, portanto, repetir o estudo radiológico após duas semanas;

Em caso de abuso sexual deve-se atentar para os seguintes fatos ao colher a história:

- Na maioria dos casos o abusador é um dos pais ou pessoa conhecida da criança.
- A identificação do abuso sexual pode ser feita mediante o relato da vítima ou de um dos responsáveis, pela constatação da existência de lesões genitais ou anais, após o diagnóstico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ou gravidez.
- Quando houver o relato espontâneo da criança, seu depoimento deve merecer toda a credibilidade, pois dificilmente ela seria capaz de elaborar uma falsa história de abuso sexual.

Na suspeita de abuso sexual, alguns dados de exame físico que devem ser observados:

- Deve-se realizar um exame físico completo, com atenção especial para áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus.
- Os sinais físicos a serem pesquisados são: hiperemia, edema, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, evidências de IST e gravidez.
- O abuso sexual traz também problemas de ordem social, emocional e comportamental. Assim, pode-se observar: dificuldades de aprendizado, fugas de casa, queixas psicossomáticas, mudanças súbitas de comportamento, fobias, pesadelos, rituais compulsivos, comportamentos autodestrutivos ou suicidas, comportamentos sexualizados, isolamento, aversão ou desconfiança de adultos, labilidade emocional, entre outros.

Exames complementares a serem solicitados em caso de suspeita de abuso sexual:

- Sempre que possível, coletar material que ajude a comprovar o abuso: pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais pode ser feita quando o abuso ocorreu menos de 72 horas antes.
- Ao indicar a obtenção de material para culturas e pesquisa sorológica para IST, deve-se considerar: possibilidade de contato oral, genital ou retal, a incidência local de IST e a sintomatologia da criança.

Em algumas situações de abuso sexual a ajuda de um profissional ginecologista pode ser necessária (BRASIL, 2012).

Diante de um caso suspeito de maus-tratos contra a criança, seja ele qual for, o médico deve fazer um relato minucioso de seu atendimento, prestar o atendimento médico inicial necessário, notificar o caso e acionar o Conselho Tutelar imediatamente. A Notificação de Maus Tratos contra a Criança e Adolescente é obrigatória, está regulamentada (PT/GM/MS 1968/2001) e é um instrumento importante para a implementação do cuidado à criança vítima de violência a ser seguido pelos gestores estaduais e municipais.

A Atenção Integral à criança vítima de maus-tratos e violência deve constar das rotinas dos serviços de saúde, com a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável e prevenção de agravos com detecção e abordagem do problema de forma interdisciplinar e articulada em rede socioassistencial, onde a equipe de saúde tem um papel fundamental no cuidado e nos encaminhamentos necessários.

Você conhece o Estatuto da Criança e Adolescente?

Esta lei deve ser aplicada a todas as crianças e adolescentes independente de local de crescimento, sexo, situação familiar, raça, cor, religião, deficiência, condição econômica, local de nascimento ou qualquer condição que possa causar discriminação do indivíduo.

Está delimitado na lei que compete à família, comunidade, sociedade e poder público o cuidado da criança e adolescente proporcionando condições que assegurem o desenvolvimento saudável desse indivíduo.

No artigo 7º está definido que tanto a criança quanto o adolescente têm direito à proteção à vida e saúde e que as políticas públicas precisam dar condições para que tenham condições adequadas para o nascimento e desenvolvimento sadio, com condições favoráveis à sua existência.

Trouxemos o ECA ([LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990, Estatuto da Criança e Adolescente, BRASIL, 1990](#)), para lembrar a todos os profissionais de saúde da importância do papel da equipe de saúde no desenvolvimento das crianças e adolescentes e da necessidade de auxiliar na construção de condições adequadas para o crescimento desse segmento da população. Ao refletir sobre o conteúdo descrito no ECA percebemos o quanto avançamos na garantia dos direitos e o quanto ainda falta para proporcionar condições favoráveis para a vida de todos.

Seção 5 - A Saúde Bucal

Cuidar da saúde bucal da criança é um ato ainda pouco divulgado em nosso meio. O cuidado deve ser iniciado ainda no período da gestação através de consultas com a gestante, onde serão realizados os cuidados necessários a cada gestante, além de ações de informação da importância da atenção precoce à saúde bucal da criança.

BEBÊS (0 A 24 MESES)

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, o que faria com que eles funcionassem de forma vertical e isolada da área médica e enfermagem. O trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança. É fundamental que os profissionais da equipe de saúde disseminem as informações que se seguem (BRASIL, 2012).

No período da erupção dos dentes é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos tais como salivação abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado, mas que não necessariamente são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser sintomático e quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos.

Nesta fase, a ingestão excessiva de dentífrico fluoretado pode causar fluorose dentária. O uso de produtos fluoretados e de água de abastecimento público com concentração ideal de flúor determinou nos últimos anos uma redução da doença cárie. Entretanto, isto tem sido associado com o aumento da prevalência da fluorose dentária.

A fluorose constitui-se em uma alteração que ocorre em nível de esmalte dentário afetando-o tanto estética como estruturalmente. Na sua forma mais leve, o esmalte apresenta em sua superfície pontos brancos e opacos e nos casos em que a fluorose é moderada ou severa observa-se uma alteração na cor do esmalte que varia do amarelo escuro para o marrom (BRASIL, 2012).

Neste sentido é recomendado o uso de creme dental com baixa concentração de flúor e um pH mais ácido que além de ajudar na prevenção de cáries, evita a ocorrência de fluorose em crianças.

Aleitamento materno: excetuando-se situações especiais, deve ser feito com exclusividade até os 06 meses de idade. A partir dessa idade, deve-se incentivar o uso progressivo de alimentos em colheres e copos. É importante fator de prevenção da má-oclusão dentária.

Hábitos bucais - sucção de chupeta ou mamadeira:

- Em situações adversas, nas quais é necessário dar mamadeira ao bebê, não deve-se aumentar o furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção e aprender a deglutir.
- Quando a necessidade de sucção não for satisfeita com o aleitamento materno, a chupeta deve ser usada racionalmente, não devendo ser oferecida a qualquer sinal de desconforto. Ela deve ser utilizada exclusivamente como complementar à sucção na fase em que o bebê necessita deste exercício funcional. Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta.

É importante realizar a limpeza da cavidade oral da criança utilizando uma gaze e água filtrada. A partir dos dois anos de idade a escovação contínua é responsabilidade dos pais ou responsáveis, mas à medida que a criança cresce, deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha. Neste período é importante que a criança escove seus dentes e os pais/responsáveis complementem a escovação, na medida em que o desenvolvimento da motricidade se dá ao longo do tempo. É preciso reforçar a importância de se usar o mínimo possível de dentífrico, pois a sua ingestão ainda ocorre nessa idade.

Na medida do possível, crianças com menos de 06 anos devem fazer uso de dentífrico fluoretado sob supervisão de um adulto ciente dos riscos da ingestão do produto. O dentífrico deve ser colocado sempre em local inacessível às crianças. O uso de fio dental deve ser introduzido com ajuda de um adulto (BRASIL, 2012).

Referências

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Criança, Brasília, DF, 2011, disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento Ministério da Saúde, 2012.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Ministério da Saúde, 2012- b.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Os Dez passos para a Alimentação Saudável de Crianças Menores de 2 Anos - Orientações Práticas para as Mães. Brasília, DF, 2004, disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Ministério da Saúde, 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasil, 2013- b. http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Ministério da Saúde, 2013- c.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Ministério da Saúde. 2014.

9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Ministério da Saúde, 2016.
10. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. São Paulo, 2006
11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação. São Paulo, 2009.
12. FERREIRA, J.P.; NETO, A. et al. Diagnóstico e Tratamento em Pediatria. Sociedade de Pediatria do RS. Artmed. Rio Grande do Sul. 2006.