



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO

Secretaria de Saúde

PROTOCOLO MUNICIPAL

Atenção à Saúde da Criança

Junho/2020

Prefeito Municipal
Christiano Spadetto

Secretário Municipal de Saúde
Cristiano Humberto Lameira Cassandro

Elaboração
Elizeth Carlos Vieira Toledo

Formatação
Liliane Vasconcellos Lopes

Colaboração Técnica
Bruno Pinto Mareto
Helane L. Belisario Pinto Anbrosim
Rakel Gaberlotto de Ávila Ventorin
Thadeu Leite Justo
Juliana Lacerda de Oliveira
Diogo Vieira de Oliveira
Laerti Rodrigues Fernandes Junior
Maria Fiorot Dalla

Brasil. Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo. Secretaria Municipal de Saúde.

Protocolo Municipal de Atenção à Saúde da Criança/ Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo, Secretaria Municipal de Saúde – Conceição do Castelo, junho de 2020.

AGRADECIMENTO

A todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que contribuíram na elaboração deste protocolo, tornando possível a estruturação da atenção à Saúde da Criança no município de Conceição do Castelo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE DA CRIANÇA EM CONCEIÇÃO DO CASTELO	06
3	AÇÕES ESTRATÉGICAS DA ATENÇÃO BÁSICA	07
4	ROTINA DE ATENDIMENTO A CRIANÇA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)	08
4.1	CRONOGRAMA DE CONSULTAS	10
4.1.1	Cronograma de Consultas da Criança de Risco Habitual e Médio	10
4.1.2	Cronograma de Consultas da Criança de Alto Risco	12
4.2	CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	13
4.3	A CONSULTA DO RECÉM NASCIDO	14
4.4	O SEGUIMENTO DA CRIANÇA	17
4.5	ATENDIMENTO EM SAÚDE BUCAL	18
5	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	19
6	ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	19
6.1	ALEITAMENTO MATERNO	20
6.2	ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS OU QUANDO O ALEITAMENTO MATERNO NÃO É PRATICADO OU É PRATICADO PARCIALMENTE	21
6.3	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	24
7	SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO	26
8	SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A	29
8.1	SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS	29
8.1.1	PASSOS PARA ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS	29
9	VITAMINA D	30
10	IMUNIZAÇÃO	32

11	ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA	33
12	RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS	36
13	ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA	36
	REFERÊNCIAS	38
	ANEXOS Anexo A -Quadro 2 -Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido Anexo B - Quadro 2 – Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos Anexo C - Quadro 4 - Calendário de vacinação de rotina do Ministério da Saúde Anexo D - Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)	39

1.INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) tem uma contínua preocupação e cuidado com os primeiros anos de vida da criança, é uma das fases mais críticas na vida. Os recém-nascidos e as crianças são particularmente vulneráveis à várias doenças, muitas das quais podem ser efetivamente prevenidas ou tratadas.

O Protocolo Municipal de Atenção à Saúde da Criança objetiva apoiar as equipes de atenção básica na qualificação do cuidado, na promoção à saúde, prevenção de agravos sendo uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores de organizar seu processo de trabalho, contribua para a melhoria do acesso e da qualidade no cuidado às crianças.

Salientamos que a intenção deste Protocolo, com a criação dos Fluxos, não é burocratizar ou delongar o atendimento, pelo contrário, é que o atendimento seja dinâmico e resolutivo seguindo o que preconiza o Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, e primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 a 5 anos, com especial atenção à faixa etária da primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL,2018).

Esse protocolo foi elaborado norteado principalmente pelo Caderno de Atenção Básica nº 33 do Ministério da Saúde e pelo Protocolo de Atenção à Saúde da Criança do Estado do Espírito Santo.

2.PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE DA CRIANÇA EM CONCEIÇÃO DO CASTELO

É necessário um diagnóstico do público alvo deste protocolo para que as ações sejam programadas de forma a atender a demanda e focadas nas fragilidades do perfil epidemiológico local.

O município de Conceição do Castelo possui, de acordo com o IBGE, 790 crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, 916 crianças de 5 a 9 anos, sendo o público alvo total de 1.706 crianças. Outro dado importante é o número de nascidos vivos do ano anterior para a programação de ações do primeiro ano de vida. De acordo com os dados da Secretaria Estadual de Saúde do ES (SESA), a série histórica de nascidos vivos dos últimos 5 anos apresenta um aumento:

Tabela 01: Nascidos Vivos residentes em Conceição do Castelo

Ano	Nascidos Vivos
2015	183
2016	155
2017	173
2018	162
2019	180

Fonte: Tabnet/SESA 2020

A mortalidade infantil nos últimos cinco anos, os anos 2015 e 2018 não foi registrado óbito em menor de um ano.

Tabela 02: Número de óbitos infantis por ano

Ano	Nº de óbitos
2015	0
2016	3
2017	1
2018	0
2019	3

Fonte: Tabnet/SESA, 2020.

Contudo, é necessário esforço constante para reduzir os índices de mortalidade infantil. É consenso que muitas vidas de crianças podem ser mantidas caso seja assegurado acesso a serviços de saúde de base comunitária, com retaguarda especializada e hospitalar adequada. Assim, torna-se necessário organizar intervenções primárias de saúde na comunidade com foco nas necessidades das mulheres, mães e crianças.

Neste contexto, no Brasil, a Atenção Primária a Saúde, entendida como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), assume o papel de oferecer cuidados primários de qualidade as crianças com foco na promoção e prevenção.

3.AÇÕES ESTRATÉGICAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Para efetivar um adequado atendimento as crianças são necessárias que a Atenção Básica priorize algumas ações estratégicas, tais ações estão elencadas no protocolo de atenção a criança da Secretária Estadual de Saúde do ES, e essas serão parâmetros a ser seguidos:

Tabela 03 – Ações Estratégicas

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA	Captar a criança na 1ª semana; Realizar consultas médicas e de enfermagem Solicitar os exames laboratoriais; Garantir os medicamentos básicos; Identificar fatores de risco desde a alta da maternidade; Monitorar as crianças do Grupo de risco; Tratar as patologias prevalentes; abordar adequadamente a criança vítima de violência; Realizar as atividades educativas

	alimentar e analisar os sistemas de informação;
AÇÕES DO 5º DIA	Preencher a Caderneta da Criança; Verificar a realização do Teste do Pezinho; Verificar e orientar o esquema de vacinação; Verificar a presença de icterícia; agendar a 1ª consulta;
IMUNIZAÇÃO	Vacinar a criança de acordo com o calendário; Alimentar e analisar os sistemas de informação;
ALEITAMENTO MATERNO	Orientar a nutriz sobre a amamentação Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês;

Fonte: Adaptado de Atenção à Saúde da Criança, SESA, 2017.

4. ROTINA DE ATENDIMENTO A CRIANÇA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

Crescer e desenvolver de modo saudável durante a infância é considerado um dos indicadores mais sensíveis para medir a qualidade de vida de uma população e o patamar de organização dos serviços de saúde. Neste contexto, é necessário a utilização de um protocolo para alinhamento no atendimento a criança.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), visitas domiciliares são recomendadas as famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto. Dessa forma, todo recém-nascido (RN) que recebe alta da maternidade ou criança que muda para a área de abrangência precisa ser captado precocemente pelo Agente Comunitário de Saúde. No caso do RN é essencial que seja na primeira semana de vida por ser um momento de grande vulnerabilidade, correspondendo ao período neonatal precoce, onde a atenção

a saúde da criança voltada para identificação e enfrentamento dos principais problemas e condutas preventivas é uma estratégia de fortalecimento da atenção primária. Nesse primeiro contato deve se agendar a primeira consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde (UBS).

A partir do primeiro atendimento, é necessário estratificar o risco da criança, e assim ter a próxima consulta de puericultura agendada conforme seu grau de risco.

As equipes de saúde devem estar atentas às crianças que não comparecerem à UBS para o seguimento da puericultura, realização de Triagem neonatal e imunização para que nesses casos, os Agentes Comunitários de Saúde façam visita domiciliar com o objetivo de busca ativa.

Ressalta-se que a equipe de Atenção Básica deve estabelecer fluxograma para a organização do processo de trabalho, bem como para o atendimento da demanda espontânea. Portanto, além das consultas de rotina, a equipe de AB deve proporcionar acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco à criança trazida pelo seu familiar, escutando os acompanhantes e propondo encaminhamentos em tempo oportuno.

Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança. A Caderneta da Criança é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento e deve ser interpretado como um “cartão de identidade”. Nele são registrados os eventos importantes para a sua saúde: condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas (SESA, 2017).

Salientamos que a equipe de saúde tem responsabilidade integral sobre todas as crianças da sua área de abrangência. No caso de a criança ser encaminhada para a Atenção Especializada ou ocorrer internação, por exemplo, a equipe de Atenção Básica deve manter o monitoramento dos

cuidados prestados e acompanhamento através de consultas de retorno, medicação e cuidados básicos.

É imprescindível o preenchimento adequado e completo do sistema de informação vigente, CONSULFARMA e da caderneta de saúde da criança, por todos os profissionais que prestam atendimento as crianças.

4.1 CRONOGRAMA DE CONSULTAS

4.1.1 CRONOGRAMA DE CONSULTAS DA CRIANÇA DE RISCO HABITUAL E MÉDIO RISCO

É importante que a criança realize todas as consultas preconizadas para cada faixa etária, desta forma as equipes de saúde devem organizar o processo de trabalho de forma que contemple toda a demanda.

O Protocolo de Atenção à Saúde da Criança (2017) elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo recomenda 10 consultas de rotina no primeiro ano de vida, a determinação da frequência das consultas é definida de acordo com os riscos que se pretende avaliar, tais como:

- Risco de agravos existentes desde o nascimento: 1º e 2º mês;
- Risco de agravos nutricionais (avaliar risco de desmame): 1º, 2º, 4º, 6º e 9º mês;
- Risco de comprometimento do desenvolvimento: 2º, 4º e 9º mês;
- Risco de infecções – verificação periódica do cartão de vacinação: 1º, 2º, 4º, 6º e 12º mês. (SESA, 2017).

Em seguimento, o Ministério da Saúde (2012) recomenda duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência.

Tabela 04 – Cronograma de Consultas de Crianças de Risco Habitual e Médio Risco

Cronogramas das consultas multiprofissionais para crianças de Risco Habitual e Médio Risco	
Idade	Profissionais
Visita na primeira semana de vida até o 5º dia de vida	Médico ou Enfermeiro / ACS
1 mês	Médico e Dentista
2 meses	Médico
3 meses	Enfermeiro
4 meses	Médico
5 meses	Enfermeiro e Nutricionista
6 meses	Médico e Dentista
9 meses	Médico ESF
12 meses	Médico e Dentista
18 meses	Enfermeiro e Dentista
24 meses	Médico e Dentista
Após 2 anos	Consulta médica anual e consulta odontológica semestral

Fonte: Adaptado Espírito Santo/SESA (2017)

4.1.2 CRONOGRAMA DE CONSULTAS DA CRIANÇA DE ALTO RISCO

O recém-nascido de alto risco merece ainda maior destaque, pois além da necessidade de cuidados pela equipe de Atenção Básica (AB), com muita frequência demanda atendimento especializado. O acompanhamento dessas crianças deve ser compartilhado entre AB e ambulatorios, dessa forma o cronograma de atendimento deve ser o seguinte:

Tabela 05 – Cronograma de consultas de crianças de Alto Risco

Cronogramas das consultas multiprofissionais para crianças de Alto Risco		
Idade/período	Consulta	Profissionais
7 a 10 dias após a alta	1ª consulta	Pediatra
Nos primeiros 6 meses de idade corrigida	Mensal	Pediatra e equipe de ESF
6 a 12 meses de idade corrigida	Bimestral	Pediatra e equipe de ESF
13 a 24 meses	Trimestral	Pediatra e equipe de ESF
2 anos a 4 anos	Semestral	Pediatra e equipe de ESF
4 anos até a puberdade	Anual	Equipe de ESF

Fonte: Manual Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco –SBP, 2012; Protocolo de atenção à saúde da criança, SESA, 2017.

OBSERVAÇÃO: Deve se organizar o atendimento entre Pediatra e equipe de Estratégia de Saúde da Família de acordo com a necessidade de acompanhamento da criança de alto risco.

O calendário proposto para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pressupõe a atuação de toda a equipe de atenção à criança, possibilitando ampliação na oferta de atendimentos da unidade de saúde.

4.2 CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade até durante o 2º ano (2 anos, 11 meses e 29 dias) de vida. Sugere-se os critérios do protocolo de Atenção à Saúde da Criança do ES para estratificação de risco:

Quadro 01 – Estratificação de Risco da Criança

NÍVEL	FATORES
RISCO HABITUAL	Risco inerente ao ciclo de vida da criança
MÉDIO RISCO	<p>Baixo peso 2.000 a 2.500g Prematuridade tardia: 35-36 semanas Criança sem realização de triagem neonatal Desmame antes do 6º mês de vida Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais Sobrepeso Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado Cária precoce</p> <p>Fatores sócio familiares Mãe adolescente (menor que 18 anos) Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo Mãe sem suporte familiar Chefe da família sem fonte de renda Mãe com menos de 4 consultas pré-natal Mãe com antecedente de um filho nascido morto Mãe com história de exantema durante a gestação Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis Gravidez e ou Criança manifestada indesejada Depressão pós-parto Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência,</p>

	doença neurológica Pais com dependência de álcool e outras drogas Mãe ausente por doença, abandono ou óbito Indícios de violência doméstica Cuidador não habilitado
ALTO RISCO	Afecções perinatais e malformações congênitas: Baixo peso <2.000g Prematuridade ≤34 semanas Asfixia perinatal e/ou apgar ≤6 no 5º minuto Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão Infecções crônicas do grupo STORCHS + HIV + Zika confirmadas ou em investigação Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária Sinais de violência Desnutrição grave Obesidade Intercorrências repetidas com repercussão clínica

Fonte: Adaptado Espírito Santo, SESA (2017).

4.3 A CONSULTA DO RECÉM NASCIDO

A primeira consulta do recém-nascido oportuniza a oferta de um conjunto de ações de saúde essenciais na Atenção Básica, sendo o primeiro contato após a alta da maternidade. Tanto a primeira consulta quanto a visita domiciliar devem ocorrer o quanto antes, ideal que seja na primeira semana de vida do RN ou na primeira semana após a alta.

Essas ações visam garantir a vinculação da família de forma precoce, permitindo a detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê e de riscos e vulnerabilidades familiares, traduzindo-se no “5º Dia de Saúde Integral”, estratégia prevista na PNAISC (BRASIL,2018).

Na primeira semana de vida, as equipes de atenção primária avaliam as condições da criança e da mãe, realizam ações de: incentivo ao aleitamento materno, vacinação, orientação dos testes de triagem neonatal, apoio as dificuldades apresentadas pela mãe, orientações sobre o planejamento familiar, agendamento de consultas de acompanhamento para criança e identificação da criança com risco adquirido/associado para vigilância à saúde (SESA,2017).

Nessa primeira consulta do recém-nascido o profissional deve:

- Acolher o recém-nascido e os acompanhantes, na Unidade de Saúde, no dia do atendimento;
- Ouvir as queixas referidas pelos acompanhantes e intercorrências;
- Avaliar as condições perinatais e verificar os registros na Caderneta de Saúde da Criança no item "Dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados do recém-nascido";
- Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B. Se mãe HBsAg positivo, verificar registro de administração de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B;
- Registrar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança;
- Acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação. Observar posição e pega, esclarecer sobre a amamentação sob livre demanda, alimentação da nutriz e informar sobre as leis que protegem a mulher que amamenta, no retorno ao trabalho;
- As mães que não podem amamentar necessitam de apoio da equipe de saúde e devem ser orientadas sobre a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea;
- Realizar exame físico completo na primeira consulta de puericultura que inclui a verificação do estado geral, o peso, comprimento e perímetro cefálico, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e coloração da pele. Deve-se

avaliar também fontanelas e suturas, olhos, implantação das orelhas, otoscopia, exame da boca e orofaringe, pescoço, gânglios, tórax, abdome, genitália e períneo membros, pulsos e perfusão periférica. Da mesma forma, reavaliar os sinais de Ortolani e Barlow e verificação de reflexos próprios do recém-nascido; seus achados devem ser descritos e compartilhados com os pais, como forma de facilitar-lhes a percepção das necessidades do bebê. Os tópicos que devem ser abordados no exame físico das primeiras semanas de vida conforme orientam o Ministério da Saúde, estão expostos no Quadro 01, em anexo.

Na primeira consulta é indispensável que o profissional realize as orientações gerais sobre os cuidados com o recém-nascido aos pais ou responsáveis:

- Lavagem das mãos por todas as pessoas que tem contato com o bebê;
- Não permitir que pessoas fumem próximo ao bebê;
- Oriente-os a respeito do banho e sobre os cuidados com o coto umbilical, que deve cair nas primeiras duas semanas, para isso, o coto deve ser mantido limpo e seco. Oriente-os também sobre a troca de fraldas, a prevenção de assaduras, os hábitos de sono e os diferentes tipos de choro;
- Oriente-os a respeito da posição supina (de "barriga para cima") para dormir e a sua relação de proteção contra a morte súbita do lactente;
- Orientar a nutriz sobre a amamentação nas consultas e em qualquer outra oportunidade e estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida;
- Prevenção de acidentes;
- Evitar levar o recém-nascido a locais com aglomerados de pessoas;
- Orientações para o calendário de imunizações;

- Orientar sobre icterícia e outros sinais de perigo, quando é recomendado o retorno imediato à UBS. São considerados sinais de alerta a icterícia que atinge braços e pernas em crianças com mais de duas semanas de vida e a presença de urina escura e fezes claras conforme o item “Cuidados com a saúde da criança: sinais de perigo”, da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2012 e 2019).

A família deve ser orientada sobre o seguimento da puericultura e ter a próxima consulta agendada conforme cronograma de consultas.

4.4 O SEGUIMENTO DA CRIANÇA

Em cada consulta subsequente, o profissional deve (BRASIL, 2019):

- Ouvir as queixas referidas pelos acompanhantes e intercorrências;
- Acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação;
- Realizar exame físico completo;
- Coletar dados antropométricos e preencher os gráficos de peso, comprimento, Índice de Massa Corporal (IMC) e perímetro cefálico (no caso das crianças com deficiência, existem curvas e tabelas específicas). Para mais informações, ler na íntegra a Caderneta de Saúde da Criança;
- Verificar o registro vacinal, conforme Calendário Nacional de Imunização vigente;
- Consultar os marcos do desenvolvimento para cada faixa etária no “Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento”, presente na Caderneta de Saúde da Criança, preenchendo o instrumento de acordo com a idade da criança (em meses ou anos);

- Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta;
- Orientar sobre a higienização da cavidade bucal do bebê;
- Orientar que a partir do nascimento do primeiro dente deve se utilizar uma escova pequena de cerdas macias, com o uso de pequena quantidade de creme dental com flúor e registrar o acompanhamento, conforme item "Saúde bucal" da Caderneta de Saúde da Criança, além de ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento;
- Verificar o uso regular de medicamentos;
- Verificar e orientar quanto a alimentação da criança;
- Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária, segundo o item: "Cuidando da segurança da criança: prevenindo acidentes e violência" da Caderneta de Saúde da Criança;
- Agendar a próxima consulta.

4.5 ATENDIMENTO EM SAÚDE BUCAL

As equipes de Saúde Bucal deverão organizar os atendimentos de forma que as crianças sejam atendidas conforme os protocolos Municipais de Atenção à Saúde da Criança e de Saúde Bucal, realizando as ações pertinentes:

- Realizar ações de educação em saúde bucal;
- Realizar as ações de saúde bucal em creches, pré- escolas e escolas;
- Realizar atendimento clínico odontológico;
- Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências;

- Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário;
- Orientar: alimentação e higiene;
- Realizar os registros necessários.

5.ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança (BRASIL, 2012).

Os profissionais devem avaliar e registrar na caderneta de saúde da criança as informações do desenvolvimento infantil, esse registro é importante para que se tenha um histórico e dessa forma outros profissionais tenham acesso para posteriores condutas quando necessário.

A identificação de problemas no desenvolvimento infantil é fundamental para a intervenção precoce e para o prognóstico dessas crianças. O quadro 2, em anexo, descreve os aspectos do desenvolvimento das crianças menores de 10 anos, de acordo com o Ministério da Saúde.

6.ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros,

acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública. Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2015).

6.1 ALEITAMENTO MATERNO

Uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno, que isoladamente é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida (BRASIL, 2012).

A situação do aleitamento materno no Brasil tem melhorado, estudos mostram que a tendência de aumento da prática da amamentação é progressiva e persistente, porém ainda há espaço para melhorias (BRASIL, 2012).

Benefícios para o bebê (BRASIL,2012):

- Diminuição de morbidade, especificamente relacionada a infecções como: meningite bacteriana, bacteremia, diarreia, infecção no trato respiratório, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário e sepse de início tardio em recém-nascidos pré-termo;
- Alguns estudos sugerem diminuição das taxas de morte súbita do lactente;
- Redução de hospitalizações: o aleitamento materno reduz o risco de hospitalização por vírus sincicial respiratório;

- Redução de alergias: reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes;
- Protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica;
- Redução da obesidade;
- Diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes;
- Efeito positivo no desenvolvimento intelectual;
- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal;
- O início precoce do aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido, favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento, promove uma “descida do leite” mais rápida, aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do RN, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne ingurgitamento mamário.

Sabendo quão importante é o aleitamento materno tanto para a mãe quanto para a criança, as equipes de saúde devem trabalhar rotineiramente este tema em palestras com gestantes e mães de lactentes, rodas de conversas e nas consultas, bem como orientar a apoiar até que se institua efetivamente a amamentação logo após o nascimento da criança.

6.2 ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS OU QUANDO O ALEITAMENTO MATERNO NÃO É PRATICADO OU É PRATICADO PARCIALMENTE

Existem situações em que a oferta de outro alimento, diferente do leite materno, pode ser necessária antes dos seis meses. Algumas doenças, condições maternas ou condições da criança e, ainda, alguns poucos e específicos medicamentos, que podem passar pelo leite e afetar a criança,

impedem a prática da amamentação. Essas condições devem ser avaliadas pelo profissional de saúde (BRASIL, 2019).

Fórmula Infantil:

Quando a criança não é amamentada, a primeira alternativa é oferecer a fórmula infantil, pois ela é o produto mais adequado ao organismo ainda imaturo da criança do que o leite de vaca integral.

A fórmula infantil para lactente deve ser preparada cuidadosamente, de acordo com as instruções do rótulo de cada produto e deve ser administrada em quantidades adequadas de acordo com o peso e a idade da criança. As informações sobre a quantidade também estão incluídas no rótulo do produto. É importante seguir a quantidade de pó e água indicadas para fazer a reconstituição, para evitar prejuízos no crescimento da criança, ou seja, pouco ganho de peso caso seja oferecido quantidade insuficiente de fórmula, ou o contrário, excessivo ganho de peso, caso seja oferecido quantidade de pó maior que a recomendada (BRASIL,2019).

Se a criança é alimentada com fórmula infantil, a introdução de outros alimentos deve ser feita a partir dos seis meses de vida e deve seguir as mesmas orientações sobre a introdução da alimentação complementar para crianças amamentadas (BRASIL, 2019).

Leite de vaca integral

Caso a família opte pelo leite de vaca integral, precisa ser modificado em casa antes de ser oferecido pra crianças com idade inferior a 4 meses, pois possui quantidade elevada de proteína, sódio, potássio e cloro que podem sobrecarregar os rins da criança nos primeiros meses de vida (BRASIL, 2019).

Assim, é importante que os profissionais de saúde saibam orientar as mães, famílias e cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura. O quadro a seguir fornece as orientações para diluição e reconstituição do leite integral. Para mais informações, acessar: Caderno da Atenção Básica nº 23 - Saúde da Criança/MS.

Quadro 4 – Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas

Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas
<p>Reconstituição do leite em pó integral:</p> <p>1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida; 1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida; 2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.</p> <p>Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.</p>
<p>Diluição do leite integral fluido:</p> <p>2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida: 70ml de leite + 30ml de água = 100ml; 100ml de leite + 50ml de água = 150ml; 130ml de leite + 70ml de água = 200ml.</p>
<p>Para ambos, acrescentar 01 colher de chá de óleo para cada 100 ml de leite. Após completar quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança não amamentada receberá outros alimentos e seu consumo não deverá ultrapassar 500 ml por dia.</p>

Se a criança não estiver sendo alimentada com leite materno e nem fórmula infantil, a partir dos 4 meses de vida deve-se iniciar a introdução de outros

alimentos para suprir suas necessidades nutricionais (BRASIL, 2019). A composição das papas, forma de introdução e consistência devem seguir as mesmas orientações contidas no Guia alimentar para crianças menores de dois anos do Ministério da Saúde.

6.3 ALIMENTAÇÃO SAÚDAVEL

Para que seja instituído uma oferta de alimentos saudáveis para as crianças é necessário que as equipes de saúde orientem as famílias, analisando o perfil e condições de cada um.

A partir de seis meses, recomenda-se a introdução de alimentos complementares. Assim, a alimentação deve ser introduzida de forma lenta e gradual, para que aos doze meses de idade a alimentação da criança esteja integrada a da família. A alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança.

Sugere-se trabalhar com as informações contidas no quadro abaixo retirado do caderno da atenção básica nº 33 e com o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos (2019) do Ministério da Saúde.

Quadro 5 – Dez passos para uma alimentação saudável

Passo 1: “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”.

Dica ao profissional e à equipe: Rever se as orientações sobre aleitamento materno exclusivo são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a

época da alimentação complementar.

Passo 2: “A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais”.

Dica ao profissional e à equipe: Antes de dar a orientação deste passo, perguntar à mãe ou ao cuidador como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidem-na (o) a complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.

Passo 3: “Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada”.

Dica ao profissional e à equipe: Sugerir receitas de papas, tentando dar a ideia de proporcionalidade, de forma prática e com linguagem simples.

Passo 4: “A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança”.

Dica ao profissional e à equipe: Uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.

Passo 5: “A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família”. Dica ao profissional e à equipe: Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.

Passo 6: “Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida”.

Dica ao profissional e à equipe: Conversar sobre a estimulação dos sentidos, enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetiva entre a criança e sua família.

Passo 7: “Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições”.

Dica ao profissional e à equipe: Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.

Passo 8: “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação”.

Dica ao profissional e à equipe: Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.

Passo 9: “Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados”.

Dica ao profissional e à equipe: Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.

Passo 10: “Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação”.

Dica ao profissional e à equipe: Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

Fonte: Cad. De Atenção Básica Nº33, pag.144

7.SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

As necessidades de ferro durante os primeiros anos de vida e durante a gestação são muito elevadas, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva. Dessa forma, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado (BRASIL, 2013).

A anemia pode provocar cansaço, fraqueza e falta de apetite deixando as crianças sem ânimo para brincar. Para evitá-la, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste em suplementar ferro de forma profilática para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, conforme esquema de administração a baixo:

Tabela 7 - Esquema de administração de Suplementação de Ferro

Público	Conduta	Periodicidade
Crianças de 6 a 24 meses	1 mg de ferro elementar/kg	Diariamente até completar 24 meses

Fonte: Adaptado do Manual - Programa Nacional de Suplementação de Ferro, pág. 12

Recomendações especiais:

a) Casos de anemia já diagnosticados: o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia definida pelo profissional de saúde responsável;

b) Para crianças pré-termo (< 37 semanas) ou nascidas com baixo peso (< 2.500 g), a conduta de suplementação segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria:

Todo prematuro e recém-nascido com baixo peso, mesmo em aleitamento materno exclusivo, deve receber, a partir do 30º dia após o nascimento, suplementação de ferro, conforme tabela abaixo:

Tabela 8 – Recomendação quanto a Suplementação de Ferro

Situação	Recomendação
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno	1 mg/kg peso/dia a partir do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.

Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g	2 mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g	4 mg/kg peso/dia durante um ano. Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. Manual de Condutas Gerais Programa nacional de Suplementação de Ferro, 2013, Pág. 24.

c) Crianças em aleitamento materno exclusivo só devem receber suplementos a partir do sexto mês de idade. Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação poderá ser realizada a partir dos quatro meses de idade, juntamente com a introdução dos alimentos complementares.

d) As parasitoses intestinais não são causas diretas da anemia, mas podem piorar as condições de saúde das crianças anêmicas. Por isso, para o melhor controle da anemia, faz-se necessário que, além da suplementação de ferro, sejam implementadas ações para o controle de doenças parasitárias como a ancilostomíase e a esquistossomose.

e) As crianças e/ou gestantes que apresentarem doenças que cursam por acúmulo de ferro, como doença falciforme, talassemia e hemocromatose, devem ser acompanhadas individualmente para que seja avaliada a viabilidade do uso do suplemento de sulfato ferroso. Ressalta-se que a complementação de ferro oral a essas crianças deve ser considerada, por apresentarem igual chance de desenvolverem anemia por deficiência de ferro na fase de crescimento. O diagnóstico das doenças que cursam por acúmulo de ferro está previsto no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) fase II, que inclui o diagnóstico da doença falciforme e hemoglobinopatias.

f) A suplementação profilática com ferro pode ocasionar o surgimento de efeitos colaterais em função do uso prolongado. Os principais efeitos são: vômitos, diarreia e constipação intestinal. É fundamental que as famílias sejam orientadas quanto à importância da suplementação, bem como sejam informadas sobre a dosagem, periodicidade, efeitos, tempo de intervenção e formas de conservação, para que a adesão seja efetiva, garantindo a continuidade e o impacto positivo na diminuição do risco da deficiência em ferro e de anemia entre crianças.

8. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A consiste na suplementação profilática medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto por não atingir, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo. A composição da megadose de vitamina A distribuída pelo Ministério da Saúde é: vitamina A na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A distribui cápsulas em duas dosagens: de 100.000 UI e de 200.000 UI, acondicionadas em frascos, contendo, cada um, 50 cápsulas gelatinosas moles. As cápsulas apresentam cores diferentes, de acordo com a concentração de vitamina A.

8.1 SUPLEMENTAÇÕES DE VITAMINA A EM CRIANÇAS

8.1.1 Passos para administração de vitamina A em crianças.

Passo1: Triagem

A partir do 6º até o 59º mês de idade, todas as crianças que residam em municípios contemplados pelo programa devem receber dose de vitamina A. Para tanto, é preciso verificar na Caderneta de Saúde da Criança a data da última administração do suplemento de vitamina A.

Passo 2: Dosagem

Para que se tenham bons resultados, a suplementação de vitamina A deve seguir o calendário de administração abaixo:

Esquema para administração de vitamina A em crianças

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
Crianças: 6 - 11 Meses	100.000UI	Uma dose
Crianças: 12 - 59 Meses	200.000UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº729, de 13 de maio de 2005.

9. VITAMINA D

A terapia com doses elevadas (stoss - therapy) de vitamina D, refere-se a administração, em situações excepcionais, de doses elevadas de vitamina D, VO ou IM, por curtos períodos de tempo, repetindo-se o tratamento, se necessário, a cada 3 meses. Deve ser ter cuidado com o risco de intoxicação por propilenoglicol quando forem usadas soluções orais de vitamina D que contenham esse produto. A não disponibilidade da vitamina D injetável faz que a stoss – therapy seja mais prescritiva por VO. O Global Consensus on Nutritional Rickets recomenda os seguintes critérios para o uso de altas doses de vitamina D.

-Crianças < 3 meses: não usar.

- Crianças entre 3 e 12 meses: 50.000UI, VO, dose única; seguida por manutenção de 400UI/dia.

-Crianças entre 12 meses e 12 anos: 150.000 UI, VO, dose única; seguida de manutenção de 600 UI/dia.

-Crianças maiores de 12 anos: 300.000 UI, VO, dose única; seguida por manutenção de 600 UI/dia.

Quadro de Tratamento da Hipovitaminose D

Faixa Etária	Tratamento com vitamina D (1mcg= 40 UI)		Dose de manutenção
	Dose Diária	Dose Semanal	
Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets(2016)			
< 1 ano	2000 UI, por 12 semanas	Não há recomendações específicas sobre doses semanais	Pelos menos 400 UI/dia
1-12 anos	3000-6000UI, por 12 semanas		Pelo menos 600UI/dia
> 12 anos	6000 UI, por 12 semanas		Pelo menos 600UI/dia
Endocrine Society Clinical Practice Guidelines (2011)			
< 1 ano	2000 UI, por 8-12 semanas	50.000UI, por 6-8 semanas	400-000 UI/dia
1-18 anos	2000 UI, por 8-12 semanas	50.000UI, por 6-8 semanas	600-1000 UI/dia
> 18 anos	6000 UI, por 6-8 semanas	50.000UI, por 6-8 semanas	1500-2000 UI/dia

Fonte:

10.IMUNIZAÇÃO

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação, encontram-se disponíveis nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012).

Assim, a verificação do registro vacinal das crianças que chegam às Unidades para consulta deve ser uma ação realizada de forma frequente, em todos os contatos da criança com o serviço de saúde, da mesma forma que a busca ativa das crianças com possível atraso em seus esquemas vacinais. A organização de estratégias, como chamamentos diferenciados ou dia de atividades voltadas à mobilização para a vacinação, também podem ser considerados.

Em anexo encontra se o quadro 4 com o Calendário Nacional de Vacinação da Criança do Ministério da Saúde.

No atendimento a criança o profissional deverá:

- Conferir a Caderneta da Criança periodicamente;
- Identificar as crianças com vacina em atraso e encaminhar para vacinação na UBS;
- Avaliar a criança, verificando possíveis contra-indicações ou situações especiais;
- Informar à mãe ou responsável quais vacinas que a criança vai receber, as possíveis reações e retorno se necessário;

- Registrar no cartão da criança as vacinas a serem aplicadas, com o lote, data de vencimento, data de aplicação e rubrica do profissional;
- Aplicar as vacinas conforme as normas técnicas;
- Inserir os dados no sistema de informação - SIPNI
- Preencher o cartão espelho;
- Observar os efeitos adversos das vacinas;
- Notificar os efeitos colaterais mais graves.

11. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Em relação as atribuições, algumas são comuns a todos os profissionais da Atenção Básica:

- Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), particularmente em relação aos papéis específicos dos vários membros da referida equipe;
- Participar do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas;
- Participar do processo de educação permanente em saúde;
- Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção da saúde, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe;
- Orientar as famílias sobre a necessidade de realização das vacinas;

- Identificar as famílias de crianças que estejam inseridas no Programa Bolsa Família, bem como acompanhar suas condicionalidades de forma articulada com os setores de Educação e de Desenvolvimento Social/Assistência Social (BRASIL, 2012).

No quadro está sintetizado as atribuições básicas da equipe de saúde no atendimento e acompanhamento da criança, além dessas, os profissionais devem exercer todas as demais que lhe são conferidas pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Quadro 7– Atribuições dos Profissionais

ATRIBUIÇÕES	PROFISSIONAIS
1. Captação para o acompanhamento	Equipe de saúde - ênfase para o ACS
2. Verificar condições gerais da mãe e da criança no domicílio	Equipe de saúde - ênfase para o ACS
3. Verificar presença de situações de risco	Equipe de saúde
4. Fornecer e preencher a Caderneta da Criança	Equipe de saúde
5. Ações da primeira semana integral	Auxiliar de enfermagem, médico e enfermeiro
6. Realizar consultas e puericultura	Médico, enfermeiro, pediatra
7. Verificar o Cartão da Criança	Equipe de saúde
8. Verificar o entendimento e adesão às orientações	Equipe de saúde
9. Orientar sobre o aleitamento materno	Equipe de saúde
10. Orientar sobre cuidados de higiene	Equipe de saúde
11. Cadastrar as crianças no sistema de informação e buscar faltosos	Agente comunitário de saúde - ACS
12. Agendar consulta	Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, recepção
13. Realizar atendimento individual	Médico, enfermeiro, pediatra, dentista, nutricionista
14. Visita domiciliar	Equipe de saúde

15. Avaliar crescimento, desenvolvimento e dieta	Médico, enfermeiro e nutricionista
16. Orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária	Médico, enfermeiro
17. Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos	Equipe de saúde
18. Indicar aplicação de vacinas em atraso	Médico, enfermeiro
19. Solicitar exames complementares	Médico
20. Prescrever medicamentos	Médico
21. Registrar os achados do exame, diagnósticos e condutas	Médico
22. Encaminhar para especialista e/ou pediatra	Médico
23. Encaminhar para o serviço de urgência	Médico
24. Desenvolver atividades de educação para saúde em grupos, com a participação dos pais ou responsáveis pela criança	Equipe de Saúde
25. Fazer avaliação da criança vítima de violência e orientar a sua família	Médico, enfermeiro
26. Realizar ações educativas em saúde bucal	Equipe de Saúde Bucal
27. Realizar atendimento clínico odontológico para as crianças, realizar ações de saúde bucal nas creches, pré escolas e escolas	Cirurgião dentista e auxiliar
28. Realizar aferição de pressão arterial, dados antropométricos de peso e altura, aplicar vacinas	Auxiliar ou técnico de enfermagem
29. Realizar atividades coletivas com pais e crianças	Equipe de Saúde
30. Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB	Equipe de Saúde

12. RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS

A Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) determina os fármacos disponíveis no município, esta, é estruturada por uma comissão multiprofissional que ao elaborá-la visa promover acesso, disponibilidade e qualidade na disponibilização de medicamentos. Em anexo, consta a lista dos fármacos disponíveis, que pode ser utilizada para orientação da equipe no ato da consulta.

13. ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA

Ao planejar, monitorar e avaliar as ações e os serviços de saúde, percebe-se um enorme potencial para acompanhar o alcance das medidas implementadas, direcionando as ações das equipes. É importante ressaltar que os resultados alcançados devem ser objeto de acompanhamento de todos os profissionais das equipes, de modo a assegurar a dinamicidade e continuidade do processo, assim como subsidiar a tomada de decisão.

O planejamento local de saúde, assim como o monitoramento e a avaliação das ações em cada equipe, unidade de saúde e município visam à readequação do processo de trabalho e o planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas. Nos relatórios obtidos pelas equipes nos prontuários eletrônicos ou ainda nos relatórios de saúde disponibilizados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é possível obter informações da situação de saúde da população do território, além de relatórios de indicadores de saúde.

As metas prioritárias para o alcance dos indicadores de saúde da criança são:

- Garantir visita ao recém-nascido até o sétimo dia de vida (n° de recém-nascidos visitados X 100 / N° de nascidos vivos –Ação: realizar visita de puericultura ao RN (70%);
- Monitorar 100% das crianças, menores de 1 ano, residentes na área de abrangência da UBS, que apresentam situações de risco;
- Agendar consulta médica para 100% dos recém-nascidos, na primeira semana pós alta;
- Realizar visita domiciliar precoce a 100% das crianças < de 01 ano que passaram por internação hospitalar, nos primeiros 07 dias pós-alta;
- Acompanhar 100% das crianças de 0 a 01 ano, residentes na área de abrangência da UBS;
- Vacinar no mínimo 95% das crianças menores de 1 ano da área de abrangência (Cobertura Vacinal de Poliomielite Inativada e de Pentavalente maior ou igual a 95%);
- Garantir consultas médicas e de enfermagem, de rotina e eventuais para as crianças residentes na área de abrangência;
- Realizar visita domiciliar a 100% das crianças de 0 a 01 ano, com prioridade para as de risco e às faltosas ao programa de imunização e aos atendimentos de puericultura.

Dessa forma, objetiva-se através do alcance desses indicadores, reduzir a mortalidade infantil e neonatal e garantir acompanhamento pelas equipes de saúde de todas as crianças da área de abrangência.

REFERENCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para a implementação/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Passaporte da Cidadania. Brasília: Editora MS, 2. ed. Brasília/ DF, 2019.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- 6 ESPIRITO SANTO. Secretária Estadual de Saúde. Atenção à saúde da criança. Vitória: SESA, 2017.

ANEXOS

Anexo A - Quadro 2 -Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Peso, comprimento e perímetro cefálico	Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Avalie o peso em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou $> +2$ escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento.
Desenvolvimento social e psicoafetivo	Observe e avalie o relacionamento da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: como respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo e os marcos do desenvolvimento segundo a faixa etária
Estado geral	Avalie a postura normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o padrão respiratório: a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o estado de vigília do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A temperatura axilar normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de

	risco, como febre materna durante o parto.
Face	Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.
Pele	Observe a presença de: (a) edema (se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, isso sugere trauma de parto); (b) palidez (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica); (c) cianose (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia); (d) icterícia. O profissional deverá estar mais atento caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida, caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo, atingindo pernas e braços. Pesquise a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis). Esclareça a família quanto à benignidade do eritema tóxico.
Crânio	Examine as fontanelas: a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Bossa serossanguínea e cefalematomas (mais delimitados do que a bossa e que envolvem mais lentamente)

	desaparecem espontaneamente.
Olhos	Reflexo fotomotor: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anátomofuncional. Teste do reflexo vermelho ou Bruckner test (idem): deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio colocado aproximadamente de 5cm a 10cm de distância dos olhos da criança (o importante é que o oftalmoscópio ilumine os dois olhos simultaneamente), para se observar o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade. É importante lembrar que todos os prematuros com 32 semanas ou menos e/ou menores de 1500g devem ser avaliados com dilatação de pupila por oftalmologista na 6ª semana de vida e acompanhados de acordo com o quadro clínico, pois o teste do reflexo vermelho detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e prognóstico reservado.
Orelhas e Audição	Oriente a família para a realização do “teste da orelhinha”. Observe também a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.
Nariz	Avalie a forma e a possível presença de secreção (sífilis).
Boca	Alterações morfológicas podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, o freio lingual e a

	coloração dos lábios.
Pescoço	Avalie a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade).
Tórax	Avalie a assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. Oriente a família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observe possíveis sinais de sofrimento respiratório (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). Conte a frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120bpm e 160bpm. Observe a possível presença de cianose, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos. Verifique também os pulsos.
Abdome	Observe a respiração, que é basicamente abdominal e deve estar entre 40mm e 60mm. Observe a forma do abdome: se ele estiver dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Diagnostique a presença de hérnias inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia. Diagnostique

	<p>também a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal. Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto (resolvido com uso de nitrato de prata). Se a região umbilical estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência.</p>
Genitália	<p>Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Isso porque, na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento. O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele, que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança (idem). A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.</p>
Ânus e reto	<p>Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.</p>
Sistema osteoarticular	<p>Examine os membros superiores e inferiores, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a</p>

	<p>possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas. O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de displasia evolutiva do quadril realizando os testes de Ortolani e de Barlow.</p>
Coluna vertebral	<p>Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.</p>
Avaliação neurológica	<p>Observe reflexos arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro, que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O tônus normal é de semiflexão generalizada.</p>

Fonte: Adaptado do Caderno da Atenção Básica nº 33, pág. 45-50.

Anexo B - Quadro 3 - Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos

Idade	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0-10 anos
15 dias	<p>Entre 1 e 2 meses: predomínio dos tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa.</p> <p>Reflexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês.

	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
4 meses	Aos 4 meses: prensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.
6 meses	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de "permanência do objeto".* A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.
9 meses	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
12 meses	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais). Entre 2 e 3 anos: os pais

	devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.
De 4 a 6 anos	Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio. Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa).
De 7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, “fechando” algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

Fonte: Adaptado do Caderno da Atenção Básica nº 33, pág. 123-124.

Anexo C - Quadro 6 - Calendário de vacinação de rotina do Ministério da Saúde **(REVER COM A JAKELINE)**

Idade	Vacinas
Ao nascer	– BCG (dose única) – Hepatite B
2 meses	– Pentavalente 1ª dose (Tetraivalente + Hepatite B 2ª dose)

	<ul style="list-style-type: none">– Poliomielite 1ª dose (VIP)– Pneumocócica conjugada 1ª dose– Rotavírus 1ª dose
3 meses	<ul style="list-style-type: none">– Meningocócica C conjugada 1ª dose
4 meses	<ul style="list-style-type: none">– Pentavalente 2ª dose (Tetravalente + Hepatite B 2ª dose)– Poliomielite 2ª dose (VIP)– Pneumocócica conjugada 2ª dose– Rotavírus 2ª dose
5 meses	<ul style="list-style-type: none">– Meningocócica C conjugada 2ª dose
6 meses	<ul style="list-style-type: none">– Pentavalente 3ª dose (Tetravalente + Hepatite B 3ª dose)– Poliomielite 3ª dose (VIP)– Influenza (1 ou 2 doses anuais)
9 meses	<ul style="list-style-type: none">– Febre Amarela (dose única)– Influenza (1 ou 2 doses anuais)
12 meses	<ul style="list-style-type: none">– Pneumocócica conjugada reforço– Meningocócica C conjugada reforço– Tríplice Viral 1ª dose– Influenza (1 ou 2 doses anuais)
15 meses	<ul style="list-style-type: none">– DTP 1º reforço (incluída na pentavalente)– Poliomielite 1º reforço (VOP)– Hepatite A (1 dose de 15 meses)

	até 5 anos)
	– Tetra viral (Tríplice Viral 2ª dose + Varicela) – Influenza (1 ou 2 doses anuais)
4 anos	– DTP 2º reforço (incluída na pentavalente) – Poliomielite 2º reforço (VOP) – Varicela (1 dose) – Influenza (1 ou 2 doses anuais)
9-14 anos	– HPV 2 doses – Meningocócica C (reforço ou dose única)

Fonte: