

A close-up, soft-focus photograph of a baby's face, showing the nose, mouth, and closed eyes. The lighting is warm and natural, highlighting the texture of the skin.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Profa. Dra. ISABEL CRISTINA DRAGO MARQUEZINI SALMEN
MEDICINA FOB-USP

Pediatra Neonatologista e Intensivista HRAC-USP

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (AIDPI)

Estratégia de atenção à saúde da criança, desenvolvida originalmente pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que teve início no Brasil em 1996.

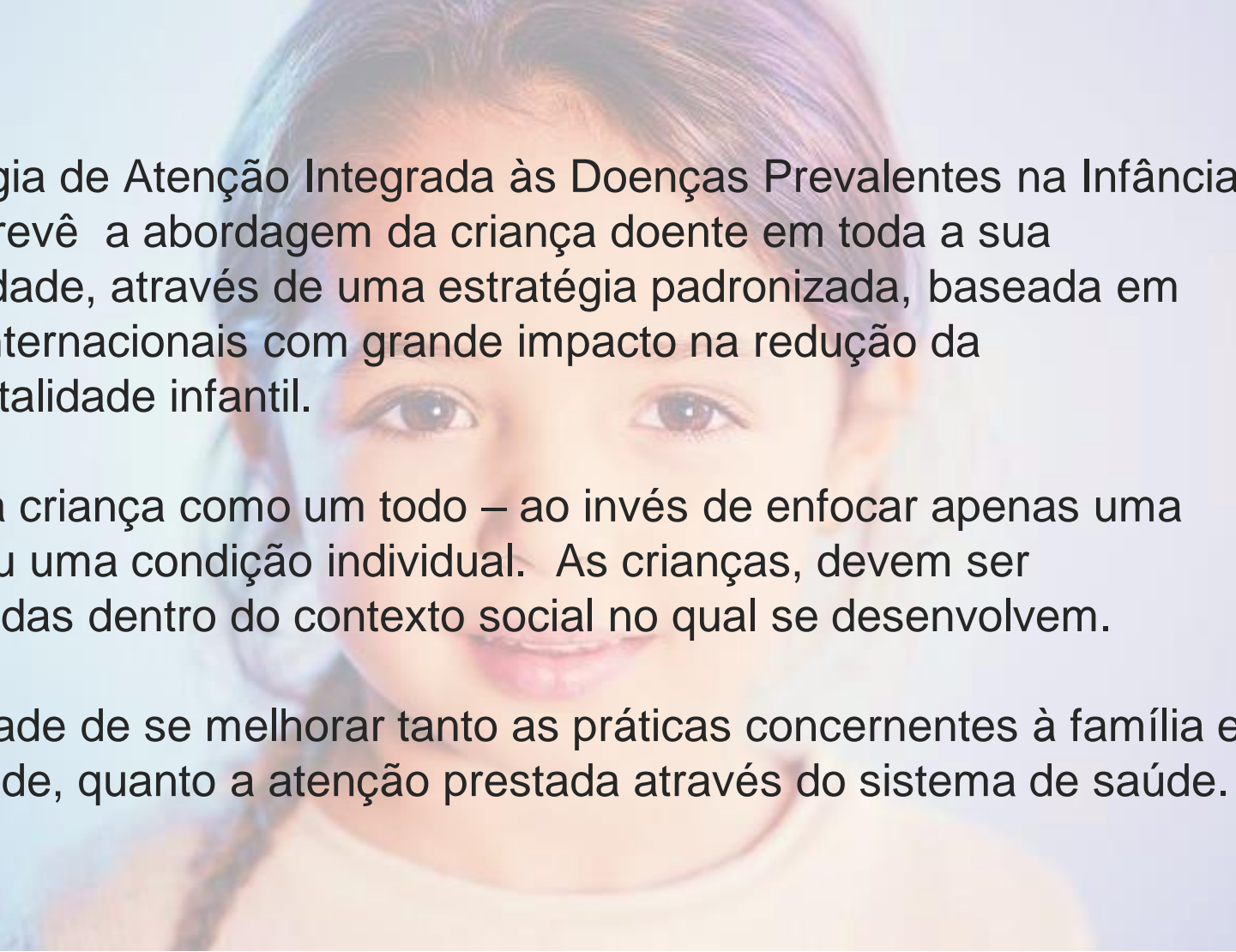
Assistência à criança abordando de forma simultânea e integrada, o conjunto de doenças de maior prevalência na infância, propondo a sistematização do atendimento clínico e integração de ações curativas com medidas preventivas e de promoção à saúde.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (AIDPI)

Objetivo: diminuir a morbidade e a mortalidade de crianças até 5 anos de idade, por meio da melhoria da qualidade da atenção prestada à criança por profissionais de saúde, em especial na Atenção Básica à Saúde.

A utilização de sinais e sintomas que apresentam uma boa relação de sensibilidade e especificidade, permitindo um diagnóstico mais preciso, constitui o ponto alto dessa estratégia associada a uma sistematização adequada do atendimento.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA



A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) prevê a abordagem da criança doente em toda a sua complexidade, através de uma estratégia padronizada, baseada em normas internacionais com grande impacto na redução da morbimortalidade infantil.

Enfatiza a criança como um todo – ao invés de focar apenas uma doença ou uma condição individual. As crianças, devem ser consideradas dentro do contexto social no qual se desenvolvem.

Necessidade de se melhorar tanto as práticas concernentes à família e à comunidade, quanto a atenção prestada através do sistema de saúde.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Uma estratégia integrada portanto, tem de levar em conta a variedade existente de fatores que colocam em risco as crianças.

Combinação apropriada de ações para tratar as principais doenças na infância.

Acelerar o tratamento de urgência em crianças gravemente doentes.

Envolver os pais no cuidado efetivo da criança no lar.

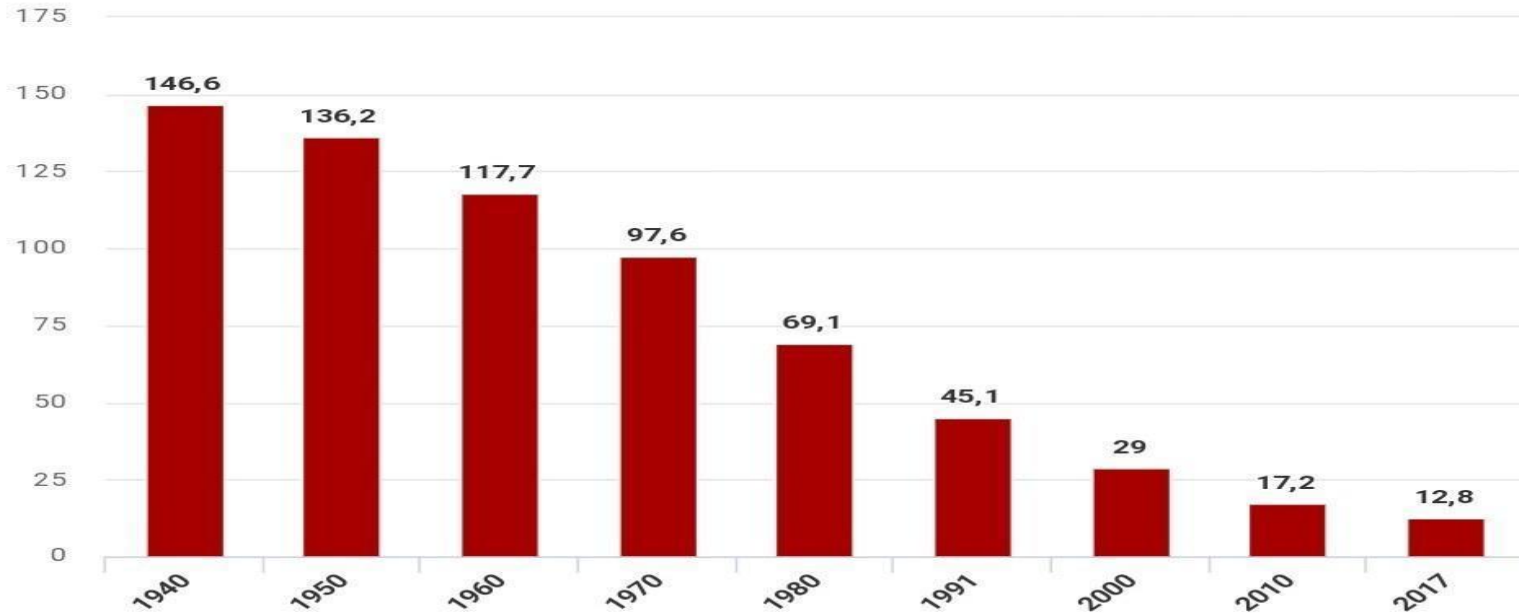
Enfatizar a medidas de prevenção : imunizações, da melhoria da nutrição e estímulo ao aleitamento materno exclusivo.



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Taxa de mortalidade infantil no Brasil (1940-2017)

Número representa a quantidade de crianças, a cada mil, que nasceram vivas mas morreram antes de completar um ano



Fonte: IBGE

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

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

Os índices alcançados fizeram com que o Brasil atingisse, já em 2012, três anos antes do prazo estabelecido e com uma das maiores taxas de redução do mundo, a Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso internacional assumido de diminuir a mortalidade infantil para 15,7/1.000 NV em 2015.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Quadros de Procedimentos AIDPI NEONATAL

5ª edição
1ª reimpressão

Brasília - DF
2014



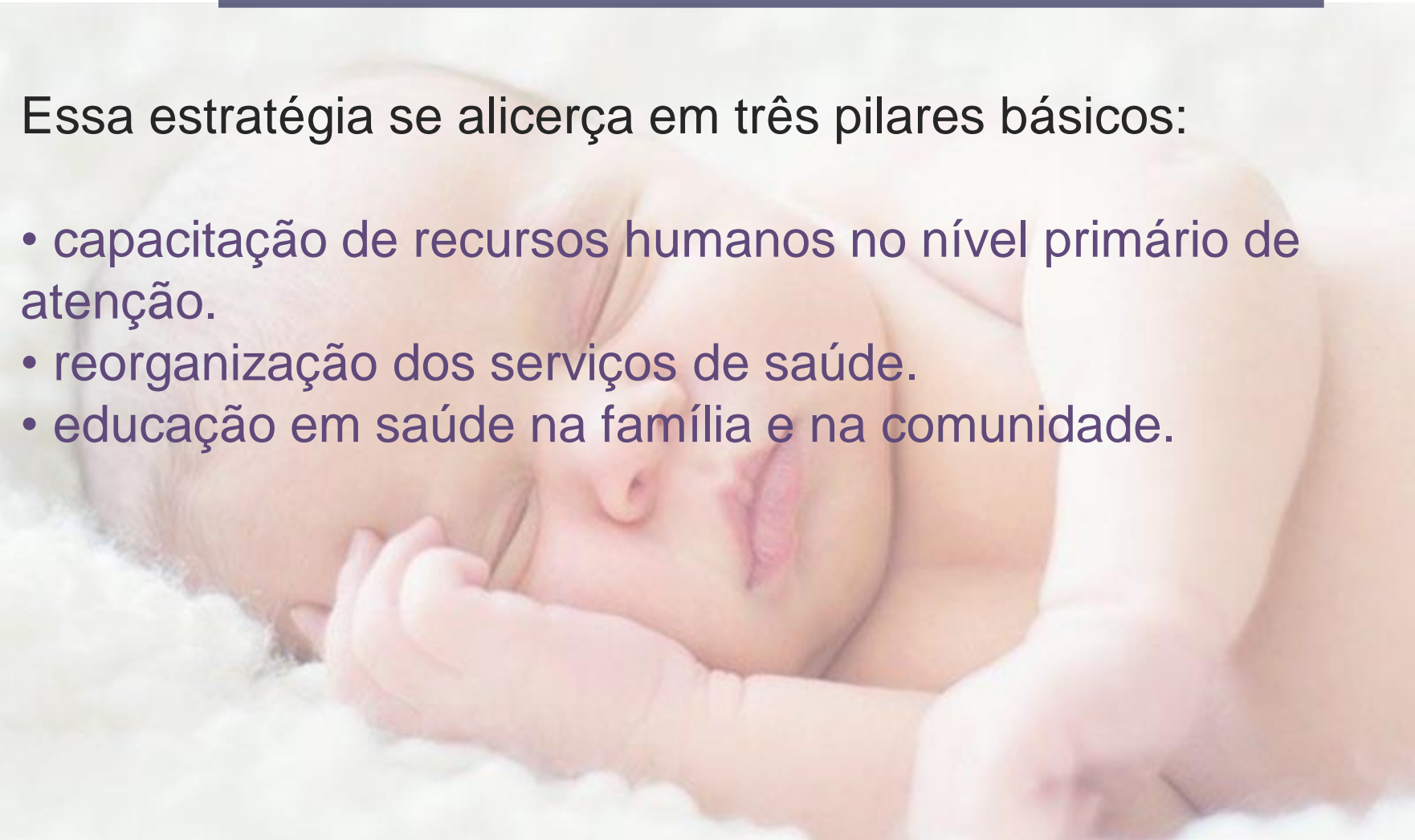
ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Essa estratégia se alicerça em três pilares básicos:

- capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção.
- reorganização dos serviços de saúde.
- educação em saúde na família e na comunidade.



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Conduas preconizadas pela AIDPI (normas do Ministério da Saúde)

Promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes:

- Incentivo ao aleitamento materno
- Promoção de alimentação saudável
- Monitorização do crescimento e desenvolvimento;
- Imunização;
- Controle dos agravos à saúde, tais como: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

O objetivo da estratégia AIDPI não é estabelecer diagnóstico específico de uma determinada doença, mas identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e a classificação adequada do quadro e fazer triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança:

- encaminhamento urgente a um hospital,
- tratamento ambulatorial ou
- orientação para cuidados e vigilância no domicílio.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Essa estratégia é apresentada em uma série de quadros que mostram a sequência e a forma dos procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde.

Avaliar

Classificar

Tratar a Criança

Aconselhar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado

Consulta de Retorno.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

AVALIAR A CRIANÇA: preparação de um histórico de saúde da criança, mediante perguntas adequadas e um exame físico completo. Avaliar sinais e sintomas de doenças, o estado nutricional e de vacinação da criança.

CLASSIFICAR A DOENÇA: determinar a gravidade da doença: selecionar uma categoria ou classificação para cada um dos sinais e sintomas principais que indiquem a gravidade da doença.

As classificações não constituem diagnóstico específico da doença, mas ao contrário são categorias utilizadas para identificar o tratamento.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

TRATAR: proporcionar atendimento na unidade de saúde, prescrição de medicamentos e outros tratamentos a serem dispensados no domicílio. Identificar o tratamento adequado para cada classificação e decidir se cabe referi-la ou não ao hospital.

Administrar tratamentos prévios antes de referir a criança ao hospital (como a primeira dose de um antibiótico, vitamina A, uma injeção de antimalárico ou começar o tratamento para evitar uma hipoglicemia), e como referir à criança.

Administrar tratamentos no serviço de saúde como, por exemplo, terapia de hidratação oral (TRO), nebulização e aplicação de vacinas.

Ensinar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado a administrar medicamentos específicos em casa ou um suplemento alimentar específico.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

ACONSELHAR mãe/pai ou responsável pelo cuidado: avaliar a forma pela qual a criança está sendo alimentada e proceder às recomendações a serem feitas sobre os alimentos e os líquidos que deve dar à criança, assim como instruí-la quanto ao retorno à unidade de saúde

CONSULTA DE RETORNO: Orientar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado quando deve voltar imediatamente e para a consulta de retorno.

Reavaliar o caso e prestar a atenção apropriada quando a criança voltar à unidade de saúde.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar

- Avaliar e classificar as crianças => os sinais de doença não passem despercebidos.
- Perguntar a mãe sobre os problemas da criança e verificar se esta apresenta sinais gerais de perigo.
- Fazer perguntas sobre os sintomas principais.
- Avaliar o estado nutricional, crescimento e desenvolvimento.
- Verificar o estado de imunização da criança.
- Realizar prevenção da violência
- Avaliar outros problemas mencionados pela mãe e orientar sobre o tratamento, medidas preventivas e quando retornar.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar

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

Certifique-se de que aferiu e anotou o peso, o comprimento, o perímetro cefálico e a temperatura da criança.

Pergunte que problema a criança apresenta.



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar

Para empregar boas técnicas de comunicação:

- Observe como a criança e a mãe se interagem e procure sinais de qualquer coisa que possa requerer atenção.
- Escute atentamente o que lhe diz a mãe. Demonstrará, assim, que leva a sério suas preocupações.
- Use palavras que a mãe possa entender.
- Dê-lhe tempo para que responda as perguntas.
- Faça perguntas adicionais caso a mãe não esteja segura da resposta.

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

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Sinais de Perigo

A criança não consegue beber nem mamar no peito.

A criança vomita tudo o que ingere.

A criança teve convulsões ou movimentos anormais (< 72h).

A criança está letárgica ou inconsciente.

A criança apresenta tempo de enchimento capilar (TEC) > 2 seg.

A criança apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência.

Sinal de perigo => referidas URGENTEMENTE

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade

Perguntar à mãe que problemas a criança apresenta

- 1º) Receba bem a mãe e peça-lhe que se sente. Diga seu nome, sua função e pergunte o seu nome e o da criança.
- 2º) Pergunte à mãe qual o problema da criança.
- 3º) Determine se é primeira consulta ou consulta de retorno para este problema.

Verificar se há sinais gerais de perigo

PERGUNTAR

- A criança consegue beber ou mamar no peito?
- A criança vomita tudo o que ingere?
- A criança apresentou convulsões ou movimentos anormais há menos de 72h?

OBSERVAR

- Se a criança está letárgica ou inconsciente.
- Se a criança apresenta tempo de enchimento capilar >2seg.
- Se a criança apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência.

Obs: uma criança que apresente qualquer sinal geral de perigo necessita ser urgentemente assistida; completar imediatamente a avaliação, administrar o tratamento indicado prévio à referência e referir urgentemente ao hospital.

Em caso de resistência e/ou recusa dos responsáveis em encaminhar a criança indígena para referência, busque apoio na comunidade com as lideranças para sensibilização e negociação em relação ao tratamento.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de Classificação

Faixa vermelha: grave= referência para atenção hospitalar.

Faixa amarela: a criança necessita de um antibiótico apropriado, ou outro tratamento. O tratamento inclui ensinar à mãe como dar medicamentos por via oral ou tratar infecções locais em casa. O profissional de saúde também orienta a mãe sobre a atenção da criança em casa e quando deverá retornar.

Faixa verde : a criança não necessita de tratamento específico, como antibióticos. O profissional de saúde ensina à mãe como atender a criança em casa.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a tosse e dificuldade para respirar

As doenças respiratórias continuam sendo um dos principais problemas de saúde pública entre os menores de 5 anos.

A maioria das crianças menores de 5 anos tem de quatro a oito infecções respiratórias agudas (IRA) por ano, podendo chegar a dez episódios por ano em crianças que permanecem em creches. Dessas, apenas 2%-3% evoluem para pneumonia, ressaltando-se que 80% das mortes por IRA são devido à pneumonia.



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a tosse e dificuldade para respirar

As crianças com pneumonia bacteriana podem morrer por hipóxia ou septicemia.

Os fatores de risco para maior gravidade e mortalidade das IRA:

Socioeconômicos: baixa renda familiar, baixa escolaridade dos pais

Prematuridade

Baixo peso ao nascer

Vacinação incompleta

Ausência de aleitamento materno

Desmame precoce

Desnutrição

Tabagismo domiciliar

Dificuldade de acesso à assistência médica.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a tosse e dificuldade para respirar

Superposição dos sinais de obstrução brônquica com os de pneumonia é frequente:

Falha na detecção de casos que requeiram tratamento com antibióticos e hospitalização

Induzir a prescrições desnecessárias de antibióticos para casos classificados como pneumonia que são, na verdade, problemas obstrutivos.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a tosse e dificuldade para respirar

Das crianças doentes que vão para os serviços de saúde, grande maioria apresenta infecções respiratórias sem gravidade, que, se não forem tratadas a tempo, podem evoluir para infecções mais graves, como pneumonia e septicemia.

Essencial distinguir, entre as crianças com IRA, aquelas que têm alta probabilidade de ter pneumonia, e classificar a gravidade da doença, a fim de definir o uso de antibióticos e a necessidade de hospitalização.



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a tosse e dificuldade para respirar

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

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

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

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de Classificação

PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE (vermelho)

tosse ou dificuldade para respirar e qualquer sinal geral de perigo, tiragem subcostal ou estridor em repouso

PNEUMONIA (amarelo)

tosse ou dificuldade para respirar que tem respiração rápida e nenhum sinal geral de perigo

NÃO É PNEUMONIA (verde)

tosse ou dificuldade para respirar que não apresente sinais gerais de perigo, nem tiragem subcostal, nem estridor em repouso, nem respiração rápida . Em geral, trata-se de um resfriado comum.

Criança com tosse ou dificuldade para respirar também apresenta SIBILÂNCIA deve-se consultar o quadro AVALIAR E TRATAR A SIBILÂNCIA, antes de classificá-la.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e classificar a tosse ou a dificuldade para respirar

A criança está com tosse ou dificuldade para respirar?

Se a resposta for SIM:	
PERGUNTAR: <ul style="list-style-type: none"> Há quanto tempo? A criança tem sibilância? 	OBSERVAR/DETERMINAR*: <ul style="list-style-type: none"> Contar a frequência respiratória em um minuto. Se há tiragem subcostal. Se há estridor ou sibilância.
* ATENÇÃO! A criança deve estar tranquila!	

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

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> Qualquer sinal geral de perigo. Tiragem subcostal. Estridor em repouso. 	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. Tratar a criança para evitar hipoglicemia. Referir urgentemente ao hospital. Oxigênio, se disponível.
<ul style="list-style-type: none"> Respiração rápida. 	PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none"> Dar um antibiótico recomendado durante sete dias. Aliviar a tosse com medidas caseiras. Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. Marcar o retorno em dois dias.
Nenhum dos sinais acima.	NÃO É PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none"> Aliviar a tosse com medidas caseiras. Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. Seguimento em cinco dias, caso não melhore. Se tosse há mais de 14 dias, realizar investigação.
Obs: se tiver sibilância, classificar e tratar antes a sibilância conforme o Quadro AVALIAR E TRATAR. Em seguida, voltar para classificar a tosse ou a dificuldade para respirar, exceto em caso de sibilância grave ou doença muito grave.		

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

CASO CLÍNICO

Lactente de 11 meses é levada á UBS com relato de febre há 3 dias e cansaço há 1 dia. Há menos de 24 horas houve piora pois criança começou a apresentar náuseas e vômitos, não conseguindo se alimentar. Apresenta resfriados frequentes e 2 episódios de pneumonia tratados ambulatorialmente aos seis e oito meses.

Exame Físico:

Febril (38°C), hipoativo, reativo ao manuseio, $\text{FR}=60$ ipm com tiragem subcostal, acianótico, hipocorado, $\text{FC}=120$

Ausculta pulmonar: estertores crepitantes HTD

Restante exame físico normal

COMO CLASSIFICAR e TRATAR essa criança?



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a Sibilância

A sibilância é uma condição muito comum nas crianças, sendo uma causa importante de demanda nos serviços de saúde.

Pode ocorrer durante um quadro infeccioso das vias respiratórias e em outras situações (asma, bronquiolite, pneumonia, aspiração corpo estranho, DRGE).

Seu aparecimento deve-se às alterações funcionais decorrentes do processo inflamatório crônico, tais como a hiper-reatividade brônquica e a obstrução ao fluxo aéreo (bronco-obstrução, formação crônica de rolhas de muco, edema e alterações estruturais das vias aéreas).

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a Sibilância

A crise de sibilância pode ser uma queixa e/ou ser detectada pelo profissional de saúde no momento da consulta.

Início da crise gradual ou abrupto, decorrente da constrição da musculatura brônquica e do acúmulo de secreções.

Com a piora da bronco-obstrução, a criança apresenta sibilos audíveis e prolongamento da fase expiratória. Caso a crise progrida, há utilização de musculatura acessória e cianose. Com a evolução para insuficiência respiratória, a criança torna-se fatigada, com depressão do nível de consciência.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a Sibilância

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

No quadro inicial da crise de sibilância, pode ocorrer aumento da frequência respiratória isoladamente. Na crise grave, há diminuição da entrada de ar, dificultando a ausculta. Este quadro é popularmente conhecido como “pulmão fechado (sibilância ausente).



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a Sibilância



Avaliação da sibilância:

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

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e classificar a sibilância

A criança tem sibilância?

Se a resposta for SIM:

PERGUNTAR:

- Há quanto tempo?
- Primeira crise?
- Está em uso de broncodilatador adequadamente há 24h?

OBSERVAR/DETERMINAR:

- Nível de consciência da criança.
- Se há sibilância.
- Se há estridor em repouso.
- Tiragem.
- Grau de dificuldade para respirar.
- FR em um minuto*.
- Se possível, a Sat O₂.

CLASSIFICAR a sibilância

* ATENÇÃO! A criança deve estar tranquila!

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e classificar

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualquer sinal geral de perigo Letargia ou sempre agitada. Estridor em repouso. Fala frases incompletas (palavras isoladas); no lactente: choro curto ou não consegue chorar. Tiragem universal. Sat. O₂ ≤ 90% * em ar ambiente. 	<p>SIBILÂNCIA GRAVE</p> <p>ou</p> <p>DOENÇA MUITO GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Oxigênio, se disponível. Beta-2 agonista por via inalatória. Primeira dose do corticoide. Primeira dose do antibiótico. Referir urgentemente ao hospital.
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nível de consciência normal com períodos de agitação. Fala entrecortada ou choro entrecortado. Tiragem subcostal. Respiração rápida. Sat. O₂ de 91 a 95%* em ar ambiente 	<p>SIBILÂNCIA MODERADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Administrar beta-2 por via inalatória (até três vezes, a cada 20 minutos). Administrar corticoide oral. <p>Se não melhorar: REFERIR, após dar a primeira dose do antibiótico injetável e O₂, se possível.</p> <p>Se melhorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamento domiciliar com beta-2 por via inalatória (cinco dias). Corticoide por via oral (três dias). Dar orientações a mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente. Marcar o retorno em dois dias.
<ul style="list-style-type: none"> Não há sinais suficientes para classificar como sibilância grave ou moderada. Sat. O₂ ≥ 95%* em ar ambiente 	<p>SIBILÂNCIA LEVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento domiciliar com beta-2 agonista por via inalatória (cinco dias). Se estiver em uso de beta-2 há 24 horas ou mais: prescrever corticoide por via oral (três dias). Dar orientações à mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente. Seguimento em dois dias, se não melhorar ou se estiver usando corticoide.

Obs: * Aferir Sat. O₂, se oximetria de pulso estiver disponível.

Após conduta para sibilância leve ou moderada, reavaliar para classificar a tosse ou dificuldade de respirar.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a Diarreia

Diarreia é geralmente definida como a ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas.

A doença diarreica aguda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil, especialmente nas crianças menores de 6 meses que não estão em aleitamento materno exclusivo.



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Nas últimas duas décadas, ocorreu globalmente expressiva redução na mortalidade por diarreias infecciosas em crianças com idade inferior a cinco anos- OMS
1980 : segundo lugar como causa de mortalidade infantil e 24,3% dos óbitos
2005 : quarta posição e 4,1% dos óbitos

Classificação

Diarreia aguda : pode durar até 14 dias e determina perda de grande volume de fluidos e pode causar desidratação. Pode ser causada por bactérias e vírus.

Diarreia aguda com sangue (disenteria): presença de sangue nas fezes (lesão na mucosa intestinal). Bactérias do gênero *Shigella* são as principais causadoras de disenteria.

Diarreia persistente: quando a diarreia aguda se estende por 14 dias ou mais.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e Classificar a Diarréia

Avaliação da Diarréia:

Se há sinais de desidratação.

Por quanto tempo a criança tem tido diarreia.

Se há sangue nas fezes para determinar se a criança tem disenteria.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar a diarreia

A criança está com diarreia?

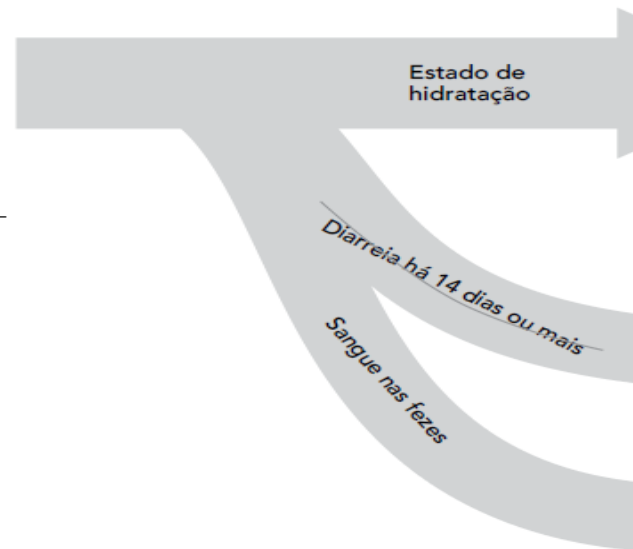
Se a resposta for SIM:

PERGUNTAR:

- Há quanto tempo?
- Há sangue nas fezes?

OBSERVAR E VERIFICAR:

- A condição geral da criança. A criança encontra-se:
 - Letárgica ou inconsciente?
 - Inquieta ou irritada?
- Se os olhos estão fundos.
- Oferecer líquidos à criança. A criança:
 - Não consegue beber ou bebe muito mal?
 - Bebe avidamente, com sede?
- Sinal da prega: a pele volta ao estado anterior:
 - Muito lentamente (mais de dois segundos)?
 - Lentamente (entre 1 e 2 segundos)?



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<p>Dois dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgica ou inconsciente. • Olhos fundos. • Não consegue beber ou bebe muito mal. • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior. 	DESIDRATAÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Se a criança não se enquadrar em outra classificação grave: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar terapia endovenosa (Plano C). • Se a criança também se enquadrar em outra classificação grave: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Referir URGENTEMENTE ao hospital, com mãe e o profissional de saúde administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto, se possível. ▪ Recomendar a continuar a amamentação, se possível. • Se a criança tiver 2 ou mais anos de idade, e se houver cólera na sua região, administrar antibiótico.
<p>Dois dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieta ou irritada. • Olhos fundos. • Bebe avidamente, com sede. • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior. 	DESIDRATAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar SRO na unidade de saúde até hidratar (Plano B). • Dar zinco oral por dez dias. • Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. • Seguimento em cinco dias, se não melhorar. • Se a criança também se enquadrar em uma classificação grave devido a outro problema: <ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE ao hospital, com a mãe e profissional de saúde administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto. • Recomendar à mãe que continue a amamentação, se possível.
<ul style="list-style-type: none"> • Não há sinais suficientes para classificar como DESIDRATAÇÃO ou DESIDRATAÇÃO GRAVE. 	SEM DESIDRATAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Dar alimentos e líquidos para tratar a diarreia em casa (Plano A). • Dar zinco oral por dez dias. • Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. • Seguimento em cinco dias se não melhorar.
<ul style="list-style-type: none"> • Com desidratação. 	DIARREIA PERSISTENTE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a desidratação antes de referir a criança, a não ser que esta se enquadre em outra classificação grave. • Referir URGENTEMENTE ao hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Sem desidratação. 	DIARREIA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre como alimentar uma criança com DIARREIA PERSISTENTE. • Dar zinco oral por dez dias. • Informar sobre quando retornar imediatamente. • Marcar retorno em cinco dias.
<ul style="list-style-type: none"> • Sangue nas fezes. 	DISENTERIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar um antibiótico recomendado em sua região para <i>Shigella</i>, se houver comprometimento do estado geral. • Dar zinco oral por dez dias. • Marcar o retorno em dois dias. • Informar sobre quando retornar imediatamente.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

CASO CLÍNICO

Lactente de 5 meses é levada á UBS com quadro de diarreia aquosa há 3 dias (5 evacuações ao dia), febre baixa, irritabilidade. Não apresentou vômitos. Está em aleitamento materno exclusivo e mamando um pouco menos.

Exame Físico:

Afebril, hidratada, corada, ativa e reativo ao manuseio

Dermatite perineal

Restante exame físico normal

COMO CLASSIFICAR e TRATAR essa criança?



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar a febre

A criança está com febre (determinada pela anamnese/quente ao toque/temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)?

Se a resposta for SIM:

Determinar o risco de malária:

- Área sem risco.
- Área com risco: gota espessa/teste rápido. Se positivo, especifique: _____
- Há quanto tempo? ___ dias
- Se há mais de cinco dias:
Houve febre todos os dias?
Sim Não

Observar e palpar:

- Rigidez de nuca.
- Petéquias.
- Abaulamento de fontanela.

CLASSIFICAR
a febre



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e classificar

	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
ÁREA COM RISCO DE MALÁRIA	Um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> Qualquer sinal geral de perigo. Rigidez de nuca. Petéquias. Abaulamento de fontanela. 	MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Se gota espessa/teste rápido for positivo, dar a primeira dose de um antimalárico recomendado. Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. Tratar a criança para evitar hipoglicemia. Dar antitérmico se temperatura for $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$. Referir URGENTEMENTE ao hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum sinal de malária grave ou doença febril muito grave e gota espessa ou teste rápido positivo. 	MALÁRIA	<ul style="list-style-type: none"> Tratar com antimalárico oral recomendado. Dar antitérmico se temperatura for $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. Seguimento em três dias. Se tem tido febre todos os dias por mais de cinco dias, realizar investigação.
	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum dos sinais acima e gota espessa ou teste rápido negativo. 	DOENÇA FEBRIL	<ul style="list-style-type: none"> Dar antitérmico se temperatura for $\geq 38,0^{\circ}$. Informar a mãe/pai/acompanhante sobre quando retornar imediatamente. Seguimento em dois dias se a febre persistir. Se tem tido febre todos os dias por mais de cinco dias, realizar investigação.

	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
ÁREA SEM RISCO DE MALÁRIA	Um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> Qualquer sinal geral de perigo. Rigidez de nuca. Petéquias. Abaulamento de fontanela. 	DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. Tratar a criança para evitar hipoglicemia. Dar antitérmico se temperatura for $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$. Referir URGENTEMENTE ao hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum sinal de doença febril muito grave. 	DOENÇA FEBRIL	<ul style="list-style-type: none"> Dar antitérmico se temperatura for $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$. Informar a mãe/pai/acompanhante sobre quando retornar imediatamente. Seguimento em dois dias se a febre persistir. Se tem tido febre todos os dias por mais de cinco dias, referir para investigação.

Todo paciente com doença falciforme que apresentar febre deve ser referido para o hospital.

* **ATENÇÃO!** Todo paciente com doença falciforme que apresente febre deve ser referido para a unidade hospitalar o mais breve possível.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar o problema de ouvido

A criança está com problema de ouvido?

Se a resposta for SIM:

PERGUNTAR:

- Está com dor de ouvido?
 - Há secreção no ouvido?
- Se houver, há quanto tempo? ___ dias

Observar e palpar:

- Observar se há secreção purulenta nos ouvidos.
- Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás das orelhas.

CLASSIFICAR
O problema de ouvido

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás da orelha. 	MASTOIDITE	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. • Dar analgésico em caso de dor. • Referir URGENTEMENTE ao hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta visível no ouvido há menos de 14 dias ou otoscopia alterada*. 	INFEÇÃO AGUDA DO OUVIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico recomendado por oito dias. • Dar analgésico em caso de dor. • Secar o ouvido com uma mecha se houver secreção. • Marcar o retorno com dois dias. • Orientar sinais de retorno imediato.
<ul style="list-style-type: none"> • Dor no ouvido**. 	POSSÍVEL INFEÇÃO AGUDA DO OUVIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Dar analgésico em caso de dor. • Marcar o retorno com dois dias. • Orientar sinais de retorno imediato.
<ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta visível no ouvido há 14 dias ou mais. 	INFEÇÃO CRÔNICA DO OUVIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Secar o ouvido com uma mecha. • Marcar o retorno com cinco dias. • Orientar sinais de retorno imediato.
<ul style="list-style-type: none"> • Não tem dor de ouvido e não foi notada alguma secreção purulenta no ouvido. 	NÃO HÁ INFEÇÃO DO OUVIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum tratamento adicional.

* Membrana timpânica opaca ou hiperemiada com abaulamento ou perfuração.
 ** Sempre que for possível, utilize o otoscópio.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar a dor de garganta

A criança está com dor de garganta?

Se a resposta for SIM:

OBSERVAR/DETERMINAR:


- Presença de gânglios cervicais aumentados e dolorosos.
- Na garganta:
 - Verificar presença de abaulamento de palato.
 - Amígdalas com presença de membrana branco-acinzentada.
 - Amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato.
 - Presença de vesículas e/ou hiperemia de garganta.

CLASSIFICAR
o problema de garganta

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar



AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none">• Qualquer sinal geral de perigo.• Abaulamento de palato.• Amígdalas com a presença de membranas branco-acinzentadas.	INFECÇÃO GRAVE DE GARGANTA	<ul style="list-style-type: none">• Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado.• Referir URGENTEMENTE ao hospital.
Um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none">• Gânglios aumentados e dolorosos no pescoço.• Amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato.	INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA	<ul style="list-style-type: none">• Dar um antibiótico recomendado.• Dar analgésico em caso de dor.• Marcar consulta de retorno com dois dias.• Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente.
Se: <ul style="list-style-type: none">• Vesículas e ou hiperemia de garganta, associados a sinais de resfriado comum.	INFECÇÃO LEVE DE GARGANTA	<ul style="list-style-type: none">• Dar analgésico em caso dor.• Seguimento em dois dias se persistir dor de garganta.• Informar a mãe/pai/acompanhante sobre quando retornar imediatamente.
Se: <ul style="list-style-type: none">• Não há nenhum dos sinais acima descritos.	NÃO HÁ INFECÇÃO DE GARGANTA	<ul style="list-style-type: none">• Nenhum tratamento adicional.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

Avaliar e classificar estado nutricional e palidez palmar

Sempre que uma criança for a uma de unidade de saúde, é importante avaliar o seu estado nutricional.

É importante que o profissional de saúde reconheça os sinais de desnutrição, o excesso de peso e a anemia (exame físico e dados antropométricos).

O perfil de saúde e o estado nutricional, estão intimamente ligados ao consumo alimentar.

Práticas inadequadas de alimentação nos dois primeiros anos de vida estão associadas ao aumento de morbidade: doenças infecciosas, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

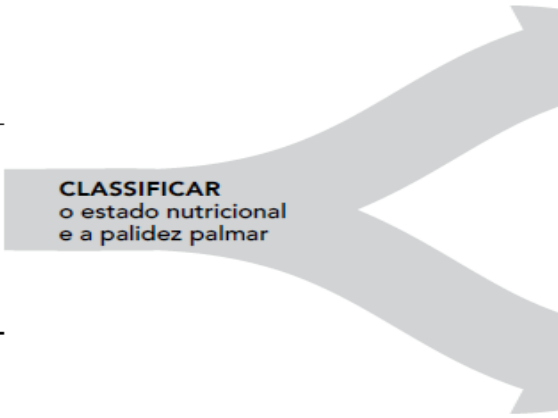
Quadros de conduta

Avaliar e classificar desnutrição, anemia e outros problemas de crescimento

A seguir, verificar se há desnutrição, anemia e outros problemas de crescimento

OBSERVAR E VERIFICAR:

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



CLASSIFICAR
o estado nutricional
e a palidez palmar

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Quadros de conduta

	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
ESTADO NUTRICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Emagrecimento acentuado visível ou Edema em ambos os pés. 	DESNUTRIÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir, controlar e, se necessário, tratar a hipoglicemia. Prevenir a hipotermia (manter a criança agasalhada). Dar megadose de vitamina A, se a criança não tiver tomado nos últimos 30 dias. Referir URGENTEMENTE ao hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> Peso para a idade <-3 escores z. 	PESO MUITO BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas de desnutrição. Aconselhar a mãe/pai/acompanhante a tratar a criança de acordo com as dietas especiais. Dar megadose de vitamina A, se a criança não tiver tomado nos últimos 30 dias. Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. Retorno com cinco dias. Orientar sinais de retorno imediato.
	<ul style="list-style-type: none"> Peso para a idade <-2 e ≥-3 escores z. ou Tendência da curva peso/idade horizontal ou descendente. 	PESO BAIXO ou GANHO DE PESO INSUFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso baixo. Orientar a alimentação adequada. Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. Marcar retorno com duas semanas. Orientar sinais de retorno imediato.
	<ul style="list-style-type: none"> Peso para a idade >+2 escores z. 	PESO ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso elevado. Orientar a alimentação adequada. Verificar e estimular a prática de atividade física. Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. Marcar o retorno com duas semanas. Orientar sinais de retorno realizando o diagnóstico do estado nutricional.
	<ul style="list-style-type: none"> Peso para a idade ≤+2 e ≥-2 escore z. 	PESO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe/pai/acompanhante pelo crescimento de seu filho. Reforçar as recomendações para alimentação saudável, de acordo com o Quadro de Recomendações a respeito da alimentação da criança. Uso profilático de ferro em menores de 24 meses.
PALIDEZ PALMAR	<ul style="list-style-type: none"> Palidez palmar grave ou Hb abaixo de 5 g/dL. 	ANEMIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Referir URGENTEMENTE ao hospital
	<ul style="list-style-type: none"> Palidez palmar leve ou Hb de 5 g/dL a 10,9 g/dL. 	ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> Realizar tratamento com ferro. Realizar teste de malária em área de risco. Dar anti-helmíntico se a criança tiver um ano ou mais e não tiver tomado nenhuma dose nos últimos 6 meses. Avaliar a alimentação da criança e orientar a mãe/pai/acompanhante sobre alimentos ricos em ferro. Marcar retorno com 14 dias.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Ensinar a mãe/responsável a administrar os medicamentos orais em casa.

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

Certificar-se de que a criança não é alérgica ao medicamento proposto.

Justificar à mãe por que dar o medicamento à criança.

Demonstrar como medir as doses.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Observar a mãe enquanto ela pratica como medir uma dose.

Pedir à mãe que dê a primeira dose ao seu filho.

Explicar em detalhes como dar o medicamento.

Explicar que todas as medicações devem ser usadas até o tratamento terminar.

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

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Dar um antibiótico apropriado

Para pneumonia ou infecção aguda do ouvido

Antibiótico de primeira linha: amoxicilina.

Antibiótico de segunda linha: amoxicilina + clavulanato ou eritromicina.

Peso em kg	Amoxicilina 250 mg/5 ml 50 mg/kg/dia, de 8 em 8 horas Dar de 12 em 12 horas na formulação BD durante 7 dias	Amoxicilina + Clavulanato 250 mg/5 ml* 50mg/kg/dia, de 8 em 8 horas Dar de 12 em 12 horas na formulação BD durante 7 dias	Eritromicina 250 mg/5 ml 50 mg/kg/dia* Dar de 6 em 6 horas durante 7 dias
4 a 7	2,0 a 3,5 ml	2,0 a 3,5 ml	1,0 a 1,5 ml
8 a 11	4,0 a 5,5 ml	4,0 a 5,5 ml	2,0 a 2,5 ml
12 a 15	6,0 a 7,5 ml	6,0 a 7,5 ml	3,0 a 3,5 ml
16 a 19	8,0 a 9,5 ml	8,0 a 9,5 ml	4,0 a 4,5 ml
20 a 24	10 a 12,0 ml	10 a 12,0 ml	5,0 a 6,0 ml

* Para Infecção moderada de garganta, usar antibiótico oral por dez dias.

* Para infecção aguda de ouvido, usar antibiótico oral durante oito dias

* ATENÇÃO: nos casos de pneumonia em que a criança não aceitar o antibiótico oral, ou não apresentar melhora do quadro, pode ser usada a penicilina procaína, na dose de 50.000 UI/kg/dose (ver Quadro de Tratamento Prévio à Referência Urgente).

Para problema moderado de garganta

Antibiótico de primeira linha: penicilina benzatina.

Antibiótico de segunda linha: amoxicilina, amoxicilina + clavulanato ou eritromicina (ver quadro anterior).

Peso em kg	Penicilina benzatina dose única IM Apr.: FA=600.000 UI e 1.200.000 UI
< 20	600.000 UI
> ou igual a 20	1.200.000 UI

Para cólera

Antibiótico de primeira linha: azitromicina.

Antibiótico de segunda linha: sulfametoxazol + trimetoprim (ver quadro da próxima página).

Peso em kg	Azitromicina 200 mg/5ml 20 mg/kg dose única
4 a 7	2,0 a 3,5 ml
8 a 11	4,0 a 5,5 ml
12 a 15	6,0 a 7,5 ml
16 a 19	8,0 a 9,5 ml
20 a 24	10 a 12,0 ml

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Para disenteria

Antibiótico de primeira linha: ceftriaxone.

Antibiótico de segunda linha: sulfametoxazol + trimetoprim.

Peso em kg	Ceftriaxone IM Dose: 50 mg por kg/dose 1 vez ao dia durante 3 dias
4 a <6	200 a 300 mg
6 a <8	300 a 400 mg
8 a <10	400 a 500 mg
10 a <14	500 a 700 mg
14 a 20	700 a 1.000 mg

Peso em kg	Sulfametoxazol + trimetoprim (200 mg/5 ml) 40 mg/kg/dia Dar de 12 em 12 horas durante 5 dias *
4 a 7	2,0 a 3,5 ml
8 a 11	4,0 a 5,5 ml
12 a 15	6,0 a 7,5 ml
16 a 19	8,0 a 9,5 ml
20 a 24	10 a 12,0 ml

*Para cólera, usar SMT + TMP durante três dias.

Para febre, dor de ouvido e dor de garganta

Dar analgésico/antitérmico

Para febre ($t \geq 38,0^{\circ}\text{C}$), dor de ouvido ou de garganta:

Peso em kg	Paracetamol 200 mg/ml 1 gota/kg/dose de 6 em 6 horas, se necessário	Dipirona 500 mg/ml 1 gota/2kg/dose de 6 em 6 horas, se necessário	Ibuprofeno 50 mg/ml* 2 gotas/kg/dose de 8 em 8 horas se necessário
4 a 7	4 a 7 gotas	2 a 4 gotas	8 a 14 gotas
8 a 11	8 a 11 gotas	4 a 6 gotas	16 a 22 gotas
12 a 15	12 a 15 gotas	6 a 8 gotas	24 a 30 gotas
16 a 19	16 a 19 gotas	8 a 10 gotas	32 a 38 gotas
20 a 24	20 a 24 gotas	10 a 12 gotas	40 gotas

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

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Para anemia dar:

Dar anti-helmíntico

Dar anti-helmíntico para a criança classificada como ANEMIA, se não tiver recebido alguma dose nos últimos seis meses.

Idade	Mebendazol* Apres. 100 mg/5 ml Dose: 100mg 2 vezes dia durante 3 dias	Albendazol* Apres. 40 mg/ml ou 1 cp = 400mg Dose única
1 a 2 anos	5 ml	5 ml
> 2 anos	5 ml	10 ml

* Repetir o tratamento após 15 dias.

Dar antimalárico

Ver *Guia Prático de Tratamento da Malária no Brasil – MS* no site: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>

Para anemia dar:

Dar ferro

Dar uma dose por dia, durante 14 dias, no intervalo das refeições, acompanhado de suco de frutas cítricas se houver disponibilidade, até voltar para consulta de retorno.

Orientar a escovar os dentes após o uso do sulfato ferroso.

Informar que as fezes ficarão escuras.

Idade ou peso (kg)	Sulfato ferroso 3 mg/kg/dia 1 ml=25 mg de ferro elementar
2 a 3 meses 4 a <6	15 gotas ou 0,7 ml/dia
4 a 11 meses 6 a <10	20 gotas ou 1 ml/dia
1 a 2 anos 10 a <14	30 gotas ou 1,5 ml/dia
3 a 4 anos 14 a 19	40 gotas ou 2,0 ml/dia

Nota: o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, recomenda a suplementação profilática de sulfato ferroso na dose de 1 a 2 mg/kg/dia (não utilizar tabela acima para profilaxia) para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Tratamentos prévios à referência urgente

Administrar um antibiótico por via intramuscular

Para aquelas crianças que serão referidas

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

Peso em kg	Ceftriaxone IM* Dose: 100 mg por kg/dose	Penicilina G procaína (IM) 50.000 UI/kg**
4 a <6	400 mg a 600 mg	200.000 UI a 400.000 UI
6 a <8	600 mg a 800 mg	
8 a <10	800 mg a 1.000 mg	
10 a <14	1.000 mg a 1.400 mg	400.000 UI
14 a 20	1.400 mg a 2.000 mg*	

* A dose máxima do ceftriaxone é de 2.000 mg.

** Para um frasco de 400.000 UI de penicilina G procaína, acrescentar 3 ml de água destilada. A dose máxima da penicilina procaína é de 400.000 UI.

Tratar a criança para evitar hipoglicemia

- Se a criança consegue mamar no peito:
Pedir à mãe que amamente a criança no peito.
- Se a criança não consegue mamar no peito, mas consegue engolir:
Dar leite materno extraído ou na impossibilidade, outro leite.
Se não houver algum destes disponíveis, dar água açucarada.
Dar 30 ml a 50 ml de leite ou água açucarada antes da criança partir.

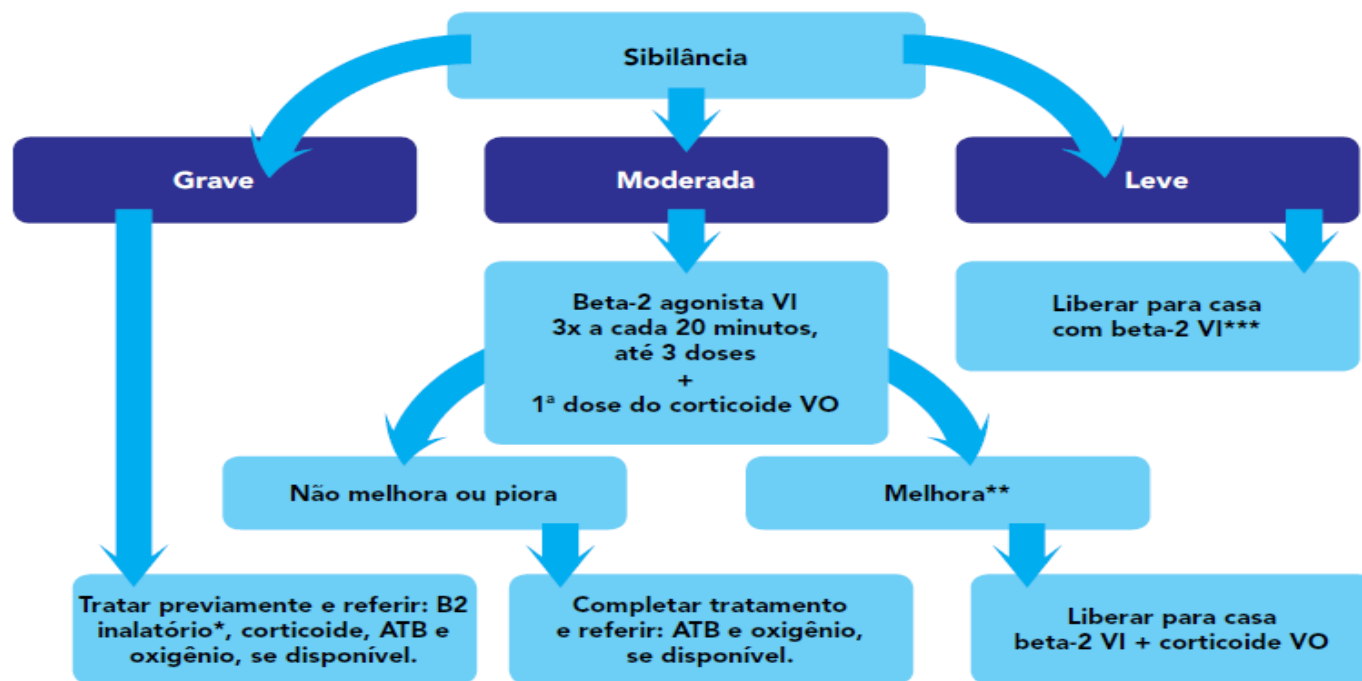
Obs.: Para preparar água açucarada, dissolva quatro colheres de chá rasas de açúcar (20 g) em uma xícara com 200 ml de água potável.

- Se a criança não consegue engolir:
Dar 50 ml de leite ou água açucarada por meio de sonda nasogástrica. Se há possibilidade de usar a via venosa, faça um *flush* de glicose (5 a 10 ml/kg de soro glicosado a 10%, depois manter o SG a 10%).
- Para preparar o soro glicosado a 10%, misturar 89 ml de soro glicosado a 5% com 11 ml de glicose a 50%. Logo terá 100 ml de soro glicosado a 10%.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Tratar crise de sibilância



* A via inalatória (VI) é sempre preferível para administração de broncodilatador. Caso não esteja disponível broncodilatador inalatório, pode ser a administração por via subcutânea de adrenalina 1:1.000, na dose de 0,01 ml/kg/dose, máximo de 0,3 ml por dose, não excedendo 3 doses a cada 20 minutos CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

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

*** Avaliar prescrição do corticoide VO, caso esteja em uso correto de beta-2 agonista há pelo menos 24 horas.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Plano B: tratar a desidratação soro de reidratação oral – SRO

As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa. Durante um período de 4 horas, administrar, no serviço de saúde, a quantidade recomendada de SRO.

Determinar a quantidade de SRO a ser administrada durante as primeiras 4 horas.

Idade*	Até 4 meses	4 meses a 11 meses	12 meses a 2 anos	2 anos a 5 anos
Peso (kg)	<6	6 a <10	10 a <12	12 a 19
SRO (ml)	200 a 400	400 a 700	700 a 900	900 a 1400

*Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o seu peso. A quantidade aproximada de SRO necessária (em ml) também pode ser calculada multiplicando-se o peso da criança (em kg) por 75.

Se a criança quiser mais SRO do que a quantidade citada, dar mais.

Demonstrar como administrar a solução de SRO

Dar, com frequência, pequenos goles de líquidos usando copo ou colher.

Se a criança vomitar, aguardar dez minutos e depois continuar, porém mais lentamente.

Caso persistam os vômitos, use ondansetrona.

Em crianças de 6 meses a 2 anos, dar 2 mg sublingual; acima, 4 mg.

Continuar a amamentar no peito sempre que a criança o desejar.

Após 4 horas:

Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação.

Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento.

Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde.

Se, em situações excepcionais, a mãe precisar ir para casa antes de terminar o tratamento:

Orientar a preparar a solução de SRO em casa.

Orientar sobre a quantidade de SRO a ser administrada até completar o tratamento em casa.

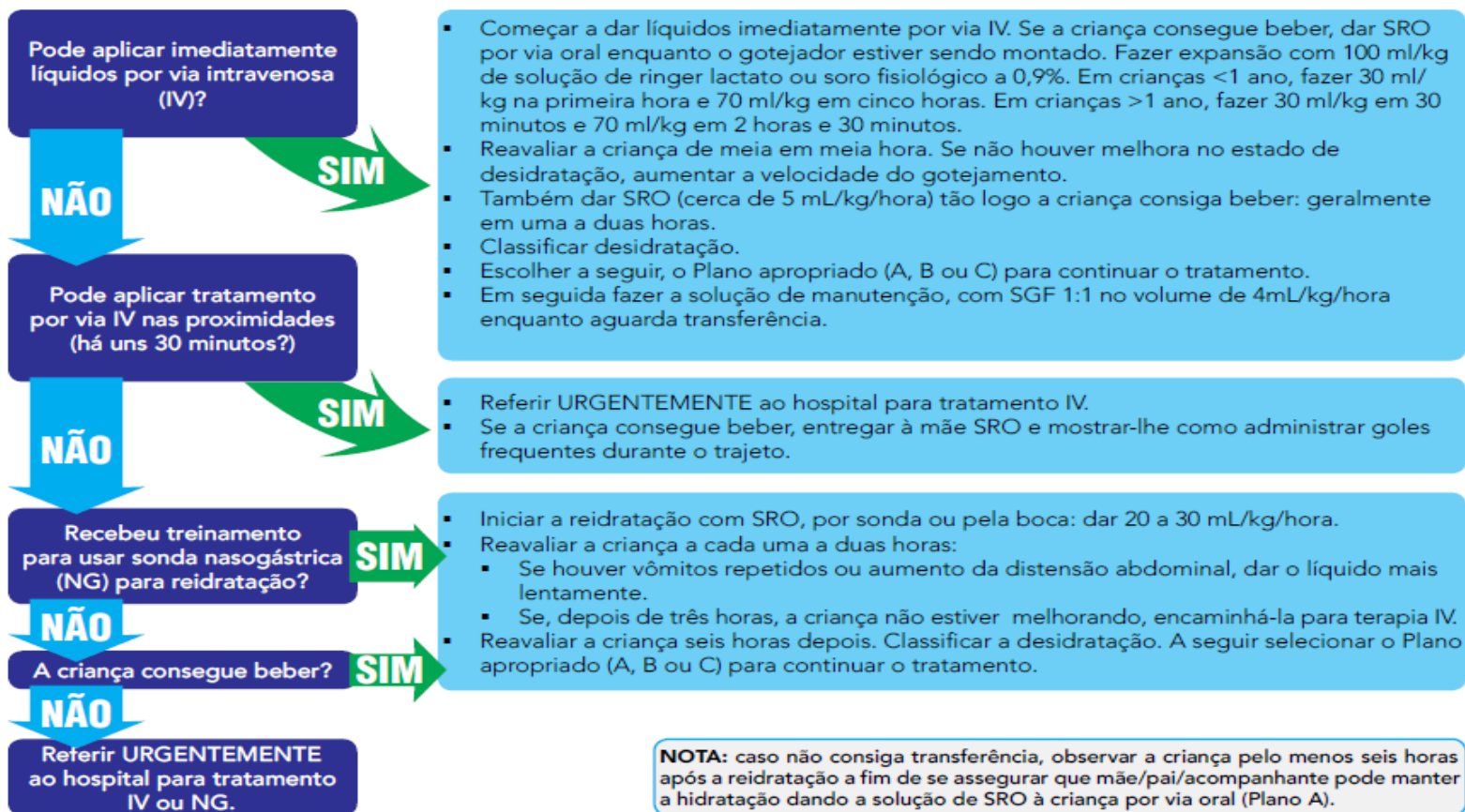
Entregar uma quantidade de pacotes de SRO suficiente para completar a reidratação. Entregar, também, um pacote adicional, tal como recomendado no Plano A.

Explicar as três regras do tratamento domiciliar.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Plano C: tratar rapidamente a desidratação grave



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Tratar

Quando retornar imediatamente

Recomendar a mãe, pai ou responsável pelo cuidado para retornar imediatamente se a criança apresentar qualquer um dos sinais abaixo:

Qualquer criança doente:	<ul style="list-style-type: none"> • Não consegue beber nem mamar no peito. • Piora do estado geral. • Aparecimento ou piora da febre.
Se a criança tiver tosse ou dificuldade para respirar e apresentar ou piorar da:	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração rápida. • Dificuldade para respirar.
Se a criança estiver com diarreia e se apresentar:	<ul style="list-style-type: none"> • Sangue nas fezes. • Dificuldade para beber.

Recomendar a mãe quando retornar ao serviço de saúde

Recomendar à mãe quando retornar para reavaliação dos problemas da criança:

SE A CRIANÇA TIVER	REGRESSAR PARA SEGUIMENTO EM:
PNEUMONIA SIBILÂNCIA MODERADA DISENTERIA PROBLEMA DE AMAMENTAÇÃO em criança <6 meses DOENÇA FEBRIL, se a febre persistir POSSIVEL INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA	2 DIAS
MALÁRIA	3 DIAS
DIARREIA PERSISTENTE INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO PESO MUITO BAIXO PARA IDADE PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO QUALQUER OUTRA DOENÇA, se não estiver melhorando	5 DIAS
SUSPEITA DE VIOLÊNCIA	7 DIAS
ANEMIA PESO ELEVADO PESO BAIXO PARA IDADE OU GANHO INSUFICIENTE	14 DIAS
ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO OU DESENVOLVIMENTO COM FATOR DE RISCO SITUAÇÃO DE RISCO PARA VIOLÊNCIA	30 DIAS

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA

INFÂNCIA

Consultas de Retorno

Pneumonia: 2 dias

Sibilância Moderada: 2 dias

Diarréia Persistente: 5 dias

Disenteria: 2 dias

Infecção Aguda Ouvido: 2 dias

Infecção Crônica Ouvido: 5 dias

Infecção Garganta: 2 dias

Anemia: 14 dias

Peso elevado: 14 dias

Baixo Peso: 14 dias

Muito baixo peso: 5 dias

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar o desenvolvimento

Observar e verificar

- Verifique o perímetro cefálico.
- Observe o desenvolvimento da criança conforme a faixa idade.
- Determine se há fatores de risco ou alterações no exame físico.

Fatores de risco

- Ausência ou pré-natal incompleto.
- Problemas na gestação, no parto ou no nascimento da criança.
- Prematuridade.
- Peso abaixo de 2.500g.
- Icterícia grave.
- Hospitalização no período neonatal.
- Doenças graves como meningite, traumatismo craniano ou convulsões.
- Parentesco entre os pais.
- Casos de deficiência ou doença mental na família.
- Fatores de risco ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.

Alterações no exame físico

Perímetro cefálico <-2 ZS e/ou >+2 ZS

- Presença de alterações fenotípicas.
- Fenda palpebral oblíqua.
- Olhos afastados.
- Implantação baixa de orelhas.
- Fenda labial.
- Fenda palatina.
- Pescoço curto e/ou largo.
- Prega palmar única.
- Quinto dedo da mão curto e recurvado.

2 A 4 MESES:	4 A 6 MESES:	6 A 9 MESES:	9 A 12 MESES:
Resposta ativa ao contato social Segura objetos. Ri alto (gargalhada). De bruço levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços.	Busca ativa de objetos. Leva objetos a boca. Localiza o som. Muda de posição ativamente (rola).	Brinca de esconde-achou. Transfere objetos de uma mão para outra. Duplica sílabas. Senta sem apoio.	Imita gestos. Faz pinça. Produz jargão. Anda com apoio.
12 A 15 MESES:	15 A 18 MESES:	18 A 24 MESES:	2 ANOS A 2 ANOS E 6 MESES:
Mostra o que quer. Coloca blocos na caneca. Diz uma palavra. Anda sem apoio.	Usa colher ou garfo para alimentar-se. Constrói torres de dois cubos. Fala três palavras. Anda para trás.	Tira roupa. Constrói torre de três cubos. Aponta duas figuras. Chuta a bola.	Veste-se com supervisão Constrói torres com seis cubos Forma frases com duas palavras Pula com ambos os pés.
2 ANOS E 6 MESES A 3 ANOS:	3 ANOS A 3 ANOS E 6 MESES:	3 ANOS E 6 MESES A 4 ANOS:	4 ANOS A 4 ANOS E 6 MESES:
Brinca com outras crianças Imita uma linha vertical Reconhece duas ações Arremessa bola.	Veste uma camiseta Move o polegar com a mão fechada Compreende dois adjetivos Equilibra-se em cada pé por 1 segundo.	Emparelha cores Copia círculos Fala inteligível Pula em um pé só.	Veste-se sem ajuda Copia cruz Compreende quatro preposições Equilibra-se em cada pé por 3 segundos.
4 ANOS E 6 MESES A 5 ANOS:			
Escova dentes sem ajuda Aponta a linha mais comprida Define cinco palavras Equilibra-se em um pé por 5 segundos.			

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e classificar o desenvolvimento

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior; ou • Perímetro cefálico $<-2 ZS$ e/ou $>+2 ZS$; e/ou • Presença de três ou mais alterações fenotípicas. 	<p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir para avaliação neuropsicomotora.
<p>Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.</p>	<p>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para promoção do desenvolvimento infantil saudável. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. • Informar sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
<p>Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes.</p>	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar mãe • Orientar a mãe para promoção do desenvolvimento infantil saudável. • Retornar para acompanhamento, conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/pai/acompanhante sobre os sinais de alerta para retornar antes.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Avaliar e classificar

a possibilidade de violência

Observar se:

- A criança expressa espontaneamente que sofre violência.
- O(a) acompanhante expressa espontaneamente que a criança é vítima de violência.
- Há evidência de alteração no comportamento da criança: agressiva, muito assustada, retraída, apática, evita o contato visual e/ou físico, apresenta condutas destrutivas ou autodestrutivas.
- Há evidência de alteração no comportamento dos pais ou cuidadores: indiferentes, descuidados, intolerantes, demonstram atitudes violentas, tem atitudes depreciativas, agressivas ou na defensiva.

Verificar se há:

Lesões físicas sugestivas de violência física:

- Lesões bilaterais, simétricas, em diferentes estágios de cicatrização, em áreas cobertas do corpo ou em regiões posteriores, dorso das mãos, costas e glúteos, áreas internas dos ombros, mamas e genitais.

Lesões físicas sugestivas de violência sexual:

- Na área genital e perianal: corrimento, secreção, sangramento, lesões (lacerações, úlceras, verrugas, hematomas, equimoses, etc.) ou cicatrizes.

Lesões físicas inespecíficas:

- Lesões localizadas em áreas expostas; em geral, são poucas e não têm forma limitada, nem um padrão definido. Na área genital a presença de hiperemia por monilíase ou dermatite das fraldas; arranhaduras por prurido devido à infestação por oxiurus e escabiose; e fissura anal devido à constipação.

Alterações sugestivas de negligência:

- Criança mal cuidada em sua higiene (asseio, dentes, cabelo, unhas); discrepância entre o aspecto do cuidador e da criança.
- Criança mal cuidada em sua saúde: consulta é tardio para a causa ou esquema de vacinação está incompleta ou criança está desnutrida ou com atraso no desenvolvimento psicomotor.

Havendo qualquer lesão física ou fratura:

Perguntar:

- Como se produziram os machucados/as feridas/os ferimentos?
- Quando se produziram os machucados/as feridas/os ferimentos?
- Há acidentes/ traumatismos frequentes?

Determinar se:

- Há discrepância entre as lesões e a história/estágio de desenvolvimento.

Para todos os responsáveis:

Perguntar:

- Como ensinam/educam /dão limites para este filho(a)?
- Como ensinam /educam/ disciplinam/dão limites aos outros filhos?
- Como resolvem os problemas/conflictos familiares?

Se houver relato de agressões físicas ou psicológicas,

Determinar se:

Há ameaça à vida da criança.

Perguntar:

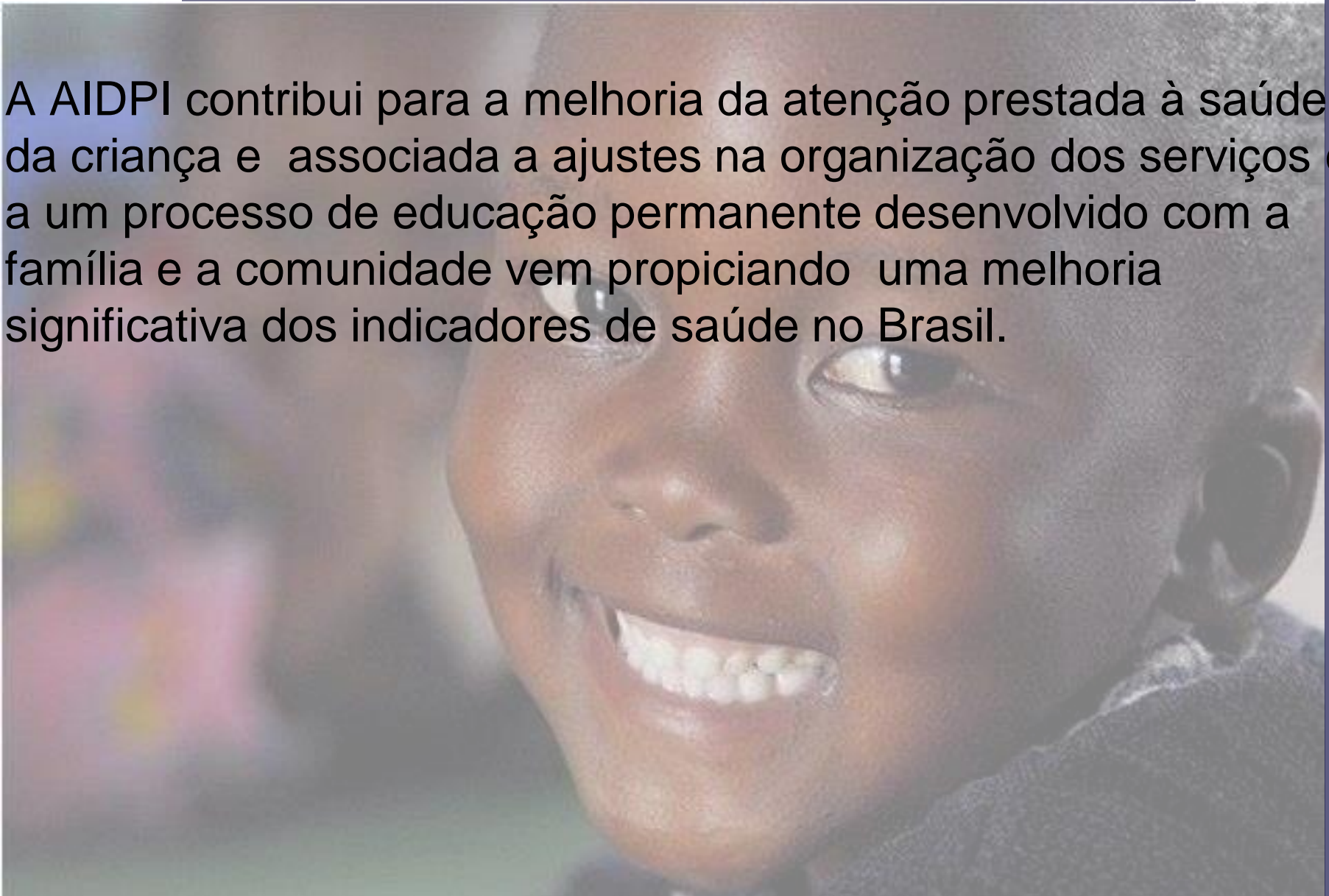
Como o responsável justifica a agressão?

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR/CUIDAR/PROTEGER
<ul style="list-style-type: none"> Lesão física sugestiva de violência física ou violência sexual e/ou física. Discrepância entre as lesões e a história/estágio de desenvolvimento. Criança expressa espontaneamente que sofre violência. Acompanhante expressa espontaneamente que a criança é vítima de violência. Relato de agressão física ou psicológica ou negligência que represente uma ameaça à vida da criança. 	<p>COMPATÍVEL COM VIOLÊNCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar o acolhimento/escuta da criança. Tratar lesões e dor, se indicado. Referir com urgência ao nível superior*. Realizar a notificação, mediante o preenchimento da ficha do MS. Comunicar ao Conselho Tutelar e/ou à autoridade competente. Definir Projeto Terapêutico Singular, de preferência com equipe multidisciplinar. <p>Após a alta :</p> <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para UBS de residência, ambulatório ou Caps, para acompanhamento psicológico. OU Encaminhar para a rede de proteção social de crianças vítimas de violência.
<ul style="list-style-type: none"> Qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça à vida, mas responsável não reconhece a agressão. <p>OU</p> <p>Dois ou mais itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comportamento alterado da criança Comportamento alterado dos responsáveis. Criança mal cuidada em sua higiene. Criança mal cuidada em sua saúde. Lesões com história de traumas/acidentes frequentes 	<p>SUSPEITA DE VIOLÊNCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar o acolhimento/ a escuta da criança e/ou da família. Discutir em equipe multidisciplinar, se disponível no serviço ou na rede, e contatar a rede de proteção, se for necessário. Reforçar comportamentos positivos. Promover medidas preventivas. Reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança. Realizar a notificação, mediante o preenchimento da ficha do MS. Comunicar ao Conselho Tutelar independentemente da confirmação fundamentada. Reavaliar em sete dias. Encaminhar para UBS de residência, ambulatório ou Caps para acompanhamento do caso.
<ul style="list-style-type: none"> Um dos itens descritos acima. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça à vida com justificativa cultural. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesões físicas inespecíficas. 	<p>SITUAÇÃO DE RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar o acolhimento/ escuta da criança e do responsável. Reforçar comportamentos a positivos. Promover medidas preventivas. Reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança. Encaminhar para a UBS de residência, se o atendimento ocorrer em nível ambulatorial ou hospitalar. Assegurar retorno em 30 dias.
<ul style="list-style-type: none"> Não apresenta algum dos itens anteriores. 	<p>NÃO HÁ VIOLÊNCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe. Reforçar comportamentos positivos. Promover medidas preventivas. Recordar a próxima consulta de puericultura.

ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

A AIDPI contribui para a melhoria da atenção prestada à saúde da criança e associada a ajustes na organização dos serviços e a um processo de educação permanente desenvolvido com a família e a comunidade vem propiciando uma melhoria significativa dos indicadores de saúde no Brasil.



A baby wearing a colorful headscarf with a pattern of small birds in various colors (blue, green, purple, yellow) on a red background. The baby has its mouth wide open in a happy expression. The background is softly blurred, showing several stuffed animals, including a large white bear and a smaller yellow bear. The overall lighting is warm and soft.

OBRIGADA!

ISABEL CRISTINA DRAGO MARQUEZINI SALMEN
Pediatra Neonatologista e Intensivista HRAC-USP