

Unidade 6

Cuidados especiais com a saúde
da criança na Atenção Básica

Unidade 6

Cuidados especiais com a saúde da criança na Atenção Básica

Vamos tratar de alguns casos que são trazidos frequentemente à atenção da saúde básica da criança e que podem ter uma intervenção bem resolutiva. Vamos abordar os seguintes aspectos, nas Seções:

- Seção 1 - Sinais de perigo de doença grave
- Seção 2 - Diarreia e desidratação
- Seção 3 - Problemas respiratórios
- Seção 4 - Outras situações especiais a serem avaliadas (Acidentes e violências, hipertensão arterial, saúde ocular e auditiva, Síndrome de Down e autismo)

As questões aqui abordadas são mostradas na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2017a, 2017b).

Seção 1

Sinais de perigo de doença grave na criança

A Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2018a, 2018b), em Cuidados com a Saúde da Criança, apresenta os seguintes sinais de perigo (indicando que a criança pode estar com uma doença grave), à consideração de pais e cuidadores. Para orientação às mães é desejável que os sinais de risco/perigo sejam discutidos, de forma que ela possa observar em seu filho, no filho de amigas, ou em crianças de quem seja cuidadora.

Quadro 17 - Cuidados com a saúde das crianças: sinais de perigo

Os sinais de perigo variam com a idade e indicam que a criança pode estar com uma doença grave.

Crianças com menos de dois meses

Se a criança tiver menos de dois meses de idade, você deve procurar **IMEDIATAMENTE** o serviço de saúde mais próximo de sua casa quando observar algum dos seguintes sinais de perigo:

- Está muito “molinha” e “caidinha” - movimentando-se menos que o normal.
- Está muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (ataque) ou perda de consciência.
- Dificuldade ou cansaço para respirar ou respiração rápida.
- Não consegue mamar.
- Vomita tudo o que ingere.
- Umbigo com vermelhidão ao redor ou com secreção malcheirosa.
- Temperatura do corpo baixa, menor ou igual a 35,50 C.
- Febre - temperatura maior ou igual a 37,80 C.
- Pus saindo da orelha.
- Cor amarelada da pele (icterícia), atingindo os braços e as pernas do bebê.
- Cor amarelada da pele em criança com mais de duas semanas.
- Urina escura.
- Fezes escuras. Observe a cor das fezes da criança usando a escala de cores abaixo. Se a cor das fezes for suspeita, procure com urgência o serviço de saúde.

Crianças com dois meses ou mais

Se a criança tiver idade igual ou maior que dois meses, você deve procurar **IMEDIATAMENTE** o serviço de saúde mais próximo de sua casa quando observar algum dos seguintes sinais de perigo:

- Dificuldade de respirar ou respiração rápida.
- Não consegue mamar ou beber líquidos.
- Vomita tudo o que ingere.
- Está muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (ataque) ou perda de consciência.

Se você identificar uma situação de urgência, disque para o nº 191 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A ligação é grátis.

O Quadro 18 mostra uma classificação para orientação dos profissionais de saúde quanto à decisão sobre cuidados a serem tomados, segundo grupos de risco.

Quadro 18 - Classificação de crianças segundo grupos de risco

Grupo I	Grupo II
Acompanhamento pela equipe de saúde com calendário especial	Acompanhamento pelo pediatra/especialista de referência em conjunto com a equipe de saúde
• Mãe com baixa escolaridade • Mãe adolescente • Mãe deficiente mental • Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis com criança negativa para essas doenças • Morte materna • História de óbito de menores de um ano na família • Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis • Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas • Recém-nascido retido na maternidade • Desnutrição • Internação prévia	• Baixo peso ao nascer (menos que 2500g) • Prematuridade • Desnutrição grave • Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística • Intercorrências importantes no período neonatal notificadas na alta hospitalar • Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados

Fonte: MINAS GERAIS, 2005.

Seção 2

Diarreia e desidratação

A diarreia se caracteriza pela perda aumentada de água e eletrólitos nas fezes com a modificação brusca do hábito intestinal. Clinicamente apresenta-se como aumento no número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes, associada ou não a vômitos e/ou febre. A percepção materna da mudança do hábito intestinal deve ser valorizada. As complicações principais da diarreia são a desidratação e a desnutrição, que podem levar à morte.

A diarreia ainda é um fator importante na morbimortalidade em crianças menores de cinco anos, apesar do avanço incontestável na prevenção da sua complicação – a desidratação – por meio do Soro de Reidratação Oral (SRO), em uso desde a década de 1980.

A incidência de casos de diarreia continua a mesma: 2,6 episódios/criança/ano. A diminuição desse índice depende do acesso à água potável, ao saneamento ambiental e de bons hábitos de higiene. No ano de 1990, no Brasil, 11,3% das mortes de crianças até cinco anos foram atribuídas à diarreia e, em 2000, 4,5%, embora esse dado não revele as diferenças entre as regiões do Brasil. Na região Nordeste, 30% do total de mortes durante o primeiro ano de vida foram devidas à diarreia, sendo que o risco de morte em crianças menores de cinco anos por diarreia é cerca de quatro a cinco vezes maiores nessa região do que na região Sul (DATASUS).

Segue um trecho do “Relatório 2015 Níveis e Tendências em Mortalidade Infantil”, divulgado pelo Fundo da ONU para a Infância (UNICEF), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e a Divisão de População do Departamento da ONU para Assuntos Econômicos e Sociais (DESA)”.

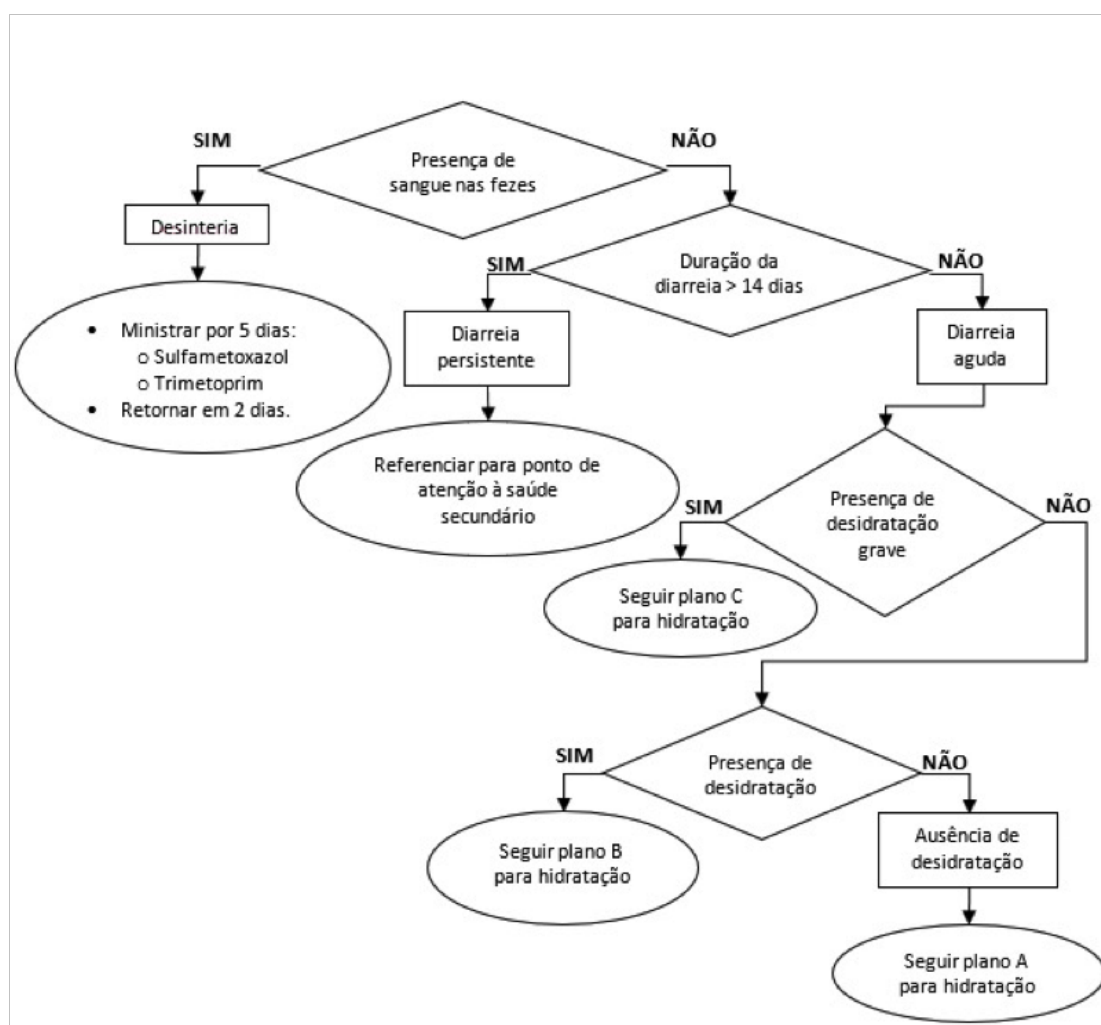
Dezesseis mil crianças com menos de cinco anos de idade morrem todos os dias. Apesar de o índice de mortalidade infantil apresentar quedas contínuas desde 1990, o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes e até mesmo alcançar a meta estipulada pelo quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que prevê a redução de dois terços desta taxa entre 2000 e 2015. Segundo o documento, apesar do número de mortes de crianças com menos de cinco anos ter caído de 12,7 milhões por ano em 1990 para 5,9 milhões em 2015, desde 1990 até 2015, o mundo perdeu 236 milhões de vidas nesta faixa etária, mais do que toda a população brasileira [...] O Brasil foi um dos países que conseguiu alcançar o quarto ODM, apresentando uma queda de 73% de mortes. A redução também foi alcançada na esfera regional, porém o relatório aponta que, em 32 municípios, o índice de mortes infantis supera 80 para cada 1.000 crianças nascidas. Além disso, destacou que, comparadas a outros bebês brasileiros, as crianças indígenas no país têm o dobro de chances de morrer antes do seu primeiro ano de nascimento. O relatório

destaca que o grande desafio continua sendo o período do nascimento. Em torno de 45% das mortes infantis ocorrem no período neonatal, que compreende os 28 primeiros dias de vida. Prematuridade, pneumonia, complicações durante o trabalho de parto, diarreia, sepse e malária são as principais causas de morte de crianças menores de cinco anos. Cerca de metade é associada à desnutrição (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015).

2.1 Abordagem da criança com diarreia aguda

Os objetivos da abordagem da criança com diarreia são a manutenção ou recuperação da homeostase hidroeletrólítica e da nutrição adequada. Os passos para uma abordagem correta estão resumidos na Figura 29 e serão descritos a seguir.

Figura 29 - Fluxograma de acompanhamento da criança com diarreia



Fonte: Adaptado de ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005.

Para avaliar a criança com diarreia, é necessário investigar alguns dados:

Há quanto tempo a criança tem tido diarreia?

Definir se a diarreia é aguda, persistente, crônica ou disenteria. Até 14 dias de evolução, a diarreia é denominada aguda. Caso se prolongue mais, é denominada diarreia persistente. Acima de um mês, é denominada diarreia crônica.

Há sangue nas fezes?

Quando a diarreia tem sangue, com ou sem muco, é chamada disenteria. O agente mais comum responsável pela disenteria é a bactéria *Shigella*.

Os seguintes passos devem ser seguidos em casos de sinais de desidratação:

- Examinar a condição geral da criança: letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada?
- Observar se os olhos estão fundos (Em alguns lactentes e crianças, os olhos normalmente aparecem um pouco mais fundos; é importante perguntar para a mãe se os olhos são normais ou se estão mais fundos que o habitual).
- Oferecer líquidos à criança: observar se ela bebe muito mal ou não consegue beber ou se bebe avidamente, com sede.
- Pesquisar o sinal da prega: a pele volta ao normal muito lentamente (mais de dois segundos) ou lentamente? (O sinal da prega não é tão fidedigno em lactentes ou crianças desnutridas ou em crianças obesas).

Qual a classificação do estado de hidratação?

Uma vez pesquisados os sinais de hidratação, classificar o estado de hidratação, segundo o Quadro 19, como sem desidratação, desidratação e desidratação grave.

Quadro 19 - Classificação do estado de hidratação

Hidratação	Sinais	Tratamento
Sem desidratação	Não há sinais de desidratação	Plano A
Desidratação moderada	Presença de dois dos sinais: inquieta, irritada; olhos fundos; Bebe avidamente, com sede; Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior.	Plano B
Desidratação grave	Presença de dois dos sinais: letárgica ou inconsciente; olhos fundos; Não consegue beber ou bebe muito mal; Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior.	Plano C

Fonte: BRASIL, 2002b.

2.2 Tratamento da criança com diarreia aguda

Na abordagem ambulatorial da diarreia aguda, exames laboratoriais não são indicados, pois não são úteis nem para o diagnóstico, nem para o tratamento ou seguimento. Para cada classificação feita com relação ao estado de hidratação há uma abordagem específica: **Plano A, Plano B e Plano C.**

Plano A - criança com diarreia sem desidratação

O tratamento é realizado em casa. A família deve ser bem-esclarecida quanto à hidratação e alimentação. As regras do tratamento domiciliar são:

- Dar líquidos adicionais, inclusive o soro de reidratação oral (SRO), se a criança aceitar. A família deve ser orientada para oferecer líquidos adicionais e/ou SRO sempre que a criança evacuar, tomando-se por base: 50 a 100 ml por vez, para crianças até um ano, e 100 a 200 ml por vez, para as maiores de um ano.
- Prescrever e fornecer o SRO para criança com diarreia aguda já na primeira avaliação, o que reduz o número de consultas subsequentes. Em caso de indisponibilidade do SRO, prescrever e orientar o preparo do soro caseiro (Figura 30).
- Continuar o esquema alimentar habitual da criança, com pequenas correções, se necessário, para evitar a piora da diarreia.
- Orientar a família a reconhecer os sinais de desidratação (portanto, de piora).

- Recomendar que, persistindo o mesmo quadro, voltar em até dois dias, para reavaliação; em caso de aparecimento dos sinais de piora, o SRO deverá ser mantido e a criança deverá retornar imediatamente à Unidade Básica de Saúde (UBS).
- Agendar uma avaliação em um mês para orientação nutricional e hábitos de higiene.

PREPARO DO SORO DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)

A Caderneta de Saúde da Criança mostra como preparar o soro de sais de reidratação oral e o soro caseiro.

Mostre e discuta com a mãe ou cuidador esse preparo (Figura 28).

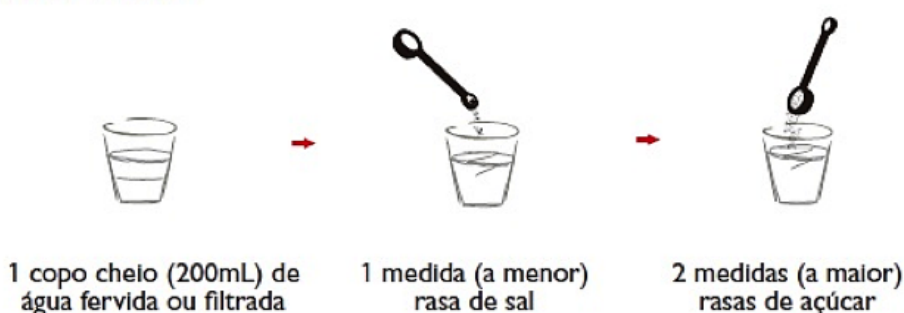
O SRO deve ser preparado na UBS, de preferência com a participação da família, que será orientada sobre como oferecê-lo. O conteúdo do envelope deve ser preparado conforme orientação no rótulo: diluído em água filtrada e mantido coberto e em local fresco.

Não adicionar qualquer ingrediente para tornar o sabor mais agradável.

Desprezar o restante do SRO depois de 24 horas do preparo (BRASIL, 2017a, 2017b).

Figura 30 – Como preparar o soro caseiro

1. Com a colher-medida



2. Com a mão



Mexer até dissolver

Plano B - Criança com diarreia e desidratação

Para a criança desidratada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na UBS, que dura, em média, quatro horas. Durante o período de reidratação, os lactentes devem continuar recebendo apenas leite materno. As crianças que se alimentam com leite de vaca e/ou papa ou comida da casa retornarão ao esquema alimentar habitual somente quando receberem alta, com as correções necessárias para que não haja piora da diarreia. Durante a reidratação, deverão ser mantidas em jejum.

O volume de soro a ser ingerido depende da aceitação da criança, mas, em regra, ela deverá receber de 50 a 100 ml/kg em quatro horas. Deve ser administrado da maneira mais cômoda e fácil para os familiares, em intervalos de 15 a 20 minutos, respeitando a capacidade gástrica, que é de 20 a 30 ml/kg/hora.

A observação (do estado geral, como está sugando, se há sinais de melhora no estado de hidratação) pela equipe de saúde deve ser frequente, de 30 em 30 minutos, e a criança pesada a cada 2 horas. Espera-se que os sinais de desidratação desapareçam nas quatro horas.

Se aparecerem vômitos, diminuir o volume e a frequência de oferta do soro. Os antieméticos não estão indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro.

Deve-se suspender a hidratação oral e iniciar o PLANO C na presença das seguintes condições:

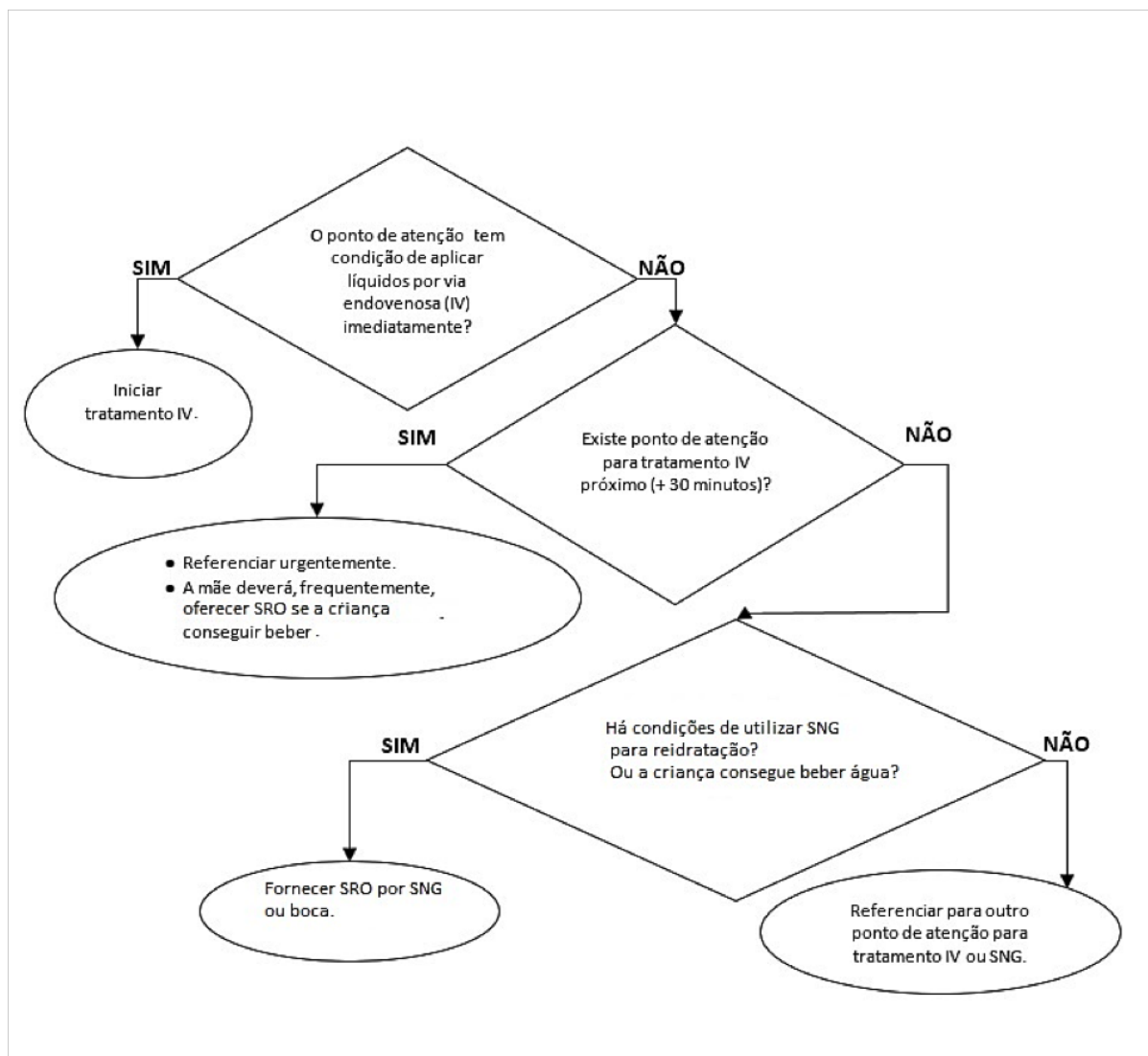
- Alteração do nível de consciência.
- Vômitos persistentes (mais de quatro por hora).
- Ausência de ganho ou perda de peso com duas horas de TRO.
- Suspeita de íleo parálítico (vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).

Uma vez hidratada, a criança deve ter alta para casa com as orientações do Plano A. A mãe deverá levar para casa envelopes do soro para oferecer-lhe sempre que a criança evacuar/vomitou ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação.

Plano C - Criança com diarreia e desidratação grave

A criança com desidratação grave deverá ser tratada em ambiente hospitalar, com hidratação venosa, mas, caso não seja possível transferi-la imediatamente, a equipe deverá proceder de acordo com o fluxograma da Figura 31 e definir a melhor conduta.

Figura 31 - Fluxograma do tratamento da criança com diarreia e desidratação grave - Plano C



Fonte: Adaptado de ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005.

IV: intravenoso ou endovenoso; SRO: solução de reidratação oral; SNG: sonda nasogástrica.

Os principais sinais de desidratação grave são:

- criança letárgica ou inconsciente;
- olhos fundos;
- não consegue beber ou bebe muito mal;
- sinal da prega – a pele volta muito lentamente ao estado anterior.

REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA

Na administração endovenosa, deverão ser dados 100 ml/kg de solução em partes iguais de soro glicosado a 5% (SG) e soro fisiológico (SF) para infusão em duas horas. Se, ao final de duas horas, ainda houver sinais de desidratação, administrar mais 25 a 50 ml/kg para as próximas duas horas.

Avaliar a criança de meia em meia hora. Se não houver melhora no estado de desidratação, aumentar a velocidade do gotejamento da IV.

Oferecer SRO (cerca de 5 ml/kg/hora) tão logo a criança consiga beber. Se estiver sendo amamentada, oferecer o leite materno.

Reavaliar o estado de hidratação da criança de 30 em 30 minutos. Após duas horas, rever as condições da criança e escolher o plano apropriado (A, B ou C) para continuar o tratamento.

REIDRATAÇÃO POR VIA NASOGÁSTRICA (GASTRÓCLISE)

Na impossibilidade de aplicar líquidos endovenosos no local ou próximo à UBS e, se já houve um treinamento para o uso de sonda nasogástrica (SNG), o SRO poderá ser administrado por essa via.

A infusão nasogástrica de solução de reidratação oral parece mais eficaz do que a administração intravenosa para crianças com desidratação leve a moderada devido à diarreia, desde que feita de forma tecnicamente correta. O líquido a ser administrado pela sonda nasogástrica será o SRO, na velocidade de 20 a 30 ml/kg/hora.

Reavaliar a criança a cada 30 minutos e tomar as seguintes decisões:

- Se houver vômitos repetidos ou distensão abdominal, dar o líquido mais lentamente.
- Se, depois de duas horas, a hidratação não estiver melhorando, encaminhar a criança para terapia endovenosa.
- Se, depois de 2 horas, a criança estiver hidratada, dar as orientações necessárias para a realização do plano A em casa para continuar o tratamento.

Nos casos graves, todos os esforços deverão ser feitos para a transferência da criança para uma unidade onde possa ser feita a hidratação venosa, caso não possa ser feita na UBS. Ao transferir uma criança para outra unidade para a reidratação venosa, fazer contato prévio para garantir o acesso e elaborar uma nota de transferência, indicando o que já foi feito. A criança deverá, obrigatoriamente, ser acompanhada por um membro da equipe de saúde. Deverá ser mantida a hidratação oral durante o percurso até a unidade, se a criança puder beber, assim como mantê-la aquecida durante o transporte.

A equipe que proceder ao atendimento para hidratação venosa deverá preencher o relatório de alta, entregar aos familiares e comunicar diretamente à unidade de origem. A equipe da UBS, tão logo seja informada da alta hospitalar, deve realizar visita domiciliar para a criança.

Prognóstico: como a diarreia aguda na criança é autolimitada, o prognóstico depende muito da presteza com que é feito o diagnóstico do estado de hidratação e, conseqüentemente, a reidratação.

2.3 A criança com diarreia persistente

A diarreia persistente é uma doença com componente nutricional muito importante, constituindo um fator de risco para a desnutrição. Ela se caracteriza pela manutenção da diarreia por 14 dias ou mais. A abordagem da criança com a diarreia persistente deve ser feita pelo pediatra e pela equipe de saúde de centro de referência para a atenção secundária. O acompanhamento deverá ser feito pelas duas equipes, a do centro e a da unidade básica.

2.4 A criança com disenteria

Uma vez classificado o estado de hidratação e instituída adequadamente a reidratação, a conduta para as crianças com diarreia com sangue é prescrever sulfametoxazol + trimetoprim (40 mg/kg/dia da sulfa), de 12 em 12 horas, durante cinco dias, se houver comprometimento do estado geral. Não são necessários exames laboratoriais, mas é adequado reavaliar a criança em dois dias e orientar a mãe a retornar imediatamente à unidade, caso haja piora do quadro.

Seção 3

Problemas respiratórios

A criança que é levada ao serviço de saúde com queixa de tosse e/ou dificuldade respiratória deve receber atenção cuidadosa, pois a possibilidade de diagnósticos é ampla, englobando uma variedade de patologias que vão desde o resfriado comum até situações de risco de vida, como pneumonia e crise asmática grave.

O profissional de saúde deve estar atento aos sinais e sintomas de alerta e tomar as decisões adequadas o mais rapidamente possível. É fato que a maioria das paradas cardiorrespiratórias na infância se iniciam com um quadro de insuficiência respiratória que, por esse motivo, deve ser prevenida com a abordagem adequada das afecções de vias aéreas. As afecções respiratórias incluem, principalmente, as infecções agudas de vias aéreas e a asma.

A infecção de vias aéreas pode acometer o trato respiratório superior (nariz, seios paranasais, ouvidos, faringe, amígdalas e laringe) e inferior (traqueia, brônquios, bronquíolos e alvéolos), isolada ou simultaneamente. Caracteriza-se por apresentar um ou mais dos seguintes sintomas e sinais: febre, coriza, obstrução nasal, tosse, dor de garganta, hiperemia de orofaringe, otalgia, dificuldade para respirar e chiado no peito. A asma, apesar de não ter origem infecciosa, é abordada em conjunto pela importância do diagnóstico diferencial.

As infecções agudas de vias aéreas apresentam elevada incidência e respondem por cerca de 30% a 60% de todas as consultas pediátricas ambulatoriais, o que significa enorme demanda para os serviços de saúde.

É importante lembrar que lactentes e crianças pequenas têm, em média, seis a oito resfriados por ano, mas 10-15% apresentam 12 episódios de Infecções das vias aéreas superiores (IVAS) por ano, sem significar comprometimento da resposta imunológica.

As **infecções das vias aéreas superiores (IVAS)** representam, na sua maioria, quadros clínicos benignos e autolimitados, de origem viral. Entretanto, apresentam risco de complicações por infecções bacterianas secundárias, principalmente em crianças menores de um ano, naquelas nascidas com baixo peso e em desnutridas, tornando-se, assim, potencialmente graves.

A **pneumonia** é causa importante de hospitalização e morte em crianças abaixo de cinco anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, ocorrem aproximadamente 2.000.000 de óbitos por pneumonia no mundo, a cada ano, em crianças abaixo de cinco anos. No Brasil, as doenças respiratórias são responsáveis por quase 20% da mortalidade em menores de cinco anos.

Outro problema significativo em relação às infecções respiratórias agudas (IRA) é o uso indiscriminado de antibióticos, incluindo a automedicação. Como a maioria dos casos tem etiologia viral, o abuso de antimicrobianos, além de inadequado, pode ser perigoso porque expõe a criança ao risco de diversos efeitos colaterais e favorece o aparecimento de microrganismos resistentes. Além disso, esses medicamentos representam enorme dispêndio de recursos, podendo diminuir a disponibilidade para os pacientes que realmente deles necessitam.

A **asma** é a doença crônica mais comum da infância, com prevalência estimada entre 10% a 20%, no Brasil. É causa de internações hospitalares, de faltas escolares, de distúrbios do sono e limitação para o exercício físico, podendo afetar o desenvolvimento físico e emocional da criança e interferir na sua relação familiar e social. Além disso, cerca de metade dos lactentes apresenta pelo menos um episódio de sibilância nos três primeiros anos de vida, mas nem todos têm asma.

3.1 O atendimento da criança

A assistência deve ser organizada a partir da definição das funções de cada profissional, trabalhando em equipe, de maneira organizada e sistematizada. Além disso, devem ser observados os sistemas de informação que servem como orientadores para as ações a serem instituídas e de avaliação dos seus resultados. Uma proposta de sistematização do atendimento à criança com tosse e/ou dificuldade respiratória foi elaborada com o objetivo de organizar e facilitar o trabalho na UBS.

No acolhimento deve-se:

- valorizar a queixa de tosse e/ou dificuldade respiratória;
- observar se existem sinais ou sintomas de alerta;
- identificar crianças em situação de risco;
- perguntar sobre febre e medir temperatura axilar. Se $> 37,8^{\circ}\text{C}$, medicar com antitérmico antes de encaminhar a criança para a consulta médica;
- perguntar sobre história pregressa de asma ou tosse e uso frequente de broncodilatadores;

- contar a frequência respiratória durante 1 minuto com a criança no colo da mãe, sem chorar e sem febre;
- valorizar a taquipneia e gemidos como indicadores de pneumonia.

Na consulta médica, deve-se:

- realizar a anamnese e o exame físico detalhadamente;
- definir o diagnóstico mais preciso, baseando-se nos fluxogramas específicos: IVAS, asma e pneumonia.

Após o diagnóstico, deve-se estar atento às seguintes questões:

- São necessários exames complementares?
- É necessária a internação?
- Se não, qual a prescrição para o domicílio?
- É necessário retorno? Quando?
- Quais as orientações importantes para a mãe?

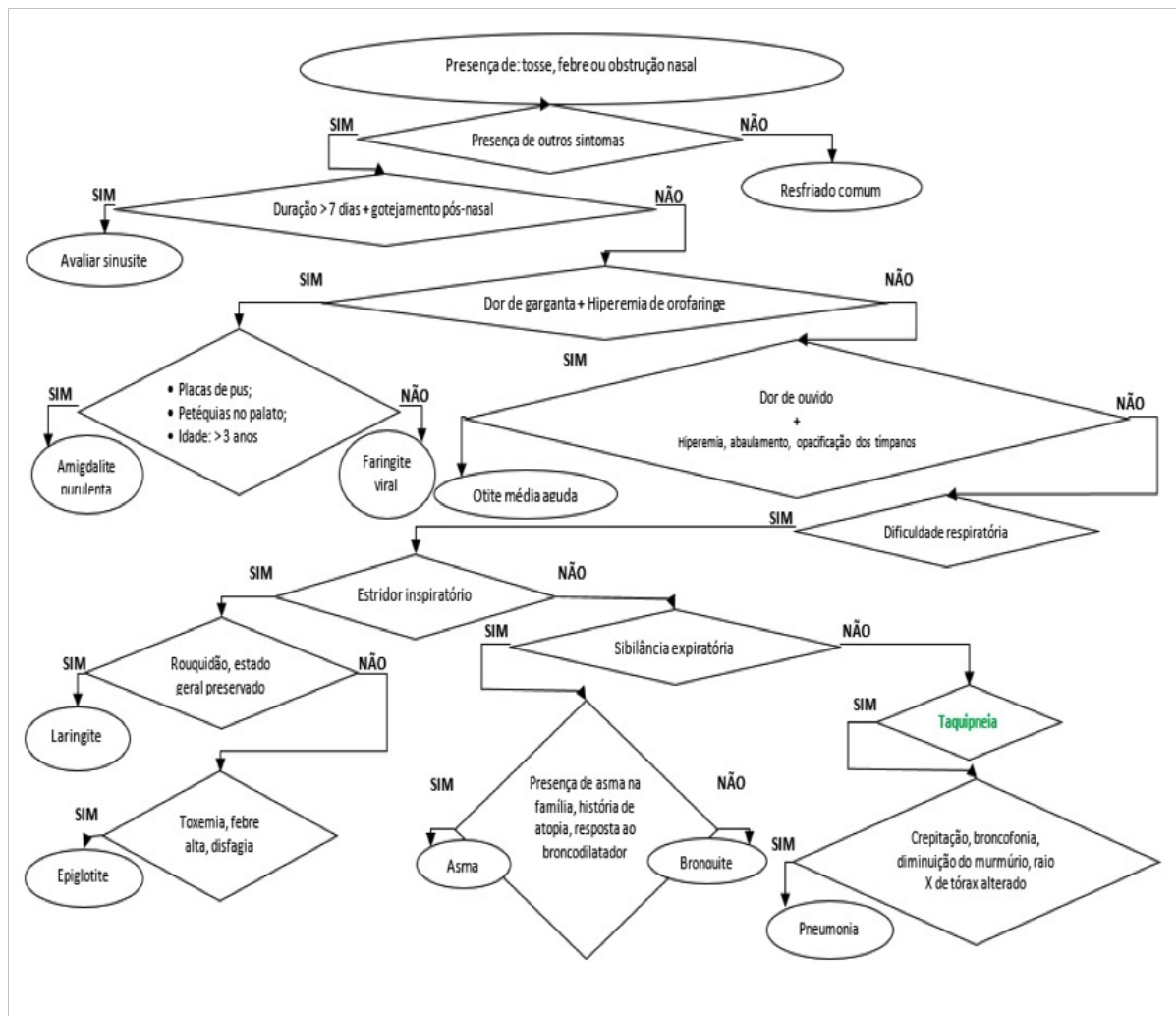
No seguimento:

- estabelecer retornos e visitas de acordo com gravidade;
- acompanhar os resultados do tratamento estabelecido.

3.2 A avaliação clínica e a abordagem terapêutica da criança com problema respiratório

A avaliação clínica da criança com tosse e/ou dificuldade respiratória deve ser cuidadosa e completa, iniciando-se pela avaliação do padrão respiratório, da frequência respiratória e do aspecto geral da criança, atentando para a presença de toxemia, palidez, cianose e desidratação. A Figura 32 apresenta uma orientação geral para o diagnóstico das afecções respiratórias mais comuns na infância. É uma apresentação sumária dos principais sinais e sintomas que orientam o diagnóstico diferencial.

Figura 32 - Fluxograma de avaliação da criança com tosse e/ou dificuldade de respirar



Fonte: Elaborada pelas autoras, 2018.

O Quadro 20 apresenta uma relação de sinais e sintomas de alerta que indicam situações de extrema gravidade clínica, independentemente do diagnóstico da criança. Diante desses sinais e sintomas, a equipe de saúde deve mobilizar-se para conduzir rapidamente o caso da melhor maneira possível, devido ao risco iminente de morte.

Quadro 20 - Sinais e sintomas de alerta na criança com dificuldade respiratória

- Hipotermia, especialmente em menores de 2 meses e desnutridos graves
- Palidez cutaneomucosa acentuada
- Edema generalizado
- Desidratação
- Impossibilidade de beber ou sugar
- Convulsão ou estado pós-convulsivo
- Agitação e/ou prostração acentuadas
- Estridor em repouso
- Crises de apneia
- Cianose
- Insuficiência respiratória
- Instabilidade hemodinâmica (taquicardia importante, pulsos finos, perfusão capilar lenta, hipotensão)

No Quadro 21, são apresentadas situações em que as crianças devem ser consideradas de risco, ou seja, poderão ter uma evolução desfavorável, mesmo quando a patologia for considerada benigna. Crianças nessas situações deverão ter sempre prioridade no atendimento e acompanhamento rigoroso.

Quadro 21 - Situações de risco em problemas respiratórios

- Desnutrição grave
- Desmame precoce
- Prematuridade e/ou baixo peso ao nascimento
- Mãe adolescente ou analfabeta
- História pregressa de internação
- Idade menor que 1 ano (o lactente é mais susceptível à falência respiratória e septicemia))

Seção 4

Outras situações especiais a serem avaliadas

A Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2017a, 2017b), além de abordar a rotina da atenção básica à criança – organização da atenção, acompanhamento do crescimento, acompanhamento do desenvolvimento, aleitamento materno e orientação alimentar para crianças, e vacinações –, destaca algumas situações especiais a serem avaliadas: acidentes e violências, hipertensão arterial, saúde ocular e auditiva, Síndrome de Down e Autismo.

4.1 Acidentes e violências

O tópico “Cuidando da segurança da criança: prevenindo acidentes e violência”, da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL 2017a, 2017b), apresenta os cuidados preventivos relativos aos acidentes, por faixa etária.

Apresenta, ainda, as consequências dos maus tratos domésticos, exteriorizados em sinais físicos e alterações comportamentais.

4.2 Hipertensão arterial

Na Caderneta, uma tabela de registro da aferição da pressão arterial acompanha o texto Vigiando a pressão arterial (PA).

4.3 Saúde bucal

A Caderneta de Saúde da Criança apresenta espaço para “registros dos procedimentos da saúde bucal”, com cronogramas para erupção de dente decíduo (dente de leite) e esfoliação de dente decíduo e erupção de dente permanente. Apresenta, ainda, odontograma, para registro de dente cariado, dente restaurado, extração, indicação de pulpotomia/endodontia e primeiro molar erupcionado.

4.4 Saúde ocular e auditiva

Em “Saúde ocular e auditiva” é preconizada a realização do teste de acuidade visual (TAV) aos quatro e aos sete anos, ou quando houver queixa. Um quadro de registro dos resultados do TAV é apresentado. O exame audiológico é indicado no período neonatal (“teste da orelhinha”), com registro dos resultados na Caderneta de Saúde da Criança.

ASPECTOS PARTICULARES DA SAÚDE VISUAL DO RECÉM-NASCIDO E DA CRIANÇA

Nessa unidade do curso Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde (MOLINARI; BOTEON, 2016), são apresentados alguns aspectos importantes do diagnóstico e tratamento oftalmológico da criança. Em “Avaliação da acuidade visual”, são apresentadas escalas de Snellen, adaptadas para fácil impressão e realização em espaços curtos (dois metros).

4.5 Síndrome de Down e autismo

Um Guia Básico para Acompanhamento de Crianças com Síndrome de Down é apresentado na Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Relaciona as intervenções /avaliação que devem ser feitas a cada período etário.

Em relação ao autismo, o enfoque da CSC é para o diagnóstico precoce (sinais de autismo), fundamental para imediata intervenção.