

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AIDPI
Atenção Integrada às Doenças
Prevalentes na Infância

Curso de Capacitação

Identificar o Tratamento

Módulo 3

2.^a edição revista

Série F. Comunicação e Educação em Saúde



Brasília – DF
2002

© 1999. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 2.^a edição revista – 2002 – 2.000 exemplares

Management of Childhood Illness foi preparado pela Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil (CHD), da Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), através de um contrato com a ACT Internacional, Atlanta, Geórgia, USA.

A versão em português, que corresponde ao Curso de Capacitação sobre Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, foi preparada pela Unidade de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, Programa de Doenças Transmissíveis, Divisão de Prevenção e Controle de Doenças (HCP/HCT/AIDPC), da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em Coordenação com UNICEF-TACRO, Washington, DC, USA, agosto 1996, sendo feita adaptação às normas nacionais e autorizada a publicação pela OPAS/OMS no Brasil.

Edição, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Área da Saúde da Criança

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 6.º andar, sala 636

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 3429/315 2866/315 2407/224 4561

Fax: (61) 315 2038/322 3912

Este material foi adaptado com a valiosa colaboração dos consultores e das instituições aos quais o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS agradecem o empenho e dedicação.

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: identificar o tratamento: módulo 3: Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

52 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0607-X

1. Saúde Infantil. 2. Capacitação em serviço. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Organização Mundial da Saúde. III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WA 320

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br



SUMÁRIO

Introdução	5
1 Determinar se é necessário referir urgentemente ao hospital	7
Exercício A	12
2 Identificar os tratamentos para os doentes que não precisam ser referidos com urgência ao hospital	14
Exercício B	21
Quando retornar imediatamente	28
Exercício C	30
3 Identificar o tratamento urgente antes de referir ao hospital	32
Exercício D	34
4 Dar tratamento prévio à referência ao hospital	41
5 Como referir a criança ao hospital	42
Exercício E	44
Exercício F	48
Equipe técnica	51



INTRODUÇÃO

No módulo anterior você aprendeu a avaliar uma criança doente de 2 meses a 5 anos de idade e a classificá-la. O passo seguinte consiste em identificar os tratamentos necessários. Em alguns casos a criança muito doente precisa ser referida a um hospital para receber o tratamento recomendado. Nesses casos, você deverá administrar o tratamento de urgência antes da criança ser referida.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Este módulo descreverá e permitirá que você pratique as seguintes técnicas:

- determinar se é necessário referir urgentemente ao hospital;
- determinar os tratamentos necessários;
- para pacientes que precisam ser referidos urgentemente:
 - identificar os tratamentos prévios urgentes;
 - explicar à mãe sobre a necessidade de referir ao hospital;
 - fazer o encaminhamento para a referência.

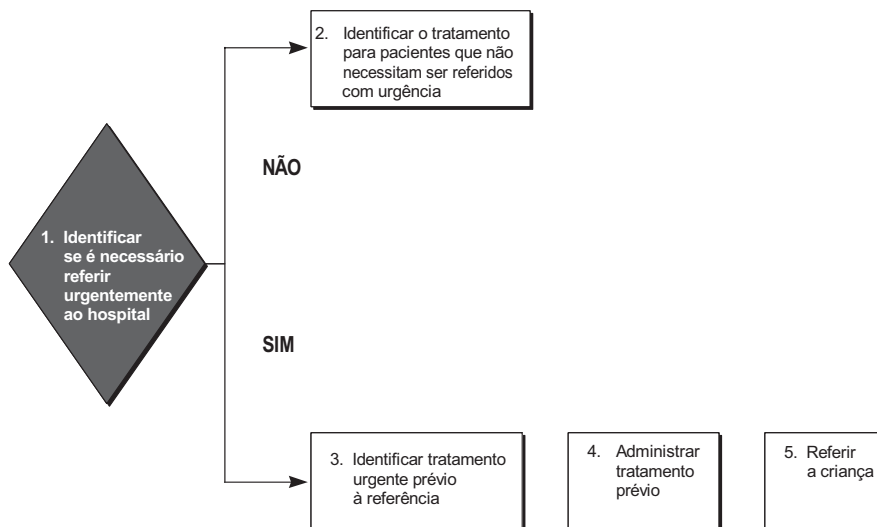
Este módulo está dedicado a *identificar que tratamentos são necessários*. O módulo seguinte, *TRATAR A CRIANÇA*, lhe ensinará como administrar os tratamentos.

O gráfico na próxima página mostra os passos envolvidos na identificação do tratamento. Cada passo corresponde a uma seção do módulo. Na maioria das vezes, a criança não necessita ser referida com urgência ao hospital; o passo 2 aborda esses casos. Porém para a criança que necessita ser referida com urgência, você passará diretamente ao passo 3.

Neste módulo você usará a coluna “Identificar o Tratamento” do quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR* para ver os tratamentos enumerados. Em alguns casos os tratamentos serão os mesmos. Por exemplo, a pneumonia e a infecção de ouvido requerem um antibiótico. Você deve verificar quais os tratamentos que são os mesmos e podem ser administrados para ambos os problemas e quais são diferentes.

Caso não haja hospital na região, provavelmente você tomará decisões distintas das descritas neste módulo. Você só poderá referir a criança a outro lugar se ela realmente precisar receber melhor atenção. Em alguns casos é preferível dar a melhor atenção possível ao invés de referi-la a uma longa viagem ao hospital, que muitas vezes não pode dispensar o tratamento requerido ou não tenha os especialistas necessários para atendê-la.

Caso não seja possível referi-la a um hospital, ou se os pais se negam a levá-la, o profissional de saúde deverá ajudar a família a prestar-lhe assistência. A criança necessita ser vista várias vezes pelo profissional de saúde que, caso a criança não possa ir ao serviço de saúde, deverá receber visita domiciliar por um membro da equipe de saúde. Este acompanhará a evolução da criança e ensinará o tratamento recomendado. No módulo *TRATAR A CRIANÇA*, há um anexo no qual se explica o que deve ser feito quando não for possível referir a criança ao hospital. Quando uma criança tem mais de uma classificação, você deve olhar em mais de um lugar no quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR* para ver o tratamento que figura na lista. Alguns tratamentos serão os mesmos. Por exemplo, para a pneumonia e para a infecção de ouvido se requer um antibiótico. Você deve verificar que tratamentos são os mesmos e podem ser administrados para ambos os problemas e quais são diferentes.



Para algumas crianças, o quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR* diz “Referir URGENTEMENTE ao hospital”. Por hospital, queremos dizer um serviço de saúde com leitos para os pacientes hospitalizados, insumos e especialistas para tratar as crianças muito doentes. Se você trabalha num serviço de saúde com leitos para pacientes hospitalizados, a referência ao hospital significaria hospitalizar a criança no mesmo serviço.

Se a criança deve ser referida com urgência, você deve decidir quais tratamentos administrar antes de referi-la ao hospital. Alguns tratamentos (como o uso de mechas para secar o ouvido) não são necessários antes da referência ao hospital. Este módulo lhe ajudará a reconhecer os tratamentos urgentes prévios à referência ao hospital.

1 DETERMINAR SE É NECESSÁRIO REFERIR URGENTEMENTE AO HOSPITAL

REFERIR AO HOSPITAL POR CLASSIFICAÇÃO GRAVE

Olhe as classificações graves no quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR*, que tenham a cor vermelha e compreendem:

- PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE;
- DESIDRATAÇÃO GRAVE;
- DIARRÉIA PERSISTENTE GRAVE;
- MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE;
- DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE;
- MASTOIDITE;
- DESNUTRIÇÃO GRAVE;
- ANEMIA GRAVE.

Preste atenção na indicação *referir URGENTEMENTE Ao hospital* nas listas de tratamentos para essas classificações. Essa indicação significa que a criança deve ser referida ao hospital imediatamente depois que lhe for administrado qualquer tratamento necessário. Não lhe dê nenhum tratamento que possa retardar desnecessariamente a referência ao hospital.

Exceção: para a *DIARRÉIA PERSISTENTE GRAVE* se indica simplesmente *referir ao hospital*. Isso quer dizer, que é necessário referi-la, porém não com tanta urgência. Há tempo para identificar os tratamentos descritos na seção 2 deste módulo e administrar todos os tratamentos necessários antes de referi-la ao hospital.

Há mais uma possível exceção: você poderá reter e tratar uma criança cuja *única* classificação grave seja *DESIDRATAÇÃO GRAVE*, caso seu serviço de saúde tenha a capacidade para tratá-la. Esta criança pode apresentar um sinal geral de perigo relacionado com a desidratação. Por exemplo, pode estar letárgica, inconsciente ou não ser capaz de beber por estar gravemente desidratada.

A CRIANÇA COM DIARRÉIA ACOMPANHADA DE DESIDRATAÇÃO GRAVE

Leia a seção sobre *DESIDRATAÇÃO GRAVE* do quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR*:

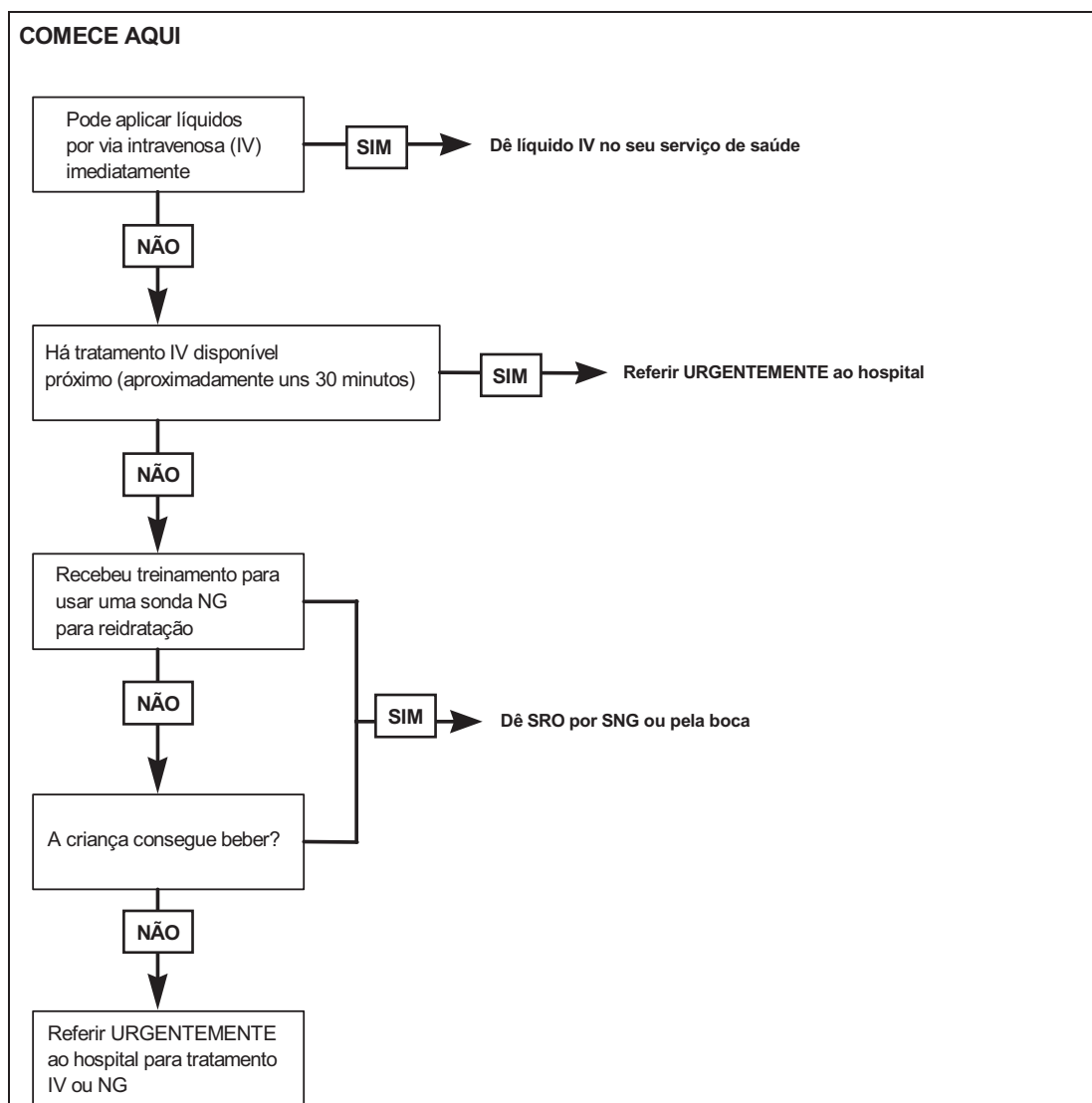
<p>Dois dos sinais que se seguem:</p> <ul style="list-style-type: none">• letárgica ou inconsciente;• olhos fundos;• não consegue beber ou bebe muito mal;• sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior.	<p style="text-align: center;">DESIDRATAÇÃO GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Se a criança não se enquadrar em nenhuma outra classificação grave: - iniciar terapia endovenosa (Plano C) OU➤ Se a criança também se enquadrar em outra classificação grave: - referir URGENTEMENTE ao hospital, com a mãe administrando-lhe goles freqüentes de SRO durante o trajeto; - recomendar à mãe a continuação da amamentação ao peito.➤ Se a criança tiver 2 ou mais anos de idade, e se houver cólera na sua região, administrar antibiótico contra cólera.
--	--	---

Quando a única classificação grave da criança é *DESIDRATAÇÃO GRAVE*, você recorrerá ao Plano C para decidir se deve referi-la ao hospital ou não. O Plano C aparece no quadro *TRATAR*. Ele ajuda a decidir se o seu serviço de saúde pode tratar a criança gravemente desidratada. O lado esquerdo do Plano C onde figuram as decisões que devem ser tomadas foi reproduzido na página seguinte. O lado direito do quadro foi simplificado. Você aprenderá a administrar os tratamentos com líquidos no módulo *TRATAR A CRIANÇA*.

Caso a criança com diarreia tenha outra classificação mais grave além da *DESIDRATAÇÃO GRAVE*, você deverá referi-la ao hospital. É necessário ter pessoal especializado para reidratar a criança, pelos cuidados que este procedimento exige.

SEU FACILITADOR LHE EXPLICARÁ O QUADRO SEGUINTE.

DECISÕES ENVOLVIDAS NO PLANO C: TRATAR RAPIDAMENTE A DESIDRATAÇÃO GRAVE



Você aprenderá o Plano C no módulo seguinte. O Plano C inclui voltar a avaliar a desidratação depois do tratamento com líquidos. Caso você possa reidratar devidamente a criança, não será necessário referi-la ao hospital.

REFERIR AO HOSPITAL POR SINAIS GERAIS DE PERIGO

Em sua maioria, as crianças que apresentam um sinal geral de perigo também têm uma classificação grave. Você irá referi-las ao hospital pela classificação grave (ou possivelmente as tratará caso só tenham *DESIDRATAÇÃO GRAVE*).

Nos casos excepcionais, as crianças podem apresentar sinais gerais de perigo sem uma classificação grave. Essas crianças deverão ser referidas ao hospital com urgência. Na parte inferior do quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR*, há uma seção no quadro para lembrá-lo:

ASSEGURE-SE DE QUE A CRIANÇA COM QUALQUER SINAL GERAL DE PERIGO SEJA REFERIDA A UM HOSPITAL depois da primeira dose de um antibiótico apropriado ou outros tratamentos urgentes.

Exceção: a reidratação da criança de acordo com o Plano C pode resolver os sinais de perigo e evitar referi-la.

REFERÊNCIA POR OUTROS PROBLEMAS GRAVES

No quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR* não figuram todos os problemas que as crianças podem ter. Você deve se perguntar:

A criança tem algum outro problema grave que não pode ser tratado no serviço de saúde?

Por exemplo, a criança pode ter um problema grave que não apareça no quadro, como grave dor abdominal. Caso você não possa tratar um problema grave, terá que referir a criança ao hospital.

Lembre-se: a maioria das crianças não têm nenhum dos sinais gerais de perigo, nem outros problemas graves. **Caso a criança não apresente nenhum desses, não precisa ser referida urgentemente ao hospital.** Você identificará os tratamentos necessários como se descreve na seção 2 deste módulo.

EXEMPLO 1

Socorro é uma menina de 2 anos. Não apresenta os sinais gerais de perigo. É área de risco de malária e Socorro tem uma temperatura de 38°C, de modo que se classificou como PROVÁVEL MALÁRIA. Socorro também tem dor de ouvido, e o profissional de saúde pode ver secreção purulenta no ouvido. A mãe disse que não havia percebido o pus até hoje. Portanto, Socorro também se classifica como INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO.

Socorro se classifica como PESO NÃO É BAIXO. Não tem outras classificações. Socorro não precisa ser referida a um hospital uma vez que não apresenta sinais gerais de perigo e nem classificações graves.

EXEMPLO 2

Victor é um menino de 4 meses. Não apresenta sinais gerais de perigo, porém está tossindo e tem tiragem subcostal. É classificado com PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE. Tem também febre. Victor precisa realmente ser referido com urgência a um hospital por sua classificação grave.

EXEMPLO 3

Magnólia é uma menina de 7 meses. Apresenta um sinal geral de perigo: está letárgica. Tem diarreia com DESIDRATAÇÃO GRAVE, porém nenhuma outra classificação grave, de modo que o profissional de saúde recorrerá ao Plano C. Como o profissional de saúde pode administrar terapia IV, tratará Magnólia no serviço de saúde. Caso Magnólia se reidrate devidamente e se recupere da letargia, não precisará ser referida a um hospital.

EXEMPLO 4

Catarina é uma menina de 3 anos. Está inconsciente. Não tem nenhum dos sintomas principais enumerados no quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR*. Catarina precisa ser referida ao hospital por seu sinal geral de perigo.

EXERCÍCIO A

Neste exercício você decidirá se precisa referir a criança urgente ao hospital. Indique no espaço em branco a resposta correta.

1. Sandra tem 11 meses. Não apresenta sinais gerais de perigo. Tem as seguintes classificações:

PNEUMONIA
INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO
PESO NÃO É BAIXO
NENHUMA OUTRA CLASSIFICAÇÃO

Sandra precisa ser referida com urgência a um hospital? _____ SIM _____ NÃO

2. Nora é uma menina de 6 meses. Não apresenta sinais gerais de perigo. Tem as seguintes classificações:

NÃO É PNEUMONIA
DIARRÉIA SEM DESIDRATAÇÃO
DIARRÉIA PERSISTENTE
PESO NÃO É BAIXO
NENHUMA OUTRA CLASSIFICAÇÃO

Nora precisa ser referida com urgência a um hospital? _____ SIM _____ NÃO

3. David tem 7 meses. Não apresenta sinais gerais de perigo. Tem as seguintes classificações:

MASTOIDITE
DOENÇA FEBRIL
PESO NÃO É BAIXO
NENHUMA OUTRA CLASSIFICAÇÃO

David precisa ser referido com urgência a um hospital? _____ SIM _____ NÃO

4. Marcelo é um menino de 2 anos. Teve uma convulsão esta manhã e não está comendo bem. Tem as seguintes classificações:

PESO NÃO É BAIXO
NENHUMA OUTRA CLASSIFICAÇÃO

Marcelo precisa ser referido com urgência a um hospital? _____ SIM _____ NÃO

5. Nestor é um menino de 9 meses. Está letárgico. Tem:

Diarréia com DESIDRATAÇÃO GRAVE
PESO NÃO É BAIXO
NENHUMA OUTRA CLASSIFICAÇÃO

O serviço de saúde pode administrar terapia IV. Nestor precisa ser referido com urgência a um hospital?
____ SIM ____ NÃO

6. Emílio é um menino de 15 meses. Ele não pode beber. Tem:

Diarréia com DESIDRATAÇÃO GRAVE
PESO NÃO É BAIXO
NENHUMA OUTRA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇA

O serviço de saúde não pode administrar terapia IV nem terapia NG. Emílio precisa ser referido com urgência a um hospital? ____ SIM ____ NÃO

7. Judite tem 2 anos. A menina não apresenta sinais gerais de perigo. Tem:

Diarréia com DESIDRATAÇÃO GRAVE
ANEMIA GRAVE
NENHUMA OUTRA CLASSIFICAÇÃO

Judite precisa ser referida com urgência ao hospital? ____ SIM ____ NÃO

*QUANDO TIVER TERMINADO ESTE EXERCÍCIO, DISCUTA
SUAS RESPOSTAS COM UM FACILITADOR.*

2 IDENTIFICAR OS TRATAMENTOS PARA OS DOENTES QUE NÃO PRECISAM SER REFERIDOS COM URGÊNCIA AO HOSPITAL

Nesta seção seu facilitador apresentará os exemplos e lhe mostrará como usar o verso do Formulário de Registro:

- Dobrar a coluna *CLASSIFICAR* do Formulário de Registro de modo que possa vê-la enquanto olha no verso do formulário.
- Olhar o quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR* para encontrar os tratamentos que são necessários para cada uma das classificações da criança.
- Fazer uma lista com tratamentos necessários no verso do Formulário de Registro.



Para cada classificação listada na frente do Formulário de Registro, você escreverá os tratamentos necessários no verso do Formulário. Os tratamentos que podem ser necessários estão na coluna *IDENTIFICAR O TRATAMENTO* do quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR*. Você listará somente os tratamentos que se aplicam especificamente à criança que está sendo atendida.

Certifique-se de incluir itens que começam com as palavras “Consulta de Retorno”. Isso significa dizer à mãe para retornar em um determinado prazo, ou seja, dentro de um certo número de dias. A consulta de retorno é muito importante para verificar se o tratamento está causando efeito, e para dar outro tratamento se necessário. Você pode abreviar consulta de retorno como “C/R”.

Se diferentes datas estão especificadas para retorno, você marcará para a data definida mais próxima. (Uma data definida é aquela que não vem acompanhada da palavra “se”). Por exemplo:

“Consulta de retorno em 2 dias” dá uma data definida para retorno.

“Consulta de retorno em 2 dias se a febre persistir” não está definida. A criança somente precisa retornar se a febre persistir.

Anote a data mais próxima definida para retorno no espaço apropriado no verso do Formulário de Registro. Essa é a consulta de retorno que você deve informar à mãe (também informe qualquer retorno necessário se a condição, como febre, por exemplo, persistir). Posteriormente, quando a mãe retornar para a consulta, você pode informar-lhe qualquer outro atendimento adicional necessário.

Também certifique-se de listar indicações para avaliação futura que não sejam urgentes. Por exemplo, para a tosse que dura mais de 30 dias, ou a febre que dura sete dias ou mais, você anotará “Referir para avaliação.” Embora a mãe deva levar a criança para avaliação prontamente, este referimento não é urgentíssimo. Qualquer outro tratamento necessário pode ser administrado antes da referência.


Observe que o Formulário de Registro já lista o item, *Recomende à mãe quando retornar imediatamente*, para mais cuidados à criança. Você aprenderá estes sinais posteriormente neste módulo.

Nota: você aprenderá a completar a seção de alimentação do Formulário de Registro de Crianças Doentes no módulo *ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE*. Quando a avaliação da alimentação for necessária, pode ser feita em qualquer tempo conveniente durante a visita, após os cuidados imediatos que a criança precise.

Na lista de tratamentos figuram alguns que servem para mais de um problema. Se for necessário um antibiótico para mais de um problema, deverá anotá-lo todas as vezes, por exemplo:

- antibiótico para pneumonia;
- antibiótico para *Shigella*.

Quando o mesmo antibiótico é apropriado para dois problemas diferentes, pode-se administrar apenas esse antibiótico, porém dois problemas diferentes podem requerer antibióticos diferentes. Você aprenderá a selecionar os antibióticos no módulo *TRATAR A CRIANÇA*.



A maior parte das instruções que aparecem na coluna “Identificar o Tratamento” do quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR* são entendidas facilmente. Porém há algumas situações que requerem uma explicação especial.

ANEMIA: uma criança com palidez palmar deverá começar o tratamento com ferro para a anemia. Porém, se existir risco de malária, a criança com palidez deverá ser investigada para malária, ainda que não tenha febre. Caso a criança tenha 1 ano de idade ou mais e não tenha recebido ainda uma dose de mebendazol nos últimos 6 meses, também deverá receber uma dose de mebendazol contra possível ancilóstomos ou tricocéfalos.

*SEU FACILITADOR LHE MOSTRARÁ COMO TRABALHAR COM O
FORMULÁRIO DE REGISTRO NA IDENTIFICAÇÃO DO TRATAMENTO NOS
DOIS CASOS RELATADOS A SEGUIR: ALDO E MABEL.*

ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

Nome: Aldo Idade: 2 1/2 anos Peso: 10 kg Temperatura: 37 °C Data: _____
 PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? Diarréia, secreção purulenta no ouvido Primeira consulta? Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

<p>VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO</p> <p>NÃO CONSEGUE BEBER OU MAMAR AO PEITO LETÁRGICA OU INCONSCIENTE VOMITA TUDO CONVULSÕES</p>	<p>Há sinal geral de perigo? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao selecionar as classificações</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? _____ dias A criança apresenta sibilância ocasional ou freqüente?</p> <ul style="list-style-type: none"> Contar as respirações em um minuto. _____ respirações por minuto. Respiração rápida? Observar se há tiragem subcostal. Verificar se há estridor ou sibilância. 	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Há quanto tempo? <u>4</u> dias Há sangue nas fezes?</p> <ul style="list-style-type: none"> Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: <u>Letárgica ou inconsciente?</u> <u>Inquieta ou irritada?</u> Observar se os olhos <u>estão fundos</u> Oferecer líquidos à criança. A criança: <u>Não consegue beber ou não bebe bem?</u> <u>Bebe avidamente, com sede?</u> Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior: <u>Muito lentamente</u> (mais de dois segundos)? <u>Lentamente?</u> 	Desidratação
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque/temperatura de 37,5°C ou mais) Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Determinar se o risco de malária é: Alto/Baixo/Sem risco</p> <p>Há quanto tempo? ___ dias Se há mais de sete dias, houve febre todos os dias?</p> <p>Observar e palpar se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rigidez de nuca. Petéquias. Abaulamento de fontanela. Coriza. 	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p><u>Está com dor de ouvido?</u> <u>Há secreção no ouvido?</u></p> <p>Se houver, há quanto tempo? <u>15</u> dias</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar se <u>há secreção purulenta no ouvido.</u> Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido. 	Infecção Crônica do Ouvido
<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar se há emagrecimento acentuado. Verificar se há edema em ambos os pés. Observar se há palidez palmar. É ela: Leve/Grave Determinar o peso para a idade: Muito Baixo/Baixo <u>Não é Baixo</u> Avaliar se há ganho insuficiente de peso. 	Peso não é baixo
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.</p> <p style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> BCG-ID VcHB-2 DTP-1 VOP-2 VcHib-2 DTP-3 VcHib-3 VAS ou VcSRC DTP-4 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1 VOP-1 VcHib-1 DTP-2 VOP-3 VcHB-3 VFA-1 VOP-4 </p>	Retornar para a próxima vacinação: <u>4 anos</u> (Data)
<p>AVALIAR O ESTADO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se estiver anêmica, com peso muito baixo, peso baixo, ganho insuficiente ou se tiver menos de 2 anos de idade)</p> <p>Você alimenta sua criança ao peito? Sim ___ Não ___ Se amamenta, quantas vezes no período de 24 horas? ___ vezes. Amamenta à noite? Sim ___ Não ___ A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos? Sim ___ Não ___ Se a resposta for sim, que alimento ou líquidos? _____ _____</p> <p>Quantas vezes ao dia? ___ vezes. Usa o quê para alimentar a criança? _____ • Se o peso for baixo para a idade: Qual o tamanho das porções? _____ A criança recebe sua própria porção? _____ Quem alimenta a criança e como? _____ • Durante esta doença houve mudanças na alimentação da criança? Sim ___ Não ___ Se houve como? _____</p>	Problemas de Alimentação:

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:



TRATAR

Lembrar de referir qualquer criança que apresente pelo menos um sinal de perigo sem estar em outra classificação:

Líquidos e alimentos (Plano B)

Controle em: 5 dias se não melhorar

Secar ouvido com mechas

Controle em: 5 dias

- Regressar para reavaliação e acompanhamento em: 5 dias
- Instruir a mãe sobre quando retornar imediatamente: _____
- Administrar todas as vacinas previstas para hoje, segundo o “Cronograma de Vacinação”: _____
- Recomendações sobre a alimentação: _____

ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

Nome: Mabel Idade: 18 meses Peso: 11 kg Temperatura: 39 °C Data: _____
 PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? Tosse, febre Primeira consulta? Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

<p>VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO</p> <p>NÃO CONSEGUE BEBER OU MAMAR AO PEITO LETÁRGICA OU INCONSCIENTE VOMITA TUDO CONVULSÕES</p>	<p>Há sinal geral de perigo? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao selecionar as classificações</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Há quanto tempo? <u>4</u> dias A criança apresenta sibilância ocasional ou frequente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar as respirações em um minuto. • <u>46</u> respirações por minuto. <u>Respiração rápida?</u> • Observar se há tiragem subcostal. • Verificar se há estridor ou sibilância. 	<p>Pneumonia</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? _____ dias Há sangue nas fezes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: Letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada? • Observar se os olhos estão fundos. • Oferecer líquidos à criança. A criança: Não consegue beber ou não bebe bem? Bebe avidamente, com sede? • Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior: Muito lentamente (mais de dois segundos)? Lentamente? 	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque, <u>temperatura de 37,5°C ou mais</u>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Determinar se o risco de malária é: <u>Alto</u>/Baixo/Sem risco</p> <p>Há quanto tempo? <u>2</u> dias Se há mais de sete dias, houve febre todos os dias?</p> <p>Observar e palpar se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca. • Petéquias. • Abaulamento de fontanela. • Coriza. 	<p>Malária</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Está com dor de ouvido? Há secreção no ouvido? Se houver, há quanto tempo? _____ dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há secreção purulenta no ouvido. • Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido. 	
<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há emagrecimento acentuado. • Verificar se há edema em ambos os pés. • Observar se há palidez palmar. É ela: Leve/Grave • Determinar o peso para a idade: Muito Baixo/Baixo, <u>Não é Baixo</u> • Avaliar se há ganho insuficiente de peso. 	<p>Peso não é baixo</p>
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.</p> <p style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> BCG-ID <input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2 <input checked="" type="checkbox"/> DTP-1 <input checked="" type="checkbox"/> VOP-2 <input checked="" type="checkbox"/> VcHib-2 <input checked="" type="checkbox"/> DTP-3 <input checked="" type="checkbox"/> VcHib-3 <input checked="" type="checkbox"/> VAS ou VcSRC <input checked="" type="checkbox"/> DTP-4 </p> <p style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1 <input checked="" type="checkbox"/> VOP-1 <input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1 <input checked="" type="checkbox"/> DTP-2 <input checked="" type="checkbox"/> VOP-3 <input checked="" type="checkbox"/> VcHB-3 <input checked="" type="checkbox"/> VcFA-1 <input checked="" type="checkbox"/> VPO-4 </p>	<p>Retornar para a próxima vacinação:</p> <p style="text-align: center;"><u>6 anos</u> (Data)</p>
<p>AVALIAR O ESTADO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se estiver anêmica, com peso muito baixo, peso baixo, ganho insuficiente ou se tiver menos de 2 anos de idade)</p> <p>Você alimenta sua criança ao peito? Sim ___ Não ___ Se amamenta, quantas vezes no período de 24 horas? ___ vezes. Amamenta à noite? Sim ___ Não ___ A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos? Sim ___ Não ___ Se a resposta for sim, que alimento ou líquidos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Quantas vezes ao dia? ___ vezes. Usa o quê para alimentar a criança? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o peso for baixo para a idade: Qual o tamanho das porções? _____ <p>A criança recebe sua própria porção? _____ Quem alimenta a criança e como? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta doença houve mudanças na alimentação da criança? Sim ___ Não ___ Se houve como? _____ 	<p>Problemas de Alimentação:</p>

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:



TRATAR

Lembrar de referir qualquer criança que apresente pelo menos um sinal de perigo sem estar em outra classificação:

Antibiótico p/pneumonia, 7 dias

Aliviar a tosse e a dor de garganta com medidas caseiras

Controle em: 2 dias

Realizar a gota espessa e, se o resultado for positivo, tratar com o antimalárico oral recomendado

Uma dose de Paracetamol no serviço de saúde

Controle em: 3 dias se a febre persistir

Avaliação da alimentação (recomendações à mãe sobre alimentação)

Se tem problemas de alimentação, retorno em 5 dias

- Regressar para reavaliação e acompanhamento em: 2 dias
- Instruir a mãe sobre quando retornar imediatamente: _____
- Administrar todas as vacinas previstas para hoje, segundo o "Cronograma de Vacinação": DTP-4 e VPO-4
- Recomendações sobre a alimentação: _____



PARA ÁREA COM RISCO DE MALÁRIA:

2. Guilherme tem 2 anos. Não apresenta sinais gerais de perigo. Tem:

DIARRÉIA com DESIDRATAÇÃO

DISENTERIA (com comprometimento do estado geral)

MALÁRIA POUCO PROVÁVEL (área com baixo risco de malária, 38°C de febre no serviço de saúde, febre persiste há dois dias)

PESO NÃO É BAIXO

NENHUMA OUTRA CLASSIFICAÇÃO

Guilherme completou a série de vacinas.

- a. Que tratamentos são necessários para a DESIDRATAÇÃO?

 - b. Que tratamentos são necessários para a DISENTERIA?

 - c. Que tratamentos são necessários para a MALÁRIA POUCO PROVÁVEL?

 - d. Olhe a coluna “Identificar o Tratamento” para PESO NÃO É BAIXO. Guilherme precisa que sua alimentação seja avaliada?

 - e. Qual é a data mais próxima que pode ser fixada para a consulta de retorno de Guilherme?
3. e 4. A seguir apresentam-se os Formulário de Registro de Jaime e Analisa. Estude o caso de cada formulário, em seguida dobre sobre o verso as classificações e liste os tratamentos necessários.
Nota: Analisa nunca recebeu uma dose de mebendazol. Há ancilóstomos na região.

ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

Nome: Jaime Idade: 3 Peso: 15 kg Temperatura: 39 °C Data: _____

PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? Dor de ouvido Primeira consulta? Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

<p>VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO</p> <p>NÃO CONSEGUE BEBER OU MAMAR AO PEITO LETÁRGICA OU INCONSCIENTE VOMITA TUDO CONVULSÕES</p>	<p>Há sinal geral de perigo? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao selecionar as classificações</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Há quanto tempo? <u>4</u> dias A criança apresenta sibilância ocasional ou freqüente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar as respirações em um minuto. • <u>44</u> respirações por minuto. <u>Respiração rápida?</u> • Observar se há tiragem subcostal. • Verificar se há estridor ou sibilância. 	<p>Pneumonia</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? _____ dias Há sangue nas fezes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: Letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada? • Observar se os olhos estão fundos. • Oferecer líquidos à criança. A criança: Não consegue beber ou não bebe bem? Bebe avidamente, com sede? • Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior: Muito lentamente (mais de dois segundos)? Lentamente? 																			
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque <u>temperatura de 37,5°C ou mais</u>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Determinar se o risco de malária é: Alto <u>(Baixo)</u> / Sem risco</p> <p>Há quanto tempo? <u>2</u> dias Se há mais de sete dias, houve febre todos os dias?</p> <p>Observar e palpar se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca. • Petéquias. • Abaulamento de fontanela. • Coriza. 	<p>Malária Pouco Provável</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p><u>Está com dor de ouvido?</u> <u>Há secreção no ouvido?</u> Se houver, há quanto tempo? <u>5</u> dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar <u>se há secreção purulenta no ouvido?</u> • Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido. 	<p>Infecção Aguda no Ouvido</p>																		
<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há emagrecimento acentuado. • Verificar se há edema em ambos os pés. • Observar se há palidez palmar. É ela: Leve/Grave • Determinar o peso para a idade: <u>Muito Baixo/Baixo</u> <u>(Não é Baixo)</u> • Avaliar se há ganho insuficiente de peso. 	<p>Peso não é baixo</p>																		
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA</p> <p>Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><u>✓</u> BCG-1D</td> <td><u>✓</u> VcHB-2</td> <td><u>✓</u> DTP 1</td> <td><u>✓</u> VOP-2</td> <td><u>✓</u> VcHib-2</td> <td><u>✓</u> DTP-3</td> <td><u>✓</u> VcHib-3</td> <td><u>✓</u> VAS ou VcSRC</td> <td><u>✓</u> DTP-4</td> </tr> <tr> <td><u>✓</u> VcHB-1</td> <td><u>✓</u> VOP-1</td> <td><u>✓</u> VcHib-1</td> <td><u>✓</u> DTP-2</td> <td><u>✓</u> VOP-3</td> <td><u>✓</u> VcHB-3</td> <td><u>✓</u> VcFA-1</td> <td><u>✓</u> VOP-4</td> <td></td> </tr> </table>	<u>✓</u> BCG-1D	<u>✓</u> VcHB-2	<u>✓</u> DTP 1	<u>✓</u> VOP-2	<u>✓</u> VcHib-2	<u>✓</u> DTP-3	<u>✓</u> VcHib-3	<u>✓</u> VAS ou VcSRC	<u>✓</u> DTP-4	<u>✓</u> VcHB-1	<u>✓</u> VOP-1	<u>✓</u> VcHib-1	<u>✓</u> DTP-2	<u>✓</u> VOP-3	<u>✓</u> VcHB-3	<u>✓</u> VcFA-1	<u>✓</u> VOP-4		<p>Retornar para a próxima vacinação:</p> <p><u>Aos 6 anos</u> (Data)</p>
<u>✓</u> BCG-1D	<u>✓</u> VcHB-2	<u>✓</u> DTP 1	<u>✓</u> VOP-2	<u>✓</u> VcHib-2	<u>✓</u> DTP-3	<u>✓</u> VcHib-3	<u>✓</u> VAS ou VcSRC	<u>✓</u> DTP-4											
<u>✓</u> VcHB-1	<u>✓</u> VOP-1	<u>✓</u> VcHib-1	<u>✓</u> DTP-2	<u>✓</u> VOP-3	<u>✓</u> VcHB-3	<u>✓</u> VcFA-1	<u>✓</u> VOP-4												
<p>AVALIAR O ESTADO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se estiver anêmica, com peso muito baixo, peso baixo, ganho insuficiente ou se tiver menos de 2 anos de idade)</p> <p>Você alimenta sua criança ao peito? Sim ___ Não ___ Se amamenta, quantas vezes no período de 24 horas? ___ vezes. Amamenta à noite? Sim ___ Não ___ A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos? Sim ___ Não ___ Se a resposta for sim, que alimento ou líquidos? _____ _____</p> <p>Quantas vezes ao dia? ___ vezes. Usa o quê para alimentar a criança? • Se o peso for baixo para a idade: Qual o tamanho das porções? A criança recebe sua própria porção? _____ Quem alimenta a criança e como? _____</p> <p>• Durante esta doença houve mudanças na alimentação da criança? Sim ___ Não ___ Se houve como? _____</p>	<p>Problemas de Alimentação:</p>																		

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:



ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

Nome: Analisa Idade: 2 a 4 meses Peso: 10 kg Temperatura: 38,5 °C Data: _____
 PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? Febre Primeira consulta? Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

<p>VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO</p> <p>NÃO CONSEGUE BEBER OU MAMAR AO PEITO LETÁRGICA OU INCONSCIENTE VOMITA TUDO CONVULSÕES</p>	<p>Há sinal geral de perigo? Sim ____ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao selecionar as classificações</p>																																
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ____</p> <p>Há quanto tempo? ____ dias A criança apresenta sibilância ocasional ou freqüente?</p> <ul style="list-style-type: none"> Contar as respirações em um minuto. ____ respirações por minuto. Respiração rápida? Observar se há tiragem subcostal. Verificar se há estridor ou sibilância. 																																	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA? Sim ____ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? ____ dias Há sangue nas fezes?</p> <ul style="list-style-type: none"> Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: Letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada? Observar se os olhos estão fundos. Oferecer líquidos à criança. A criança: Não consegue beber ou não bebe bem? Bebe avidamente, com sede? Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior: Muito lentamente (mais de dois segundos)? Lentamente? 																																	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque/temperatura de 37,5°C ou mais) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ____</p> <p>Determinar se o risco de malária é: Alto <input checked="" type="checkbox"/> Baixo/Sem risco</p> <p>Há quanto tempo? <u>2</u> dias Se há mais de sete dias, houve febre todos os dias?</p> <p>Observar e palpar se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rigidez de nuca. Petéquias. Abaulamento de fontanela. Coriza. 	<p>Provável Malária</p>																																
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ____</p> <p>Está com dor de ouvido? Há secreção no ouvido? Se houver, há quanto tempo? ____ dias</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar se há secreção purulenta no ouvido. Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido. 																																	
<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar se há emagrecimento acentuado. Verificar se há edema em ambos os pés. Observar se há palidez palmar. É ela: <input checked="" type="checkbox"/> Leve/Grave Determinar o peso para a idade: <input checked="" type="checkbox"/> Muito Baixo/Baixo/ <input checked="" type="checkbox"/> Não é Baixo Avaliar se há ganho insuficiente de peso. 	<p>Peso não é baixo Anemia</p>																																
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA</p> <p>Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BCG-1D</td><td>VcHB-2</td><td>DTP-1</td><td>VOP-2</td><td>VcHib-2</td><td>DTP-3</td><td>VcHib-3</td><td>VAS ou VcSRC</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td> </tr> <tr> <td>VcHB-1</td><td>VOP-1</td><td>VcHib-1</td><td>DTP-2</td><td>VOP-3</td><td>VcHB-3</td><td>VcFA-1</td><td></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	BCG-1D	VcHB-2	DTP-1	VOP-2	VcHib-2	DTP-3	VcHib-3	VAS ou VcSRC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		VcHB-1	VOP-1	VcHib-1	DTP-2	VOP-3	VcHB-3	VcFA-1		<p>Retornar para a próxima vacinação:</p> <p style="text-align: center;">Aos 6 anos (Data)</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																										
BCG-1D	VcHB-2	DTP-1	VOP-2	VcHib-2	DTP-3	VcHib-3	VAS ou VcSRC																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																											
VcHB-1	VOP-1	VcHib-1	DTP-2	VOP-3	VcHB-3	VcFA-1																											
<p>AVALIAR O ESTADO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se estiver anêmica, com peso muito baixo, peso baixo, ganho insuficiente ou se tiver menos de 2 anos de idade)</p> <p>Você alimenta sua criança ao peito? Sim ____ Não ____ Se amamenta, quantas vezes no período de 24 horas? ____ vezes. Amamenta à noite? Sim ____ Não ____ A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos? Sim ____ Não ____ Se a resposta for sim, que alimento ou líquidos?</p> <p>_____ _____</p> <p>Quantas vezes ao dia? ____ vezes. Usa o quê para alimentar a criança? • Se o peso for baixo para a idade: Qual o tamanho das porções? A criança recebe sua própria porção? ____ Quem alimenta a criança e como? _____</p> <p>• Durante esta doença houve mudanças na alimentação da criança? Sim ____ Não ____ Se houve como? _____</p>	<p>Problemas de Alimentação:</p>																																

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:





PARA ÁREA SEM RISCO DE MALÁRIA:

5. Maira tem 16 meses, não apresenta sinais gerais de perigo e tem:

DOENÇA FEBRIL (área sem risco de malária, 39°C de febre no serviço de saúde, tem febre há quatro dias)
PESO NÃO É BAIXO
Nenhuma outra classificação

Maira recebeu a BCG-ID e três doses de DTP, VOP, VcHB, contra *Hemophilus B* e Febre Amarela

a. Que tratamentos são necessários para DOENÇA FEBRIL?

b. Maira precisa de uma avaliação para alimentação?

c. Maira precisa de imunização? Caso precise, qual?

d. Qual é a data mais próxima que pode ser fixada para a consulta de retorno de Maira?

*QUANDO TIVER TERMINADO ESTE EXERCÍCIO,
DISCUTA SUAS RESPOSTAS COM UM FACILITADOR.*

QUANDO RETORNAR IMEDIATAMENTE

Você deverá orientar às mães ou aos acompanhantes de todas as crianças que estão indo para casa sobre quando deverão regressar imediatamente ao serviço de saúde. Ou seja, deve *ensinar* a estas mães quais os sinais indicativos de gravidade que, caso a criança os apresente, tem de ser levada urgentemente ao serviço de saúde. Esses sinais figuram no quadro *ACONSELHAR À MÃE OU O ACOMPANHANTE* do quadro *QUANDO RETORNAR*. Utilize terminologia local que a mãe possa compreender.


Recomendar à mãe 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 estiver com TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR. Regressar também, se apresentar ou piorar da:	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade para respirar.• Respiração rápida.
Se a criança estiver com diarreia, regressar também se apresentar:	<ul style="list-style-type: none">• Sangue nas fezes.• Dificuldade para beber.

Esta é uma seção extremamente importante de QUANDO RETORNAR. Explique a todas as mães que devem regressar imediatamente se a criança:

- não consegue beber nem mamar ao peito;
- piora do estado geral;
- aparecimento ou piora da febre.

Explique às mães das crianças que têm TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR que devem ficar atentas aos seguintes sinais ou piora dos mesmos:

- respiração rápida;
- dificuldade para respirar.



Esses sinais podem indicar que a criança está desenvolvendo uma pneumonia ou piorando da pneumonia. Explique detalhadamente os sinais de possível pneumonia. Caso a mãe não entenda a importância desses sinais, provavelmente não regressará quando a criança desenvolver pneumonia e correr risco de vida.

Recomende à mãe da criança com **diarréia** que fique atenta a:

- sangue nas fezes;
- dificuldade para beber.

Exceção: Caso a criança já tenha sangue nas fezes, não precisa dizer à mãe que regresse imediatamente por sangue nas fezes, mas apenas se a criança não beber bem.



EXERCÍCIO C

Neste exercício você descreverá para diferentes casos quando regressar imediatamente. Enumerará os sinais que devem ser ensinados à mãe para que ela possa identificá-los precocemente e trazer a criança ao serviço de saúde.

1. A criança:

Não apresenta sinais gerais de perigo
Tem INFEÇÃO AGUDA DO OUVIDO
É classificada como PESO NÃO É BAIXO
Não tem nenhuma outra classificação

Quais são os sinais para regressar imediatamente?

2. A criança:

Não apresenta sinais gerais de perigo
Tem diarreia SEM DESIDRATAÇÃO
Tem DIARRÉIA PERSISTENTE
Se classifica como PESO NÃO É BAIXO
Não tem nenhuma outra classificação

Quais são os sinais para regressar imediatamente?

3. A criança:

Não apresenta sinais gerais de perigo
Se classifica como NÃO É PNEUMONIA
Se classifica como PESO NÃO É BAIXO
Não tem nenhuma outra classificação

Quais são os sinais para regressar imediatamente?

4. A criança:

Não apresenta sinais gerais de perigo

Tem diarreia sem DESIDRATAÇÃO

Tem DISENTERIA

MALÁRIA (39°C de febre no serviço de saúde, tem febre há três dias, área com alto risco de malária)

Se classifica como PESO NÃO É BAIXO

Não tem nenhuma outra classificação

Quais são os sinais para regressar imediatamente?

5. A criança:

Não apresenta sinais gerais de perigo

Tem PNEUMONIA

DOENÇA FEBRIL (37,5°C há dois dias, área sem risco de malária)

Se classifica como ANEMIA E PESO NÃO É BAIXO

Não tem nenhuma outra classificação

Quais são os sinais para regressar imediatamente?

*QUANDO TIVER TERMINADO ESTE EXERCÍCIO, DISCUTA
SUAS RESPOSTAS COM UM FACILITADOR.*

*SEU FACILITADOR DIRIGIRÁ UM EXERCÍCIO ORAL
SOBRE QUANDO REGRESSAR IMEDIATAMENTE.*

3 IDENTIFICAR O TRATAMENTO URGENTE ANTES DE REFERIR AO HOSPITAL

Quando uma criança precisa ser referida com urgência ao hospital, você deve identificar e começar a administrar rapidamente os tratamentos para essa criança. A seguir são apresentados esses tratamentos. No quadro *AVALIAR E CLASSIFICAR* esses tratamentos aparecem grifados. Você determinará a primeira dose dos medicamentos antes de referir ao hospital.

- Administrar um antibiótico recomendado.
- Administrar um antimalárico injetável para a malária grave, somente após confirmação por meio do teste de gota espessa.
- Administrar vitamina A.
- Tratar a criança para prevenir a hipoglicemia (para isso deve dar leite materno, leite ou água açucarada, como se descreve no quadro TRATAR).
- Administrar um antimalárico por via oral.
- Administrar antitérmico/analgésico para a febre alta (38,5°C ou mais) ou dor.
- Dar solução de SRO para que a mãe possa oferecer goles frequentes durante o trajeto para o hospital.

Os quatro primeiros tratamentos citados são urgentes porque podem prevenir sérias conseqüências, como meningite bacteriana, a malária cerebral ou a lesão cerebral por hipoglicemia. Os demais tratamentos da lista também são importantes para evitar que a doença piore.

Não adie a referência ao hospital para administrar tratamentos que não são urgentes como, por exemplo, a limpeza do ouvido com mechas ou o tratamento de administração de ferro por via oral. Caso seja necessário imunizar a criança, não o faça antes de referir ao hospital. Deixe que o pessoal do hospital determine quando deve fazê-lo. Assim, você evitará a demora no referimento ao hospital.

EXEMPLO

Graciela é uma menina de 15 meses. Não apresenta sinais gerais de perigo. Está classificada como não é pneumonia. Vive em área com alto risco de malária e tem 38,5°C de febre e rigidez de nuca, de modo que é classificada como tendo MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE. Também foi classificada como PESO NÃO É BAIXO e não tem outras classificações. Como se trata de área de alto risco de malária, foi solicitada a gota espessa e confirmada para *P. falciparum*.

Graciela precisa ser referida com urgência ao hospital. Antes que vá para o hospital deverão dar-lhe a 1.^a dose de:

- Antimalárico recomendado
- Antibiótico apropriado
- Tratamento para prevenir hipoglicemia
- Analgésico/antitérmico

O profissional de saúde NÃO deve perder tempo ensinando como aliviar a tosse com medidas caseiras, pois esse não é um tratamento urgente. O profissional de saúde NÃO deverá perder tempo avaliando a alimentação e recomendando à mãe sobre a alimentação.



EXERCÍCIO D

Neste exercício você praticará como reconhecer os tratamentos urgentes prévios a referência ao hospital. Lembre que esses tratamentos estão grifados no quadro AVALIAR E CLASSIFICAR.

1. Heloísa é uma menina de 15 meses. Não apresenta sinais gerais de perigo. Está classificada como NÃO É PNEUMONIA, MASTOIDITE, PESO NÃO É BAIXO. Não tem nenhuma outra classificação.

Heloísa precisa ser referida com urgência ao hospital por ter MASTOIDITE. Segue uma lista de tratamentos para todas as classificações de Heloísa. Marque o **tratamento ou os tratamentos urgentes prévios à referência ao hospital**:

- a. Suavizar a garganta e aliviar a tosse com medidas caseiras.
- b. Recomendar à mãe ou ao acompanhante quando retornar imediatamente.
- c. Retornar em cinco dias caso não melhore.
- d. Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado.
- e. Dar a primeira dose de analgésico/antitérmico para a dor.
- f. Referir urgentemente ao hospital.
- g. Avaliar a alimentação da menina e dar recomendações à mãe sobre a alimentação. Caso haja problema alimentar, retornar em cinco dias.

2. Vilma é uma menina de 18 meses. Não apresenta sinais gerais de perigo. Está classificada como SEM DESIDRATAÇÃO, DIARRÉIA PERSISTENTE, DESNUTRIÇÃO GRAVE e nenhuma outra classificação.

Vilma precisa ser referida com urgência ao hospital por ter DESNUTRIÇÃO GRAVE. A seguir, apresenta-se uma lista de tratamentos para todas as classificações de Vilma. Marque o **tratamento ou os tratamentos urgentes prévios ao referimento ao hospital**:

- a. Dar líquidos e alimentos para prevenir a desidratação (Plano A).
- b. Recomendar à mãe ou ao acompanhante quando retornar imediatamente.
- c. Recomendar à mãe ou ao acompanhante sobre a maneira de alimentar uma criança que tem diarreia persistente.
- d. Retornar em cinco dias.
- e. Dar vitamina A.
- f. Referir urgentemente ao hospital.
- g. Tratar a criança para evitar a hipoglicemia.
- h. Manter a criança agasalhada.

3. Gustavo é um menino de 2 anos. Está letárgico. Vive em área com alto risco de malária e tem 39,5°C de febre. O profissional de saúde classifica Gustavo como MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE E INFECÇÃO CRÔNICA DO OUVIDO. Tem palidez palmar leve, de modo que se classifica como ANEMIA, ainda que o PESO NÃO É BAIXO. Nunca recebeu uma dose de mebendazol. Foi solicitada a gota espessa que confirmou malária por *P. falciparum*.

Gustavo precisa ser referido ao hospital por ter MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE. A seguir apresenta-se uma lista de tratamentos para todas as classificações de Gustavo. Marque **o tratamento ou os tratamentos urgentes prévios à referência ao hospital**:

- a. _____ Dar antimalárico recomendado para a malária grave (primeira dose).
 - b. _____ Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado.
 - c. _____ Tratar a criança para prevenir hipoglicemia.
 - d. _____ Dar uma dose de analgésico/antitérmico no serviço de saúde para a febre alta (38,5°C ou mais).
 - e. Referir urgentemente ao hospital.
 - f. _____ Secar o ouvido com mechas.
 - g. _____ Retornar em cinco dias.
 - h. _____ Avaliar a alimentação da criança e recomendar à mãe ou ao acompanhante sobre a alimentação. Caso haja um problema alimentar, voltar a vê-lo em cinco dias.
 - i. _____ Dar ferro.
 - j. _____ Dar um antimalárico por via oral.
 - k. _____ Dar mebendazol.
 - l. _____ Recomendar à mãe ou ao acompanhante quando retornar imediatamente.
 - m. _____ Retornar em 14 dias (para a palidez).
4. Ivone tem 4 anos. É classificada com diarreia acompanhada de DESIDRATAÇÃO GRAVE E DESNUTRIÇÃO GRAVE. Não tem nenhuma outra classificação. Pode beber. Vive em uma região onde há cólera.

Ivone precisa ser referida ao hospital por ter classificações graves. Marque **o tratamento ou os tratamentos prévios ao referimento ao hospital**:

- a. _____ Dar SRO para que a mãe ofereça à criança durante o trajeto ao hospital.
- b. _____ Dar antibiótico para cólera.
- c. _____ Dar vitamina A.
- d. Referir urgentemente ao hospital.

PARA ÁREA SEM RISCO DE MALÁRIA

5. Lisete é uma menina de 9 meses. Não apresenta sinais gerais de perigo. Tem PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE e está classificada como DOENÇA FEBRIL (sem risco de malária, 39°C de febre). Tem febre há dois dias. É classificada como PESO NÃO É BAIXO e não tem nenhuma outra classificação.

Lisete precisa ser referida com urgência ao hospital por ter PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE. A seguir se apresenta uma lista de tratamentos para todas as classificações de Lisete. Marque o tratamento ou os tratamentos urgentes prévios ao referimento ao hospital:

- a. Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado.
 - b. Referir urgentemente ao hospital.
 - c. Dar uma dose de analgésico/antitérmico no serviço de saúde para a febre alta (38,5°C ou mais).
 - d. Recomendar à mãe ou ao acompanhante quando retornar imediatamente.
 - e. Retornar em dois dias se a febre persistir.
 - f. Avaliar a alimentação da menina e recomendar à mãe ou ao acompanhante sobre a alimentação. Caso haja um problema alimentar, retornar em cinco dias.
6. e 7. Estude os seguintes Formulários de Registro de Rui e Cláudio. No verso do formulário, escreva apenas os tratamentos urgentes prévios ao referimento ao hospital. Esses tratamentos aparecem grifados no quadro AVALIAR E CLASSIFICAR.

*QUANDO TIVER TERMINADO ESTE EXERCÍCIO,
DISCUTA SUAS RESPOSTAS COM UM FACILITADOR.*

ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

Nome: Rui Idade: 15 meses Peso: 9 kg Temperatura: 39,5 °C Data: _____
 PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? Muito doente, erupções Primeira consulta? Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

<p>VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO</p> <p>NÃO CONSEGUE BEBER OU MAMAR AO PEITO LETÁRGICA OU INCONSCIENTE VOMITA TUDO CONVULSÕES</p>	<p>Há sinal geral de perigo? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao selecionar as classificações</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Há quanto tempo? <u>3</u> dias A criança apresenta sibilância ocasional ou freqüente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar as respirações em um minuto. • <u>33</u> respirações por minuto. Respiração rápida? • Observar se há tiragem subcostal. • Verificar se há estridor ou sibilância. 	<p>Não é Pneumonia</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? _____ dias Há sangue nas fezes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: Letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada? • Observar se os olhos estão fundos. • Oferecer líquidos à criança. A criança: Não consegue beber ou não bebe bem? Bebe avidamente, com sede? • Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior: Muito lentamente (mais de dois segundos)? Lentamente? 																			
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque/temperatura de 37,5°C ou mais) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Determinar se o risco de malária é: <input checked="" type="checkbox"/> Alto/Baixo/Sem risco</p> <p>Há quanto tempo? <u>2</u> dias Se há mais de sete dias, houve febre todos os dias?</p> <p>Observar e palpar se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Rigidez de nuca</u> • Petéquias. • Abaulamento de fontanela. • Coriza. 	<p>Malária Grave ou Doença Febril Muito Grave</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Está com dor de ouvido? Há secreção no ouvido? Se houver, há quanto tempo? _____ dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há secreção purulenta no ouvido. • Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido. 																			
<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há emagrecimento acentuado. • Verificar se há edema em ambos os pés. • Observar se há palidez palmar. É ela: Leve/Grave • Determinar o peso para a idade: Muito Baixo/Baixo/<u>Não é Baixo</u> • Avaliar se há ganho insuficiente de peso. 	<p>Peso não é baixo</p>																		
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA</p> <p>Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> BCG-ID</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> DTP 1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP-2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHib-2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> DTP-3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <u>VcHib-3</u></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VAS ou VcSRC</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <u>DTP-4</u></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP-1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> DTP-2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP-3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHB-3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <u>VcFA-4</u></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> <u>VOP-4</u></td> <td><input type="checkbox"/> BCG-ID2</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> BCG-ID	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2	<input checked="" type="checkbox"/> DTP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-2	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-2	<input checked="" type="checkbox"/> DTP-3	<input checked="" type="checkbox"/> <u>VcHib-3</u>	<input checked="" type="checkbox"/> VAS ou VcSRC	<input checked="" type="checkbox"/> <u>DTP-4</u>	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-1	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1	<input checked="" type="checkbox"/> DTP-2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-3	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-3	<input checked="" type="checkbox"/> <u>VcFA-4</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>VOP-4</u>	<input type="checkbox"/> BCG-ID2	<p>Retornar para a próxima vacinação:</p> <p style="text-align: center;">Aos 6 anos (Data)</p>
<input checked="" type="checkbox"/> BCG-ID	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2	<input checked="" type="checkbox"/> DTP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-2	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-2	<input checked="" type="checkbox"/> DTP-3	<input checked="" type="checkbox"/> <u>VcHib-3</u>	<input checked="" type="checkbox"/> VAS ou VcSRC	<input checked="" type="checkbox"/> <u>DTP-4</u>											
<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-1	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1	<input checked="" type="checkbox"/> DTP-2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-3	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-3	<input checked="" type="checkbox"/> <u>VcFA-4</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>VOP-4</u>	<input type="checkbox"/> BCG-ID2											
<p>AVALIAR O ESTADO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se estiver anêmica, com peso muito baixo, peso baixo, ganho insuficiente ou se tiver menos de 2 anos de idade)</p> <p>Você alimenta sua criança ao peito? Sim ___ Não ___ Se amamenta, quantas vezes no período de 24 horas? ___ vezes. Amamenta à noite? Sim ___ Não ___ A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos? Sim ___ Não ___ Se a resposta for sim, que alimento ou líquidos?</p> <p>_____</p> <p>Quantas vezes ao dia? ___ vezes. Usa o quê para alimentar a criança? • Se o peso for baixo para a idade: Qual o tamanho das porções? A criança recebe sua própria porção? _____ Quem alimenta a criança e como? _____</p> <p>• Durante esta doença houve mudanças na alimentação da criança? Sim ___ Não ___ Se houve como? _____</p>	<p>Problemas de Alimentação:</p>																		

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:



ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

Nome: Cláudio Idade: 12 meses Peso: 10 kg Temperatura: 38,5 °C Data: _____

PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? Tosse, muito fraco Primeira consulta? Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

<p>VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO</p> <p>NÃO CONSEGUE BEBER OU MAMAR AO PEITO <u>LETÁRGICA</u> OU INCONSCIENTE</p> <p>VOMITA TUDO</p> <p>CONVULSÕES</p>	<p>Há sinal geral de perigo? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao selecionar as classificações</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? <u>6</u> dias</p> <p>A criança apresenta sibilância ocasional ou freqüente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar as respirações em um minuto • <u>52</u> respirações por minuto <u>Respiração rápida?</u> • Observar se <u>há tiragem subcostal</u> • Verificar se há estridor ou sibilância. 	<p>Pneumonia Grave ou Doença Muito Grave</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? _____ dias</p> <p>Há sangue nas fezes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: Letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada? • Observar se os olhos estão fundos. • Oferecer líquidos à criança. A criança: Não consegue beber ou não bebe bem? Bebe avidamente, com sede? • Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior: Muito lentamente (mais de dois segundos)? Lentamente? 																			
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque <u>temperatura de 37,5°C ou mais</u>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar se o risco de malária é: Alto/Baixo <u>Sem risco</u></p> <p>Há quanto tempo? <u>2</u> dias</p> <p>Se há mais de sete dias, houve febre todos os dias?</p> <p>Observar e palpar se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca. • <u>Petéquias</u>. • Abaulamento de fontanela. • Coriza. 	<p>Doença Febril Muito Grave</p>																		
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Está com dor de ouvido?</p> <p>Há secreção no ouvido?</p> <p>Se houver, há quanto tempo? _____ dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há secreção purulenta no ouvido. • Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido. 																			
<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há emagrecimento acentuado. • Verificar se há edema em ambos os pés. • Observar se há palidez palmar. É ela: Leve/Grave • Determinar o peso para a idade: Muito Baixo/Baixo <u>Não é Baixo</u> • Avaliar se há ganho insuficiente de peso. 	<p>Peso não é baixo</p>																		
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA</p> <p>Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> BCG-1D</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> DTP 1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP-2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHib-2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> DTP-3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHib-3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VAS ou VcSRC</td> <td><input type="checkbox"/> <u>DTP-4</u></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP-1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> DTP-2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP-3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcHB-3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VcFA-1</td> <td><input type="checkbox"/> <u>VOP-4</u></td> <td><input type="checkbox"/> BCG-2</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> BCG-1D	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2	<input checked="" type="checkbox"/> DTP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-2	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-2	<input checked="" type="checkbox"/> DTP-3	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-3	<input checked="" type="checkbox"/> VAS ou VcSRC	<input type="checkbox"/> <u>DTP-4</u>	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-1	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1	<input checked="" type="checkbox"/> DTP-2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-3	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-3	<input checked="" type="checkbox"/> VcFA-1	<input type="checkbox"/> <u>VOP-4</u>	<input type="checkbox"/> BCG-2	<p>Retornar para a próxima vacinação:</p> <p><u>Aos 15 meses</u> (Data)</p>
<input checked="" type="checkbox"/> BCG-1D	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2	<input checked="" type="checkbox"/> DTP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-2	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-2	<input checked="" type="checkbox"/> DTP-3	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-3	<input checked="" type="checkbox"/> VAS ou VcSRC	<input type="checkbox"/> <u>DTP-4</u>											
<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-1	<input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1	<input checked="" type="checkbox"/> DTP-2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP-3	<input checked="" type="checkbox"/> VcHB-3	<input checked="" type="checkbox"/> VcFA-1	<input type="checkbox"/> <u>VOP-4</u>	<input type="checkbox"/> BCG-2											
<p>AVALIAR O ESTADO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se estiver anêmica, com peso muito baixo, peso baixo, ganho insuficiente ou se tiver menos de 2 anos de idade)</p> <p>Você alimenta sua criança ao peito? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se amamenta, quantas vezes no período de 24 horas? _____ vezes. Amamenta à noite? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se a resposta for sim, que alimento ou líquidos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Quantas vezes ao dia? _____ vezes. Usa o quê para alimentar a criança?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o peso for baixo para a idade: Qual o tamanho das porções? _____ <p>A criança recebe sua própria porção? _____ Quem alimenta a criança e como? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta doença houve mudanças na alimentação da criança? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> • Se houve como? _____ 	<p>Problemas de Alimentação:</p>																		

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

4 DAR TRATAMENTO PRÉVIO À REFERÊNCIA AO HOSPITAL

O módulo seguinte descreve **como administrar** os tratamentos apresentados no quadro TRATAR. Nesse quadro estão todos os tratamentos prévios à referência ao hospital. Quando referir uma criança, administre o tratamento rapidamente. *Não perca tempo ensinando à mãe como deveria ser feito numa situação que não é urgente.*

Muitos casos graves precisam da primeira dose de um antibiótico antes da referência ao hospital. Porém, se a criança não pode beber, vomita tudo o que ingere, tem convulsões, encontra-se inconsciente, não poderá tomar medicamentos de administração oral nem líquidos como SRO ou leite materno. A criança com esses sinais de perigo necessitará que lhe apliquem uma injeção intramuscular de antibiótico ou antimalárico ao invés de um medicamento oral. As dosagens estão descritas no módulo seguinte. Caso a criança necessite de tratamento para prevenir a hipoglicemia, e você é capaz de inserir uma sonda nasogástrica, administre água açucarada ou leite materno por sonda nasogástrica antes da referência ao hospital.



5 COMO REFERIR A CRIANÇA AO HOSPITAL

Siga estes quatro passos para enviar a criança ao hospital:

1. Explique à mãe a necessidade de referir a criança ao hospital e obtenha sua aprovação para levar a criança. Caso você suspeite que ela não quer levá-la, averigüe o porquê. As possíveis razões são:

- Ela acha que os hospitais são lugares onde as pessoas sempre morrem e teme que seu filho morra lá.
- Ela não acha que o hospital vá ajudar ao seu filho.
- Ela não pode deixar sua casa para atender a criança durante o período de internação no hospital porque:
 - não há ninguém para tomar conta de seus outros filhos;
 - não pode deixar o trabalho;
 - pode perder seu emprego.
- Não tem dinheiro para pagar o transporte ou alimentação para ela durante o período de internação no hospital.

2. Tranqüilize a mãe e ajude-a a resolver seus problemas. Por exemplo:

- Caso a mãe tema que seu filho morra no hospital, tranqüilize-a dizendo que o hospital tem profissionais, insumos e equipamentos que podem ajudar na cura do seu filho.
- Explique o que acontecerá no hospital e como isso ajudará o seu filho.
- Caso a mãe necessite de ajuda em casa enquanto está no hospital, faça-lhe perguntas e sugestões a respeito de quem poderia ajudá-la. Por exemplo, pergunte-lhe se o marido, irmã ou mãe poderiam ajudar com seus outros filhos ou com as refeições enquanto ela está fora.
- Discuta com a mãe como ela poderá ir para o hospital. Ajude-a a fazer os arranjos necessários para o transporte.

É possível que você não possa ajudar a mãe a resolver os problemas e conseguir que ela vá ao hospital. Porém, é importante fazer tudo possível para ajudá-la. Caso não seja possível referir a criança ao hospital, existem vários tratamentos que você pode executar no seu serviço de saúde. Eles estão descritos no anexo do módulo Tratar a Criança.

3. Escreva uma nota de encaminhamento da criança, com letra bem legível, para que a mãe possa apresentá-la no hospital. Diga-lhe que a entregue ao profissional de saúde no hospital. Escreva:

- O nome e idade da criança.
- A data e a hora da referência da criança.

- A descrição dos problemas da criança, a razão pela qual referiu a criança ao hospital (sintomas e sinais que levam a classificação grave).
- O tratamento que você já administrou.
- Qualquer outra informação que o profissional de saúde do hospital necessite saber para atender a criança, como o tratamento inicial da doença ou vacinas que sejam necessárias.
- Seu nome e o nome do seu serviço de saúde.

4. Entregue à mãe todos os insumos e instruções necessárias para a atenção de seu filho durante o trajeto para o hospital:

- Caso o hospital fique longe, entregue à mãe doses adicionais de antibiótico e explique-lhe quando dá-las durante a viagem (segundo o esquema de dosagem no quadro TRATAR). Caso você acredite que a mãe não irá para o hospital, entregue-lhe toda a série de antibióticos e ensine-a a dá-los.
- Explique à mãe como deve manter a criança agasalhada durante a viagem.
- Recomende à mãe que continue amamentando.
- Caso a criança tenha desidratação leve ou grave e possa beber, entregue à mãe uma quantidade de solução de SRO para que a criança beba com frequência durante o trajeto para o hospital.

EXEMPLO DE NOTA DE ENCAMINHAMENTO

<p>Raul Silva, 18 meses de idade Temperatura: 37,5°C Peso: 6kg</p> <p>Referido ao hospital por ter: Desidratação grave Desnutrição grave</p> <p>Também tem tosse – não tem respiração rápida nem retração subcostal.</p> <p>Tratamento dado no serviço de saúde C.S. n.º:</p> <p>Vitamina A 200.000 UI SRO: para que a mãe dê no trajeto para o hospital.</p> <p>Necessita vacina anti-sarampo Solicito internação hospitalar</p> <p style="text-align: right;"><i>Pedro Marques</i> CRM 22000</p>	5-3-95 11h
---	------------



EXERCÍCIO E

Neste exercício você repassará os passos relativos à referência ao hospital mediante um estudo de caso. Você utilizará este mesmo estudo de caso em uma dramatização.

Primeiro estude o Formulário de Registro de Lucas, que figura na página seguinte. Lucas tem 4 meses e é amamentado.

1. Lucas deverá ser referido ao hospital? Por que sim ou não?

2. Que tratamentos urgentes prévios ao referimento ao hospital são necessários? Anote-os no verso do Formulário de Registro.

ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

Nome: Lucas Idade: 4 meses Peso: 7 kg Temperatura: 38,5 °C Data: _____
 PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? Tosse e diarreia Primeira consulta? Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

<p>VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO</p> <p>NÃO CONSEGUE BEBER OU MAMAR AO PEITO LETÁRGICA OU INCONSCIENTE</p> <p>VOMITA TUDO</p> <p><u>CONVULSÕES</u></p>	<p>Há sinal geral de perigo? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao selecionar as classificações</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? <u>5</u> dias</p> <p>A criança apresenta sibilância ocasional ou frequente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar as respirações em um minuto • <u>54</u> respirações por minuto <u>Respiração rápida?</u> • Observar se há tiragem subcostal. • Verificar se há estridor ou sibilância. 	<p>Pneumonia Grave ou Doença Muito Grave</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? <u>2</u> dias</p> <p>Há sangue nas fezes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: Letárgica ou <u>inconsciente?</u> Inquieta ou <u>irritada?</u> • Observar se os olhos estão fundos. • Oferecer líquidos à criança. A criança: Não consegue beber ou não bebe bem? Bebe avidamente, com sede? • Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior: Muito lentamente (mais de dois segundos)? Lentamente? 	<p>Sem Desidratação</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque <u>temperatura de 37,5°C ou mais</u>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar se o risco de malária é: Alto/Baixo <u>Sem risco</u></p> <p>Há quanto tempo? <u>5</u> dias</p> <p>Se há mais de sete dias, houve febre todos os dias?</p> <p>Observar e palpar se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Rigidez de nuca.</u> • Petéquias. • Abaulamento de fontanela. • Coriza. 	<p>Doença Febril Muito Grave</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Está com dor de ouvido?</p> <p>Há secreção no ouvido?</p> <p>Se houver, há quanto tempo? _____ dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há secreção purulenta no ouvido. • Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido. 	
<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há emagrecimento acentuado. • Verificar se há edema em ambos os pés. • Observar se há palidez palmar. É ela: Leve/Grave • Determinar o peso para a idade: <u>Muito Baixo/Baixo</u> <u>Não é Baixo</u> • Avaliar se há ganho insuficiente de peso. 	<p>Peso não é baixo</p>
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA</p> <p>Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.</p> <p style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> BCG-1D <input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2 <input checked="" type="checkbox"/> DTP 1 <u>VOP-2</u> <u>VcHib-2</u> DTP-3 VcHib-3 VAS ou VcSRC DTP-4 <input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1 <input checked="" type="checkbox"/> VOP-1 <input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1 <u>DTP-2</u> VOP-3 VcHB-3 VcFA-1 VOP-4 </p>	<p>Retornar para a próxima vacinação: Após a melhora da diarreia (Data)</p>
<p>AVALIAR O ESTADO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se estiver anêmica, com peso muito baixo, peso baixo, ganho insuficiente ou se tiver menos de 2 anos de idade)</p> <p>Você alimenta sua criança ao peito? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se amamenta, quantas vezes no período de 24 horas? _____ vezes. Amamenta à noite? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se a resposta for sim, que alimento ou líquidos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Quantas vezes ao dia? _____ vezes. Usa o quê para alimentar a criança?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o peso for baixo para a idade: Qual o tamanho das porções? _____ <p>A criança recebe sua própria porção? _____ Quem alimenta a criança e como? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta doença houve mudanças na alimentação da criança? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se houve como? _____ 	<p>Problemas de Alimentação:</p>

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

3. Escreva uma nota de encaminhamento para a referência ao hospital de Lucas. Use seu próprio nome para o profissional de saúde.

QUANDO TIVER TERMINADO ESTA PARTE DO EXERCÍCIO, DIGA AO FACILITADOR QUE ESTÁ PRONTO PARA A DISCUSSÃO DE GRUPO E PARA A DRAMATIZAÇÃO.

Instruções para a dramatização

PROFISSIONAL DE SAÚDE: Explique à mãe de Lucas a necessidade de referir seu filho ao hospital e dê-lhe as instruções necessárias. Discuta todos os problemas que possa ter para ir ao hospital. Suponha que o hospital está a uma hora de distância e que o transporte é parecido ao que existe na sua região. Caso haja telefone no serviço de saúde, suponha que existe um na dramatização.

MÃE: Será dado a você *um cartão com instruções* no qual se descreve sua atitude e situação. Atue como faria uma mãe se seu filho tivesse que ser referido a um hospital.

OBSERVADORES: Olhem atentamente a dramatização. Preparem-se para comentar sobre o que fizeram bem e sobre o que poderia ser melhorado. Preparem-se para responder às perguntas:

Há probabilidade de que essa mãe vá ao hospital? Por que sim ou não?

Foram dadas todas as instruções necessárias? Em caso negativo, que instrução faltava?



EXERCÍCIO F

Neste exercício você repassará os passos ensinados neste módulo para identificar o tratamento. Estude o Formulário de Registro na página seguinte. A seguir responda todas as perguntas seguintes e complete o verso do formulário.

1. Adriano precisa ser referido ao hospital? Por que sim ou não?
2. Faça uma lista de tratamentos que Adriano necessita no verso do Formulário de Registro.
3. Anote a data mais próxima que tenha fixado para consulta de retorno no espaço apropriado.
4. Quais são os sinais que indicarão que Adriano deve regressar imediatamente?
5. Que vacinas Adriano precisa tomar hoje?
6. Quando Adriano deverá regressar para as próximas vacinas?

*QUANDO TIVER TERMINADO ESTE EXERCÍCIO,
DISCUTA SUAS RESPOSTAS COM UM FACILITADOR.*

ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE

Nome: Adriano Idade: 18 meses Peso: 9,5 kg Temperatura: 38 °C Data: _____
 PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança? Diarréia e febre Primeira consulta? Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

<p>VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO</p> <p>NÃO CONSEGUE BEBER OU MAMAR AO PEITO LETÁRGICA OU INCONSCIENTE VOMITA TUDO CONVULSÕES</p>	<p>Há sinal geral de perigo? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/> Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao selecionar as classificações</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Há quanto tempo? _____ dias A criança apresenta sibilância ocasional ou freqüente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar as respirações em um minuto. • _____ respirações por minuto. Respiração rápida? • Observar se há tiragem subcostal. • Verificar se há estridor ou sibilância. 	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Há quanto tempo? <u>15</u> dias Há sangue nas fezes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: Letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada? • Observar se os olhos estão fundos. • Oferecer líquidos à criança. A criança: Não consegue beber ou não bebe bem? <u>Bebe avidamente, com sede?</u> • Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior: Muito lentamente (mais de dois segundos)? Lentamente? 	<p>Sem Desidratação Diarréia persistente</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (determinada pela anamnese/quente ao toque <u>temperatura de 37,5°C ou mais</u>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Determinar se o risco de malária é: Alto <u>Baixo</u> Sem risco</p> <p>Há quanto tempo? <u>4</u> dias Se há mais de sete dias, houve febre todos os dias?</p> <p>Observar e palpar se está com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca. • Petéquias. • Abaulamento de fontanela. • Coriza. 	<p>Malária Pouco Provável</p>
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Está com dor de ouvido? Há secreção no ouvido? Se houver, há quanto tempo? _____ dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há secreção purulenta no ouvido. • Palpar para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido. 	
<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se há emagrecimento acentuado. • Verificar se há edema em ambos os pés. • Observar se há palidez palmar. É ela: Leve/Grave • Determinar o peso para a idade: <u>Muito Baixo/Baixo</u> <u>Não é Baixo</u> • Avaliar se há ganho insuficiente de peso. 	<p>Peso não é baixo</p>
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA</p> <p>Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.</p> <p style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> BCG-1D <input checked="" type="checkbox"/> VcHB-2 <input checked="" type="checkbox"/> DTP 1 <input checked="" type="checkbox"/> <u>VOP-2</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>VcHib-2</u> <input checked="" type="checkbox"/> DTP-3 <input type="checkbox"/> VcHib-3 <input type="checkbox"/> VAS ou VcSRC <input type="checkbox"/> DTP-4 <input checked="" type="checkbox"/> VcHB-1 <input checked="" type="checkbox"/> VOP-1 <input checked="" type="checkbox"/> VcHib-1 <input checked="" type="checkbox"/> <u>DTP-2</u> <input type="checkbox"/> VOP-3 <input checked="" type="checkbox"/> <u>VcHB-3</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>VcFA-1</u> <input type="checkbox"/> VOP-4 </p>	<p>Retornar para a próxima vacinação: Quando melhorar a diarréia (Data)</p>
<p>AVALIAR O ESTADO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se estiver anêmica, com peso muito baixo, peso baixo, ganho insuficiente ou se tiver menos de 2 anos de idade)</p> <p>Você alimenta sua criança ao peito? Sim ___ Não ___ Se amamenta, quantas vezes no período de 24 horas? ___ vezes. Amamenta à noite? Sim ___ Não ___ A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos? Sim ___ Não ___ Se a resposta for sim, que alimento ou líquidos?</p> <p>_____</p> <p>Quantas vezes ao dia? ___ vezes. Usa o quê para alimentar a criança? • Se o peso for baixo para a idade: Qual o tamanho das porções? A criança recebe sua própria porção? _____ Quem alimenta a criança e como? _____</p> <p>• Durante esta doença houve mudanças na alimentação da criança? Sim ___ Não ___ Se houve como? _____</p>	<p>Problemas de Alimentação:</p>

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

EQUIPE TÉCNICA

EQUIPE DE COORDENAÇÃO DA 1.ª EDIÇÃO

Maria Anice Saboia Fontenele e Silva – Coordenadora da Adaptação – Área da Saúde da Criança/MS

Ana Goretti Kalume Maranhão – Coordenadora da Área da Saúde da Criança/MS

Anna Cirela Viladot – OPAS/OMS

Astrid Permin – OPAS/OMS

Marinice Coutinho Midlej Joaquim – Área da Saúde da Criança/MS

Zuleika Portela Albuquerque – OPAS/OMS

CONSULTORES DO MS

Amira Consuelo de Melo Figueiras – SESPA/UFPA/PA

Antônio Ledo Alves da Cunha – UFRJ/RJ

Dioclésio Campos Júnior – UnB/DF

Eduardo Jorge Fonseca Lima – IMIP/PE

Francisco Oscar de Siqueira França – HC/USP/SP

Giuseppe Sperotto – UNICAMP/SP

Hugo Ribeiro Júnior – UFBA/FAMED/BA

Ruben Schindler Maggi – IMIP/PE

Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi – IC/HC/FMUSP/SP

FNS/CENEPI – Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (Programa de Controle da Tuberculose),
Dermatose Sanitária, Coordenação de Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores (GT-Malária)

EQUIPE DA 2.ª REVISÃO

Maria Anice Saboia Fontenele e Silva – Coordenadora da Revisão – Área da Saúde da Criança/MS

Amira Consuelo de Melo Figueiras – SESPA/UFPA/PA

Eduardo Jorge Fonseca Lima – IMIP/PE

Márcia V. Leite Nascimento – CGPNI/CENEPI/FUNASA/MS

Marcos Antônio Monteiro Guimarães – Coordenação Técnica da Malária/FUNASA/MS

Maria Suely Fernandes – SESMA/UEPA/PA

Maria Rosário Ribeiro Barreto – SES/BA

Ney Barreto – Área da Saúde da Criança/MS

Rosania de Lourdes Araújo – SES/DF

Ruben Schindler Maggi – IMIP/PE

Sônia Maria Salviano Alencar – SES/DF

Verônica Said de Castro – SES/CE

Zuleika Portela Albuquerque – OPAS/OMS

Capa: Dino (Vinícius Ferreira Araújo) – Projeto Promoção da Saúde/SPS

Projeto visual: Roberto Vieira – Editora MS

Editoração: Thiago Antonucci – Editora MS



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Revisão, Normalização, Editoração, Impressão, Acabamento e Expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília – DF, outubro de 2002
OS 727/2002