

Aula 00

*Enfermagem (Módulo Saúde Pública) p/
Concursos - Curso Regular (Com
Videoaulas) 2020*

Autor:
Gisele Lima

19 de Janeiro de 2020

Sumário

1.1 - Considerações Iniciais	5
1.2 – Conceito e terminologia	5
1.3 – Princípios da PNAISC.....	6
1.4 – Diretrizes da PNAISC	9
1.5 – Eixos Estratégicos	9
2. Estatuto da criança e do adolescente.....	16
3. Puericultura	27
3.1 – Conceitos em neonatologia.....	27
3.2 – 1ª consulta do recém-nascido.....	28
3.3 – Escore, Índice ou Escala de APGAR	29
3.4 - Coto umbilical	33
3.5 - Rastreamento para displasia evolutiva do quadril.....	33
3.6 - Diarreia em menores de 2 meses.....	37
3.7 - Criptorquidia	38
3.8 – Sinais vitais.....	39
3.9 – Reflexos primitivos.....	40
3.9 – Triagens neonatais.....	45
3.10 – Programa Nacional de Suplementação de Ferro	55
3.11 – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.....	57
3.12 – Método Canguru	60
4. IMUNIZAÇÃO	66
4.1 – Vacina BCG	67



4.2 – Vacina Hepatite B (recombinante)	69
4.3 – Vacina adsorvida, difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) – Vacina Penta	70
4.4 – Vacina adsorvida, difteria, tétano, pertussis (DTP).....	71
4.5 – Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) – Pneumo 10v.....	71
4.6 – Vacina Poliomelite 1, 2, 3 (inativada) - VIP.....	72
4.7 – Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) - VOP	72
4.8 – Vacina rotavírus G1P [8] (atenuada) - VRH	73
4.9 – Vacina meningocócica C (conjugada) – Meningo C	74
4.10 – Febre amarela.....	75
4.11 – Vacina Tríplice Viral- sarampo, caxumba e rubéola (atenuada).....	78
4.12 - Vacina Tetra viral- sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)	79
4.13 - Vacina hepatite A (inativada).....	80
4.14 - Vacina varicela (atenuada)	80
4.15 - Vacina adsorvida difteria e tétano adulto – dT/ Dupla Adulto.....	81
4.16 - Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – Vacina HPV	82
4.17 - Vacina influenza (fracionada, inativada) - Gripe.....	83
4.18- Vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)- Pneumo 23v	83
5. <i>Aleitamento materno</i>	84
5.1 – Composição do leite materno	85
5.2 – Problemas relacionados à amamentação	89
5.3 – Esquema alimentar após os 6 meses.....	98
5.4 – Alimentação para crianças não amamentadas.....	99



Questões Comentadas	100
Gabarito	113
Calendário Nacional de Imunização	114

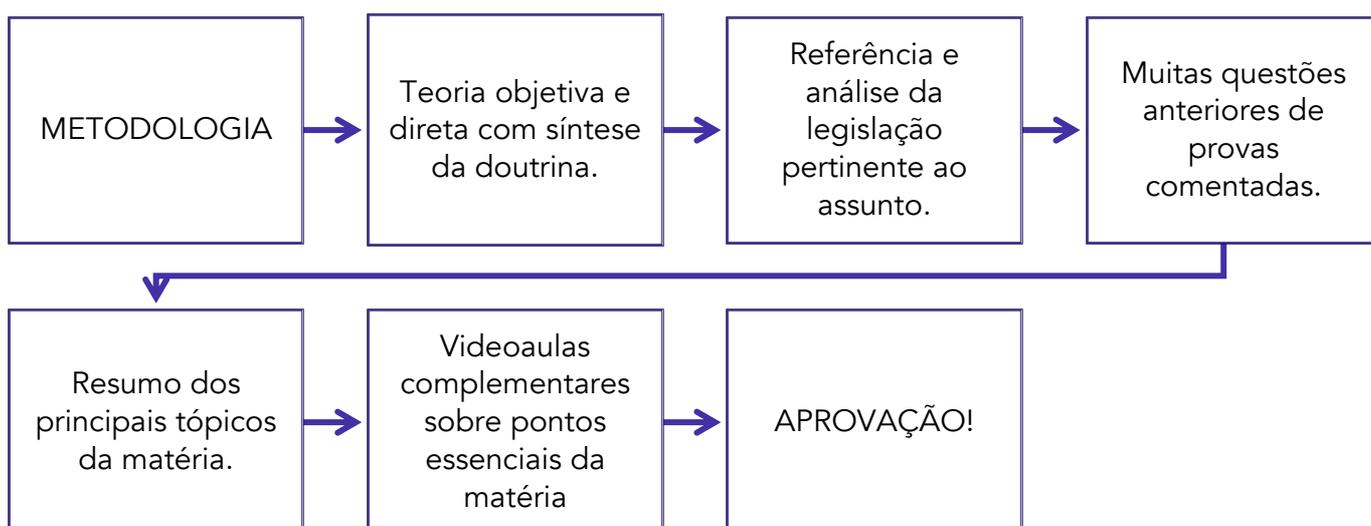
APRESENTAÇÃO DO CURSO

Iniciamos nosso **Curso Regular de Saúde Pública** em teoria e questões, para você que se prepara para provas **objetivas e discursivas** de concurso público na área de Enfermagem.

Trata-se de um curso completo, em que os assuntos serão tratados para atender aquele que está iniciando os estudos na área, como aquele que está estudando há mais tempo. A ideia é passar os pontos importantes de forma didática, com explicação clara e objetiva, além da resolução de muitos exercícios.

A seguir, apresento com mais detalhes, nossa **metodologia**. Mas antes, preciso passar algumas orientações!

Nossos livros digitais aqui no Estratégia (os famosos pdfs) tem por característica essencial a **didática**. Embora os assuntos sejam aprofundados, a didática é fundamental para que possamos aliar teoria, prática (resolução de exercícios) além de muitos **esquemas, gráficos informativos, resumos, figuras**, tudo isso visando direcionar você caro aluno no processo de estudo rumo à aprovação. Assim, nosso curso será estruturado do seguinte modo:



APRESENTAÇÃO PESSOAL

Meu nome é **Gisele Lima**. Sou graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e pós-graduada em Saúde Coletiva e Enfermagem do trabalho.

Iniciei na área de concurso público há 8 anos, quando coordenei um preparatório para concursos na área de enfermagem e ministrei aulas de Legislação do SUS. No mesmo ano fui aprovada para o cargo de enfermeira em Estratégia de Saúde da Família na Prefeitura de Salvador e posteriormente para a Prefeitura do Rio de Janeiro.

Quanto à atividade de professora, leciono para concursos, com foco na elaboração de materiais em *pdf* e videoaulas.

Deixarei abaixo meus contatos para quaisquer dúvidas ou sugestões. Terei o prazer em orientá-los da melhor forma possível nesta caminhada que estamos iniciando.

E-mail: gisamlima@hotmail.com

Instagram: https://www.instagram.com/prof_gisele.lima

CRONOGRAMA DE AULAS



AULAS	TÓPICOS ABORDADOS	DATA
Aula 00	Saúde da criança e do recém-nascido	20/03
Aula 01	Saúde da mulher	18/04
Aula 02	Saúde do homem e trabalhador	25/05
Aula 03	Saúde do adolescente, do adulto e do idoso	23/06
Aula 04	Saúde mental	25/07
Aula 05	Saúde pública	31/08



*PS: Essa é a distribuição dos assuntos ao longo do curso. Eventuais ajustes poderão ocorrer, especialmente por questões didáticas. De todo modo, sempre que houver alterações no cronograma acima, vocês serão previamente informados, justificando-se.

1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA- PNAISC

1.1 - Considerações Iniciais

Na aula de hoje vamos estudar a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**.

A PNAISC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é instituída pela **Portaria 1.130, de 05 de agosto de 2015** e está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. ¹

Fiquem atentos aos conceitos e, para memorizar, recorram aos gráficos e esquemas.

Boa aula!

1.2 – Conceito e terminologia

Pessoal, vamos iniciar nosso estudo entendendo o conceito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A PNAISC surge como uma "resposta social" à necessidade de se priorizar a vida, saúde e direitos básicos da criança e de proteger de qualquer forma de negligência, violência, discriminação e exploração.

Essa política compreende que investir nos primeiros anos de vida garantirá impacto positivo no desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida possibilitando a redução de futuras desigualdades em saúde.

Foi elaborada pelas três esferas de gestão em parceria com a sociedade civil, representada pela Rede Nacional da Primeira Infância, universidades, especialistas em aleitamento materno, profissionais renomados que integram o Comitê de Especialistas em Desenvolvimento Integral da Primeira Infância articulados com os Ministérios da Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. ²

O objetivo da **PNAISC** é **promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno**, isso é garantido através da atenção e cuidados integrais e integrados da **gestação aos 9 (nove) anos** de vida, com destaque à **primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade** buscando reduzir



a morbimortalidade e proporcionar um ambiente facilitador à vida com a oferta de condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.¹

De acordo com a Constituição Federal (CF) e Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) é considerada criança, a pessoa até 12 (doze) anos incompletos e adolescente, aquele que estiver compreendido entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos.²

O período compreendido entre a **concepção do bebê até os 6 anos** é chamado de **primeira infância**. O estímulo nessa fase é fundamental para promover o desenvolvimento mental, emocional e de socialização da criança e as experiências vividas contribuirão diretamente na formação do adulto.³

Como estamos falando de PNAISC, vamos conhecer a definição proposta por essa política.



Criança: pessoa na faixa etária de **0 (zero) a 9 (nove) anos**, ou seja, de 0 (zero) a **120 (cento e vinte)** meses;

Primeira infância: pessoa na faixa etária de **0 (zero) a 5 (cinco) anos**, ou seja, de 0 (zero) a **72 (setenta e dois)** meses.¹

Nos atendimentos de pediatria no SUS, a PNAISC vai abranger crianças e adolescentes até a idade de **15 (quinze) anos**, ou seja, **192 (cento e noventa e dois) meses**, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.¹

1.3 – Princípios da PNAISC

Quando pensamos em princípios podemos dizer que são um conjunto de normas ou padrões de conduta a serem seguidos. Os princípios são cargas valorativas, ou seja, valores essenciais.

¹ Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

² Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.



No caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, são elementos fundamentais para promoção e proteção da saúde da criança e o aleitamento materno. Abaixo, apresento os 08 (oito) princípios norteadores: ^{1,2}

Princípios da PNAISC:

- I - **Direito** à vida e à saúde
- II - **Prioridade** absoluta da criança
- III - **Acesso universal** à saúde
- IV - **Integralidade** do cuidado
- V - **Equidade** em saúde
- VI - **Ambiente facilitador** à vida
- VII - **Humanização** da atenção
- VIII - **Gestão participativa** e controle social

(...)

Vamos entender cada um deles?

O **Direito à vida e à saúde** é um **princípio fundamental** estabelecido pela nossa Constituição Federal (CF) de 1988. O art. 196 estabelece que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. ⁴

Perceba que o legislador Constituinte garantiu o **acesso universal e igualitário** às ações e aos serviços públicos visando a promoção, proteção integral e recuperação da saúde. Tal fato irá ocorrer mediante a **efetivação de políticas públicas** que venham a permitir por exemplo o nascimento, crescimento e desenvolvimento sadio e harmonioso da criança.

O segundo princípio estabelecido pelo PNAISC diz respeito à **prioridade absoluta da criança**. Visa estabelecer o cuidado e a primazia à criança em termos de proteção, em quaisquer circunstâncias.

Nesse sentido, podemos falar em **precedência de atendimento** nos serviços de saúde, **preferência nas políticas sociais**, bem como um direcionamento (e uma certa preferência também rs) na destinação de recursos para a execução das políticas públicas.

¹ Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

² Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

³ Fonte: Site A a Z do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>>. Acesso em 02 fev. 2020.



O terceiro princípio trata do **acesso universal à saúde**, um dos princípios do SUS descrito na Lei 8.080/90 como **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, ou seja, a garantia de saúde para todos os cidadãos.⁵

Vale lembrar que no artigo 198, parágrafo II da CF, o atendimento integral é citado como uma das diretrizes do SUS que deve priorizar as atividades preventivas, sem prejudicar as assistenciais.

A **equidade em saúde** é o quinto princípio da PNAISC, seu conceito é relativamente novo e foi incorporado ao SUS posterior à CF e Leis orgânicas (8.080 e 8.142/90), foi elaborado por Margaret Whitehead a partir da percepção das iniquidades em saúde que são definidas como as "diferenças desnecessárias e evitáveis e que ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis" (Whitehead, 1992), surge a equidade como um **compromisso com a justiça social**.⁶

O princípio da equidade se refere a "dar mais a quem precisa mais", o que pode ser percebido através de **políticas sociais** específicas que contemplem as particularidades das **minorias**, ex: políticas para LGBTQIA+, população negra, idosos, gestantes, crianças etc.

O sexto princípio é o **ambiente facilitador à vida**, ele compreende o **estabelecimento** e **qualidade** dos **vínculos** entre a criança e sua mãe/ família/ cuidadores, comunidade e a relação destes com os profissionais que atuam nos diferentes espaços percorridos ao longo de seu desenvolvimento.²

Esse ambiente é constituído pela interação entre a criança e sociedade por um desenvolvimento permeado pelo cuidado essencial. Este princípio é o que sustenta e dá suporte à ação de todos os outros na Atenção Integral à Saúde da Criança.

A **Humanização da atenção** é o sétimo princípio e propõe **qualificar as práticas do cuidado** através dos princípios, diretrizes e dispositivos propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH), como: acolhimento, gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador e dos diferentes sujeitos, defesa dos direitos dos usuários e ambiência. Esse princípio deve permear toda as ações da PNAISC.²

O oitavo princípio é a **Gestão participativa e controle social**, fala da importância de **estimular a democracia** e criar um ambiente favorável ao desenvolvimento da **cidadania ativa** e participativa. É exercida através de canais de participação popular, como: audiências públicas, conferências e conselho em todas as esferas do governo.²

¹ Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

² Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

⁶ Fonte: WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1999.



1.4 – Diretrizes da PNAISC

As **diretrizes** da PNAISC devem embasar a **elaboração de planos, programas, projetos** e das ações voltadas à saúde da criança¹. Dentro desse cenário, temos no PNAISC 09 (nove) diretrizes, a saber:

1. Gestão interfederativa das ações de saúde da criança
2. Organização das ações e dos serviços na rede de atenção
3. Promoção da Saúde
4. Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família
5. Qualificação da força de trabalho do SUS
6. Planejamento e desenvolvimento de ações
7. Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento
8. Monitoramento e avaliação
9. Intersetorialidade

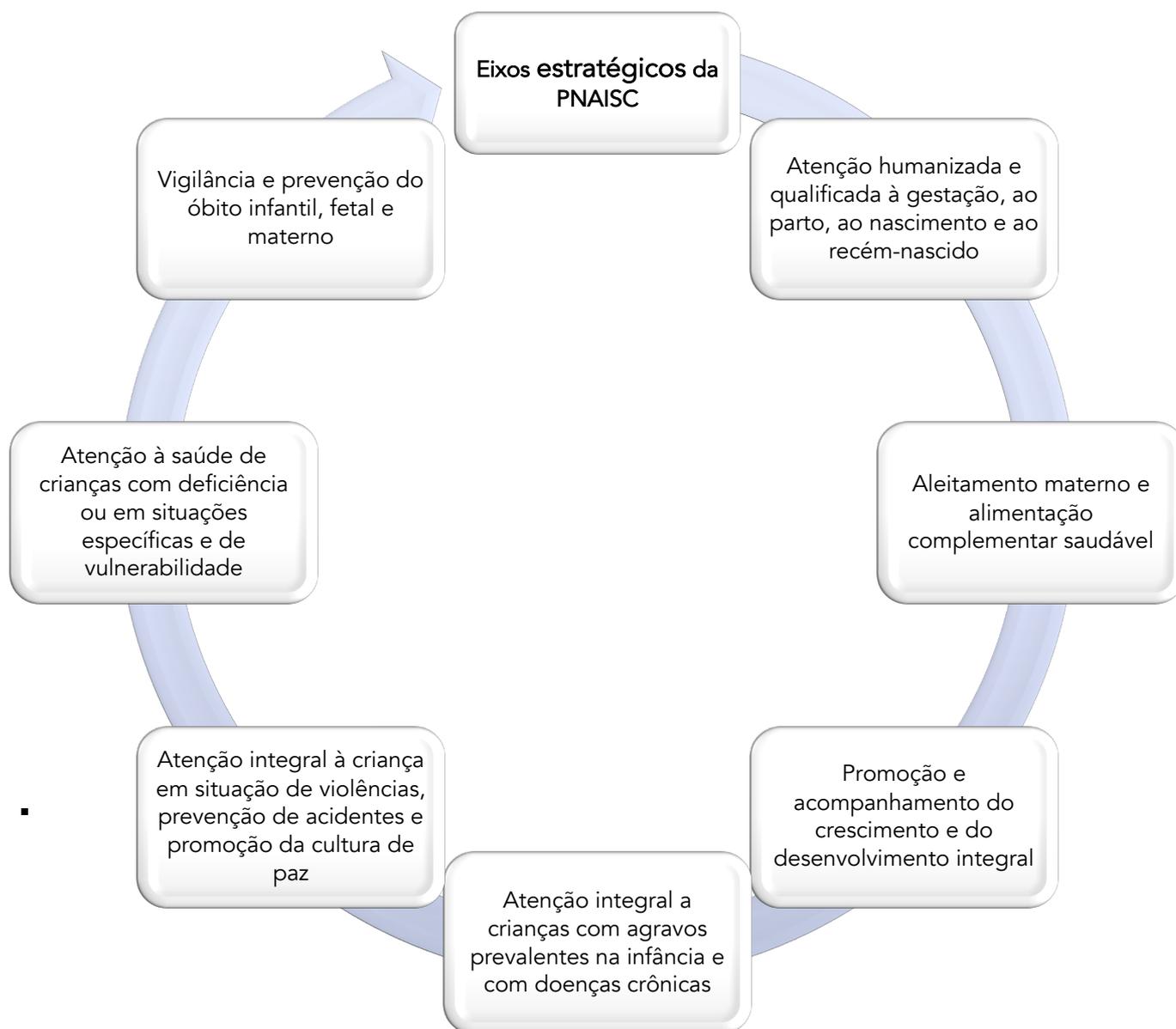
1.5 – Eixos Estratégicos

O PNAISC estabelece **sete eixos estratégicos** que vão orientar os gestores e trabalhadores em relação às ações e serviços de saúde da criança no território.¹ As ações se organizam a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e a Atenção Básica (AB).

Vamos compreender um pouco acerca dos eixos estratégicos:

¹ Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 202





Agora que já conhecemos os eixos é hora de descobrirmos o que está inserido em cada um. Vamos lá?

I - Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido:

Consiste na **melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal**, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção. ¹

¹ Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 202



II - Aleitamento materno e alimentação complementar saudável:

Consiste na **promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis. ¹

III - Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:

Trata-se da **vigilância e do estímulo ao pleno crescimento e desenvolvimento da criança**, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares. ¹

IV - Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas:

É um diagnóstico **precoce e a qualificação do manejo** de doenças prevalentes na infância e **ações de prevenção de doenças crônicas** e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível. ¹

V - Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz:

Um conjunto de **ações e estratégias da rede de saúde** para a prevenção de **violências, acidentes e promoção da cultura de paz**, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território. ¹

VI - Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade:

É um conjunto de **estratégias intrasetoriais e intersetoriais**, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a **identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento**, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva. ¹

VII - Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno:

Trata-se de ação de **Monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal** que possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. ¹

¹Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 202



Para implementar os eixos estratégicos, o PNAISC propõe algumas ações no que diz respeito à **atenção humanizada e qualificada** à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; a questão do **aleitamento materno** e alimentação complementar saudável; bem como ações estratégicas visando a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral da criança.

A política nacional também desenvolve ações estratégicas visando a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, em situação de violências, acidentes, deficiência, bem como em situações de vulnerabilidade.

A seguir, vamos estudar em detalhes cada uma dessas ações estabelecidas pelo PNAISC?

Vejamos (...)

↳ **Ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido:**¹

Para memorizar, foque nas ações relacionadas a cada momento do ciclo gravídico e do nascimento:

Pré-natal (gestação)

➔ **Prevenção da transmissão vertical** de HIV e SIFILIS

Parto e nascimento

- ➔ A **atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento**, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais.
- ➔ A **alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica**, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do **"5º Dia de Saúde Integral"**.

Recém-nascido

- ➔ A atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso: **"Método Canguru"**.
- ➔ A **qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil**, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a

¹Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 202



Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

- A **alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica**, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "**5º Dia de Saúde Integral**", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade.
- O seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de **forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica**.
- **Triagens neonatais universais**.

↪ **Ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável:**

Basta lembrar de programas e iniciativas que incentivam o aleitamento materno, ao total são 6:



I - A **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** (IHAC);

II - A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);

III - A **Mulher Trabalhadora que amamenta** (MTA);

IV - A Rede Brasileira de **Bancos de Leite Humano**;

V - A implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL);

VI - A **mobilização social em aleitamento materno**.

↪ **Ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:** ¹

¹ Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.



I - A disponibilização da "**Caderneta de Saúde da Criança**", com atualização periódica de seu conteúdo;

II - A qualificação do **acompanhamento do crescimento e desenvolvimento** da primeira infância pela **Atenção Básica à Saúde**;

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - O apoio à implementação do **Plano Nacional pela Primeira Infância**.

↳ **Ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas:** ¹

Ao pensar em crianças com agravos prevalentes na infância pense em **AIDPI** (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) e doenças crônicas relacione com a importância de ter cuidados bem definidos (construção de **diretrizes de atenção e linhas de cuidado**) e a possibilidade de ser atendido em domicílio (o **fomento da atenção e internação domiciliar**).

↳ **Ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz:** ¹

I - O fomento à organização e **qualificação dos serviços especializados** para atenção integral a crianças e suas famílias em **situação de violência sexual**;

II- A implementação da "**Linha de Cuidado** para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em **Situação de Violência**";

III- A articulação de **ações intrasetoriais e intersetoriais** de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz;

IV- O apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o **enfrentamento às violações de direitos da criança** pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

↳ **Ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade:** ¹

¹ Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 20



I- A articulação e intensificação de **ações para inclusão** de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas;

II- O apoio à implementação do **protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres**;

III- O apoio à implementação das **diretrizes para atenção integral** à saúde de crianças e adolescentes em **situação de trabalho infantil**.

Chegamos ao momento mais aguardado: conhecer como esse assunto é abordado nas provas.



(IBADE- IABAS/2019) O Ministério da Saúde (MS), para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera "criança" a pessoa na faixa etária de:

- a) zero a 144 meses.
- b) zero a 107 meses.
- c) zero a 132 meses.
- d) zero a 120 meses.
- e) zero a 96 meses.¹⁰

Comentários:

A **alternativa D** está correta e é o gabarito da nossa questão. Como vimos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) considera "criança" pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, até completar 10 anos, o que corresponde de zero a 120 meses. Questão simples e direta, hein? (rs)

2. (COMPERVE- RN/ 2019) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção

¹ Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-1.pdf>. Acesso em: 15 jan



à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. A PNAISC considera primeira infância o período de zero a:

- a) 5 anos, ou seja, de zero a 72 meses.
- b) 2 anos, ou seja, de zero a 24 meses.
- c) 9 anos, ou seja, de zero a 120 meses.
- d) 7 anos, ou seja, de zero a 84 meses.

Comentários:

A **alternativa A** é o gabarito da questão. Essa questão é bem similar a anterior, ela traz o conceito de primeira infância descrito na PNAISC, como a pessoa compreendida na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, porém na prática ele considera até completar 6 anos, ou seja, até 72 (setenta e dois) meses.

2. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Estatuto da criança e do adolescente conhecido como **ECA** foi instituído pela Lei. 8.069/90. Trata-se de uma legislação que trouxe aspectos importantes no que diz respeito ao conceito de criança e aos direitos e deveres fundamentais garantidos. E, aqui, cumpre ressaltar que o ECA estabeleceu valores importantes como o direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito e à dignidade, bem como o direito à convivência Familiar e Comunitária.

O estatuto ainda traz alguns aspectos essenciais no tema da prevenção à ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente; às medidas de proteção, bem como os atos infracionais e a atuação do chamado Conselho Tutelar.

Por ser uma Lei muito extensa, vamos estudar nesta aula apenas alguns pontos principais que geralmente estão presentes em provas de concurso.

O artigo 1º traz que a **lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente**. Para isso, é preciso estabelecer os limites de idade de cada faixa etária. Já no artigo 2º, temos a definição do que seja criança em relação ao marco temporal. ⁷





Considera-se **criança**, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e **adolescente** aquela **entre doze e dezoito anos** de idade.⁷

Mas, logo em seguida, há uma exceção, e, como sabemos que bancas adoram exceções. O estatuto nos diz que *“Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas **entre dezoito e vinte e um anos de idade**”*.

O artigo 3º do ECA fala que a **criança e o adolescente** gozam de todos os **direitos fundamentais inerentes à pessoa humana**, sem prejuízo da **proteção integral** de que trata esta Lei e que lhes deve ser assegurado, por lei ou por outros meios, **todas as oportunidades e facilidades**, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.⁷

Quando falamos em **garantia de direitos**, vale lembrar que se aplica **a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação** de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.⁷

Mas, que direitos são esses? E a quem cabe o dever de garanti-los?

Vejamos o que dispõe art. 4º do ECA:

*Artigo 4º: É **dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos** referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.*⁷

Perceba que o legislador adotou uma expressão interessante **“absoluta prioridade”**. Fizemos, inclusive a marcação acima. (rs) Quando fala em **garantia de prioridade**, diz respeito a preferência ou primazia para:⁷

- ✓ Receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- ✓ Atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017



- ✓ Na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- ✓ Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Dentre as disposições preliminares, temos ainda o art. 5º. O estatuto estabelece que não deverá haver qualquer forma de negligência, discriminação, violência ou outras condutas que possam violar os direitos fundamentais da criança ou adolescente. ⁷



*Art. 5º **Nenhuma criança ou adolescente** será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. ⁷*

O Estatuto da Criança e do Adolescente inaugura o título II tratando do tema dos direitos fundamentais. E, dentro desse aspecto, o tema do **direito à vida e à Saúde** está previsto nos arts. 7º ao 14º. Falar em “vida e saúde” é compreender que são elementos fundamentais inerentes à **dignidade da pessoa humana**, um dos princípios mais basilares do direito.

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde. E o legislador conferiu esse tratamento privilegiado em razão das questões peculiares da fase de sua existência.

Então, como efetivar esse direito, professora?

Ora, o estatuto estabeleceu que isso deve ocorrer mediante a **efetivação de políticas sociais** públicas que venham a permitir o **nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso**, sobretudo em condições dignas de existência. Vejamos o que dispõe o art. 7º:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. ⁷

Ainda no estudo do direito à vida e à saúde, o ECA nos diz em seu art. 8º que “É assegurado a **todas as mulheres** o acesso aos **programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo**”.⁷ Trata-se de uma importante previsão, pois esse caráter assecuratório visa permitir o acesso às políticas de saúde da mulher.

Além disso, temos mais uma informação importante no art. 8. O legislador assegurou ainda a todas as **mulheres gestantes**, uma **nutrição adequada**, bem como uma **atenção humanizada à gravidez**, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do nosso SUS, que é o Sistema Único de Saúde.⁷

Falando de gestantes... de quem é a responsabilidade pelo **atendimento pré-natal**? Da **atenção primária**. Quando falamos da atenção primária a saúde (APS) tomar para si essa responsabilidade significa que se a gestante não iniciar ou abandonar as consultas de pré-natal ou a puérpera não comparecer às consultas pós-parto, o serviço deverá realizar a **busca ativa**.⁷

Os profissionais de referência é que **garantirão a vinculação** das gestantes no último trimestre de gestação ao local em que será realizado o parto assegurando o direito de opção da mulher.⁷

O serviço de saúde **onde ocorre o parto** deve **assegurar alta hospitalar** responsável para a puérpera e seus filhos, dar um feedback para a atenção primária, a "famosa" **contrarreferência** e garantir acesso a outros serviços e grupos de apoio a amamentação.⁷

Outro direito importante das **mulheres no período pré e pós-natal** assegurado pelo ECA é a garantia da **assistência psicológica** para prevenir ou diminuir as consequências do estado puerperal. Essa mesma assistência também deve ser oferecida a gestantes e mães que desejem entregar seus filhos para doação, assim como para as que estiverem em **situação privada de liberdade**.⁷

A gestante e a parturiente têm direito a **1 (um) acompanhante** de sua preferência durante o período do **pré-natal**, do trabalho de **parto e do pós-parto** imediato.⁷

Esse direito é um dos **mais conhecidos e cobrados em prova**. Deve ser garantido em todos os serviços de saúde do SUS, rede própria ou conveniada. Foi citado inicialmente na Lei 11.108 de 2005, conhecida como "Lei do acompanhante", que inclui na Lei 8.080/90, o subsistema de

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.



acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e em 2016, a partir de uma nova Lei (13.257) foi incorporado ao ECA. ⁷

Deve ser oferecida à gestante orientações sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil, formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança. ⁷

A **gestante deve ter acesso** ao **pré-natal** por toda a gestação e ao **parto natural cuidadoso** como primeira escolha, devendo ser realizada a cesariana apenas por indicação médica.

O **aleitamento materno** e a **alimentação complementar** saudável devem ser **estimulados** de forma **contínua** por profissionais das unidades primárias de saúde.

Cabe ao poder público, instituições e aos empregadores propiciar condições adequadas para que a mãe amamente, inclusive para aquelas sob medida privativa de liberdade.

Os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de **banco de leite humano** ou unidade de coleta de leite humano.

Os **hospitais e estabelecimento de atenção à saúde de gestantes**, públicos e particulares são obrigados a manter **registro das atividades nos prontuários** individuais, pelo **prazo de dezoito anos**; identificar o recém-nascido através da impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe; **realizar exames** para diagnosticar e tratar anormalidades no **metabolismo do recém-nascido** (triagens neonatais) e orientar os pais; na declaração de nascimento anotar as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato; manter alojamento conjunto e **acompanhar a prática da amamentação**, orientando quando necessário.



Todos os estabelecimentos de saúde, sem distinção, devem oferecer condições propícias para acompanhantes (pais ou responsável), em tempo integral, de crianças e adolescentes internados.

Os casos de **suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos** contra criança ou adolescente serão

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

obrigatoriamente comunicados ao **Conselho Tutelar** da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. ⁷.

O mais importante nesse artigo é saber que o Conselho Tutelar é a autoridade que deve ser comunicada em caso de violência e maus-tratos.

Se a gestante ou mãe demonstrar **interesse em entregar seus filhos para adoção**, serão **obrigatoriamente** direcionadas à **Justiça da Infância e da Juventude**, sem ser submetida a nenhum tipo de constrangimento. ⁷

Crianças na **faixa etária da primeira infância (0 a seis anos)** com **suspeita ou confirmação de violência** de qualquer natureza tem **máxima prioridade de atendimento** pelos serviços de saúde em suas diferentes portas, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, devendo ser formulado projeto terapêutico singular e, se necessário, acompanhamento domiciliar. ⁷



É **OBRIGATÓRIA** a **vacinação** das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.

Vamos conhecer um pouco de como deve ser ofertada a **atenção odontológica**, segundo o ECA?

A **atenção à saúde bucal** oferecida às crianças e gestantes deve ser **transversal, integral e intersetorial** com as outras linhas de cuidado destinadas à mulher e criança.

Uma informação interessante é que a **atenção odontológica** à criança se inicia antes mesmo de o bebê nascer, ocorre no **aconselhamento pré-natal**, com função de educar e proteger e depois ocorre no **sexto e no décimo segundo anos de vida**, com orientações sobre saúde bucal. ⁷

Mesmo que a criança apresente **necessidade de cuidados odontológicos especiais**, o atendimento será **ofertado pelo SUS**. ⁷

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.



É **obrigatória** a aplicação a todas as crianças, **nos seus primeiros dezoito meses de vida**, de **protocolo ou outro instrumento** construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de **risco para o seu desenvolvimento psíquico**.⁶

O ECA reforça o direito constitucional à liberdade aliado ao respeito e dignidade que a criança e o adolescente possuem durante seu processo de desenvolvimento.

(...)

Professora, o que pode ser compreendido como direito à liberdade?

Quando falamos em **direito à liberdade**, imediatamente pensamos no **direito de ir e vir** e de permanecer nos locais (logradouros) públicos e espaços comunitários, claro, que observadas as restrições legais;

Outros aspectos relacionados à liberdade são o direito de **manifestar sua opinião** e expressão e a **escolha de crença e culto religioso**, a escolha de **brincar, praticar esportes**, se divertir e **participar da vida familiar e comunitária**, sem discriminação e da vida política.

O último aspecto refere que a criança e adolescente possui liberdade para busca de **refúgio, auxílio e orientação**.



Para fixar melhor, vou listar os aspectos do direito à liberdade:⁷

- I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;
- II - opinião e expressão;
- III - crença e culto religioso;
- IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;
- V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;
- VI - participar da vida política, na forma da lei;

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.



VII - buscar refúgio, auxílio e orientação.

Todos têm o **dever** de **velar pela dignidade** da criança e do adolescente, mantendo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. ⁷

Toda criança e adolescente tem o direito de **ser educados e cuidados sem** o uso de **castigo físico** ou de **tratamento cruel** ou degradante. ⁷

É considerado **castigo físico** qualquer ação disciplinar ou punitiva em que se aplica o **uso da força física** sobre a criança ou o adolescente **causando sofrimento físico ou lesão**. ⁷

É considerado **tratamento cruel ou degradante**, a conduta que cause a criança ou ao adolescente: **humilhação, ameaça grave** ou que o **ridicularize**. ⁷

Se a criança ou adolescente sofrer castigo físico ou tratamento cruel ou degradante como maneira de disciplina, correção, educação ou qualquer outra motivação, aquele (a) que executou estará sujeito às medidas de acordo com a gravidade do caso: ⁷

- I – encaminhamento a **programa** oficial ou comunitário de **proteção à família**;
- II – encaminhamento a **tratamento psicológico ou psiquiátrico**;
- III – encaminhamento a cursos ou programas de **orientação**;
- IV – obrigação de encaminhar a **criança a tratamento especializado**;
- V – **advertência**.

Essas medidas serão **aplicadas** pelo **Conselho Tutelar**, sem prejuízo de outras providências legais.

Que tal, agora, a gente dar uma parada na teoria e partir para prática?? Vamos ver como o ECA é abordado nas provas?



(VUNESP/2016) Em três consultas de enfermagem consecutivas de uma criança com dois anos de idade, a enfermeira constatou a presença de equimoses, hematomas e lesões em diferentes

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.



estágios de cicatrização nas costas, nádegas, coxas e face. A mãe da criança, mesmo sem ser perguntada, justificou as marcas dizendo que "a criança vivia caindo". Suspeitando se tratar de um caso de violência física contra a criança a enfermeira decidiu, entre outras ações, realizar visita domiciliar para avaliação da situação. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, em tais situações os profissionais de saúde devem comunicar, obrigatoriamente:

- a) Delegacia de polícia da região.
- b) O Ministério Público.
- c) O Conselho Tutelar da localidade.
- d) A Vara de Família do Poder Judiciário.
- e) O Conselho Municipal de Saúde.

Comentário:

A alternativa correta é a **letra C**. Como vimos no ECA, em casos de suspeita ou confirmação de castigo físico ou maus tratos contra a criança e adolescente é OBRIGATÓRIO comunicar ao Conselho Tutelar da localidade.

(INSTITUTO AOCP/2015) Conforme o artigo 15 e 16 do Estatuto da Criança e do Adolescente, a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis. O direito à liberdade compreende, EXCETO:

- a) Ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais.
- b) Opinião e expressão.
- c) A crença e culto religioso.
- d) Brincar, praticar esportes e divertir-se.
- e) O de serem educados e cuidados sem o uso de castigo físico.

Comentário:

A alternativa correta é a **letra E**, pois, apesar de ser um direito não integra o direito à liberdade.

- ✓ **Família natural:** é composta pelos **pais ou qualquer deles** e seus descendentes.
- ✓ **Família extensa ou ampliada:** além de pais e filhos **inclui parentes próximos** com os quais a criança ou adolescente **convive e mantém vínculos** de afinidade e afetividade.

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.



Ser **reconhecido como filho** é direito **personalíssimo, indisponível e imprescritível**, pode ser exercitado contra os pais ou seus herdeiros, sem restrição, observado o segredo de Justiça.⁷

No caso de **guarda, tutela ou adoção**, a **criança ou o adolescente será previamente ouvido** por equipe interprofissional, respeitado seu estágio de desenvolvimento e grau de compreensão sobre as implicações da medida, e terá sua **opinião devidamente considerada**, sempre que for possível.⁷

Se o adolescente for **maior de 12 (doze) anos** de idade, será necessário seu **consentimento**, colhido em audiência, para realizar a adoção, guarda ou tutela.⁷

No Capítulo IV, o ECA traz o direito da criança e adolescente à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer. Esses direitos devem ser assegurados através da:⁷

- I – **igualdade de condições** para o acesso e permanência na escola;
- II – direito de ser **respeitado por seus educadores**;
- III – direito de **contestar critérios avaliativos**, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;
- IV – direito de organização e participação em **entidades estudantis**;
- V – **acesso à escola pública e gratuita** próxima de sua residência.⁷

*Artigo 60: É **proibido** qualquer **trabalho** a **menores de quatorze anos** de idade, salvo na condição de aprendiz.⁷*

Como exemplo, temos o Jovem Aprendiz, que a ideia é oferecer ao adolescente e jovem uma oportunidade de capacitação e inserção no mercado de trabalho, mas sem esquecer da célebre frase que diz: "lugar de criança e adolescente é na escola".

Para que o jovem acesse a formação técnico-profissional deve seguir os seguintes princípios:⁷

- I – garantia de **acesso e frequência** obrigatória ao **ensino regular**;
- II – atividade **compatível com o desenvolvimento** do adolescente;
- III – **horário especial** para o exercício das atividades.

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.



Se o adolescente tiver **até quatorze anos** de idade terá direito a uma **bolsa de aprendizagem** e se for **maior de quatorze** terá assegurados os **direitos trabalhistas e previdenciários**.⁷

Se o adolescente for portador de deficiência terá garantido trabalho protegido.⁷

Art. 70: É **dever de todos prevenir** a ocorrência de **ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente**.

Os profissionais de saúde, educação e assistência social e dos demais agentes que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente devem receber **formação continuada e capacitação para prevenção**, identificação de evidências, diagnóstico e ao **enfrentamento** de **todas as formas de violência** contra a criança e o adolescente.⁸



(FUNCERN/2015) Nos termos da Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, é correto afirmar:

- a) Gestantes ou as mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas ao serviço social da maternidade para que esse serviço agilize a adoção.
- b) Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.
- c) Os empregadores, as instituições e o poder público propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, excluindo-se os filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade em regime fechado ou semiaberto.
- d) As situações de crianças ou adolescentes que estiverem em programa de acolhimento familiar ou institucional serão reavaliadas, no máximo, a cada doze meses, devendo a autoridade judiciária competente, decidir pela possibilidade de reintegração familiar ou colocação em família substituta.

Comentário:

⁷ Fonte: Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.



A alternativa correta é a **letra B**. A primeira alternativa está **incorreta** porque gestantes ou mães que desejem entregar seus filhos para adoção deverão ser encaminhadas para a assistência psicológica, na alternativa C, está **incorreta** a palavra excluindo-se, pois deveria ser incluindo e a última alternativa está **incorreta** porque a reavaliação deve ser a cada seis meses.

(VUNESP/ 2019) Há cerca de 10 dias, E.S., 19 anos, trouxe seu filho de dois anos para fazer curativo em um ferimento na perna. Ao realizar o procedimento, o enfermeiro observou que a criança estava muito assustada e arredia e apresentava equimoses, em estágios diferentes, nas pernas, braços e tronco. Suspeitando tratar-se de um caso de maus tratos contra a criança, realizou visitas domiciliares de acompanhamento constatando que o pai e a mãe da criança faziam abuso do álcool, tornando-se agressivos. A presença de novas lesões no corpo da criança, seu comportamento e o relato de vizinhos confirmaram as suspeitas iniciais do enfermeiro. Frente a essa situação, de acordo com o estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o enfermeiro deve, obrigatoriamente, entre outras ações:

- a) Encaminhar os pais a atendimento em centro de apoio a fim de avaliação e tratamento para o abuso do álcool.
- b) Comunicar o Conselho Tutelar da localidade.
- c) Providenciar a remoção da criança para casa de parente próximo ou verificar a disponibilidade de vaga em família substituta cadastrada na região para recebê-la.
- d) Solicitar o acompanhamento da família por assistente social.
- e) Encaminhar o caso ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, para orientação e providências.

Comentário:

A alternativa correta é a **letra B**. Como vimos, toda suspeita ou caso de violência, agressão deve ser comunicado ao Conselho Tutelar.

3. PUERICULTURA

3.1 – Conceitos em neonatologia

Antes de entrarmos a fundo na saúde da criança, precisamos conhecer alguns conceitos importantes em neonatologia, que podem ser perguntados em prova ou serem peça-chave para compreender uma questão de concurso. Vamos começar!





Classificação quanto ao peso de nascimento	
RN com peso normal	De 2.500 até 3.999 g
RN com baixo peso ao nascer	Menos de 2.500 g
RN com muito baixo peso ao nascer	Menos de 1.500 g
RN com extremo baixo peso ao nascer	Menos de 1.000 g
RN de tamanho excessivamente grande	≥ 4.500 g

Fonte ⁸

Classificação quanto à idade gestacional	
RN prematuro ou pré-termo	Menos de 37 semanas completas (até 36 semanas e 6 dias) PREMATURO TARDIO: 34-36 semana 6 dias de Idade gestacional (IG)
RN a termo	De 37 semanas a 41 semanas e 6 dias de gestação
RN pós-termo	42 semanas ou mais de gestação

Fonte ⁸

Classificação quanto ao peso em relação à idade gestacional	
Adequado para a idade gestacional (AIG)	Entre os percentis 10 e 90
Pequeno para a idade gestacional (PIG)	Abaixo do percentil 10
Grande para a idade gestacional (GIG)	Acima do percentil 90

Fonte ⁸

3.2 – 1ª consulta do recém-nascido

Qual o momento ideal para a primeira consulta do recém-nascido?

O Ministério da Saúde recomenda que seja na **primeira semana** de vida, conhecida como a **primeira semana de saúde integral** preconizada pela **"Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil"** pois é um momento oportuno para orientar a mãe e

⁸ Fonte: OMS



familiares quanto ao aleitamento materno exclusivo, imunizações, verificar a realização das triagens neonatais (ex: teste do pezinho) e para constituir ou fortalecer a rede de apoio à família. ⁹

Na Atenção Básica, os profissionais que realizam o pré-natal geralmente também irão acompanhar a família durante a puericultura da criança. ⁹

Após a alta da maternidade, a criança deve ter a Caderneta de Saúde da Criança e estar com agendamento do “5º Dia de Saúde Integral” da mãe e bebê. **A visita domiciliar para a puérpera e o recém-nascido, prioritariamente o recém-nascido de risco**, deve ser realizada também **na primeira semana após a alta hospitalar**. ⁹

Mas, afinal professora, o que deve ser realizado na primeira consulta do RN?

Na 1ª consulta do recém-nascido são realizadas: **anamnese, exame físico e avaliação de situação de risco e vulnerabilidade**. ⁹

Na **anamnese** é importante conhecer as **condições do nascimento da criança**, como por exemplo o tipo de parto, o local do parto, o peso ao nascer, a idade gestacional, o índice de **Apgar**, bem como as intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e nos tratamentos realizados). ⁹

Além disso, na **anamnese** são conhecidos os antecedentes familiares, ou seja, as condições de saúde dos pais e dos irmãos, o número de gestações anteriores, bem como o número de irmãos. ⁹

3.3 – Escore, Índice ou Escala de Apgar

Com essa escala é possível avaliar de forma rápida a vitalidade do recém-nascido e a necessidade de reanimação. Os pais conhecem como a “nota” que o bebê recebe após nascer.

Consiste na avaliação de **5 sinais no primeiro, no quinto e no décimo minuto** após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais **uma pontuação de 0 a 2**. ¹⁰



ESTA CAI NA
PROVA!

Sinais avaliados ¹⁰:

- ✓ Frequência cardíaca
- ✓ Respiração
- ✓ Tônus muscular
- ✓ Cor da pele
- ✓ Presença de reflexos



Tabela para cálculo do Índice de Apgar			
Pontos	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	< 100/min	>100/min
Respiração	Ausente	Fraca, irregular	Forte/Choro
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento ativo/Boa flexão
Cor da pele	Cianótico/Pálido	Cianose de extremidades	Rosado
Irritabilidade Reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros/Choro

Fonte ¹⁰.

Quando falamos de **Apgar**, temos que ter em mente quais são os 5 parâmetros avaliados e o que significa o somatório final. Vejamos:

➤ **Score no 5º minuto de vida:** ¹⁰

Apgar 7 a 10: cerca de **90% dos recém-nascidos**

bebê nasceu em **ótimas condições**

Apgar 4 a 6: bebê apresentou uma **dificuldade moderada** (geralmente está relacionado com prematuridade, medicamentos usados pela mãe, malformação congênita)

Apgar 0 a 3: **maior risco** de mortalidade e **leve aumento** de paralisia cerebral

No primeiro minuto o score de **Apgar** geralmente tem relação com o PH do cordão umbilical e significa asfixia intraparto. O **Apgar** do quinto minuto está associado com possíveis sequelas neurológicas. Então. Se o score for **menor que 7 no quinto minuto** é indicativo de **asfixia perinatal**

e recomenda-se sua aplicação a cada cinco minutos, até os 20 minutos de vida (Score de Apgar ampliado). ¹⁰

É importante lembrar que um baixo índice de Apgar, isoladamente, não prediz disfunção neurológica tardia.

Professora, o que é importante avaliar no exame físico?

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹⁰ Fonte: BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



Boa pergunta (rs). Listamos a seguir 12 itens importantes. Vejamos: ⁹

1. Peso, comprimento e perímetro cefálico:

Comparar as medidas obtidas com o ideal e colocá-las nos gráficos. Lembrando que é normal uma perda de peso de até 10% ao nascer e a recuperação até o 15º dia de vida. Se o perímetro cefálico apresentar medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou > +2 escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, exemplo: microcefalia e hidrocefalia. ²²

2. Desenvolvimento social e psicoafetivo:

Observar e avaliar o vínculo da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: **formas de interação, tipos de estímulo ofertados ao bebê e como ele reage.**

3. Estado geral:

Começar pela **avaliação da postura normal do recém-nascido**: extremidades fletidas, mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observar o padrão respiratório: a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos.

Avaliar o estado de vigília do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. **Identificar sinais de desidratação e/ou hipoglicemia**: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A temperatura axilar (36,4°C- 37,5°C) só deve ser medida na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.

4. **Pele**: Observar a presença de: **edema, palidez** (sangramento, anemia e sinal de arlequim – palidez em um hemitorço e eritema do lado oposto), **cianose** (se generalizada, sugere doenças cardiorrespiratórias graves; se localizada nas extremidades ou na região perioral, pensar em hipotermia), **icterícia, assaduras, pústulas** (impetigo) e **bolhas palmo-plantares** (sífilis).

5. **Crânio**:

Examinar fontanelas: a **anterior mede de 1cm - 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês** e não deve estar fechada ao nascimento, já a **posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês**. O ideal é que estejam normotensas, não

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014



devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Informar aos genitores/ familiares que bossa serossanguínea e cefalematomas desaparecem espontaneamente.

6. Tórax:

Avaliar assimetria, pois pode indicar malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpar clavículas para verificar se há fraturas. Avaliar presença de **ingurgitamento ou secreção leitosa** (devido passagem de hormônios maternos) nas mamas. Se presentes, orientar a família quanto à involução espontânea.

Observar possíveis **sinais de sofrimento respiratório** (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor).

Contar frequência cardíaca, o padrão respiratório normal está entre 120- 160bpm. Observar a possível presença de cianose, **abaulamento pré-cordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos e verificar os pulsos.**

7. **Abdome:** Avaliar a forma do abdome: semigloboso e se apresenta alterações (dilatação ou escavação). Se for globoso, distendido, com ondas peristálticas visíveis sugere obstrução e, se escavado é indicativo de hérnia diafragmática. O perímetro abdominal é cerca de **2 a 3 cm menor que o cefálico.** ⁹

Verificar a presença de **granuloma umbilical** após a queda do coto. Observar se a região umbilical **está vermelha, edemaciada e com secreção fétida**, o que indica onfalite.

Observar a **respiração**, que é basicamente **abdominal**. Frequência respiratória (FR): 40-60 irpm.

8. Genitália:

Apalpar a **bolsa escrotal** para identificar a presença dos **testículos**, se não forem palpáveis, informar a mãe que isso pode ser comum, principalmente em prematuros, porque, na maioria das vezes, os testículos "descem" até os 3 meses de vida. ⁹

O estreitamento de prepúcio, denominado como **fimose, é fisiológico ao nascimento.** É importante observar a localização do **meato urinário** para excluir a possibilidade de **hipospádia ou epispádia.**

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹⁰ Fonte: BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



Na genitália feminina, pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que tem resolução espontânea.

9. Ânus e reto:

Verificar permeabilidade anal, a posição do orifício e a presença de fissuras;

10. Sistema osteoarticular:

Examinar os membros superiores e inferiores. Verificar presença de **displasia evolutiva do quadril e pé torto congênito grave**;

11. Coluna vertebral:

Examinar toda a coluna, especialmente, a área lombo-sacra;

12. Avaliação neurológica:

Observar e avaliar **reflexos primitivos**/ arcaicos.

3.4 - Coto umbilical

O coto umbilical no início é gelatinoso, seca progressivamente, mumificando-se perto do 3º ou 4º dia de vida, e desprende do corpo em torno do **6º ao 15º dia**.¹⁰

Quais são os sinais de alerta no coto umbilical?¹⁰

- ✓ Presença de secreções na base do coto umbilical
- ✓ Eritema da pele ao redor da implantação umbilical
- ✓ Secreção purulenta na base do coto, com edema e hiperemia da parede abdominal, principalmente se formar um triângulo na parte superior do umbigo, indicam onfalite, infecção de alto risco para a criança.

Profª. Gisele, e como é realizado o processo de higiene?

Detalhe importante!!! A higiene da região umbilical é realizada com **álcool a 70% após cada troca de fralda**.

3.5 - Rastreamento para displasia evolutiva do quadril

O **rastreamento para displasia evolutiva do quadril** é recomendado pelos protocolos, pois o **diagnóstico precoce** (anterior aos 3 a 6 meses de idade) é importante na escolha de tratamentos menos invasivos e com menores riscos de complicações.⁹

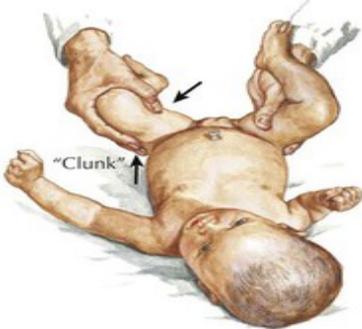


Podemos listar alguns fatores de risco para **luxação congênita do quadril** ⁹:

- ✓ Gênero feminino
- ✓ Crianças com história familiar de displasia congênita do quadril
- ✓ Parto com apresentação pélvica

Em relação às manobras para rastreamento, temos dois tipos ⁹:

- Barlow (provocativa do deslocamento)
- Ortolani (sua redução) nas primeiras consultas (15 dias, 30 dias e 2 meses), testando um membro de cada vez.²⁴

Manobra de Ortolani	Manobra de Barlow
	
Fonte ¹¹	
<p>É realizado, simultaneamente, uma rotação externa e abdução da coxa e força contra a articulação coxofemural.</p>	<p>É o movimento contrário à manobra de Ortolani.</p>
<p>É positiva quando há sensação de deslocamento do quadril o que indica, displasia do quadril com subluxação da cabeça do fêmur com o acetábulo. ⁹</p>	<p>A partir da abertura feita durante a manobra de Ortolani, com as mãos na mesma posição, realiza-se a rotação interna e adução da coxa. ⁹</p>

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹⁰ Fonte: BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



Pessoal, um outro ponto a ser observado na 1ª consulta são as **situações de vulnerabilidade**, tanto clínica como familiar ou social. Mas, quais são elas? ²⁵

Criança residente em área de risco
Baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g)
Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais)
Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto
Internações/intercorrências
Mãe com menos de 18 anos de idade
Mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo)
História familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade

Fonte ⁹

(...)

Durante a visita domiciliar, o profissional de saúde deve saber identificar **sinais de perigo à saúde da criança**. Sabe o que significa?

São sinais que indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência em urgência ⁹:

- ✓ Recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar);
- ✓ Vômitos importantes (ela vomita tudo o que ingere);
- ✓ Convulsões ou apneia (a criança fica em torno de 20 segundos sem respirar);
- ✓ Frequência cardíaca abaixo de 100bpm;
- ✓ Letargia ou inconsciência;
- ✓ Respiração rápida (acima de 60bpm);
- ✓ Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual);
- ✓ Febre (37,5°C ou mais);
- ✓ Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;

⁹Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹¹ Fonte: Site questões de medicina blogspot. Disponível em: < <http://questoesdemedicina.blogspot.com/2017/04/teste-de-barlow-e-de-ortolani.html>>. Acesso em 10 jan 2020.



- ✓ Gemidos;
- ✓ Fontanela (moleira) abaulada;
- ✓ Secreção purulenta do ouvido;
- ✓ Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite);
- ✓ Pústulas na pele (muitas e extensas);
- ✓ Irritabilidade ou dor à manipulação

No caso de crianças maiores de 2 meses, é importante observar se a criança não consegue beber ou mamar no peito; se ela vomita tudo o que ingere, se apresenta convulsões ou se está letárgica ou inconsciente. ⁹

Frequentemente as crianças são acometidas por doenças respiratórias e gastrointestinais. O profissional de saúde deve estar atento aos sinais de gravidade dessas enfermidades. No caso de a criança apresentar diarreia, é importante identificar sinais de gravidade de desidratação. ⁹



Doenças respiratória ⁹

- Aumento da frequência respiratória;
- Sibilos (chiado) ou estridor;
- Tiragem subcostal (parede torácica inferior se retrai quando a criança inspira).

Desidratação

- Letargia;
- **3 I's**: Inconsciência; Irritação; Inquietude;
- Olhos fundos;
- Criança não consegue mamar ou beber líquidos.

⁹Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



3.6 - Diarreia em menores de 2 meses

Antes de falarmos de diarreia precisamos compreender que o padrão normal dos bebês que recebem aleitamento materno exclusivo é de 6 a 8 evacuações líquidas ao dia.¹⁰

A diarreia aguda em uma criança menor de 2 meses pode causar desidratação e levar à morte. Já a diarreia for prolongada pode ocasionar problemas nutricionais que contribuem para a mortalidade.¹⁰

Se a diarreia for com presença de sangue pode ser decorrente da doença hemorrágica do RN secundária à deficiência de vitamina K, de outros problemas de coagulação, como a coagulação intravascular disseminada, ou de enterocolite necrosante.¹⁰

O sangue nas fezes também pode ser causado por fissuras anais ou à alergia ao leite de vaca.¹⁰

Alguns cuidados importantes são: *lavagem das mãos, o aleitamento materno exclusivo e o tratamento rápido e adequado.*¹⁰

Algumas perguntas e sinais são importantes para avaliar a diarreia e orientar a conduta¹⁰:

- ✓ Perguntar e observar se a criança apresenta sinais de desidratação:
- ✓ A criança evacua quantas vezes ao dia?
- ✓ Qual é a consistência das fezes?
- ✓ Há quanto tempo?
- ✓ Há sangue nas fezes?
- ✓ Letargia, inconsciência ou irritabilidade
- ✓ Olhos fundos
- ✓ Sinal da prega cutânea

A partir destas informações, pode-se classificar e orientar o tratamento:²⁸

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹⁰ Fonte: BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹⁰ Fonte: BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico ⁹
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber ⁹
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente ⁹
Enchimento capilar ¹	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos) ⁹
Conclusão	Não tem desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe desidratação grave
Tratamento	Plano A Tratamento domiciliar	Plano B Terapia de reidratação oral no serviço de saúde	Plano C Terapia de reidratação parenteral

Fonte ¹⁰

3.7 - Criptorquidia

Você já ouviu esse nome? Se ainda não... chegou a hora de conhecê-la e saber o porquê ela é cobrada nas provas. Vamos lá. ;)

Criptorquidia é a **ausência de um ou dois testículos** na bolsa testicular, quando presente isoladamente é a **anomalia congênita mais comum ao nascimento**.⁹

Migração espontânea dos testículos → **Primeiros 3 meses de vida** (normalmente) e raramente após os 6 a 9 meses.⁹

Como vimos, na primeira visita ao RN, ao realizar o exame físico, devem ser palpados os testículos, caso não sejam palpáveis ou sejam retráteis, o rastreamento deve ser feito nas visitas rotineiras de puericultura.⁹

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹⁰ Fonte: BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



Criança com 6 meses ¹²

- Testículos não palpáveis no saco escrotal → encaminhar a criança à cirurgia pediátrica
- Testículos retráteis → monitorar a cada 6-12 meses entre os 4 e 10 anos de idade do menino, pois pode ocorrer de a criança crescer mais rápido do que o cordão espermático nessa faixa de idade e os testículos saírem da bolsa escrotal

Tratamento precoce da criptorquidia → **CIRURGIA** (de preferência entre 6-12 meses de idade, não podendo ultrapassar os 18 meses. ¹²

Benefícios do tratamento → risco de câncer de testículos e problemas com a fertilidade em adultos. ¹²

3.8 – Sinais vitais

Os sinais vitais (SSVV) são indicadores das funções vitais, a partir de suas medidas é possível estabelecer padrões basais, identificar alterações fisiológicas para orientar diagnóstico e monitorar a evolução clínica do paciente.

Os 4 principais **SSVV** são: **pressão arterial, pulso, respiração e temperatura**. Para efeito de prova, os sinais mais cobrados são: frequências respiratória e cardíaca.

Durante a rotina da puericultura é comum aferir os SSVV e a partir deles avaliar o estado clínico da criança. Vamos conferir as medidas-padrão da frequência respiratória?*

Tabela 4- Frequência respiratória normal

De 0 a 2 meses	Até 60 mrm
De 2 a 11 meses	Até 50 mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 mrm
De 6 a 8 anos	Até 30 mrm
Acima de 8 anos	Até 20 mrm

Fonte ⁹

⁹Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹²Fonte: Site portal da urologia. Disponível em: <<https://portaldaurologia.org.br/doencas/criptorquidia-o-que-e-causas-e-tratamentos/>>. Acesso em 16 jan 2020





Olha que interessante!!! Da análise da tabela acima, é possível perceber que, à medida que se aumenta a faixa etária, a taxa de frequência respiratória cai em 10 mrm. Vamos analisar agora a tabela 5 abaixo, que estabelece a frequência normal:

Tabela 5- Frequência cardíaca normal		
Idade	Varição	Média normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 anos	De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

Fonte ⁹

3.9 – Reflexos primitivos

É impossível falar de saúde da criança sem falar nos **reflexos primitivos**. Esse é um dos itens campeões de prova! Vamos lá, conhecer os principais reflexos pesquisados.

Observe atentamente as figuras para entender os reflexos e decore até quantos meses cada um está presente. ³¹

3.9.1 – Marcha automática / apoio plantar / marcha reflexa



⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



Fonte ¹³

Feche os olhos e pense naquela clássica imagem do recém-nascido andando apoiado nas axilas pelo profissional de saúde. Pensou? Pois bem, esse é o **reflexo da marcha**.

Para observá-lo, basta **segurar o lactente em pé** e deixar seus pés tocarem uma superfície plana. As pernas fletem e se estendem, como se estivesse andando. Ele desaparece por volta do 1º ou 2º mês e persiste em condições neurológicas (ex: paralisia cerebral). ⁹

3.9.2 – Reflexo de galant / Arqueamento do tronco



Fonte ^{14, 32}

Quando se fala em reflexo de gallant ou “arqueamento do tronco” consiste em colocar o RN em **posição ventral** e realizar um estímulo na lateral das costas. Nesse caso, a resposta será o arqueamento do tronco para o lado estimulado. Este reflexo normalmente ocorre até o 1º ou 2º mês. ⁹

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹³ Fonte: Site Revista Crescer. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Crescer-20-anos/noticia/2013/12/primeira-consulta-do-bebe.html>>. Acesso em 15 jan.2020.

¹⁴ Fonte: Site <<http://hanciau.net/arquivos/Microsoft%20Word%20-%20PROVAS%20NEURO%20PCCLASS%202009.pdf>>. Acesso em 23 fev 2020.



3.9.3 – Reflexo tônico-cervical



Fonte ¹⁵

O **Reflexo tônico-cervical** é conhecido pela **clássica posição de esgrimista**. É obtido ao girar para um lado a cabeça do bebê em decúbito dorsal, o braço e a perna se estendem no lado para o qual a cabeça foi virada e os membros contralaterais se fletem. Deve ser realizado bilateralmente e ser simétrico. Desaparece até o 3º mês. ⁹

3.9.4 – Reflexo de busca, procura ou voracidade



Fonte ¹⁶

O **Reflexo de busca**, procura ou voracidade consiste em **tocar suavemente a bochecha do lactente** ou qualquer região próxima a boca. Como resposta, ele irá girar o pescoço em direção ao lado estimulado e abre a boca. ^{9, 33}

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹⁵ Fonte: Site slide player. Disponível em: < <https://slideplayer.com.br/slide/288840/>>. Acesso em 20 jan. 2020.

¹⁶ Fonte: Site ciência e saúde infantil. Disponível em: < <http://cienciaesaudeinfantil.blogspot.com/2009/02/reflexos-recem-nascido.html>>. Acesso em 21 fev. 2020.

3.9.5 – Reflexo de sucção



Fonte ¹⁷

Para observar o reflexo de sucção, o examinador deve tocar os lábios do lactente, como resposta ele realizará movimentos de sucção. Pode ser observado até o 3º mês no bebê em vigília e até o 6º mês durante o sono.

3.8.6 – Reflexo de moro, abraço ou sobressalto



Fonte ¹⁸

Para testar esse reflexo, deve-se levantar o bebê pelas mãos e soltar rapidamente seus braços, como resposta ele abrirá os braços **simetricamente** num movimento de sobressalto (como se estivesse assustado). Apresenta-se de forma incompleta a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. ³⁴

¹⁷ Fonte: Site Unicamp. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>>. Acesso em 23 jan.2020.

¹⁸ Fonte: Site sou mamãe. Disponível em: <<https://soumamae.com.br/o-reflexo-de-moro/>>. Acesso em 23 jan. 2020.

3.8.7 – Preensão palmar e plantar



Preensão palmar ¹⁹



Preensão plantar ²⁰

Sabe quando tocamos próximo aos dedinhos do bebê, logo em seguida, ele segura com força nosso dedo e ficamos bobos? Então... esse é o **reflexo da preensão palmar**. Ele ocorre a partir de **um estímulo perto dos dedos das mãos e dos pés** (plantar). Estes fletem (se fecham) e agarram o que tocou. Desaparecem em torno do 6º e 11º mês, respectivamente. ⁹

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

¹⁹ Fonte: Site guia infantil. Disponível em: <<https://br.guiainfantil.com/materias/bebes/rece-nascido/os-reflexos-do-rece-nascido/>>. Acesso em 25 jan. 2020.

²⁰ Fonte: Site Sim Brazil. Disponível em: <<https://simbrasil.mediviewprojects.org/index.php/o-paciente-rece-nascido-0-4-semanas>>. Acesso em 25 jan. 2020.

3.8.8 – Reflexo cutâneo-plantar ou sinal de Babinski



Fonte ²¹

É obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, provoca a extensão do hálux e os outros dedos fazem movimento de leque. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica e conhecida como Sinal de Babinski.

3.9 – Triagens neonatais

Todo bebê nascido no Brasil tem direito a realizar gratuitamente as triagens neonatais, que são exames de rastreamento para doenças metabólicas e congênicas. Dentre as triagens neonatais, podemos destacar 05 tipos:

- ✓ Triagem neonatal biológica; “Teste do pezinho”
- ✓ Triagem neonatal ocular- TNO; Teste do reflexo-vermelho; “Teste do olhinho”
- ✓ Triagem auditiva neonatal universal - TANU; Teste da orelhinha
- ✓ Triagem da cardiopatia congênita crítica; “Teste do coraçãozinho”
- ✓ Teste da linguinha

3.9.1 – Teste do pezinho

O teste do pezinho ou triagem neonatal biológica integra o chamado Programa Nacional de Triagem Neonatal- PNTN, que foi instituído no âmbito do SUS, pela Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001. ²²

²¹ Fonte: Site Wikipedia. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Reflexo_plantar>. Acesso em 23 jan. 2020.

²² Fonte:_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html>. Acesso em: 15 jan. 2020.



Professora, qual a finalidade desse programa nacional de triagem neonatal?

O PNTN "É um **conjunto de ações preventivas**, responsável por **identificar precocemente** indivíduos com **doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas**, para que estes possam ser **tratados em tempo oportuno**, evitando as sequelas e até mesmo a morte." ²²

Além disso, o programa nacional propõe o gerenciamento dos casos positivos por meio de **monitoramento e acompanhamento** da criança durante o processo de **tratamento**." ²³

O teste do pezinho atualmente detecta seis doenças, a saber: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo congênito, Anemia Falciforme, Fibrose cística, Hiperplasia adrenal congênita (HAC) e Deficiência de biotinidase. ²²

De acordo com a Portaria nº 7, de 04 de março de 2020, a partir de 2020, a triagem neonatal será ampliada, incluindo detecção de toxoplasmose congênita. O prazo máximo para efetivar a oferta ao SUS é de 180 dias.

No caso das 04 (quatro) primeiras doenças, elas foram instituídas pela Portaria GM/MS nº 822/01 e as duas últimas foram acrescidas através da Portaria GM/MS nº 2.829/12.

A **coleta** é realizada nos **postos de Atenção Básica**, porém em alguns estados pode ocorrer em maternidades, casas de parto ou comunidades indígenas. ²³

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº. 33 do MS (2014) que é a principal referência utilizada pelas bancas de provas, o momento ideal para a coleta é entre o **3º e 7º dia de vida**. A coleta é preconizada a partir do 3º dia, porque é necessário que o recém-nascido tenha ingerido uma quantidade suficiente de proteína para detecção da fenilalanina. ⁹



Fontes mais atuais do MS, como o Manual Técnico de Triagem Neonatal Biológica (2016) e o próprio site do Ministério, em 2017, recomendam que o **EXAME SEJA REALIZADO ENTRE O 3º E 5º DIA DE VIDA**, para evitar falsos positivos para a fibrose cística, mais comuns quando realizado após o 5º dia. ²³

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

²² Fonte: _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html>. Acesso em: 15 jan. 2020.

²³ Fonte: BRASIL. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.



Toda coleta realizada após o 28º dia de vida deve ser considerada uma condição de exceção, por estar fora do período neonatal. ²³

Se os familiares da criança se recusarem a realizar a coleta do “teste do pezinho”, o profissional responsável pela coleta deve orientá-los sobre os riscos da não realização do exame e o episódio deve ser documentado com a assinatura dos pais ou responsáveis. ²³

Vamos ver quais são os procedimentos de coleta?



Fonte ²³

- ✓ Assepsia do calcanhar com algodão ou gaze esterilizada, levemente umedecida com álcool 70%.
- ✓ Massagear bem o local, ativando a circulação.
- ✓ **NUNCA** utilizar álcool iodado ou antisséptico colorido, porque eles interferem nos resultados de algumas das análises que serão realizadas. ²³



Secagem da amostra ²³:

- Temperatura ambiente (15° a 20°C por cerca de 3 horas).
- Em dispositivo próprio ou superfície plana, isolada, e que a área contendo sangue fique livre de qualquer contato.
- Posição horizontal. *
- As amostras só podem ser recolhidas se estiverem completamente secas

²³Fonte: BRASIL. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Se o laboratório solicitar uma segunda coleta, o **responsável** por essa ação no ponto de coleta deve realizar a **busca ativa, orientação aos familiares, coleta e envio da nova amostra o mais breve possível** ao laboratório. ²²

3.9.2 – Teste do olhinho

O teste do olhinho também conhecido como **teste do reflexo vermelho** ou **Teste de Bruckner**. Objetiva detectar precocemente **problemas oculares congênitos**, (a exemplo da catarata congênita e retinoblastoma) com risco de causar deficiência visual ou ambliopia (redução da visão sem uma lesão orgânica detectável no olho). ²⁴

Esse teste é realizado por meio da emissão de luz de um oftalmoscópio que deve ser segurado pelo examinador a um braço de distância dos olhos do recém-nascido. O reflexo desta luz sobre os olhos da criança produz uma cor avermelhada e contínua nos olhos saudáveis, que consideramos reflexo vermelho normal (em tons de vermelho, laranja ou amarelo). ²⁴

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, vale destacar ainda que o teste do olhinho deve ser realizado na **primeira consulta do recém-nascido na atenção básica** e repetido aos 4, 6 e 12 meses e na consulta dos 02 anos de idade.

3.9.3 – Teste da orelhinha

A **triagem auditiva neonatal (TAN)**, mais conhecida como teste da orelhinha, é uma avaliação que **objetiva detectar** o mais precocemente possível **a perda auditiva congênita e/ou adquirida em todos os neonatos e lactentes**. Deve ser realizada por médicos e fonoaudiólogos, preferencialmente, **nas primeiras (24h-48h)** na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida. ²⁵

Os principais **indicadores de risco para perdas auditivas congênitas** no período neonatal ou progressivas na infância são os seguintes: ²⁵

- ✓ História familiar de perda auditiva congênita;
- ✓ Permanência na UTI por mais de cinco dias em situação que envolva: circulação extracorpórea, ventilação assistida, exposição a medicamentos ototóxicos e diuréticos de alça; anóxia perinatal grave, Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto, peso ao nascer inferior a 1.500 gramas.
- ✓ Infecções congênitas (ex: citomegalovírus, toxoplasmose, herpes, rubéola, sífilis e HIV);
- ✓ Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal;*

²²Fonte:_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html>. Acesso em: 15 jan. 2020.

²⁴ Fonte: Site BVS Atenção Primária em Saúde. Disponível em: < <https://aps.bvs.br/aps/por-que-como-e-quando-devo-realizar-o-teste-do-olhinho/>>. Acesso em 30 jan. 2020.

²⁵ Fonte: BRASIL. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012



- ✓ Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva
- ✓ Distúrbios neurodegenerativos;
- ✓ Infecções bacterianas ou virais pós-natais, como meningite, citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela;
- ✓ Traumatismos cranioencefálicos (TCE);
- ✓ Quimioterapia

Um detalhe importante, pessoal! A partir da Lei Federal nº 12.303, de 02 de agosto de 2010, a **TAN** tornou-se **OBRIGATÓRIA**. Todos os hospitais e maternidades devem realizar **gratuitamente o exame de emissões otoacústicas evocadas** para as crianças nascidas em suas dependências. ²⁵

Na atenção básica, o profissional de saúde deverá orientar as mães para acompanharem os marcos do desenvolvimento de audição e linguagem de seus filhos até os 12 meses de vida, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança. Esse monitoramento deve ocorrer mensalmente no primeiro ano de vida.



Fonte ²⁵

Esse teste da orelhinha deve ser realizado em duas etapas (teste e reteste), no primeiro mês de vida: ²⁵

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

²⁵ Fonte: BRASIL. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

3.9.3 – Teste do coraçãozinho

A **triagem neonatal para Cardiopatia Congênita** Crítica também conhecida como **teste do coraçãozinho** foi incorporada à triagem neonatal no SUS, por meio da Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014. ²⁶

A triagem é feita pela aferição da oximetria de pulso, devendo ser realizada antes da alta hospitalar **(entre 24-28h) de vida do RN**, com idade gestacional superior a 34 semanas, aparentemente saudáveis, sem diagnóstico prévio e sem sinais clínicos que indiquem a presença de cardiopatia congênita. ²⁶

Trata-se de um procedimento a ser realizado por um profissional de saúde integrante da equipe neonatal, preferencialmente, médico, pediatra, neonatologista ou profissional de enfermagem habilitado na técnica de aferição com oxímetro de pulso. ²⁶

(...)

Professora, por que é importante realizar a medida entre 24 e 48h de vida?

O objetivo é evitar falsos positivos por **deteção de baixa saturação, associada à permeabilidade do canal arterial/forame oval**, comuns nesse momento de vida. ²⁶

Para realização do teste, é importante (I) posicionar o paciente confortavelmente; (II) observar se as extremidades estão aquecidas e bem perfundidas; e (III) fazer a medida da oximetria de pulso no membro superior direito (saturação pré-ductal) e em algum dos membros inferiores (saturação pós- ductal). ²⁶

Para fecharmos, temos algumas informações importantes acerca do teste do coraçãozinho:

Resultado normal: saturação $\geq 95\%$ em ambos os membros e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior e inferior

- Anotar o valor quando a curva de pulso do oxímetro estiver estabilizada e o teste será considerado **positivo quando houver SaO₂ < 95% ou uma diferença \geq a 3% entre as duas medidas.**
- Se o teste for positivo, repetir o exame após 1 hora.“

²⁶ Fonte: Nota Técnica 07/2018 do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/12/SEI-MS-2937931-Nota-Tecnica.pdf>>. Acesso em 30 jan. 2020.





Fonte ²⁷



Fonte ²⁸



A maior taxa de falso-positivos ocorre em RN pré-termo e em altas altitudes. ²⁶

O teste pode ser realizado em recém-nascidos que nasceram fora do ambiente hospitalar, utilizando-se um oxímetro portátil com sensor neonatal adequado e deverá ser interpretado da mesma maneira dos exames realizados intra-hospitalar. ²⁶

3.9.4 – Teste da linguinha

A Lei nº 13.002/2014 torna obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, o chamado "Teste da Linguinha", de todas as crianças nascidas em todos os hospitais e maternidades. Com essa Lei o Brasil se tornou o primeiro país a oferecer esse teste em todas as maternidades. ²⁹

O **teste da linguinha** é um exame padronizado que possibilita diagnosticar e indicar o tratamento **precoce das limitações dos movimentos da língua** causadas pela língua presa que podem comprometer as funções exercidas pela língua: sugar, engolir, mastigar e falar. ²⁹

É realizado por meio da aplicação do **Protocolo de avaliação do frênulo lingual com escores para bebês**.

²⁶ Fonte: Nota Técnica 07/2018 do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/12/SEI-MS-2937931-Nota-Tecnica.pdf>>. Acesso em 30 jan. 2020.

²⁷ Fonte: Site de medicina UFMG. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/saiba-quais-sao-os-cuidados-importantes-apos-o-nascimento-do-bebe/>>. Acesso em 30 jan. 2020.

²⁸ Fonte: Site Mil dicas de mãe. Disponível em: <<https://www.mildicasdemaes.com.br/2016/07/teste-do-coracaozinho-por-que-e-tao-importante-realiza-lo-ao-nascimento-do-bebe.html>>. Acesso em 30 jan. 2020.

²⁹ Fonte: Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 201

Este protocolo é dividido em **história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva**. O protocolo tem pontuações independentes e pode ser aplicado por partes, até o 6º mês de vida. ²⁹

Deve ser feito por um profissional da área da saúde qualificado, como por exemplo, o fonoaudiólogo. Ele deve elevar a língua do bebê para verificar se a língua está presa, e observar o bebê chorando e sugando. ²⁹

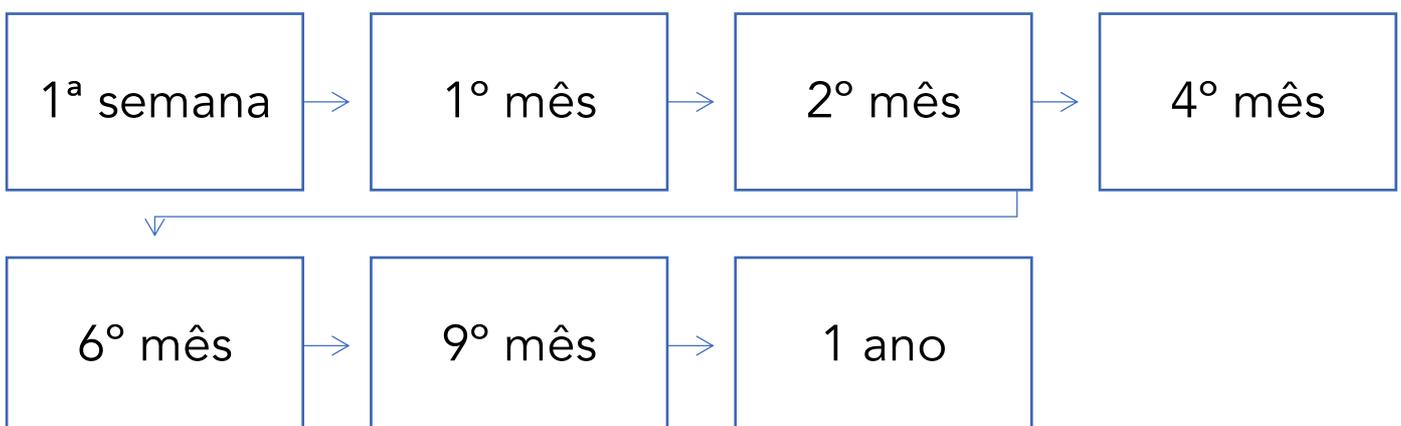


O teste da linguinha deve ser realizado preferencialmente no **primeiro mês de vida**, pois o diagnóstico precoce da língua presa, evita dificuldades na amamentação, possível perda de peso e, principalmente, o desmame precoce, com introdução desnecessária da mamadeira. ²⁹

Para a triagem neonatal (realizada nas primeiras 48 horas após o nascimento) é realizada **somente a avaliação anatomofuncional do bebê**, considerando que o bebê demora de 15 a 20 dias para se adaptar. ²⁹

A cirurgia para liberação do frênulo lingual pode ser realizada por odontólogos e médicos. De acordo com a literatura a frenotomia (corte e divulsão do frênulo lingual) é o mais indicado para bebês. ²⁹

Professora, há alguma recomendação em relação às consultas de rotina? SIM!!! O Ministério da Saúde recomenda **7 consultas de rotina no primeiro ano de vida**. ⁹



Já no **2º ano de vida** são preconizadas duas consultas: uma acontecendo no 18º mês e outra no 24º mês de vida. E, **a partir do 2º ano** de vida são recomendadas **consultas anuais**, próximas ao mês do aniversário. ⁹



Toda criança nascida em maternidades pública ou privada no Brasil **tem direito a receber gratuitamente a Caderneta de Saúde da Criança** que deve ser devidamente preenchida e orientada pelo profissional assim que receber alta hospitalar. ⁹

Essa caderneta é utilizada para anotar o acompanhamento da puericultura e registrar os parâmetros para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos) nos gráficos de: **perímetro cefálico (de zero a 2 anos)**, **peso para a idade**, **comprimento/estatura para a idade**, **índice de massa corporal (IMC) para a idade** (esses serão **avaliados de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos**). ⁹

É importante lembrar que os gráficos da caderneta são aplicáveis para crianças a termo, ou seja, se a criança for pré-termo ou com baixo peso para a idade gestacional é preciso utilizar curvas específicas ou que se corrija a idade cronológica até que completem 2 anos de idade para a utilização das curvas-padrão.

Mas, afinal, o que é idade corrigida? E como se corrige a idade cronológica?

O conceito de idade corrigida (idade pós-concepção) traz que ela é o **ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade**. Entendeu?? Ainda não? (rs)

Então, calma, que agora vou explicar como se corrige a idade cronológica e tudo fará mais sentido. A primeira coisa que precisamos lembrar é que o **ideal** seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, ok?

Pronto, agora que relembramos isso, vamos entender como fazer o cálculo da idade corrigida. Deve-se descontar da idade gestacional ideal (40) o número de semanas que o RN nasceu, assim saberemos quantas semanas antes do previsto ele nasceu. ⁹

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

²⁹ Fonte: Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014.

⁹ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2



Por exemplo, uma criança que nasceu com 34 semanas ($40-34 = 6$), nasceu 6 semanas antes do previsto, sendo assim, seu peso e demais parâmetros só poderão ser anotados em curvas específicas para RNPT (Curvas de Fenton ou Intergrowth 21) ou o peso de 2 meses será registrado na idade de 15 dias (1/2 mês).

Eu sei que você deve estar se perguntando agora... mas, até quando utilizar a idade corrigida na avaliação de crescimento e desenvolvimento de crianças pré-termo?

A maioria dos autores recomenda utilizar a idade corrigida **no mínimo até os 2 anos de idade**, para não as subestimar na comparação com a população de referência e para que as criança pré-termo consigam equiparar o seu crescimento ao de lactentes a termo nos primeiros anos de vida. Em geral, o primeiro parâmetro a corresponder **é o perímetro cefálico, seguido pelo comprimento e depois pelo peso.** ⁹

Ufa...concluímos esse tópico. ;)

Agora, veremos como esse tópico é abordado em prova. Apresento a seguir duas questões interessantes, uma de 2014 e outra de 2016. Sei que não são tão recentes, mas elas são de suma importância para fixarmos o que acabamos de estudar.



(FEPESE/2014) A caderneta de saúde da criança utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças menores de 10 anos os seguintes gráficos:

- a) Perímetro cefálico, peso, comprimento/estatura e índice de massa corporal.
- b) Peso, comprimento/estatura, índice da massa corporal; densitometria e pregas cutâneas.
- c) Perímetro cefálico, peso, comprimento/estatura e a bioimpedância eletromagnética.
- d) Perímetro cefálico e torácico, peso, comprimento/estatura, pregas cutâneas e índice de massa corporal.
- e) Peso, comprimento/estatura, densitometria, bioimpedância eletromagnética e pregas cutâneas.

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra A**. Como vimos, todos esses parâmetros são avaliados em crianças menores de 10 anos, sendo que o perímetro cefálico só é registrado até os 2 anos.



(IDECAN/2016) A caderneta de saúde da criança do Ministério da Saúde contém os seguintes gráficos de crescimento para a vigilância do crescimento infantil: perímetro cefálico X idade, comprimento/altura X idade e índice de massa corporal X idade. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, tais gráficos devem ser preenchidos no acompanhamento das crianças nas idades (em anos) de zero (0) até, respectivamente:

- a) 1, 5 e 10 anos.
- b) 2, 5 e 10 anos.
- c) 1, 10 e 10 anos.
- d) 2, 10 e 10 anos.

Comentário:

Essa questão traz uma outra maneira de abordar os gráficos utilizados para avaliar o crescimento da criança. De acordo com o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança nº 33, o perímetro cefálico é o único parâmetro que só é preenchido até os 2 anos, todos os demais são medidos e registrados até os 10 anos (0-2, 2-5, 5-10 anos). O gabarito da questão é a **letra D**.

3.10 – Programa Nacional de Suplementação de Ferro

De acordo com a OMS, **anemia** é a condição na qual a **concentração de hemoglobina** no sangue está **abaixo do normal**. Crianças menores de dois anos estão entre os grupos de risco mais vulneráveis para anemia.

As principais **causas de anemia** em crianças **nos primeiros seis meses de vida** são: ausência de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, introdução precoce de outros leites e alimentos e parasitoses.³⁰

A partir dos seis meses, as principais **causas de anemia** são: elevada necessidade de ferro, alimentação complementar inadequada, baixa ingestão de ferro heme, parasitoses e não uso de suplemento de ferro profilático.³⁰

³⁰ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014



O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), criado em 2005 pelo Ministério da Saúde, preconiza a **suplementação profilática com sulfato ferroso** para a prevenção da anemia. ³⁰

O PNSF, em acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática com **1 mg de ferro elementar/ kg** diariamente para **todas as crianças de seis a 24 meses de idade**. ³⁰

Os principais efeitos da suplementação com ferro são: vômitos, diarreia e constipação intestinal. ³⁰

3.10.1 Recomendações especiais

- ✓ Crianças pré-termo (< 37 semanas) ou nascidas com baixo peso (< 2.500 g)

Toda criança prematura e recém-nascido com baixo peso, mesmo em aleitamento materno exclusivo, devem receber suplementação de ferro **a partir do 30º dia após o nascimento**. ³⁰

Situação	Recomendação
Recém-nascido a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno.	1 mg/kg peso/dia a partir do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g	2 mg/ kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/ kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg/ kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g	4 mg/kg peso/dia durante um ano. Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g

Fonte ³⁰⁴⁷

3.10.2 Tratamento da anemia ferropriva

Crianças menores de dois anos: 3 mg de ferro/kg/dia, não superior a 60 mg por dia. ³⁰

- ✓ Criança menor de 6 meses que não esteja em aleitamento materno exclusivo

³⁰ Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

³⁰ Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



Nesse caso, a criança poderá receber a suplementação **a partir dos 4 (quatro) meses de idade**, junto com a introdução dos alimentos complementares.³⁰



(FGV/2015) De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde relacionadas à suplementação profilática de sulfato ferroso, assinale a opção que indica a dose adequada para crianças na faixa etária de 6 a 24 meses de idade.

- a) 0,5 mg de ferro elementar/kg, uma vez ao dia.
- b) 2,0 mg de ferro elementar/kg, uma vez ao dia
- c) 1,0 mg de ferro elementar/kg, uma vez ao dia.
- d) 2,0 mg de ferro elementar/kg, duas vezes ao dia.
- e) 1,0 mg de ferro elementar/kg, duas vezes ao dia.

Comentário:

O PNSF recomenda suplementação profilática com 1 mg de ferro elementar/kg diariamente, logo, a alternativa correta é a **letra C**.

3.11 – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

A vitamina A é um micronutriente encontrado em fontes de origem animal (retinol) e vegetal (provitamina A) que atua no crescimento e desenvolvimento do ser humano, manutenção da visão, funcionamento do sistema imunológico e age também como antioxidante.

De acordo com a OMS (2011), a deficiência de vitamina A (DVA) afeta em nível mundial, cerca de 190 milhões de crianças em idade pré-escolar, sendo que a maioria está localizada nas regiões da África e Sudoeste da Ásia. A DVA pode ocasionar xeroftalmia (olho seco) e cegueira.

Para prevenir a DVA, a OMS recomenda a **suplementação profilática de vitamina A** em **crianças de 6 a 59 meses** de idade associada à dieta diversificada.³¹

Em 2005 foi criado o **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**, parceria entre o MS e as secretarias estaduais e municipais de Saúde para ações de prevenção da DVA, em áreas consideradas de risco.³¹



Segundo estudos, a suplementação profilática **reduz** o risco global de **mortalidade por diarreia** em 28% e de mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45%.³¹

AS 3 medidas essenciais para prevenção da deficiência de vitamina A são:³¹

1. Promoção do **aleitamento materno exclusivo até o 6º mês** e **complementar até 2 anos** de idade ou mais com a introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade.
2. Promoção da **alimentação adequada e saudável**, assegurando informações para incentivar o **consumo de alimentos fontes em vitamina A** pela população.
3. **Suplementação profilática** periódica e regular das **crianças de 6 a 59 meses** de idade, com megadoses de vitamina A.

Crianças amamentadas exclusivamente até o 6º mês recebem a quantidade adequada de vitamina A através do leite materno, mas é importante ressaltar que a dieta materna influencia diretamente na concentração desse micronutriente no leite.³¹

O Programa Nacional de Suplementação de vitamina A distribui gratuitamente nas unidades básicas de saúde (UBS) a **vitamina na forma de cápsulas** em duas dosagens e cores: **100.000 UI** (amarela) e **200.000 UI** (vermelha).³¹

Os **suplementos de vitamina A** devem ser oferecidos às crianças de 12 a 59 meses de idade de **seis em seis meses**. O intervalo seguro entre uma administração e outra é de, **no mínimo, quatro meses**.³¹

O esquema para administração de vitamina A em crianças:

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

Fonte³¹.

*Caso a criança cuspa o produto, **não** se deve administrar outra cápsula.*³¹

³¹ Fonte: BRASIL. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



Na ausência da megadose na UBS, **não deve dobrar a dose** de 100.000 UI pra 200.000 UI ou **reduzir a quantidade oferecida**, oferecendo apenas uma gota de 200.000 UI para substituir a dose de 100.000 UI. ³¹

Se a criança receber **superdosagem** pode apresentar hepatotoxicidade, dor de cabeça, náusea, tontura, sonolência, irritabilidade, delírio, vômitos, diarreia e eritema cutâneo. ³¹

Pode ocorrer **hipertensão intracraniana benigna**, seus sintomas: **dor de cabeça, abaulamento de fontanela e papiledema simétrico** (edema do disco óptico), geralmente se resolvem em poucos dias, exceto o papiledema que pode durar até meses. ³¹



(COMPERVE/ 2018) Lactente de 5 meses de idade é levado a Unidade Básica de Saúde por sua genitora para receber a vacina que estava apazada na caderneta de saúde da criança. A enfermeira aplicou a vacina recomendada para o 5º mês de vida, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) e orientou acerca dos possíveis eventos adversos da vacina. Além disso, ela agendou as vacinas subsequentes e a suplementação de vitamina A para a criança. Tendo como base o caso descrito, no dia agendado para a suplementação de vitamina A, a criança deverá receber:

- 2 doses de 100.000 UI de vitamina A, aos 6 meses, com intervalo de 15 dias entre as aplicações, e repetir anualmente entre os 12 até o 59º mês, caso esteja com perda da acuidade visual diagnosticada pelo pediatra.
- 1 dose mensal de 100.000 UI de vitamina A, a partir dos 12 até o 59º mês de idade, caso esteja com diagnóstico de anemia ou déficit de crescimento diagnosticado pelo pediatra.
- 1 dose de 200.000 UI de vitamina A, aos 6 meses de idade, e entre os 12 até o 59º mês de idade deverá receber, anualmente, 1 dose de 100.000 UI.
- 1 dose de 100.000 UI de vitamina A, aos 6 meses de idade, e entre os 12 até o 59º mês de idade deverá receber, semestralmente, 1 dose de 200.000 UI.

Comentário:

A alternativa correta é a **letra D**. A primeira dose aos 6 meses sempre será de 100.000 UI e a cada 6 meses receberá 1 dose de 200.000 UI.

³¹ Fonte: BRASIL. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



3.12 – Método Canguru



Chegou o momento de falar do **método canguru**. Imagine um canguru com seu filhote guardado na bolsa (marsúpio) garantindo que ele fique protegido e alimentado até que esteja pronto para “enfrentar” o mundo exterior sozinho. Pensou?

Então, agora vamos trazer para a nossa realidade. Para entender o método, primeiro vamos elencar 4 palavras-chaves, ok?

- ✓ Recém-nascido pré-termo;
- ✓ Contato pele a pele;
- ✓ Vínculo;
- ✓ Melhor ganho de peso;

Se você também pensou nelas. Parabéns! Significa que você já sabe os objetivos do método. Só para efeito de prova, vamos detalhar um pouquinho mais, tá?

E quais são objetivos?

- ✓ Melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo
- ✓ Reduzir os custos da assistência perinatal
- ✓ Promover o contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê
- ✓ Maior vínculo afetivo, estabilidade térmica e melhor desenvolvimento.³²

Aí vem a pergunta que não quer calar... Onde e quando ele surgiu? Acertou quem disse **Colômbia, no ano de 1979**. Fiquem atentos à essa informação porque ela cai em prova, viu?

No Brasil, essa prática começou a ser adotada em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro em Santos/SP, nas enfermarias do Alojamento Conjunto, a partir daí alguns hospitais adotaram a

³² Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.



posição canguru para “mães e bebês pré-termo”, mas os critérios ainda não estavam bem definidos.³²

Com a Portaria nº 693, de 05 de julho de 2000 do Ministério da Saúde foi aprovada a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru para promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.³²

O **Método Canguru** é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial.³²

O Método Canguru, desde a primeira fase, é realizado por uma **equipe multidisciplinar**, capacitada na metodologia **de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. E, para compreendermos como ele funciona precisamos conhecer suas 03 etapas detalhadamente. Vamos lá?

3.12.1 – Primeira etapa

A primeira etapa consiste no **contato pele a pele**. Começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de **forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente**.³²

Esse método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Olha só a figura abaixo:



Fonte³³,

³² Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

³³ Fonte: Site Biblioteca método canguru. Disponível em: < <https://elosdasaude.wordpress.com/2013/11/26/biblioteca-metodo-canguru-para-recem-nascidos-de-baixo-peso/>>. Acesso em 07 jan 2020.



A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Essa posição deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.



O método canguru não substitui as unidades de terapia intensiva neonatal, nem a utilização de incubadoras, pois estas situações têm as suas indicações. ³²

É importante destacar que a posição canguru possui algumas vantagens, a saber: ³²

- ✓ Aumenta o vínculo mãe-filho;
- ✓ Reduz o tempo de separação mãe-filho;
- ✓ Melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN de baixo-peso;
- ✓ Estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração
- ✓ Permite um controle térmico adequado;
- ✓ Favorece a estimulação sensorial adequada do RN;
- ✓ Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar;
- ✓ Reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso;
- ✓ Propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- ✓ Possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar;
- ✓ Contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos.

(...)

Professora, e qual a população-alvo para aplicação desse método?

Podemos falar em gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso, os Recém-nascidos de baixo peso, além da mãe, pai e da família do recém-nascido. ³²

³² Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.



3.12.2 – Segunda etapa

Nessa etapa, o bebê permanece de **maneira contínua com sua mãe** e a posição canguru será realizada pelo **maior tempo possível**. Esse período funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar.³²

Quais são os critérios de elegibilidade para a permanência nessa enfermaria?

o Da mãe³²

1. Ela tem que ter desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio;
2. Consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde;
3. Capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação);
4. Conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru;

o Do bebê³²

1. Estabilidade clínica;
2. Nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);
3. Peso mínimo de 1.250g;
4. Ganho de peso diário maior que 15 g.

Critérios para a alta hospitalar, com transferência para a 3ª etapa:³²

- ✓ Mãe segura, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar da criança;
- ✓ Mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade;
- ✓ Compromisso materno e familiar para a **realização do método por 24 horas/dia** (tempo integral);
- ✓ Garantia de retorno frequente à unidade de saúde;
- ✓ Criança com **peso mínimo de 1.500g;**
- ✓ Criança com **sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta;**³³

³² Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.



- ✓ Se houver necessidade de complementação da dieta, que esta não esteja sendo ministrada por sonda gástrica;
- ✓ Condição de **acompanhamento ambulatorial** assegurada:
 - 1ª semana → **três** consultas
 - 2ª semana → **duas** consultas
 - 3ª semana em diante → pelo menos uma consulta até a criança alcançar o **peso de 2500g**
- ✓ Condição de recorrer à unidade hospitalar de origem a qualquer momento de urgência, quando ainda na terceira etapa.

3.12.3 – Terceira etapa

Nessa fase, o RN está de alta e manterá o acompanhamento no ambulatório. No Ambulatório de acompanhamento: ³²

- ✓ Realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico, considerando a idade gestacional corrigida
- ✓ Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família
- ✓ Corrigir as situações de risco (ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias)
- ✓ Orientar e acompanhar tratamentos especializados, tais como exame oftalmológico, avaliação audiométrica e fisioterapia motora
- ✓ Orientar o esquema adequado de imunização

O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características: ³²

- ✓ Ser realizado por médico treinado e familiarizado com o seguimento do recém-nascido de risco
- ✓ Observar a periodicidade
- ✓ Ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado caso a criança necessite
- ✓ A criança é que determinará o tempo de permanência em posição canguru; normalmente, isso ocorre quando a criança atinge o termo ou o peso de 2.000g
- ✓ Quando a criança atinge o peso de 2.500g, o acompanhamento passa a ser orientado de acordo com as normas para o acompanhamento de crescimento e o desenvolvimento do Ministério da Saúde.





Primeira etapa → **identificação de gestantes com risco de ter bebês pré-termo e/ou de baixo peso**, orientação, cuidados específicos e suporte psicológico. Após o nascimento, se houver necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) é estimulada a entrada dos pais, o contato pele a pele com o bebê (sempre que possível na posição canguru) , de forma gradual e crescente, aleitamento materno e a participação deles nos cuidados.

Segunda etapa → promover **estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe** em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível.

Terceira etapa → **alta hospitalar + acompanhamento ambulatorial** criterioso do bebê e de sua família.



(UPENET/IAUPE/2017) Em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros e de baixo peso (menores de 2,5kg). Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. O Método Canguru – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – é uma estratégia, que busca reverter essa realidade. Na segunda etapa do método canguru, o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe, e a posição canguru será realizada durante o maior tempo possível. Esse período funcionará como um “estágio” pré- alta hospitalar.

Em relação a essa etapa, são critérios de elegibilidade para o RN:

- Estabilidade clínica, peso mínimo de 700g e aleitamento materno.
- Estabilidade clínica, peso mínimo de 1.250g e nutrição enteral plena.
- Instabilidade clínica, peso mínimo 1.500g e alimentação por sonda gástrica.

³² Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011



- d) Instabilidade clínica, peso mínimo de 1.000g e nutrição por aleitamento materno.
- e) Instabilidade clínica, peso mínimo de 1.000g e alimentação por sonda gástrica.

Comentário:

Como essa etapa antecede a alta, o bebê precisa de estabilidade clínica, mas ainda não é exigido que esteja exclusivamente no peito, logo nutrição enteral plena é o suficiente para passar para a 3ª fase. A alternativa correta é a **letra B**.

4. IMUNIZAÇÃO

Se tivesse que eleger apenas um tema de saúde da criança para apostar como questão certa em prova, diria **IMUNIZAÇÃO**, sem nem piscar.



Sei que o assunto é grande e por isso mesmo já adianto, não tenha pressa! Você não vai decorar tudo de primeira e nem precisará, porque o segredo é saber como conhecer o calendário vacinal e o que realmente é essencial para a prova.

1ª dica Divida o calendário vacinal em pequenos grupos de vacinas (ex: BCG, hepatite B e penta) e naquele dia/turno/momento aprenda apenas aquele grupo, isso fará com que a leitura não se torne cansativa e facilitará o aprendizado

2ª dica Pense em uma faixa etária aleatória (de preferência entre 0 e 4 anos 11 meses e 29 dias) e fale para si mesmo em voz alta que vacinas aquela criança já deveria ter em seu cartão, lembrando de dizer com que idade foi administrada cada uma, dose e via.

3ª dica Para efeito de prova, foque na idade em que cada uma deve ser aplicada, dose, via de administração, contraindicações absolutas e nas alterações recentes (ex: febre amarela)

Mas antes de estudarmos as vacinas precisamos conhecer o “responsável” por definir o calendário de imunização... alguém aí, falou em PNI??

O **Programa Nacional de Imunização (PNI)** foi formulado em **1973** por determinação do Ministério da Saúde para **coordenar as ações de imunizações, adquirir, distribuir e normatizar** imunobiológicos especiais indicados para situações e grupos populacionais específicos que serão atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), coordenar a implantação do Sistema de Informação e a consolidação dos dados de cobertura vacinal em todo o país.

E, qual o objetivo principal do Programa?



O programa visa oferecer todas as vacinas com qualidade a **todas as crianças** que nascem anualmente em nosso país, tentando alcançar **coberturas vacinais de 100% de forma homogênea** em todos os municípios e em todos os bairros.



O PNI é parte integrante do Programa da Organização Mundial da Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro da UNICEF e contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

4.1 – Vacina BCG

A **vacina BCG** (bacilo de Calmette e Guérin) preparada com bacilos vivos a partir de cepas do *Mycobacterium bovis*, é indicada para prevenir contra as formas mais graves da tuberculose (miliar e meníngea).³⁴

É administrada em **dose única, 0,1 ml**, por **via intradérmica**, **o mais precocemente** possível, de **preferência na maternidade**, nas primeiras **12 horas após o nascimento**.³⁵

Se for do Laboratório Serum Institute of India: 0,05mL em crianças recém-nascidas até 11 meses e 29 dias e 0,1mL para pessoas a partir de 1 (um) ano de idade, via intradérmica.³⁵

Algumas semanas após a administração deixa uma cicatriz vacinal no braço direito. Mas de onde vem essa "marquinha"?

Evolução da lesão vacinal:³⁵

- Após a administração, de 3 a 4 semanas, surge um **nódulo** (caroço) no local;
- Entre 4 a 5 semanas, o nódulo evolui para uma **pústula** (ferida com pus);
- Em seguida, evolui para uma **úlcera** (ferida aberta) de 4 a 10 mm de diâmetro
- Entre 6 a 12 semanas, forma-se uma **crosta** (ferida com casca em processo de cicatrização)

Nós temos aqui algumas particularidades. A vacina **NÃO** pode ser aplicada em **crianças < 2 Kg**. Estas devem aguardar até que atinjam este peso.³⁴



A vacina é **disponibilizada no serviço de rotina** para crianças de **ATÉ 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias**, ainda não vacinadas. **NÃO** é indicada **revacinação** para crianças que não apresentam cicatriz vacinal. ³⁴

É **contraindicada para pessoas imunodeprimidas**. Em casos de pessoas hospitalizadas com comprometimento do estado geral, a vacinação deve ser adiada até a resolução do quadro clínico. ³⁴

No caso de pessoas expostas ao HIV: ^{34,35}

- ✓ Criança (até 4 anos, 11 meses e 29 dias) que chega ao serviço, ainda não vacinada, poderá receber BCG se assintomática e sem sinais de imunodepressão.
- ✓ A partir dos 5 (cinco) anos de idade, pessoas portadoras de HIV **NÃO** devem ser vacinadas, mesmo que assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência.



Em pessoas com contatos prolongados de portadores de hanseníase: ³⁴

Menores de 1 (um) ano de idade:

- ✓ **Não vacinados:** administrar 1 (uma) dose de BCG.
- ✓ Comprovadamente vacinados que apresentem cicatriz vacinal: **NÃO** administrar outra dose de BCG.
- ✓ **Comprovadamente vacinados** que não apresentem cicatriz vacinal: administrar 1 (uma) dose de BCG 6 (seis) meses após a última dose.

A partir de 1 (um) ano de idade: ³⁴

- ✓ **Sem cicatriz:** administrar 1 (uma) dose.
- ✓ **Vacinados com 1 (uma) dose:** administrar outra dose de BCG, com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a dose anterior.
- ✓ **Vacinados com 2 (duas) doses:** **NÃO** administrar outra dose de BCG.

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014.



Perceba que nas duas situações em que a criança (contato de hanseníase) necessita de " 2ª dose", ela deve ser administrada 6 meses após a dose anterior.

Vale destacar que a vacina BCG, após ser reconstituída, deve ser usada por um **prazo máximo de 6 horas**.

4.2 – Vacina Hepatite B (recombinante)

A **vacina hepatite B** é composta pelo antígeno recombinante de superfície (HBsAg). Deve ser administrada **1 (uma) dose ao nascer**, o mais precocemente possível, **nas primeiras 24 horas**, preferencialmente nas primeiras **12 horas após o nascimento**, ainda na maternidade.³⁴

Esta **primeira dose** pode ser administrada **até 30 dias após o nascimento**, se a criança perder essa oportunidade, não administrar mais essa vacina. A continuidade do esquema vacinal será com a **vacina pentavalente** (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B e Haemophilus influenzae B), aos **2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade**.³⁴

É comum na rotina do serviço de imunização chegarem crianças com o calendário vacinal atrasado, nessas situações é preciso saber como proceder.



Se chegar ao serviço uma **criança de até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias**, que não tenha comprovação (ex: perdeu o cartão de vacina) ou com esquema vacinal incompleto (alguma dose de penta pendente), deve ser iniciado ou complementado o esquema com penta, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.³⁴

Agora, se a criança já tem **mais de 7 (sete) anos** de idade, ela **NÃO pode mais tomar penta**. Então o esquema será com a **vacina da hepatite B**.³⁴

Professora, e se a criança não tem comprovação vacinal?

Nesse caso, ela fará o esquema completo **administrando as 3 (três) doses da vacina hepatite B** com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).³⁴

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014.



Com **esquema vacinal incompleto** não reiniciar o esquema, **apenas completá-lo** conforme situação encontrada.



Logo após o nascimento, os recém-nascidos de mulheres com HBV (HBsAg reagente) devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), ao nascimento ou no máximo até 7 (sete) dias de vida, e a primeira dose de hepatite B (preferencialmente na sala de parto ou nas primeiras 12 horas e, se não for possível, em até 24 horas após o parto).³⁴

As demais doses serão feitas aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses, com a vacina pentavalente.³⁴

A **oroconversão** é o termo usado para indicar que o organismo produziu anticorpos em resposta a um antígeno. Ela pode ser avaliada **através do anti-HBs** entre **30 a 60 dias após a última dose da vacina para hepatite B**.

4.3 – Vacina adsorvida, difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) – Vacina Penta

É composta pela combinação de toxoides purificados de difteria e tétano, suspensão celular inativada de Bordetella pertussis (células inteiras), antígeno de superfície da hepatite B (recombinante) e oligossacarídeos conjugados de Haemophilus influenzae b (conjugada).³⁵

Ela é administrada em **3 (três) doses**, aos **2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses** de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias, na **dose de 0,5 mL, por via intramuscular**.³⁵



*A terceira dose não deverá ser administrada antes dos 6 (seis) meses de idade.*³⁴

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020

Temos algumas particularidades: Se a criança tiver **até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias**, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou complementar esquema com penta. A vacina penta está contraindicada para crianças a partir de 7 (sete) anos de idade. ³⁴

4.4 – Vacina adsorvida, difteria, tétano, pertussis (DTP)

Reforço: Administrar 2 (dois) reforços, o primeiro aos 15 meses de idade e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade. Na dose de 0,5 mL, por via intramuscular. ³⁴

Particularidades: ³⁴

Criança a partir dos 15 meses de idade a 6 (seis) anos, 11 meses e 29 dias deve receber 2 (dois) reforços. ³⁴

Entre o primeiro reforço e a última dose do esquema primário (3 doses) e entre os reforços, o intervalo mínimo é de 6 (seis) meses.

Criança com 6 (seis) anos sem nenhuma dose de reforço, administrar o 1º reforço. Na impossibilidade de manter o intervalo de 6 (seis) meses entre as doses de reforços, agendar dT para 10 anos após esse primeiro reforço.

Nos **comunicantes domiciliares** e escolares de casos de difteria ou coqueluche menores de 7 (sete) anos de idade, não vacinados ou com esquema incompleto ou com situação vacinal desconhecida, atualizar esquema, seguir orientações do esquema da vacina penta ou da DTP. ³⁴

Assim como a penta, a vacina DTP é **contraindicada** para crianças **a partir de 7 (sete) anos** de idade. Na indisponibilidade da vacina DTP, como reforço administrar a vacina penta. ³⁴

4.5 – Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) – Pneumo 10v

Trata-se de uma vacina que previne contra infecções invasivas (sepse, meningite, pneumonia e bacteremia) e otite média aguda (OMA) causadas pelos 10 sorotipos de Streptococcus pneumoniae. ³⁵

Ela deve ser administrada em **2 (duas) doses** aos **2 (dois) e 4 (quatro) meses** de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Reforço: Administrar **1 (um) reforço** aos **12 meses** de idade. Dose: 0,5 mL, via intramuscular. ³⁴

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.



Particularidades:

Crianças que iniciaram o esquema primário após 4 (quatro) meses de idade, devem completá-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose. ³⁴

O reforço deve ser administrado **entre 12 meses e 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias.**

Crianças **sem comprovação vacinal**, entre 12 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, administrar dose única. ³⁴

Para as crianças de 2 (dois) meses a menores de 5 (cinco) anos de idade, com indicação clínica especial manter esquema de 3 (três) doses e reforço, conforme as indicações do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE).³⁴

4.6 – Vacina Poliomelite 1, 2, 3 (inativada) - VIP

A vacina inativada da poliomelite (VIP) é trivalente, contém os vírus 1,2 e 3 inativados da polio. São **3 doses**, administradas por **via intramuscular (IM)**, na **dose de 0,5 ml, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses** de idade, com intervalo de 60 dias, sendo que o intervalo mínimo é de 30 dias entre as doses.

Particularidades: ³⁴

Crianças até 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias:

Sem comprovação vacinal: **administrar 3 (três) doses da VIP**, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

4.7 – Vacina Poliomelite 1 e 3 (atenuada) - VOP

A **VOP** (vacina oral da poliomelite) é bivalente (vírus 1 e 3) e utilizada como **dose de reforço** na prevenção da poliomelite. São **2 reforços**, sendo o primeiro aos **15 meses** e o segundo aos **4 (quatro) anos** de idade. A dose é de **duas gotas, exclusivamente por via oral.** ³⁴

Particularidades: ³⁴

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014.



O primeiro reforço deve ser administrado com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose do esquema primário (três doses) e o segundo reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após o primeiro.

Na rotina dos serviços, a vacina é recomendada para crianças ATÉ 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias. Já pessoas com 5 (cinco) anos de idade ou mais, sem comprovação vacinal ou com esquema incompleto, se forem viajantes residentes no Brasil que estiverem se deslocando para áreas com recomendação da vacina, deverão receber a VOP.

A VOP também é contraindicada para pessoas imunodeprimidas, contatos de pessoa HIV positiva ou com imunodeficiência, bem como aqueles que tenham histórico de paralisia flácida associada à dose anterior da VOP.³⁴



Não repetir a dose imediatamente se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a administração da vacina.³⁴

4.8 – Vacina rotavírus G1P [8] (atenuada) - VRH

A vacina rotavírus humano G1P [8] é composta por um sorotipo do rotavírus humano atenuado, apresentada na forma líquida, em bisnaga individual, de uso **exclusivamente oral**.³⁵

É indicada para a prevenção de **gastroenterites causadas por rotavírus dos sorotipos G1** em crianças menores de 1 ano de idade. Apesar de monovalente, oferece proteção cruzada contra outros sorotipos de rotavírus que não sejam G1 (G2, G3, G4, G9). Deve ser **administrada em 2 (duas) doses, aos 2 (dois) e 4 (quatro) meses de idade, na dose de 1,5 mL**.³⁴



³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014.



A primeira dose pode ser administrada a partir de 1 (um) mês e 15 dias ATÉ 3 (três) meses e 15 dias. A segunda dose pode ser administrada a partir de 3 (três) meses e 15 dias ATÉ 7 (sete) meses e 29 dias. **NÃO ULTRAPASSAR ESSES INTERVALOS.** Manter intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, **NÃO REPETIR A DOSE.** ³⁴

Essas duas particularidades, são sem dúvida, as mais perguntadas em prova quando se trata de vacina rotavírus humano. ⁴

Particularidades: ³⁴

É contraindicada para crianças com histórico de invaginação intestinal ou com malformação congênita não corrigida do trato gastrointestinal.

As crianças com **quadro agudo de gastroenterite** (vômitos, diarreia, febre), adiar a vacinação até a resolução do quadro. Por outro lado, crianças com **imunodepressão** deverão ser avaliadas e vacinadas mediante prescrição médica.

4.9 – Vacina meningocócica C (conjugada) – Meningo C

É indicada para a prevenção da doença sistêmica causada pela *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C em crianças menores de 2 anos. É administrada em **2 (duas) doses**, aos **3 (três) e 5 (cinco) meses** de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias e **1 (um) reforço aos 12 meses** de idade, na dose de **0,5 mL, via intramuscular.** ³⁴

Particularidades: ³⁴

Se a criança iniciou o esquema primário após 5 (cinco) meses de idade, deve completá-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses e o reforço será administrado com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose.

Criança entre 12 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, com esquema completo de 2 (duas) doses, mas sem a dose de reforço, deve ser administrada o reforço da dose. ³⁴

O reforço deve ser administrado entre 12 meses a 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.



Se a criança está entre 12 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação vacinal, administrar 1 (uma) única dose. Agora, Criança entre 12 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, com comprovação vacinal de 1 (uma) dose, administrar 1 (uma) dose de reforço. ³⁴.



Se a criança está entre 12 meses e 4 anos 11 meses e 29 dias, não importa quantas doses já tenha tomado da vacina meningocócica (0, 1 ou 2), ela só poderá tomar a dose de reforço.

A vacinação de bloqueio está indicada nas situações em que haja a caracterização de um surto de doença meningocócica, para o qual seja conhecido o sorogrupo responsável por meio de confirmação laboratorial específica (cultura e/ou PCR) e haja vacina eficaz disponível. A vacinação somente será utilizada a partir de decisão conjunta das TRÊS ESFERAS DE GESTÃO.

³⁴

A estratégia de vacinação (campanha indiscriminada ou seletiva) será definida considerando a análise epidemiológica, as características da população e a área geográfica de ocorrência dos casos. ³⁴

4.10 – Febre amarela

A vacina é composta de vírus vivos atenuados da febre amarela. É administrada por via subcutânea, 0,5 mL. ³⁴

Desde janeiro de 2020, a vacina febre amarela é administrada em duas doses, **1ª dose a partir de 9 (nove) meses e um reforço aos 4 (quatro) anos.** ³⁴

Crianças a partir de 5 (cinco) anos de idade, que receberam uma dose da vacina antes de completarem 5 anos, **deve ser administrada uma dose de reforço**, independentemente da idade em que a pessoa procure o serviço de vacinação. Respeitar intervalo mínimo de 30 dias entre a dose e o reforço.

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014.



Crianças a partir de 5 (cinco) que **nunca foram vacinadas** ou sem comprovante de vacinação, deve ser administrada **1 (uma) dose vacina**.

Crianças a partir de 5 (cinco) anos de idade que receberam 1 dose, considerar vacinada.

Não administrar nenhuma dose vacina a partir dos 5 (cinco) anos de idade.³³

Vacinação simultânea em crianças menores de 2 (dois) anos de idade: ³⁴

Esta vacina pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, exceto as vacinas "tríplice viral" ou tetra viral, em crianças menores de 2 (dois) anos de idade.



Se a criança **nunca foi vacinada com tríplice viral** (sarampo, caxumba e rubéola) **ou com a tetra viral** (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), **NÃO administrar a vacina febre amarela simultaneamente com estas vacinas (tríplice viral ou tetra viral)**. O intervalo entre estas vacinas deverão ser de 30 dias, salvo em situações especiais, respeitar o intervalo mínimo de 15 dias. ³⁴

Muita atenção! As bancas de concurso adoram essas "exceções"!

- ✓ Se a criança foi vacinada anteriormente com as vacinas tríplice viral ou tetra viral e não vacinadas contra febre amarela, poderá receber simultaneamente as vacinas tríplice viral ou tetra viral com a vacina febre amarela. ³⁵
- ✓ Mesmo em situações de evidência de circulação do vírus amarelo, como: casos humanos, epizootia ou vetores infectados (área afetada), a vacina **NÃO deve ser antecipada para crianças de 6 a 8 meses de vida**. ³⁴

Particularidades: ³⁴

Casos de doenças agudas febris moderadas ou graves: recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro clínico, com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença.

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.



As crianças menores de 13 anos, infectadas pelo HIV, assintomáticas e com **alteração imunológica ausente** indica-se a vacinação.

As crianças menores de 13 anos infectadas pelo HIV, assintomáticas e com **alteração imunológica moderada** devem ser oferecidas a vacinação, avaliando parâmetros clínicos e risco epidemiológico.

Os Indivíduos com **lúpus eritematoso sistêmico** ou com outras doenças de etiologia potencialmente autoimune: deve ser avaliada caso a caso, pois há indicações de maior risco de eventos adversos nesse grupo.

Pacientes com histórico pessoal de doença neurológica de natureza desmielinizante (SGB, ADEM e esclerose múltipla): avaliar caso a caso anteriormente à vacinação.

Os Pacientes transplantados de **células tronco hematopoiéticas** (medula óssea) devem ser avaliados caso a caso, considerando o risco epidemiológico. Caso se decida pela vacinação, deve ser respeitado o **prazo mínimo de 24 meses após o transplante**.

História de evento adverso grave após a vacina de febre amarela em familiares próximos (pais, irmãos, filhos): avaliar caso a caso anteriormente à vacinação, pois há indicações de maior risco de eventos adversos nesse grupo.



As 2 **contraindicações da Febre amarela que mais caem** em prova, são (I) Crianças menores de 6 (seis) meses de idade; e (II) Indivíduos com história de reação anafilática relacionada a substâncias presentes na vacina (ovo de galinha e seus derivados, gelatina bovina ou outras).³⁵

Outras contraindicações importantes:³⁴

Pacientes com imunossupressão de qualquer natureza;

Crianças menores de 13 anos infectadas pelo HIV com alteração imunológica grave.

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

Pacientes em tratamento com drogas imunossupressoras (corticosteroides, quimioterapia, radioterapia);

Pacientes em tratamento com medicamentos modificadores da resposta imune;

Pacientes submetidos a transplante de órgãos;

Pacientes com imunodeficiência primária;

Pacientes com neoplasia maligna; ⁶⁵

Pacientes com história pregressa de doenças do timo (miastenia gravis, casos de ausência de timo ou remoção cirúrgica);

Pacientes portadores de doença falciforme em uso de hidroxiureia e contagem de neutrófilos menor de 1500 células/mm³.

4.11 – Vacina Tríplice Viral- sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)

É composta por vírus vivos (atenuados). A primeira dose deve ser administrada **aos 12 meses** de idade, o esquema deve ser completado com a **tetra viral** aos **15 meses** de idade (2ª dose da vacina tríplice viral + 1ª dose da vacina varicela). **Dose: 0,5 mL, via subcutânea.** ³⁴

Particularidades: ³⁴

Se a pessoa tiver 5 (cinco) a 29 anos não for vacinada ou tiver esquema incompleto deve ser vacinada com a vacina tríplice viral conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 (duas) doses de vacina tríplice viral ou tetra viral.



³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014.



Esta vacina pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas do calendário de vacinação, exceto a vacina febre amarela em crianças menores de 2 (dois) anos de idade nunca vacinadas com tríplice viral. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias, salvo em situações que impossibilitem manter este intervalo (com um mínimo de 15 dias).³⁴

As Crianças menores de 2 (dois) de idade vacinadas que já tenham sido vacinadas com a tríplice viral podem receber simultaneamente a febre amarela e a tríplice viral ou tetra viral.³⁴

Se a vacina tríplice viral não for administrada simultaneamente com a vacina varicela (atenuada), considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses, salvo em situações que impossibilitem manter este intervalo (com um mínimo de 15 dias).³⁴

É contraindicada para **crianças abaixo dos 6 (seis) meses** de idade, mesmo em situações de surto de sarampo ou rubéola.³⁴

Além disso, as pessoas com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do Crie.³⁴

Vacinação de contatos de casos suspeitos ou confirmados de sarampo ou rubéola:³⁴

- ✓ Crianças na faixa etária entre 6 (seis) a 11 meses: 1 (uma) dose de tríplice viral, não sendo válida para rotina, devendo ser mantido o esquema vacinal aos 12 meses e aos 15 meses de idade.
- ✓ Contatos na faixa etária de 12 meses a 49 anos de idade: manter vacinação de rotina.

Vacinação de contatos de casos suspeitos ou confirmados de caxumba:³⁴

- ✓ Manter indicações do Calendário Nacional de Vacinação.

4.12 - Vacina Tetra viral- sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)

Trata-se de uma vacina de vírus vivo atenuada. Deve ser administrada **1 (uma) dose** aos **15 meses** de idade em crianças que já tenham recebido a primeira dose da vacina tríplice viral. Dose: **0,5 mL, subcutânea**.³⁴

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014.



Particularidades: ³⁴

Crianças não vacinadas oportunamente aos 15 meses de idade, poderão ser vacinadas **até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias**.

É contraindicada para crianças expostas ao HIV. A vacinação destas crianças deve ser feita com as vacinas **tríplice viral e varicela (atenuada)**.

Em situações emergenciais e na indisponibilidade da vacina tetra viral, as vacinas "tríplice viral" (sarampo, caxumba e rubéola - atenuada) e varicela (atenuada) poderão ser utilizadas. *

4.13 - Vacina hepatite A (inativada)

Esta vacina deve ser ministrada uma dose aos **15 meses de idade**. Dose: **0,5mL, intramuscular**. ³⁴

Particularidades: ³⁴

Pode ser administrada **até 4 anos, 11 meses e 29 dias**.

Para Crianças com imunodepressão e para os susceptíveis, fora da faixa etária preconizada no Calendário Nacional de Vacinação, seguir orientações do CRIE- Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). No CRIE: a criança vai receber dose de 0,5mL, intramuscular e o adulto susceptível a dose é de 1 mL.

4.14 - Vacina varicela (atenuada)

A **vacina varicela** deve ser administrada **uma dose** aos **4 (quatro) anos** de idade. Corresponde à segunda dose da vacina varicela, considerando a dose de tetra viral aos 15 meses de idade. **Dose: 0,5mL via subcutânea**. ³⁴

Particularidades: ³⁴

Crianças não vacinadas aos 4 (quatro) anos de idade, poderão ser vacinadas até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias.

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014.



No caso dos Indígenas, cumpre ressaltar que a partir dos 7 (sete) anos de idade não vacinados ou sem comprovação vacinal, deve ser administrada 1 (uma) ou duas doses de vacina varicela (atenuada), a depender do laboratório produtor.

É contraindicada para indivíduos imunodeprimidos ou que apresentaram anafilaxia à dose anterior.

Em situações de surto de varicela em creche, em ambiente hospitalar e em áreas indígenas, adotar a seguinte conduta para os contatos de casos da doença:

- ✓ Crianças menores de 9 (nove) meses de idade e pessoas imunodeprimidas administrar a imunoglobulina humana antivaricela até 96 horas após o contato com o caso. ³⁴
- ✓ Crianças a partir de 9 (nove) meses até 11 meses e 29 dias administrar uma dose de vacina varicela (atenuada) a depender do laboratório produtor. Não considerar esta dose como válida para a rotina e manter o esquema vacinal aos 15 meses com a tetra viral e aos 4 (anos) anos com a varicela.
- ✓ Em crianças entre 12 e 14 meses de idade antecipar a dose de tetra viral naquelas já vacinadas com a primeira dose (D1) da tríplice viral e considerar como dose válida para a rotina de vacinação.
- ✓ Crianças entre 15 meses e menores de 7 (sete) anos de idade, vacinar conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.
- ✓ Crianças de 7 (sete) a 12 anos de idade administrar, 1 (uma) dose de vacina varicela (atenuada).
- ✓ Pessoas a partir de 13 anos administrar 1 (uma) ou 2 (duas) doses a depender do laboratório produtor. Quando houver indicação de 2 (duas) doses, considerar o intervalo de 30 dias entre as doses.

4.15 - Vacina adsorvida difteria e tétano adulto – dT/ Dupla Adulto

Essa vacina é oferecida como **reforço** para crianças **a partir de 7 (sete) anos** de idade, com esquema vacinal completo (3 doses) para difteria e tétano (DTP, tetra ou penta). A cada 10 anos deve ser administrada nova dose de reforço. Dose: **0,5 mL, via intramuscular**. ³⁴

Em casos de ferimentos graves e comunicantes de casos de difteria, antecipar a dose quando a última foi administrada há mais de 5 (cinco) anos. ³⁴**Particularidades:** ³⁵

Criança a partir de 7 (sete) anos de idade **não vacinado** ou **sem comprovação vacinal** para difteria e tétano, administrar **3 (três) doses** com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 30 dias;

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020



Criança a partir de 7 (sete) anos ou adolescente com **esquema incompleto** para difteria e tétano, **completar esquema** de 3 (três) doses, considerando as doses anteriores, com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 30 dias.

4.16 - Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – Vacina HPV

Administrar **2 (duas) doses, com intervalo de 6 (seis) meses** entre as doses, nas meninas de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e nos meninos de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias). **Dose: 0,5 mL, intramuscular.** ³⁴

Meninos, meninas, homens e mulheres de 9 a 26 anos, vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos, administrar 3 (três) doses da vacina com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses). Para a vacinação deste grupo, mantém-se a necessidade de prescrição médica. ³⁴

Particularidades: ³⁴

Sexo feminino e masculino: Se a (o) menina (o) recebeu a D1 (1ª dose) e não completou o esquema vacinal, mesmo após o período de seis meses, deve receber a D2.

Em situações emergenciais e na indisponibilidade da vacina tetra viral, as vacinas tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola - atenuada) e varicela (atenuada) poderão ser utilizadas.

Meninas (os) que receberam a **primeira dose aos 14 anos de idade, a segunda dose** deverá ser administrada com um intervalo mínimo de seis meses e máximo de até 12 meses.

Meninas (os) que receberam a D2 com menos de seis meses após terem recebido a D1, devem receber uma terceira dose para completar o esquema, visto que a resposta imune está comprometida pelo espaço de tempo entre a primeira e a segunda dose.

Não administrar D1 para adolescentes maiores de 15 anos.

Para meninas (os) de 15 anos, somente completar o esquema vacinal (D2).

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.

³⁵ Fonte: BRASIL. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: 2014



Meninas (os) que já completaram o esquema vacinal com a vacina bivalente **não devem ser revacinadas**.

Para vacinação do público-alvo com esta vacina, o PNI reforça que o indivíduo deverá ser acompanhado por pelo menos 15 minutos após a vacinação e orientado o seu retorno a um serviço de saúde mediante qualquer sintomatologia.

4.17 - Vacina influenza (fracionada, inativada) - Gripe

Faz parte do calendário de imunização na campanha anual da "gripe".

É indicada para crianças não indígenas de 6 (seis) meses a menores de 6 (seis) anos de idade (cinco anos, 11 meses e 29 dias) e para crianças indígenas a partir de 6 (seis) meses até 8 (oito) anos.

Para quem receber a vacina pela **primeira vez**, são indicadas **duas doses**, com intervalo de 30 dias entre as doses.³⁴

Crianças a partir de 9 (nove) anos receberão apenas **1 (uma) dose**.³⁵

Para crianças entre 6 (seis) meses e 2 (dois) anos 11 meses 29 dias: administrar **0,25 mL**, via **intramuscular** ou **subcutânea**.³⁴

Para crianças a partir de 3 (três) anos de idade: **0,5 mL**, via **intramuscular** ou **subcutânea**.³⁴

Se a criança estiver na mudança de faixa etária (de 2 (dois) para 3 (três) anos de idade), manter a dose inicial do esquema, ou seja, 0,25mL.³⁴

4.18- Vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)- Pneumo 23v

É indicada para **vacinação dos povos indígenas**. Administrar **1 (uma) dose**, 0,5 mL, por via intramuscular, em **todos os indígenas** a partir de 5 (cinco) anos de idade sem comprovação vacinal com as vacinas pneumocócicas conjugadas.³⁴

Particularidades:³⁴

Contraindicada para as crianças menores de 2 (dois) anos de idade.

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.



Não administrar em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade.

Criança de 2 (dois) e 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias que recebeu dose da vacina pneumocócica 23 valente e não tem histórico de vacinação com pneumocócica conjugada 10 valente, administrar uma dose desta vacina (pneumocócica conjugada 10 valente), não sendo necessárias doses adicionais.³⁴

5. ALEITAMENTO MATERNO

O **Aleitamento materno** é um tema recorrente em provas, devido sua importância para o crescimento e desenvolvimento infantil, criação do vínculo mãe-bebê e pelas vantagens para a mãe. Há muita coisa a ser estudada, por isso vamos nos concentrar nos itens mais abordados pelas bancas.

Ele deve ser **exclusivo até os 6 (seis) meses** e deve ser **mantido por 2 (dois) anos ou mais**, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde.³⁶

Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, é recomendado que seja oferecido o peito, pois isso estimulará a produção e descida leite. O peito deve ser oferecido sempre que o bebê quiser, seja dia ou noite, é o que conhecemos como amamentação em livre demanda. Quanto mais o bebê mamar, mais leite será produzido.³⁶

Mas de que forma esse peito deve ser oferecido?

Oferecer um peito até o bebê soltar (pois isso significa que ele está saciado, pois terá recebido o leite posterior, o mais rico em gordura) e depois oferecer o outro. Na próxima mamada, oferecer o peito que o bebê sugou por último na mamada anterior ou o que não mamou. É importante lembrar que o tempo para esvaziar uma mama pode variar de acordo com a fome da criança, intervalo desde a última mamada, volume do leite armazenado na mama e outros.

O esvaziamento das mamas promove: o ganho adequado de peso do bebê e a manutenção da produção de leite suficiente para atender às suas demandas.

Você sabia?

³⁴ Fonte: Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/20/Anexo-V---Instru----o-Normativa-atualizada.pdf>>. Acesso em 22 fev 2020.



Ofertar água ou chás à criança amamentada pode **dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses.**

Uso de mamadeira e principalmente outros leites, assim como a água ou chás também devem ser evitados, pois podem contribuir para o desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil.

A mamadeira é fonte de contaminação e pode criar "confusão de bicos", que é quando a criança sente a diferença entre sugar no peito e na mamadeira, pois como o leite na mamadeira flui com facilidade desde a primeira sucção e na mama ela precisará fazer esforço pode ser que ela se irrite e queira abandonar o seio. ³⁶

E a temida chupeta por que não indicar?

O uso da chupeta é desaconselhado pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno. Crianças que chupam chupetas, geralmente, **são amamentadas com menos frequência, o que pode reduzir a produção de leite**, além de estarem associadas à maior candidíase oral (sapinho), de otite média e de alterações do palato. ³⁶

5.1 – Composição do leite materno

O primeiro leite (o dos primeiros **3-5 dias**) é chamado de **colostró**, contém **mais proteínas, anticorpos e menos gorduras** do que o leite maduro. É considerado a "primeira vacina do recém-nascido". ³⁶

O **leite de transição** é o leite intermediário entre o colostro e o maduro, pois sua composição vai se modificando de forma gradual e progressiva. É **rico em gordura e lactose**, porém a quantidade de proteínas e prebióticos reduz. Geralmente é **produzido entre o 6º e 15º dia pós-parto**. ³⁶

O **leite maduro** contém macronutrientes (proteínas, lipídios e carboidratos) e micronutrientes (vitaminas A e C e minerais, como cálcio, ferro e zinco). É produzido cerca de **duas semanas após o parto**.

O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo (é mais rico em calorias, lipídios e proteínas). ³⁶

O leite materno possui vários fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções, o principal anticorpo é a IgA. Os **anticorpos IgA** são produzidos em **resposta aos antígenos entéricos e respiratórios da mãe**, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.



contato, dessa maneira, oferece proteção à criança contra os germens prevalentes no meio em que a mãe vive. Ao longo do primeiro mês, a concentração de IgA no leite materno, permanecendo relativamente constante a partir de então. ³⁶

Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, como os **anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido**. Esse favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*. ³⁶

Ao longo da mamada o leite possui diferentes composições: o **leite anterior** é o do início da mamada, tem aspecto "aguado", por ser composto principalmente por água e anticorpos, vai manter o bebê hidratado. ³⁷

O **leite do meio da mamada** possui uma coloração branca opaca devido sua alta concentração de caseína e o do final, conhecido como **leite posterior** tem cor amarelada devido à presença de betacaroteno, apresenta maior concentração de gordura e é mais rico em energia (calorias) o que



sacia melhor a criança. ³⁶

Leite anterior

Leite posterior

Fonte ³⁷

De acordo com a OMS, (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), o aleitamento materno pode ser classificado em:

Aleitamento materno exclusivo	Aleitamento materno predominante	Aleitamento materno	Aleitamento materno complementado	Aleitamento materno misto ou parcial
Somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra	Leite materno + Água ou bebidas à base de água (água	Leite materno (direto da mama), independentemente de receber ou não outros alimentos	Leite materno + qualquer alimento sólido ou semi-sólido (para	Leite materno + Outros tipos de leite

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.



fonte, sem outros líquidos ou sólidos Com exceção de: gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos	adocicada, chás, infusões) Ou Sucos de frutas e fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos)		complementá-lo, e não substituí-lo)	
--	---	--	-------------------------------------	--

Fonte ³⁶

E, qual a posição e pega adequada para a amamentação? ³⁶

- ✓ A mãe está sentada de forma confortável e relaxada;
- ✓ Cabeça do bebê no mesmo nível da mama da mãe e o queixo tocando-a;
- ✓ Cabeça e o corpo do bebê estão alinhados;
- ✓ Posição de barriga com barriga (o corpo do bebê está totalmente voltado para o corpo da mãe) e um dos braços está ao redor do corpo da mãe;
- ✓ Boca bem aberta;
- ✓ Lábio inferior virado para fora;
- ✓ Bochechas arredondadas (não encovadas) ou achatadas contra a mama;
- ✓ Pouca aréola visível durante a mamada (mais a porção superior da aréola do que a inferior);
- ✓ Mama parece arredondada, não repuxada;
- ✓ Sucções são lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração);
- ✓ A mãe pode ouvir o bebê deglutindo.

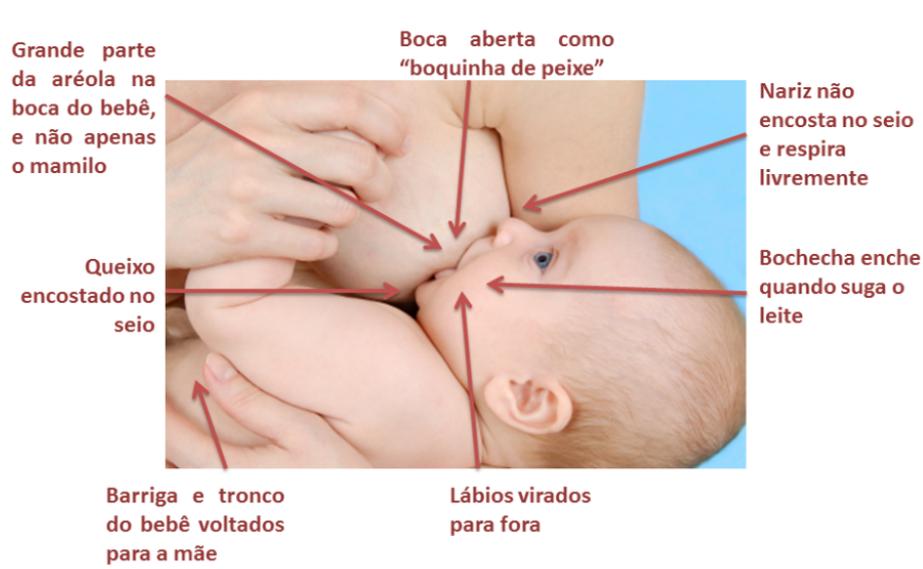
Agora que já descrevemos a posição e a pega, vamos visualizá-las para facilitar o aprendizado.



³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

³⁷ Fonte: Site bebe mamãe. Disponível em: < <https://bebemamae.com/amamentar/leite-anterior-e-leite-posterior-conheca-cada-um-deles-e-seus-beneficios>>. Acesso em 27 jan. 2020.





Fonte ³⁸,

O aleitamento materno traz inúmeras vantagens para a criança e para a mãe. Aposto que algumas você já tem na ponta da língua, mas por via das dúvidas, vamos relembra-las, ok?

Benefícios para o bebê: ³⁶

- ✓ Diminuição de morbidade: meningite bacteriana, bacteremia, diarreia, infecção no trato respiratório, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário e sepse de início tardio em recém-nascidos pré-termo;
- ✓ Redução de hospitalizações;
- ✓ Redução de alergias: reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes;
- ✓ Protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica;
- ✓ Redução da obesidade;
- ✓ Diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes;
- ✓ Melhor desenvolvimento cognitivo;
- ✓ Melhor desenvolvimento da cavidade bucal;
- ✓ O início precoce do aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido, favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento, promove uma "descida do leite" mais rápida, aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne ingurgitamento mamário.

➤ Benefícios para a mãe: ³⁶

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

³⁸ Fonte: Site boa postura. Disponível em: < <http://boapostura.com.br/postura-correta-ao-amamentar/>>. Acesso em 20 jan. 2020.



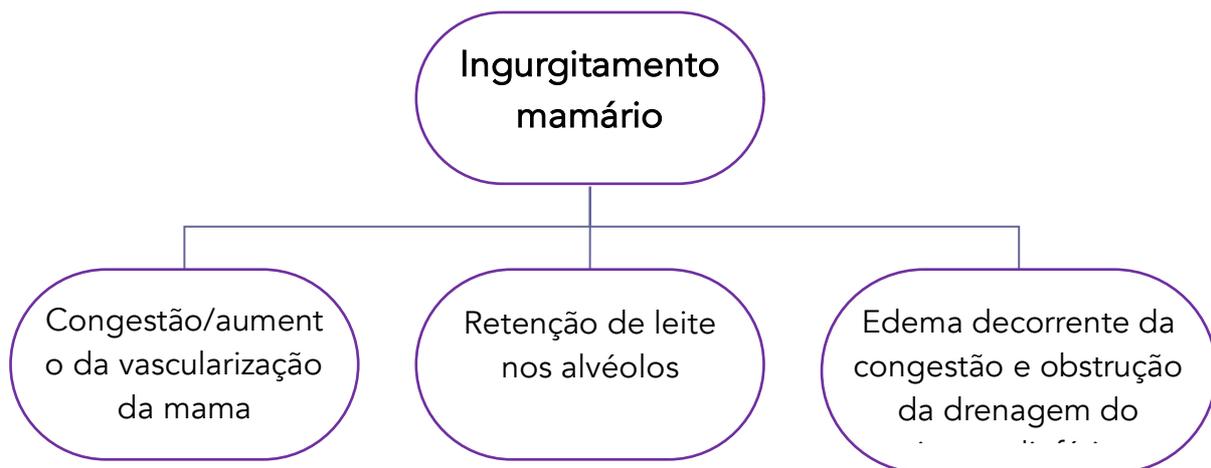
- ✓ Perda mais rápida do peso acumulado na gestação
- ✓ Involução uterina mais rápida e redução na hemorragia uterina pós-parto, devido à liberação de ocitocina
- ✓ Diminuição do risco de câncer de mama e ovário
- ✓ Auxílio no aumento do intervalo entre as gestações
- ✓ Maior vínculo mãe-bebê
- ✓ Economia e praticidade

NOVA GRAVIDEZ: é possível manter a amamentação se for o desejo da mulher e se não houver intercorrências na gravidez. Porém, não é raro o desmame espontâneo quando a mãe engravida devido a diminuição da produção de leite, alteração no gosto do leite (mais salgado, por maior conteúdo de sódio e menor concentração de lactose), perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez ou aumento da sensibilidade dos mamilos durante a gravidez e fadiga materna, pelas alterações hormonais que costumam causar sonolência principalmente no início da gestação. Na ameaça de parto prematuro é indicado interromper a lactação.³⁶

5.2 – Problemas relacionados à amamentação

5.2.1 - Ingurgitamento mamário

Também é conhecido como "leite empedrado", pois o leite acumulado na mama sob pressão se torna mais viscoso.



³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.



Fonte ³⁶

5.2.2 - Ingurgitamento fisiológico X patológico

O **ingurgitamento fisiológico** representa um sinal positivo de que o **leite está "descendo"**. Já o **ingurgitamento patológico**, a mama fica **excessivamente distendida**, o que gera grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. ³⁶

Ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente **três a cinco dias após o parto**.

Alguns fatores podem contribuir para seu surgimento, tais como o leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento. ³⁶,

Manejo do ingurgitamento patológico: ³⁶

- ✓ Ordenha manual da aréola, se ela estiver tensa, antes da mamada, para que ela fique macia, facilitando, assim, a pega adequada do bebê
- ✓ Mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (livre demanda)
- ✓ Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite, e são importantes estímulos do reflexo de ejeção do leite, pois promovem a síntese de ocitocina
- ✓ Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios. Ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema. Paracetamol ou dipirona podem ser usados como alternativas.
- ✓ Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica
- ✓ Crioterapia (aplicação de gelo ou gel gelado) em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas; em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote, ou seja, um aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local. As compressas frias provocam vasoconstrição temporária pela hipotermia, o que leva à redução do fluxo sanguíneo, com conseqüente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite, devida à redução da oferta de substratos necessários à produção do leite

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.



- ✓ Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

5.2.3 – Fissura mamilar

É comum, nos **primeiros dias após o parto**, a mulher sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. ³⁶

A **causa mais comum** de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por **posicionamento e pega inadequados**. ³⁶

Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos. ³⁶

Sinais e sintomas do trauma mamilar:

Eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses.

Trauma mamilar é um importante causa de desmame. ³⁶

Cuidados para evitar o trauma mamilar: ³⁶

- ✓ Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados);
- ✓ Manter mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite;
- ✓ Não utilizar produtos que retiram a proteção natural do mamilo (sabões, álcool ou qualquer produto secante);
- ✓ Amamentação em livre demanda
- ✓ Evitar ingurgitamento mamário;
- ✓ Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.



- ✓ Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- ✓ Não uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois eles, além de não serem eficazes, podem ser a causa do trauma mamilar.

Medidas de conforto para minimizar a dor na derme do mamilo e da aréola: ³⁶

- ✓ Oferecer primeiro a mama menos afetada;
- ✓ Ordenha de um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite;
- ✓ Orientar sobre o posicionamento adequado e pega correta;
- ✓ Diferentes posições para amamentar;
- ✓ Uso de "conchas protetoras" entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa. Esses dispositivos devem possuir buracos de ventilação, pois inadequada circulação de ar para o mamilo e aréola pode reter umidade e calor, tornando o tecido mais vulnerável a macerações e infecções;
- ✓ Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante;
- ✓ Compressas de água morna para aliviar a dor;»
- ✓ Se os mamilos estão com escoriações ou fissuras, recomenda-se que eles sejam enxaguados com água limpa após cada mamada, para evitar infecção.



O Tratamento seco de **lesões mamilares** (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo) **não tem sido mais recomendado** porque acredita-se que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas. ³⁶

Se a lesão mamilar é muito extensa ou a mãe não está conseguindo amamentar por causa da dor, pode ser necessário interromper temporariamente a amamentação na mama afetada; no entanto, a mama deve ser esvaziada por ordenha manual ou com bomba de extração de leite. ³⁶

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

5.2.4 – Mastite

É um **processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama**. O mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana.³⁶

Ocorre principalmente na segunda e terceira semanas após o parto, mas pode ocorrer em qualquer período da amamentação. Assim como o ingurgitamento, também é definido a partir de uma cascata de acontecimentos: ³⁶



Estase do leite → Aumento da pressão intraductal (achatamento das células alveolares e formação dos espaços entre as células, por onde passam alguns componentes do plasma para o leite e desse para o tecido intersticial da mama)
→ Resposta inflamatória → o leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção.³⁶

A infecção comumente é causada pelo **Staphylococcus (aureus e albus)** e ocasionalmente pela Escherichia coli e Streptococcus (α -, β - e não hemolítico). As lesões mamilares, na maioria das vezes são a porta de entrada da bactéria.³⁶

O surgimento da mastite tem como principal fator predisponente a estagnação do leite materno, ou seja, situações que reduzam a quantidade mamadas como: mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto).

A fadiga materna também é um facilitador.

Sinais e sintomas:

A parte afetada da mama encontra-se **dolorosa, vermelha, edemaciada e quente**. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (acima de 38° C) e calafrios.³⁶

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.





Fonte ³⁶

As mulheres que já tiveram mastite na lactação atual ou em outras lactações têm mais chance de desenvolver outras mastites por causa do rompimento da integridade da junção entre as células alveolares. ³⁶

O sabor do leite materno pode se tornar mais salgado devido a aumento dos níveis de sódio e diminuição dos níveis de lactose, o que pode fazer com a criança rejeite.

A produção do leite pode ser afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado durante o quadro clínico, bem como nos dias subsequentes. Isso se deve à diminuição de sucção da criança na mama afetada, diminuição das concentrações de lactose ou dano do tecido alveolar. ³⁶

As medidas de prevenção e manejo da mastite são as mesmas do ingurgitamento mamário, do bloqueio de ductos lactíferos e da fissura.

5.2.5 – Abscesso mamário

O **abscesso mamário** geralmente é causado por **mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz**. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha. ³⁶

Alguns sinais e sintomas estão presentes, tais como dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado. ³⁶

Para prevenir o abscesso mamário deve-se prevenir a mastite ou pelo menos realizar o tratamento precoce caso ela não possa ser prevenida.³⁶

O manejo exige intervenção rápida com: ³⁶

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

- ✓ Drenagem cirúrgica, de preferência sob anestesia local, com coleta de secreção purulenta para cultura e teste de sensibilidade a antibióticos;
- ✓ Conduas indicadas no tratamento da mastite infecciosa (principalmente a antibioticoterapia e o esvaziamento regular da mama afetada);
- ✓ Manutenção da amamentação. A mãe pode continuar a amamentar a criança na mama comprometida. Porém, se a sucção for muito dolorosa, a mãe pode interromper temporariamente a amamentação na mama afetada até a dor melhorar. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.

Os **abscessos mamários** não adequadamente tratados podem evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda do tecido mamário. Abscessos muito grandes podem necessitar de ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional.

36

Existem contraindicações absolutas e situações de interrupção temporária da amamentação, considerando as duas situações, a que mais cai em prova é a primeira condição, em que o leite materno não é recomendado.



➤ Contraindicações absolutas: ³⁶

- ✓ Mães infectadas pelo HIV;
- ✓ Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- ✓ Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (ex: antineoplásicos e radiofármacos);
- ✓ Criança portadora de galactosemia (doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose).

➤ Situações que indicam interrupção temporária da amamentação: ³⁶

- ✓ **Infecção herpética** (vesículas na pele da mama), a amamentação deve ser mantida na mama sadia. ³³
- ✓ **Abscesso mamário** (até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada), manter a amamentação na mama sadia.

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.



- ✓ **Varicela:** mãe com vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, deve ficar isolada até que as lesões estejam na forma de crosta. A criança deve receber imunoglobulina humana antivariçela zoster (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.
- ✓ **Doença de Chagas na fase aguda** da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.
- ✓ **Consumo de drogas de abuso:** recomenda-se a interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga.

Por fim, apresento algumas situações que o aleitamento **não deve ser interrompido:** ³⁶

- ✓ Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança
- ✓ Hanseníase: manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe
- ✓ Hepatite B: a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;
- ✓ Hepatite C
- ✓ Dengue
- ✓ Consumo de cigarros
- ✓ Consumo de álcool



(CCV-UFF/2018) Segundo o Ministério da Saúde, amamentar é muito mais do que nutrir a criança. Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento é fundamental, no quesito de colaborar para que o binômio possa vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila. Nesse aspecto, assinale a opção correta quanto a contraindicação do aleitamento materno.

- a) Não é possível manter a amamentação em uma nova gravidez.
- b) No caso de varicela, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões virem crosta.
- c) Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 podem amamentar desde que a titulação viral reduza.
- d) Mães bacilíferas após tratamento para tuberculose não podem amamentar pelo risco potencial de contaminação.
- e) A vacina e a administração de imunoglobulina para hepatite B não elimina o risco de transmissão do vírus pelo leite materno.

Comentário:



A **letra B** é o gabarito da questão. No caso de nova gravidez é possível manter a amamentação: mães infectadas com HTLV I e HTLV II tem contraindicação absoluta; mães bacilíferas podem amamentar desde que utilizem máscara e evitem contato próximo e a vacina e imunoglobulina para hepatite B praticamente eliminam risco de transmissão.

(IBFC/2016) Considerando o aleitamento materno analise as afirmativas abaixo, dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F) e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo.

() O colostro tem um papel definido para a proteção do recém-nascido, pois contém mais anticorpos e mais células brancas. É rico em proteína e vitaminas A, E e K, além de minerais como zinco e sódio.

() O leite de transição ocorre entre o 14º e o 28º dia pós-parto, período em que o colostro começa a ser substituído pelo leite maduro.

() O leite maduro tem maior concentração de lactose e carboidrato, que supre cerca de 40% das necessidades energéticas do recém-nascido.

() O leite maduro sofre alterações ao longo da mamada. No início da mamada é rico em proteínas, lactose, vitaminas, sais minerais e água; e o leite do final da mamada possui maior quantidade de vitamina A e gordura.

a) F,V,F,F.

b) V,V,V,V.

c) F,F,F,F.

d) V,F,V,V.

e) V,V,F,F.

Comentário:

A **letra D** é o gabarito da questão. A II alternativa está incorreta porque o leite de transição é produzido entre o 6º e 15º dia pós-parto.

(NC-UFPR/2016) As mamas, após o parto, não envolvem. Ao contrário, pelo processo de amamentação, podem apresentar complicações. A respeito do assunto, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

() O colostro é o primeiro leite a surgir e perdura até a primeira semana após o nascimento.

() Mastite é um processo inflamatório que ocorre somente em primigestas e mãe jovens.

() Rachaduras ou fissuras podem aparecer nos primeiros dias da amamentação e podem levar a mãe a parar de amamentar.

() Em torno do 3º ao 7º dia pós-parto, a produção de leite está no auge, podendo ocasionar ingurgitamento mamário.



Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

- a) F – F – V – V.
- b) F – F – V – F.
- c) F – V – V – V.
- d) V – V – F – V.
- e) V – V – F – F.

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra A**. O item I está incorreto porque o colostro perdura até o 3º- 5º dia pós-parto e o item II está incorreto porque a mastite não ocorre somente em primigestas e mães jovens.

5.3 – Esquema alimentar após os 6 meses

Como já sabemos, até os 6 meses é preconizado o aleitamento materno exclusivo (AME), mas e após essa faixa etária, como proceder à alimentação das crianças?

O aleitamento materno continuará a integrar o esquema alimentar, porém **após os seis meses**, também serão oferecidas três refeições ao dia (**duas papas de fruta e uma papa salgada** /comida de panela).³⁶

Quando a criança estiver **se aproximando do sétimo mês**, considerando-se a evolução da criança, deverá ser introduzida a **segunda papa salgada/comida de panela** (arroz, feijão, carne, legumes e verduras).³⁶

O período compreendido entre os 6 e 12 meses de vida deve propiciar a criança a introdução gradual de novos sabores, texturas e consistências, não sendo tão importante a quantidade ingerida nessa fase.³⁶

De 6 a 7 meses	De 8 a 12 meses	A partir de 12 meses
<ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno sob livre demanda• 1 papa de frutas no meio da manhã• 1 papa salgada no final da manhã• 1 papa de frutas no meio da tarde	<ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno sob livre demanda• 1 papa de frutas no meio da manhã• 1 papa salgada no final da manhã• 1 papa de frutas no meio da tarde• 1 papa salgada no final da tarde	<ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno sob livre demanda• 1 refeição pela manhã (mingau ou leite batido com fruta)• 1 fruta• 1 refeição básica da família no final da manhã• 1 fruta• 1 refeição básica da família no final da tarde



Fonte ³⁶.

5.4 – Alimentação para crianças não amamentadas

Nos casos em que a mãe não pode amamentar ou que não foi possível reverter o desmame mesmo após orientação e acompanhamento profissional é recomendada alimentação láctea nos primeiros 4 meses de vida e após essa idade deve ser iniciada introdução alimentar. ³⁶

(...)

Ufa pessoal, concluímos nossa primeira aula. Espero que tenham gostado. ;)

A seguir, vamos resolver uma bateria de exercícios para que possamos consolidar a matéria.

Abs,

Profª Gisele Lima.

³⁶ Fonte: BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.



QUESTÕES COMENTADAS

1. (IBFC/2016) Sobre o rastreamento para criptorquidia, analise as afirmativas abaixo, dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F) e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo.

- () A migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos primeiros 12 meses de vida.
- () Se os testículos não forem palpáveis na primeira consulta ou forem retráteis, o rastreamento deve ser realizado nas visitas rotineiras de puericultura.
- () Se aos 15 meses não forem encontrados testículos palpáveis no saco escrotal, será necessário encaminhar a criança à cirurgia pediátrica.

- a) V,F,V
- b) V,V,V
- c) F,F,V
- d) F,V,F
- e) V,V,F

Comentário:

A **alternativa D** é o gabarito da questão. A I alternativa está incorreta porque a migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos primeiros três meses e a III está incorreta porque se os testículos não forem palpáveis na criança a partir dos 6 meses, ela deverá ser encaminhada à cirurgia pediátrica.

2. (IBFC/2019) O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um sucesso do Brasil e reconhecido no mundo. São mais de 300 milhões de doses anuais distribuídas em vacinas, soros e imunoglobulinas. É de suma importância ao enfermeiro ter conhecimento sobre o calendário vacinal. A esse respeito, analise as afirmativas abaixo e dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F).

- () Ao nascer as crianças devem tomar a BCG e a primeira dose de Hepatite B.
- () Com dois meses de idade as crianças devem tomar a primeira dose da Penta, a primeira dose com VIP, a primeira dose de Pneumocócica 10V e a primeira dose de Rotavírus Humano.
- () Com três meses de idade as crianças devem tomar a primeira dose da Meningocócica C e a febre amarela.
- () Com seis meses de idade as crianças devem tomar a terceira dose da Penta, a terceira dose com VOP, a terceira dose de Pneumocócica 10V e a terceira dose de Rotavírus Humano.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo.



- a) V, V, F, F
- b) V, F, F, V
- c) F, V, V, F
- d) F, F, V, V

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra A**. A III afirmativa está incorreta porque a vacina febre amarela só deve ser administrada a partir dos 9 meses e a IV está incorreta pois não existe terceira dose de pneumocócica 10V e de Rotavírus.

3. (IBFC/2016) Considerando o escore de Apgar, leia as frases abaixo e a seguir assinale a alternativa correta.

- I. Tem a finalidade de avaliar a vitalidade neonatal.
- II. É considerado um parâmetro para determinar a necessidade de reanimação neonatal.
- III. São avaliados os seguintes parâmetros: frequência cardíaca, esforço respiratório, coloração e pressão arterial.
- IV. O recém-nascido é avaliado em três momentos: no primeiro, décimo e trigésimo minutos de vida.

- a) Apenas a frase I está correta.
- b) As frases I, II, III e IV estão corretas.
- c) Apenas a frase II está correta.
- d) As frases II, III e IV estão corretas.
- e) As frases I e II estão corretas.

Comentário:

A **alternativa E** é a correta e o gabarito da questão. A III alternativa está incorreta porque pressão arterial não faz parte dos parâmetros avaliados pelo Apgar, além de estarem faltando tônus muscular e irritabilidade reflexa e a IV está incorreta porque o recém-nascido é avaliado no primeiro, quinto e décimo minutos de vida.

4. (INSTITUTO AOCP/2015) Assinale a alternativa que NÃO corresponde aos principais critérios para a identificação de fatores de risco para o recém-nascido.

- a) Baixo peso ao nascer (menor que 2.900 g).
- b) História de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família, assim como histórico de RN de mãe portadora de HIV.
- c) História de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita.
- d) Critérios associados à família residente em área de risco; RN de mãe adolescente menor de 16 anos de idade
- e) RN de mãe analfabeta.



Comentário:

O gabarito da questão é a **letra A**. A criança é considerada baixo peso ao nascer quando é menor que 2.500 g.

5. (IBFC/ 2017) Assinale a alternativa correta que contemple os índices de Apgar, que no quinto minuto de vida do recém-nascido, relacionam-se a maior risco de mortalidade e leve aumento de risco para paralisia cerebral.

- a) 4 a 6
- b) 7 a 10
- c) 3 a 5
- d) 0 a 3
- e) 5 a 7

Comentário:

A **alternativa D** é o gabarito da questão. Um Apgar de 0 a 3 no 5º minuto de vida do RN é indicativo de maior risco de mortalidade e leve aumento de risco para paralisia cerebral.

6. (INSTITUTO AOCP/2015) Sobre a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), assinale a alternativa INCORRETA.

- a) É uma avaliação que busca detectar a perda auditiva congênita e/ou adquirida no período neonatal o mais precocemente possível.
- b) Deve ser realizada em todos os recém-nascidos, preferencialmente nos primeiros dias de vida (24 a 48 horas) e, no máximo, durante o primeiro mês de vida.
- c) Dentre os fatores de risco, está a história familiar de perda auditiva congênita.
- d) O teste da orelhinha consiste em procedimentos eletrofisiológicos, não causando dor ou desconforto.
- e) O teste pode ser realizado por qualquer profissional de saúde capacitado.

Comentário:

A **alternativa E** é a alternativa incorreta e é o gabarito da questão. A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) deve ser realizada por médicos ou fonoaudiólogos.

7. (AOCP/2018) O teste do pezinho, para triagem neonatal, deverá ser realizado, preferencialmente:

- a) Na primeira hora de vida.



- b) Entre o 3º e o 7º dia de vida.
- c) Após 30 dias de vida.
- d) No primeiro minuto de vida.

Comentário:

A **alternativa B** é o gabarito da questão. Como vimos anteriormente, o momento ideal para a realização do teste do pezinho de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 33 é entre o 3º e 7º dia de vida. Lembrando que o Manual técnico de Triagem Neonatal Biológica (2016) e o site do MS, em 2017, passaram a recomendar que o exame fosse coletado entre o 3º e 5º dia.

8. (FUNDATEC-IMESF-2019) Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. (DEMOTT et al., 2006). Em relação à primeira consulta de puericultura, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) A primeira consulta do recém-nascido deverá ocorrer na sua primeira semana de vida.
- b) Na anamnese, procura-se avaliar as condições do nascimento da criança como: tipo de parto, intercorrências clínicas na gestação, tratamentos realizados, entre outras questões.
- c) Orientar os pais sobre o banho e os cuidados com o coto umbilical, que deve cair nas primeiras duas semanas. Para isso, o coto deve ser mantido limpo e seco.
- d) Ao examinar o crânio do recém-nascido, avaliar as fontanelas: a anterior é de forma triangular, fecha-se do 11º ao 15º mês; a posterior, de forma losangular, fecha-se até o terceiro mês.
- e) É necessário incentivar a amamentação exclusiva até os 06 meses de idade e avaliar a pega correta e o posicionamento adequado do bebê.

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra D**. Nessa questão, o examinador pede a alternativa incorreta, vimos que durante o exame físico do crânio, ao examinar as fontanelas, a anterior é de forma losangular, mede de 1-4 cm, fecha-se do 9º ao 18º mês, não deve estar fechada ao nascimento e a posterior é triangular, mede aproximadamente 0,5 cm e fecha-se até o 2º mês.

9. (Prefeitura de Fortaleza-CE-2018) A "Primeira Semana Saúde Integral" (PSSI) é uma estratégia na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos. Essa estratégia inclui a realização da primeira consulta de puericultura, por meio de visita domiciliar, ainda na primeira semana de vida do recém-nascido. A atuação do enfermeiro, na primeira consulta de puericultura, inclui:

- a) Avaliar a presença de situações de risco e vulnerabilidade para a saúde do recém-nascido, tais como: criança residente em área de risco; baixo peso ao nascer; prematuridade; mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo); história familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade.



- b) Certificar-se da realização do teste do pezinho, o qual deve ser feito a partir do 1º dia de vida da criança, para a detecção da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito.
- c) Realizar a avaliação antropométrica, considerando-se normal a perda de até 20% do peso ao nascer, na primeira semana de vida.
- d) Avaliar o padrão respiratório, no qual deve predominar a respiração torácica e variar entre 20 e 60 movimentos respiratórios por minuto.

Comentários:

O gabarito da questão é a **letra A**. A letra b está incorreta, porque diz que o teste do pezinho deve ser realizado a partir do 1º dia de vida, quando na verdade, deve ser feito de preferência, entre o 3º e 5º dia de vida; na letra c, ele diz que é normal a perda de até 20% do peso corporal, mas o normal é até 10% e na letra d, a respiração deve ser basicamente abdominal e estar entre 40 e 60 irpm.

10. (INSTITUTO AOCP/ 2015) São reflexos identificados no recém-nascido a termo, EXCETO:

- a) Moro.
- b) Voracidade ou procura.
- c) Sucção.
- d) Extensão palmar e plantar
- e) Marcha.

Comentário:

A **alternativa D** é o gabarito da questão. O reflexo de moro, procura, sucção e marcha estão presentes ao nascimento, contudo não existe reflexo de extensão palmar e plantar, e sim, flexão palmar e plantar.

11. (MS CONCURSOS/2018) O exame físico da criança deve ser sempre detalhado, respeitando as características de desenvolvimento. Sendo assim, ao examinar o coto umbilical, deve-se observar quanto à presença de exsudato, odor, hiperemia, higiene e cicatrização. A mumificação completa do coto ocorre aproximadamente entre quais dias?

- a) 3º ao 5º
- b) 5º ao 7º
- c) 7º ao 10º
- d) 10º ao 12º
- e) 12º ao 15º

Comentário:

A **alternativa C** é a alternativa correta e o gabarito da questão. O coto umbilical tem sua mumificação completa em torno de 7º ao 10º dia.



12. (SERCTAM/2016) Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente, a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família, a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção. Com relação à saúde da criança, podemos afirmar, EXCETO:

- a) Os cuidados com a saúde do bebê e sua família devem ser sempre individualizados
- b) A partir da anamnese, procura-se avaliar, principalmente, as condições do nascimento da criança: tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e nos tratamentos realizados, entre outros
- c) Algumas situações podem ser reconhecidas como de vulnerabilidade, a exemplo do aleitamento materno ausente ou não exclusivo, gestação gemelar e malformação congênita
- d) O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno.
- e) Segundo o Programa Nacional de Triagem Neonatal, a coleta para o teste do pezinho deve ser realizada entre o 1º e o 10º dia de vida da criança. Embora não seja o ideal, aceita-se que seja feita a coleta até o 45º dia de vida do bebê.

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra E**. De acordo com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, a coleta do teste do pezinho deve ser realizada preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida. Pode ser realizada após o 28º dia, mas apenas em casos excepcionais.

13. (IBFC/2016) O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Leia as afirmativas abaixo e a seguir assinale a alternativa correta.

- I. É um método substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal e da utilização de incubadoras.
- II. O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente.
- III. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares.
- IV. O método objetiva aprimorar a atenção perinatal além de economizar recursos humanos e recursos técnicos.

As afirmativas I, II, III e IV estão corretas:

- a) As afirmativas II e III estão corretas
- b) As afirmativas I e IV estão corretas



- c) As afirmativas I e III estão corretas
- d) Apenas a afirmativa II está correta

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra A**. A alternativa I está incorreta porque o método canguru não tem como objetivo substituir as UTI's e utilização de incubadoras e a alternativa IV está incorreta porque o método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

14. (FUNDATEC/ 2019) Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. (DEMOTT et al., 2006). Em relação à primeira consulta de puericultura, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) A primeira consulta do recém-nascido deverá ocorrer na sua primeira semana de vida.
- b) Na anamnese, procura-se avaliar as condições do nascimento da criança como: tipo de parto, intercorrências clínicas na gestação, tratamentos realizados, entre outras questões.
- c) Orientar os pais sobre o banho e os cuidados com o coto umbilical, que deve cair nas primeiras duas semanas. Para isso, o coto deve ser mantido limpo e seco.
- d) Ao examinar o crânio do recém-nascido, avaliar as fontanelas: a anterior é de forma triangular, fecha-se do 11º ao 15º mês; a posterior, de forma losangular, fecha-se até o terceiro mês.
- e) É necessário incentivar a amamentação exclusiva até os 06 meses de idade e avaliar a pega correta e o posicionamento adequado do bebê.

Comentário:

A **alternativa D** é a incorreta e é o gabarito da questão. A fontanela anterior é losangular e fecha-se do 9º ao 18º mês e a posterior é triangular e fecha-se até o segundo mês.

15. (IBFC/2016) Considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), leia as afirmativas e, a seguir, assinale a alternativa correta.

- I. Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância, receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o crescimento e desenvolvimento em todas áreas, com exceção da psíquica.
- II. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.
- III. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, excluindo as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.



IV. A atenção odontológica à criança terá função educativa protetiva e será prestada, inicialmente, antes de o bebê nascer, por meio de aconselhamento pré-natal, e, posteriormente, no sexto e no décimo segundo anos de vida, com orientações sobre saúde bucal.

- a) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas
- b) As afirmativas II, III e IV estão corretas
- c) Apenas as afirmativas I e III estão corretas
- d) Apenas a afirmativa IV está correta
- e) As afirmativas I, II, III e IV estão corretas

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra A**. O item I está incorreto, porque os profissionais receberão formação, para detectar sinais de risco para o **desenvolvimento psíquico**. O item III está incorreto porque exclui as unidades neonatais, sendo que elas também estão inclusas.

16. (COMPERVE/2018) A Caderneta de Saúde da Criança é um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos (BRASIL, 2017). Nela, a vigilância do crescimento infantil é acompanhada por meio de anotações realizadas pelos profissionais de saúde. Em relação à vigilância do crescimento infantil, analise as afirmativas abaixo.

- I. A Caderneta de Saúde da Criança possui os gráficos de crescimento do perímetro cefálico, do perímetro torácico, da circunferência abdominal, peso para idade e índice de massa corporal (IMC) para a idade.
- II. Várias medidas de crescimento da criança, quando colocadas como pontos no gráfico ao longo do tempo e unidas entre si, formam uma linha. Um traçado horizontal indica que a criança não está crescendo, o que necessita ser investigado.
- III. Os pontos de corte utilizados nas distintas curvas estão representados em escores z, que indicam unidades do desvio-padrão do valor da mediana (escore z 0).
- IV. Para utilizar a curva da Organização Mundial de Saúde em crianças pré-termo, deve-se corrigir a idade cronológica até 12 meses, ou seja, é preciso descontar o número de semanas que faltaram para atingir a idade gestacional de 37 semanas.

De acordo com a Caderneta de Saúde da Criança (2017), estão corretas as afirmativas:

- a) I e IV.
- b) I e II.
- c) II e III.
- d) III e IV.

Comentário:



As afirmativas corretas são as II e III, logo o gabarito da questão é a **letra C**. A alternativa I está incorreta porque na caderneta de saúde da criança, os gráficos presentes são os de perímetro cefálico, peso para a idade e índice de massa corporal (IMC) para a idade e a alternativa IV está incorreta porque deve-se descontar o número de semanas que faltaram para atingir a idade gestacional de 40 semanas.

17. (EDUCA/2019) Os bebês até os seis meses de idade devem ser alimentados somente com leite materno, não precisam de chás, sucos, outros leites, nem mesmo de água. Após essa idade, deverá ser dada alimentação complementar apropriada, mas a amamentação deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais. Com relação ao leite materno, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Utilizar substitutos do leite materno, como fórmulas infantis ou leite de outros animais, pode ser um grande risco para a saúde do bebê.
- b) O leite materno é o melhor alimento que um bebê pode ter. É de fácil digestão e promove um melhor crescimento e desenvolvimento, além de proteger contra doenças.
- c) Não existe risco da mulher que tem HIV passar o vírus para seu bebê durante a amamentação. A mãe com status positivo para o HIV pode amamentar.
- d) O colostro, o leite amarelado e grosso que a mãe produz nos primeiros dias após o nascimento, é o alimento ideal para recém-nascidos.
- e) O aleitamento materno protege bebês e crianças pequenas de doenças perigosas. O leite materno é a primeira 'vacina' do bebê. A amamentação também é responsável por criar um laço maior entre mãe e filho.

Comentário:

A alternativa incorreta é a **letra C**, pois mães infectadas com HIV tem contra-indicação absoluta para amamentar.

18. (MDS/2019) Durante uma consulta de enfermagem, o profissional diagnosticou uma amamentação interrompida devido a um ingurgitamento mamário. Quanto a isso, é correto afirmar que:

- a) A congestão/aumento da vascularização da mama, a retenção de leite nos alvéolos e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático são componentes básicos para a ingurgitação mamária.
- b) Duração prolongada da mama, leite em reduzida quantidade e mamadas frequentes favorecem o aparecimento da ingurgitação mamária.
- c) Um dos fatores de risco para o ingurgitamento mamário é a amamentação em livre demanda.
- d) O ingurgitamento mamário ocorre com mais frequência em múltiparas, considerando que obstruções anteriores podem ter deixado sequelas em ductos.

Comentário:



A alternativa correta é a **letra A**. Mamadas frequentes e amamentação em livre demanda ajudam a evitar o ingurgitamento. Ele é mais comum em primíparas.

19. (INSTITUTO AOCP/ 2018) De acordo com a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a alternativa correta.

- a) Tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 10 anos de vida.
- b) A PNAISC se estrutura em 7 eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional.
- c) Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 16 anos, sendo esse limite etário passível de alteração, de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.
- d) A estratégia do "7º Dia de Saúde Integral", se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a ser ofertado para mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade, o mais precocemente.
- e) A PNAISC considera criança toda pessoa na faixa etária de 0 a 10 anos, sendo a primeira infância identificada na faixa etária de 0 a 5 anos de idade.

Comentário:

A alternativa correta é a **letra B**. A letra A está incorreta porque a PNAISC tem como objetivo promover e proteger a criança até os 9 anos de idade; a letra C porque o limite etário para os serviços de pediatria no SUS é até os 15 anos; a alternativa D, porque a estratégia se chama " 5º Dia de Saúde Integral" e a alternativa E porque a PNAISC considera criança, toda pessoa de 0 a 09 anos e a primeira infância de 0 a 6 anos.

20. (VUNESP/2019) A anemia por deficiência de ferro é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil em virtude das altas prevalências e da estreita relação com o desenvolvimento das crianças (MS, 2013), sendo a administração da suplementação de sulfato ferroso uma medida profilática de grande importância. Atualmente, o Ministério da Saúde orienta que a suplementação com ferro, para recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo ou não, deve ser iniciada a partir

- a) Dos três meses até o 36º mês de vida.
- b) De 30 dias até o 12º mês de vida.
- c) Dos seis meses até o 24º mês de vida.
- d) Do nascimento até o 24º mês de vida.
- e) Do nascimento até o 12º mês de vida.



Comentário:

A alternativa correta é a **letra C**. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) recomenda a suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses de idade.

21. (IF-RS/2016) O Caderno de atenção Básica 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento trazem orientações sobre anamnese, exame físico e consultas em crianças, sendo INCORRETO afirmar:

- a) O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.
- b) Devem ser iniciados, o mais rápido possível, o incentivo à ingestão de água filtrada e alimentos líquidos e pastosos, sendo também recomendada a suplementação a todas as crianças de 2 a 18 meses (a partir dos 2 meses para as que não estiverem em aleitamento materno exclusivo) e mais cedo para as de baixo peso ao nascer e as prematuras (com menos de 37 semanas).
- c) Na anamnese das consultas, mesmo que no referido momento o foco principal seja a criança, é difícil avaliar o bem-estar dela sem prestar atenção no bem-estar da mãe. Reforça-se a importância de se identificar sinais de depressão materna pós-parto, uma vez que foi constatado um risco maior de desmame nos primeiros 2 meses de vida das crianças quando as mães se apresentam deprimidas.
- d) Um exame físico completo da criança deve ser realizado na primeira consulta com um(a) médico(a) ou um(a) enfermeiro(a) e devem ser observados aspectos referentes a dados antropométricos, rastreamento para displasia evolutiva do quadril, ausculta cardíaca, avaliação da visão e da audição, aferição da pressão arterial e rastreamento para criptorquidia.
- e) As orientações de prevenção no cuidado às crianças na atenção básica seguem faixas etárias específicas e devem englobar aspectos da melhor posição pra dormir, prevenção de infecção viral respiratória, prática de atividade física, hábitos alimentares e ingestão de bebidas alcoólicas e aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais.

Comentário:

A alternativa incorreta é a **letra B**, portanto, é o gabarito da questão. A ingestão de água e alimentos líquidos e pastosos, assim como, a suplementação de ferro só é recomendada a partir do 6º mês de vida. Para as crianças menores de 6 meses que não estiverem em aleitamento materno exclusivo, a suplementação deve iniciar aos 4 meses e para as de baixo peso e prematuras a partir do 30º dia após o nascimento.



22. (IBFC/2016) O esquema alimentar para crianças amamentadas, do nascimento até completar 6 meses de vida, deve ser o aleitamento materno exclusivo em livre demanda. Sobre o esquema alimentar dessa criança, a partir dos 6 meses de vida, assinale a alternativa correta.

- a) Ao completar 10 meses, deve-se oferecer para a criança durante o dia: leite de vaca e refeição básica da família 2 vezes ao dia.
- b) Ao completar 12 meses, deve-se oferecer para a criança durante o dia: leite de vaca, papa de fruta 2 vezes ao dia e papa salgada 2 vezes ao dia.
- c) Ao completar 6 meses, deve-se oferecer para a criança durante o dia: leite materno por livre demanda, papa de fruta, papa salgada, papa de fruta e leite materno.
- d) Ao completar 6 meses, deve-se oferecer leite materno por livre demanda, papa de fruta 1 vez ao dia e refeição básica da família 2 vezes ao dia.
- e) Ao completar 12 meses, deve-se oferecer para a criança durante o dia: leite de vaca, papa de fruta apenas 1 vez ao dia e papa salgada 2 vezes ao dia.

Comentário

Percebam que de cara eliminamos três alternativas, pois o leite a ser ofertado sempre deverá ser o leite materno, sendo assim, as letras A, B e C já estão incorretas; a letra D fala em oferecer refeição básica da família 2 vezes ao dia, sendo que estas refeições só são indicadas a partir de 12 meses, sendo assim, a **letra C** é a alternativa correta.

23. (FCM/2019) Avalie as afirmações sobre diarreia em bebês menores de 2 meses.

- I- O bebê, em aleitamento materno exclusivo, pode apresentar de 6 a 8 evacuações líquidas no dia, sem que se caracterize a diarreia.
- II- A mãe deve ser orientada a parar com a amamentação nos casos em que o bebê esteja com diarreia prolongada.
- III- A letargia, a inconsciência ou a irritabilidade, olhos fundos e prega cutânea são sinais de desidratação.
- IV- A reposição por solução de reidratação oral deve ser administrada por mais 7 dias após a diarreia ter cessado.
- V- A reposição de líquidos deve ser oferecida após cada evacuação diarreica.

Está correto apenas o que se afirma em:

- a) I, II e IV.
- b) I, III e V.
- c) II, III e IV.
- d) III, IV e V.

Comentário:



A alternativa correta é a **letra B**, pois os itens **II e IV estão incorretos**. O item II está incorreto porque em caso de diarreia, incluindo a prolongada, a mãe deve ser aconselhada a manter o aleitamento e o item IV porque assim que a diarreia cessar deve ser suspensa a oferta de solução de reidratação oral.

24. (FUNCAB/2016) O programa nacional de suplementação de vitamina A busca reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 9 meses de idade. Tal deficiência é a principal causa de:

- a) cegueira evitável.
- b) anemia.
- c) raquitismo.
- d) doenças hemorrágicas.
- e) obesidade.

Comentário

A alternativa correta é a **letra A**. Como vimos, a vitamina A atua diretamente na manutenção da visão e sua deficiência pode ocasionar cegueira.

25. (VUNESP/2018) No que diz respeito a alimentação de crianças não amamentadas, ao realizar a consulta de enfermagem de puericultura, o enfermeiro deve orientar a introdução da papa salgada para bebês a partir dos:

- a) Três meses de idade.
- b) Quatro meses de idade.
- c) Cinco meses de idade.
- d) Seis meses de idade.
- e) Oito meses de idade.

Comentário

A alternativa correta é a **letra B**. Como vimos, se a criança não está sendo amamentada, a indicação para introdução alimentar é a partir dos 4 meses.



GABARITO

1. D
2. A
3. E
4. A
5. D
6. E
7. B
8. D
9. A
10. D
11. C
12. E
13. A
14. D
15. A
16. C
17. C
18. A
19. B
20. C
21. B
22. C
23. B
24. A
25. B



CALENDÁRIO NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

Fonte: Ministério da Saúde/2020

Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócica 10V conjugada	Rotavírus humano	Meningocócica C (conjugada)	Febre amarela	Hepatite A	Tríplice viral	Tetra viral	Varicela	Influenza
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer											
	2 meses			1ª dose (com penta)	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose							
	3 meses							1ª dose						
	4 meses			2ª dose (com penta)	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose							
	5 meses							2ª dose						
	6 meses			3ª dose (com penta)	3ª dose (com VIP)									
	9 meses								1ª dose					
	12 meses					REFORÇO		REFORÇO			1ª dose			Uma ou duas doses (anual)
	15 meses			1º reforço (com DTP)	1º reforço (com VOP)					Uma dose		Uma dose		
	4 anos			2º reforço (com DTP)	2º reforço (com VOP)					REFORÇO			Uma dose	
5 anos														

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.