

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE**

Caderno do Participante

AIDPI Neonatal

**Brasília – DF
2014**

Equipe responsável pela elaboração e revisão técnica:

Rejane Silva Cavalcante – Universidade do Estado do Pará

Rosa Vieira Marques – Universidade do Estado do Pará

Maria da Graça Mouchrek Jaldin – Universidade Federal do Maranhão

Maria de Fátima Arrais Carvalho – Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão

Margareth Hamdan Melo Coelho – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Maria Rosário Ribeiro Barretto – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Davi da Costa Nunes Junior – Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública

Vera Maria Borges Leal de Britto – Universidade do Estado do Pará

Cristiano Francisco da Silva – Ministério da Saúde do Brasil

Jussara Pereira de Oliveira – Ministério da Saúde do Brasil

Paulo Vicente Bonilha Almeida – Ministério da Saúde do Brasil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
Manual AIDPI Neonatal : caderno do participante / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de
Rejane Silva Cavalcante et al. - 1. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
59 p.

ISBN 978-85-65003-64-3

1. Atenção Integral à Saúde. 2. Recém-nascido (RN). 3. Neonatologia. I. Organização Pan-Americana de
Saúde. II. Cavalcante, Rejane, coord. III. Título.

CDU 614

Sumário

1.	Exercícios	04
1.1.	Formulário de Registro 1	25
1.2.	Formulário de Registro 2	27
2.	Dramatizações	29
3.	Anexo I Intervenções antes da gestação	46
4.	Anexo II Puerpério	50
5.	Anexo III Nota de esclarecimento do Ministério da Saúde do Brasil	58
6.	Anexo IV Programação	59

1. Exercícios

AVALIAR E DETERMINAR OS RISCOS DURANTE A GESTAÇÃO

1. CASO JOANA

Hoje é dia 15/03/2010. Joana compareceu ao hospital com frequentes dores no baixo ventre. Ela informa que sua última menstruação foi em 02/08/09, estava fazendo pré-natal, regularmente e, até o dia anterior, estava sem queixas. O profissional de saúde constatou que Joana havia iniciado trabalho de parto. Use o manual de quadros para classificar o risco durante a gestação e determinar o tratamento.

R - _____

2. CASO FABIANA

Fabiana está grávida do seu 2º filho e com 36 semanas de gestação. Tem 26 anos e seu primeiro parto foi há três anos. Está satisfeita com a gestação e tem ido, regularmente, às consultas do pré-natal. O médico não detectou nenhuma anormalidade e sempre a elogia pelos hábitos saudáveis e o cuidado com a alimentação. Qual o risco da gestação de Fabiana?

R - _____

3. CASO ANA

Ana tem 17 anos, está grávida do seu 1º filho, a idade gestacional pela DUM é de 32 semanas e esta é a primeira vez que vem ao posto de saúde. Ana refere ao médico que tem sentido muito cansaço ao fazer suas tarefas em casa e que está com perda de líquido, pela vagina, desde o dia anterior. Nega outra doença. Ao exame está afebril, PA 120x80mmHg, sem edema, mas com palidez palmar acentuada. Use o manual de quadros para classificar o risco durante a gestação e determinar o tratamento.

R - _____

NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO

4. Socorro tem 22 anos e chega à unidade de saúde de seu município, referindo dor de parto e perda de líquido claro há 4 horas. É sua primeira gravidez, sua menstruação foi há 9 meses e refere que fez apenas 2 consultas durante a gestação. O plantonista a examina e a encaminha para a sala de parto. Além da cor do líquido, o que mais você deve avaliar para decidir sua conduta inicial com o bebê de termo?

R - _____

5. Nasce um RN de parto normal, sem mecônio, a termo, mas devido a uma demora no canal de parto você observa que ele respira, mas está hipotônico. O que você faz?

- a) Inicia VPP com balão e máscara e O₂ 100%
- b) Inicia O₂ inalatório 5 litros por minuto
- c) Faz os passos iniciais da reanimação
- d) Dá uma palmada no bumbum do bebê

6. Você está em sala de parto e nasce um RN a termo, de parto cesáreo, líquido amniótico claro, mas está com respiração irregular. Após fazer os passos iniciais da reanimação, o bebê mantém a respiração irregular e sua frequência cardíaca é de 80bpm. O que você faz?

- a) VPP com balão e máscara e O₂ a 21%
- b) O₂ inalatório com fluxo de 5 litros por minuto
- c) Massagem cardíaca e O₂ inalatório
- d) Massagem cardíaca acompanhada de VPP com O₂ a 100%
- e) Adrenalina 1:10.000 EV e massagem cardíaca

7. Quando está indicada a massagem cardíaca em um RN, após 30 segundos de ventilação efetiva com pressão positiva? Quando a FC está:

- a) Abaixo de 60bpm
- b) Abaixo de 80bpm
- c) Abaixo de 70bpm
- d) Abaixo de 50bpm

RISCO AO NASCER

8. CASOJOÃO

João nasceu de parto normal, a termo, pesando 3 kg. Não necessitou de manobras de reanimação. Sua mãe tem 23 anos, não fez pré-natal, apresentava perda de líquido há 8 horas e febre no momento do parto. O líquido amniótico era fétido. Use o manual de quadros para classificar o risco ao nascer e determinar o tratamento.

R - _____

9. CASO NATÁLIA

Natália tem 26 anos, pesa 75 kg, mede 1,55m e está grávida do primeiro filho. Ela fez duas consultas de pré-natal e procurou o hospital porque está com 38 semanas de gestação e iniciou o trabalho de parto. Negou perda de líquido pela vagina. Seu bebê nasceu com 2.300g, demorou a chorar, apresentou cianose de mãos e pés, porém não necessitou de manobras de reanimação. O Capurro foi de 38 semanas e 4 dias e não apresentou nenhuma anomalia congênita. Use o manual de quadros para classificar o risco ao nascer e determinar o tratamento.

R - _____

10. Classifique o risco ao nascer nas seguintes situações:

a) RN de 36 semanas, pesando 2.600g, reanimado com estímulo tátil e que apresenta dedos supranumerários em ambas as mãos.

R - _____

b) RN nasceu de parto cesáreo, pesando 4.050g, com retirada difícil e que necessitou de reanimação com ventilação com pressão positiva com balão e máscara.

R - _____

c) RN nasceu a termo, pesando 2.650g, com boa vitalidade, choro forte e respiração regular. Foi levado ao peito na primeira meia hora após o nascimento, sugou avidamente.

R - _____

d) RN segundo gemelar, pesando 1.900g, não necessitou manobras de reanimação e evoluiu sem hipoglicemia. Ao primeiro exame o pediatra determinou a idade gestacional de 37 semanas, pelo Capurro, e detectou que o RN estava pletórico.

R - _____

AVALIAR E CLASSIFICAR CRIANÇAS DOENTES DE 0 A 2 MESES

DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA

11. CASO MARTA

Marta está com cinco semanas, nasceu de parto natural e pesou 2.380g. Sua mãe a levou ao posto médico porque ela apresentava “bolinhas com pus” no pescoço. A mãe referiu que Marta mama mais de oito vezes ao dia e não toma outro leite. Não tem vômitos, diarreia e nem febre. Também não apresentou convulsões. O profissional verificou que a menina estava ativa, sem palidez ou cianose e sem secreção nos ouvidos ou olhos. Não apresentava icterícia e nem distensão abdominal. Marta tinha tiragem subcostal leve e sua frequência respiratória era 54rpm. Foram observadas algumas pústulas no pescoço. Seu peso atual é 3.650g e sua temperatura axilar é de 36,5°C. Marta fez a BCG e HepB1.

Use o formulário de registro abaixo e o manual de quadros para fazer a classificação

R - _____

12. CASO MARCOS

Marcos tem 26 dias, nasceu de parto natural, pesando 3.020g, com o comprimento de 50 cm e perímetro cefálico de 34 cm. Atualmente, pesa 3.790g, está em aleitamento materno exclusivo e mama sob livre demanda. Sua temperatura é de 37,0°C. A mãe o levou para consulta porque ele estava com dificuldade para respirar desde o dia anterior. Ela respondeu ao médico que seu filho não apresentou convulsão, ainda está conseguindo se alimentar e não vomitou. O profissional avaliou o menor e verificou que ele não estava letárgico e nem cianótico, sua frequência respiratória era 72 rpm, apresentava tiragem subcostal leve, discreto batimento de asas do nariz, mas sem gemido. Marcos não apresentava secreção nos ouvidos, olhos ou umbigo e não havia pústulas na pele. Também não estava icterício e sua boca não tinha ulcerações. A mãe referiu que suas evacuações eram amolecidas desde que nasceu. Marcos não recebeu nenhuma vacina.

Use o formulário de registro abaixo e o manual de quadros para fazer a classificação.

R - _____

AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DOENTE DE 0 A 2 MESES DE IDADE

DADOS DA CRIANÇA				Data da consulta ____ / ____ / ____	
Nome da mãe:					
Nome da criança:				Idade:	
Primeira consulta?			Consulta de seguimento?		
Motivo da consulta:					
Peso nasc.:	Comp.:	PC:	Peso atual:	T. axilar:	

AVALIAR				CLASSIFICAR	
Doença grave ou infecção localizada		FR:		SIM	NÃO
“Não vai bem”; irritada; Não consegue mamar ou beber nada; Vomita tudo; Temp. axilar <36° ou ≥ 37,5° C; Convulsões- movimentos anormais Letárgica/inconsciente ou largada; Tiragem subcostal grave;	Apneia; Batimentos de asas do nariz; Gemido, estridor ou sibilância; Cianose central; Palidez intensa; Icterícia abaixo do umbigo e/ou início antes de 24h; Sangramentos: petéquias, equimoses, hemorragias;	Secreção purulenta no ouvido ou olhos(abundante/edema palpebral) ou umbigo (com eritema que se estende para pele ao redor); Distensão abdominal FR ≥ 60 ou < 30 rpm; Pústulas ou vesículas na pele (numerosas ou extensas); Enchimento capilar lento (>2 segundos); Anomalias congênitas maiores	Secreção purulenta nos olhos; Umbigo com secreção purulenta e/ou eritema, sem estender-se para pele ao redor; Pústulas na pele (poucas ou localizadas); Placas esbranquiçadas na boca.	Doença grave Infecção localizada Não tem doença grave ou infecção localizada	

Diarreia				SIM	NÃO
Letárgico ou inconsciente Inquieto ou irritado Olhos fundos	Sinal de prega cutânea Sucção débil ou não consegue mamar	Diarreia há 7 dias ou mais	Sangue nas fezes	Desidratação Sem Desidratação Diarreia prolongada Diarreia com sangue	

Nutrição				Primeiro: determinar a tendência do crescimento		SIM	NÃO
Perda do peso maior de 10% na primeira semana de vida	Tendência de crescimento horizontal ou em declínio Peso/idade abaixo-2 escores z Ganho ponderal baixo (<600g/mês)	Pega incorreta Não mama bem. Não mama sob livre demanda	Recebe outros alimentos ou líquidos Recebe outro leite	Problema grave de nutrição Problema de nutrição ou de alimentação Não tem problema de nutrição ou de alimentação			

Vigilância do desenvolvimento			SIM	NÃO
PC abaixo -2 escore z ou acima + 2 escore z Alterações fenotípicas: fenda palpebral oblíqua, olhos afastados, implantação baixa de orelhas, fenda labial, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única, 5º dedo da mão curto e recurvado.	Ausência de: #Postura (barriga para cima, membros fletidos, cabeça lateralizada) #Reflexo cócleo-palpebral (<i>reage ao som</i>); observa um rosto; eleva a cabeça; sorriso social; abre as mãos; emite sons e movimenta ativamente os membros Todos os marcos presentes para a faixa etária, mas existem fatores de risco	Provável atraso no desenvolvimento Alerta para desenvolvimento Desenvolvimento normal com fatores de risco Desenvolvimento normal		

Verificar os antecedentes de vacinação do menor de 2 meses. Marcar com um círculo as vacinas que serão aplicadas hoje.

BCG	Criança	HepB-1	
			Voltar para próxima vacina em: ____ / ____ / ____

Avaliar outros problemas:

13. CASO LIANA

Liana nasceu com 35 semanas e 6 dias, está com duas semanas de vida e seu peso ao nascer foi 2.050g. Atualmente, pesa 2.400g e sua temperatura é de 36,5°C. Sua mãe a levou ao posto de saúde porque o umbigo da criança está com secreção, mas que ela está mamando menos de seis vezes ao dia, movimenta-se normal, não apresentou vômitos e nem convulsões. Não tinha diarreia. Ao exame o médico observou que a criança apresentava tiragem subcostal leve, mas sem gemido e sem batimentos de asas do nariz; sua frequência respiratória era de 58 rpm. Estava icterícia em face e tórax, acianótica, não tinha secreção nos olhos e ouvidos e nem pústulas na pele. O umbigo apresentava-se com secreção, mas sem eritema na pele a redor. Durante a amamentação o médico observou que a pega e posição estavam corretas. Liana recebeu somente a BCG.

Use o formulário de registro abaixo e o manual de quadros para fazer a classificação

R - _____

DIARREIA/ESTADO DE HIDRATAÇÃO

- Nos casos a seguir preencha o formulário, os quadros e use o manual de quadros para fazer a classificação

14. CASO PEDRO

Pedro está com seis semanas e pesa 3.450g. Sua mãe Ana o levou ao posto médico, porque está com diarreia há cinco dias, mas sem sangue nas fezes. O menor não teve convulsões, não apresentou vômitos e nem distensão abdominal, mas não está mamando bem após a diarreia. O profissional verifica que sua temperatura é 36,7°C, sua frequência respiratória é 56 rpm, não apresenta tiragem subcostal e nem gemido. Está anictérico e rosado, seus ouvidos, olhos e umbigo estão sem alterações. Não apresenta letargia, os olhos estão fundos e sua pele volta ao estado anterior lentamente. Quando foi perguntado à Ana sobre a alimentação de Pedro, ela respondeu que ele mama quatro vezes ao dia e que oferece mamadeira de leite em pó três vezes ao dia. As suas vacinas estão em dia. Pedro não tem outras alterações e nem outros problemas.

R - _____

15. CASO JOÃO

João é uma criança de 1 mês e 15 dias de vida, pesa 4.200g, mama no peito, mas recebe complemento com leite artificial há 2 semanas. Sua mãe procurou a unidade de saúde porque ele está com diarreia. O profissional que atende João informou-se que ele não apresenta vômitos, não tem dificuldade para respirar, não apresenta febre e nem movimentos anormais. Então, perguntou:

- João tem diarreia? Sim, ele está com diarreia há quatro dias.
- Tem sangue nas fezes? Não.
- Ele pode beber ou mamar no peito? Sim.

O profissional, ao examinar a criança, observa: olhos fundos, irritabilidade e ao sinal da prega, a pele volta lentamente ao estado anterior. João não está letárgico ou inconsciente, não tem icterícia e não está cianótico. Também não apresenta palidez e infecção localizada.

A criança está com diarreia? SIM () NÃO () Se SIM: Há quanto tempo? Há sangue nas fezes SIM () NÃO () Ao exame , a criança encontra-se: - Letárgica ou inconsciente - Inquieta ou irritada Observe: - Olhos fundos - Sinal da prega (lentamente ou muito lentamente) - Sucção débil ou não consegue mamar		Classificação
Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação		
Tem diarreia há 7 dias ou mais SIM () NÃO ()		
Há sangue nas fezes SIM () NÃO ()		

16. CASO ANDREA

Andrea tem 40 dias de vida, pesa 4.000g, não mama no peito e recebe mamadeira de leite em pó com farinha. A mãe de Andrea procurou o serviço de saúde porque está preocupada, pois a menina está com diarreia há quatro dias, não consegue tomar a mamadeira de mingau e está muito fraca. Quando foi perguntado à mãe se havia sangue nas fezes, ela respondeu que não. Também respondeu que Andrea não vomitou, não tem febre e nem dificuldade para respirar. O profissional de saúde observou que a criança estava acordada, mas extremamente quieta, tinha olhos fundos e ao sinal da prega, a pele voltava muito lentamente ao estado anterior.

A criança está com diarreia? SIM () NÃO () Se SIM: Há quanto tempo? Há sangue nas fezes SIM () NÃO () Ao exame , a criança encontra-se: - Letárgica ou inconsciente - Inquieta ou irritada Observe: - Olhos fundos - Sinal da prega (lentamente ou muito lentamente) - Sucção débil ou não consegue mamar		Classificação
Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação		
Tem diarreia há 7 dias ou mais SIM () NÃO ()		
Há sangue nas fezes SIM () NÃO ()		

17. CASO CARLOS

Carlos tem 1 mês e 3 dias, atualmente pesa 3.800g, mama no peito, mas recebe duas mamadeiras de leite em pó, pois chorava muito. A mãe procurou a unidade de saúde porque Carlos está com diarreia há dois dias, mas não tem sangue nas fezes. Carlos não tem vômitos e nem febre, está sem dificuldade para respirar e aceita a sua alimentação. O profissional observa que Carlos está bem alerta, não tem olhos fundos e ao sinal da prega, a pele volta imediatamente ao estado anterior. Também não apresenta febre, vômitos, palidez ou cianose, nem icterícia e sinais de infecção localizada.

A criança está com diarreia? SIM () NÃO () Se SIM: Há quanto tempo? Há sangue nas fezes SIM () NÃO () Ao exame, a criança encontra-se: - Letárgica ou inconsciente - Inquieta ou irritada Observe: - Olhos fundos - Sinal da prega (lentamente ou muito lentamente) - Sucção débil ou não consegue mamar	Classificação
Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação	
Tem diarreia há 7 dias ou mais SIM () NÃO ()	
Há sangue nas fezes SIM () NÃO ()	

18. CASO MARÍLIA

Marília tem 1 mês e 28 dias, pesa 4.500g e nunca mamou no peito. Sua mãe procura o serviço de saúde porque a criança está com diarreia há oito dias. Ela informa ao profissional de saúde que não há sangue nas fezes, que Marília não tem febre e nem vômitos e está sem dificuldade para respirar. O profissional pergunta se a criança consegue beber e a mãe responde, afirmativamente. Marília se alimenta de leite artificial desde o nascimento. Ao exame, apresenta-se tranquila, está se movimentado bem, não tem olhos fundos e ao sinal da prega, a pele volta lentamente ao estado anterior.

A criança está com diarreia? SIM () NÃO () Se SIM: Há quanto tempo? Há sangue nas fezes SIM () NÃO () Ao exame, a criança encontra-se: - Letárgica ou inconsciente - Inquieta ou irritada Observe: - Olhos fundos - Sinal da prega (lentamente ou muito lentamente) - Sucção débil ou não consegue mamar	Classificação
Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação	
Tem diarreia há 7 dias ou mais SIM () NÃO ()	
Há sangue nas fezes SIM () NÃO ()	

19. CASO LUCAS

Lucas está com 1 mês e 15 dias e sua mãe procura o serviço de saúde porque ele está com diarreia há nove dias. Ela refere que o menino mama no peito, recebe leite artificial três vezes ao dia há duas semanas. Lucas nasceu com 3.450g e pesa, atualmente, 3.900g. O profissional de saúde pergunta se há sangue nas fezes e a mãe responde que não, mas afirma que Lucas teve 2 vômitos desde o dia anterior. O profissional verifica que ele está muito irritado, com olhos fundos, apresenta temp. axilar de 37,2°C, mas está sem dificuldade para respirar e sem movimentos anormais. Ao sinal da prega, a pele volta muito lentamente ao estado anterior. Lucas não apresenta outros sinais.

A criança está com diarreia? SIM () NÃO () Se SIM: Há quanto tempo? Há sangue nas fezes SIM () NÃO () Ao exame, a criança encontra-se: - Letárgica ou inconsciente - Inquieta ou irritada Observe: - Olhos fundos - Sinal da prega (lentamente ou muito lentamente) - Sucção débil ou não consegue mamar	Classificação
Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação	
Tem diarreia há 7 dias ou mais SIM () NÃO ()	
Há sangue nas fezes SIM () NÃO ()	

20. CASO ANA

Ana tem 1 mês e 27 dias e foi levada para atendimento por apresentar diarreia. Sua mãe refere ao profissional de saúde que Ana mamou no peito até completar o primeiro mês de vida, quando passou a fazer uso de leite de vaca com farinha. Quando a profissional pergunta há quanto tempo à menina está com diarreia, a mãe responde que há 5 dias. Ao perguntar se há sangue nas fezes, ela responde que sim. Ainda foi verificado que Ana não apresenta febre, não tem vômitos, nem movimentos anormais e que está se alimentando. Ao exame, a menina está ativa, sem dificuldade para respirar e não tem olhos fundos. Ao sinal da prega, a pele volta lentamente ao estado anterior.

A criança está com diarreia? SIM () NÃO () Se SIM: Há quanto tempo? Há sangue nas fezes SIM () NÃO () Ao exame, a criança encontra-se: - Letárgica ou inconsciente - Inquieta ou irritada Observe: - Olhos fundos - Sinal da prega (lentamente ou muito lentamente) - Sucção débil ou não consegue mamar	Classificação
Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação	
Tem diarreia há 7 dias ou mais SIM () NÃO ()	
Há sangue nas fezes SIM () NÃO ()	

NUTRIÇÃO

21. Volte aos casos Marta (nº 11), Marcos (nº 12), Liana (nº 13) e Pedro (nº 14) para fazer a classificação com relação à Nutrição. Use o manual de quadros e classifique.

- Marta: _____
- Marcos: _____
- Liana: _____
- Pedro: _____

22. CASO MANUEL

Manuel tem sete dias de vida. Nasceu de parto normal, pesando 3.000g. Sua mãe procurou o posto de saúde porque Manuel está amarelinho. O peso atual de Manuel é 2.500g. Avalie e classifique o estado nutricional de Manuel.

R - _____

23. CASO RAQUEL

Raquel nasceu de parto normal, pesando 3 kg. No momento da alta seu exame foi normal e o profissional de saúde ao avaliar a amamentação, observou que Raquel fazia boa pega e que sua mãe tinha boa produção de leite, porém, estava insegura sobre a alimentação de Raquel. O profissional reforçou as orientações e pediu que retornasse ao hospital no final da primeira semana. A mãe de Raquel retornou no 6º dia e, ao pesá-la, o profissional constatou que Raquel havia perdido 200g. Avalie e classifique o estado nutricional de Raquel.

R - _____

TRATAMENTO

24. CASO LUANA

Luana está com 1 mês e 4 dias de idade, pesa 4.200g e está com temperatura axilar de 37°C. Sua mãe a levou ao posto de saúde porque ela tem problemas na pele. A mãe respondeu ao médico que a criança não tem tido convulsões, está mamando bem e não tem vômitos. Ao examiná-la o médico observa que Luana está bem ativa, não apresenta tiragem subcostal, batimento de asas do nariz e nem gemido. Sua frequência respiratória é 57 rpm. Não tem secreção purulenta nos ouvidos. Seu umbigo está normal, mas apresenta algumas pústulas no pescoço e na axila direita. A criança não está com diarreia. Luana fez a BCG e HepB1. Use o manual de quadros para classificar e determinar o tratamento. Avalie a nutrição e verifique a vacinação de Luana. Além do tratamento com antibiótico oral, Luana precisa fazer tratamento local? Se afirmativo, como deve ser feito e com que frequência? A mãe deverá trazer Luana para consulta de seguimento em quantos dias? Use o formulário de registro abaixo para fazer a classificação e determine o tratamento (veja pág. 22 do MQ).

R - _____

**Além do tratamento com antibiótico, Luana precisa fazer tratamento local?
Se afirmativo, como deve ser feito e com que frequência?**

R - _____

A mãe deverá trazer Luana para consulta de seguimento em quantos dias?

R - _____

25. CASO LUCAS

Volte a ler o caso clínico do Lucas (nº 19) que está com diarreia e, após já terem sido feitas as classificações, determine o tratamento caso não seja possível a referência de imediato. Na unidade de saúde pode ser feita a hidratação venosa, logo faça os cálculos.

R - _____

R - _____

VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 2 MESES

26. CASO GABRIEL

Gabriel foi levado por sua avó ao posto médico por ser uma criança muito quieta. Ele tem 25 dias, nasceu de parto normal, domiciliar e não chorou logo ao nascer. Após o nascimento, foi levado ao hospital onde ficou internado por sete dias. Seu peso ao nascer foi 2.200g, comprimento 47 cm, perímetro cefálico 33 cm e idade gestacional de 37 semanas. Sua mãe tem 16 anos, não fez pré-natal e usou drogas durante a gestação. Pai desconhecido. O profissional ao examinar a criança percebeu que ele não elevava a cabeça, não olhava para o profissional, sua postura era com membros fletidos e cabeça lateralizada e reagia ao som, piscando os olhos. Gabriel não apresentava alterações fenotípicas. Seu perímetro cefálico atual é de 35 cm. Use o quadro “Verificar o Desenvolvimento da Criança de 0 a 2 meses”, utilize no manual de quadros para fazer a classificação e diga qual a conduta apropriada.

VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A < 2 MESES DE IDADE

Nome: _____ Idade: _____ Peso atual: _____ PC atual: _____

PERGUNTAR:

Quais são os problemas da criança? _____
 Primeira consulta? _____ Consulta de retorno? ____

AVALIAR	CLASSIFICAR
Avaliar o desenvolvimento da criança de 0 a 2 meses de idade	
PERGUNTE	OBSERVE
<ul style="list-style-type: none"> • Realizou pré-natal? _____ • Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho? ----- ----- • Nasceu prematuro? _____ • Quanto pesou ao nascer? _____ • Seu filho teve icterícia ou alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? _____ • A senhora e o pai da criança são parentes? _____ • Existe algum caso de deficiência na família? _____ • O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho? _____ <p>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo etc.? _____ <p>LEMBRE-SE Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação dessa criança.</p>	<p>MARCOS NO MENOR DE 1 MÊS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada _____ • Observa um rosto _____ • Reage ao som _____ • Eleva a cabeça _____ <p>MARCOS NO MENOR DE 1 MÊS A < 2 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emite sons _____ • Movimenta ativamente os membros _____ • Abre as mãos _____ • Sorriso social _____ <p>OBSERVE SE HÁ ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perímetro Cefálico < -2 escores z ou > +2 escores _____ 2. Presença de alterações fenotípicas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fenda palpebral oblíqua ▪ Olhos afastados ▪ Implantação baixa de orelhas ▪ Fenda labial ▪ Fenda palatina ▪ Pescoço curto e/ou largo ▪ Prega palmar única ▪ 5º dedo da mão curto e recurvado

R - _____

27. CASO CAMILA

Camila tem 1 mês e 15 dias, nasceu de parto normal, a termo, pesando 2.100g. Houve necessidade de reanimação com balão auto inflável, após o nascimento, tendo ficado internada por 4 dias. Sua mãe tem 17 anos e consumiu álcool durante a gestação. Camila foi levada por sua avó ao serviço de saúde por ser uma menina “muito parada”. O profissional de saúde verificou que os pais da criança não são parentes, que a mãe não fez pré-natal, não há casos de deficiência na família e que a criança não teve nenhuma doença grave. Ao exame, verificou que Camila observava seu rosto, reagia ao som, não elevava a cabeça, não movimentava ativamente seus membros, não emitia sons e não abria as mãos. Seus braços e pernas não estavam fletidos. Ela não apresentava alterações fenotípicas e seu perímetro cefálico era 33,5 cm. A avó acha que sua neta não é normal.

Utilize o quadro “Verificar o Desenvolvimento da Criança de 0 a 2 meses”, no manual de quadros para fazer a classificação e diga qual a conduta apropriada.

VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A < 2 MESES DE IDADE

Nome: _____ Idade: _____ Peso atual: _____ Peso nasc.: _____
 PC atual: _____

PERGUNTAR:

Quais são os problemas da criança? _____
 Primeira consulta? _____ Consulta de retorno? _____

AVALIAR		CLASSIFICAR
Avaliar o desenvolvimento da criança de 0 a 2 meses de idade		
PERGUNTE	OBSERVE	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizou pré-natal? _____ • Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho? ----- • Nasceu prematuro? _____ • Quanto pesou ao nascer? _____ • Seu filho teve icterícia ou alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? _____ • A senhora e o pai da criança são parentes? _____ • Existe algum caso de deficiência na família? _____ • O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho? _____ <p>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo etc.? _____ <p>LEMBRE-SE Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação dessa criança.</p>	<p>MARCOS NO MENOR DE 1 MÊS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada _____ • Observa um rosto _____ • Reage ao som _____ • Eleva a cabeça _____ <p>MARCOS NO MENOR DE 1 MÊS A < 2 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emite sons _____ • Movimenta ativamente os membros _____ • Abre as mãos _____ • Sorriso social _____ <p>OBSERVE SE HÁ ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perímetro Cefálico < -2 escores z ou > +2 escores _____ 2. Presença de alterações fenotípicas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fenda palpebral oblíqua ▪ Olhos afastados ▪ Implantação baixa de orelhas ▪ Fenda labial ▪ Fenda palatina ▪ Pescoço curto e/ou largo ▪ Prega palmar única ▪ 5º dedo da mão curto e recurvado 	

R - _____

28. CASO MÁRIO

Mário estava com 38 dias e foi levado ao serviço de saúde para consulta de rotina. Sua mãe informou ao profissional que fez pré-natal, que a gestação, o parto e o nascimento transcorreram muito bem. Mário pesou 3.400g ao nascer, o comprimento foi 51cm, e o perímetro cefálico 34cm. Estava em aleitamento materno exclusivo. Ao exame, o profissional verificou que a criança observava seu rosto e sorria, elevava a cabeça, movimentava-se ativamente, reagia ao som, emitia sons guturais e abria as mãos. Seu peso era 5.500g e o perímetro cefálico, 36,5cm. Mário não apresentava alterações fenotípicas. Sua mãe informou que ela e o pai da criança eram primos de primeiro grau. Negou outros fatores de risco. Utilize o quadro “Verificar o Desenvolvimento da Criança de 0 a 2 meses”, no manual de quadros para fazer a classificação e diga qual a conduta apropriada.

VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A < 2 MESES DE IDADE

Nome: _____ Idade: _____ Peso atual: _____ PC atual: _____

PERGUNTAR:

Quais são os problemas da criança? _____

Primeira consulta? _____ Consulta de retorno? _____

AVALIAR		CLASSIFICAR
Avaliar o desenvolvimento da criança de 0 a 2 meses de idade		
PERGUNTE	OBSERVE	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizou pré-natal? _____ • Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho? _____ • Nasceu prematuro? _____ • Quanto pesou ao nascer? _____ • Seu filho teve icterícia ou alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? _____ • A senhora e o pai da criança são parentes? _____ • Existe algum caso de deficiência na família? _____ • O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho? _____ <p>FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo etc.? _____ <p>LEMBRE-SE Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação dessa criança.</p>	<p>MARCOS NO MENOR DE 1 MÊS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada _____ • Observa um rosto _____ • Reage ao som _____ • Eleva a cabeça _____ <p>MARCOS NO MENOR DE 1 MÊS A < 2 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emite sons _____ • Movimenta ativamente os membros _____ • Abre as mãos _____ • Sorriso social _____ <p>OBSERVE SE HÁ ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:</p> <p>1. Perímetro Cefálico < -2 escores z ou > +2 escores _____</p> <p>2. Presença de alterações fenotípicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fenda palpebral oblíqua ▪ Olhos afastados ▪ Implantação baixa de orelhas ▪ Fenda labial ▪ Fenda palatina ▪ Pescoço curto e/ou largo ▪ Prega palmar única ▪ 5º dedo da mão curto e recurvado 	

R - _____

2. Dramatizações

Considerando a dificuldade logística e o tempo disponível não tem sido possível aplicar a estratégia na prática do atendimento durante as capacitações. Para suprir essa lacuna foram inseridas as dramatizações. Essas são utilizadas para que o profissional de saúde tenha a oportunidade de simular o seu atendimento ao paciente e sedimente o conhecimento para utilizar o manual de quadros da estratégia.

No primeiro dia, os participantes deverão ser divididos em 4 grupos para preparação das dramatizações. Os atores deverão utilizar o Manual de Quadros durante sua dramatização. Com o intuito de otimizar o tempo, pode-se ter um relator para resumir etc. Cada apresentação deve ter a duração máxima de 15 min.

O **Grupo 1** deverá avaliar o **Grupo 3** e vice-versa; o **Grupo 2** deverá avaliar o **Grupo 4** e vice-versa, segundo a ordem de competências essenciais a serem observadas. Durante as dramatizações, todos os outros participantes deverão fazer a avaliação da Comunicação Interpessoal.

A seguir são colocadas as tabelas com as competências essenciais a serem observadas durante a simulação de atendimento nas dramatizações. Cada tabela corresponde a um quadro de procedimentos da estratégia. A tabela de relações interpessoais deve ser utilizada para todas as dramatizações.

Os roteiros colocados a seguir são sugestões e podem ser acrescidos de informações ou mesmo modificados, desde que atinja o objetivo do caso sugerido.

Aproveite esse momento para descobrir novos talentos e entender melhor a dinâmica de atendimento da estratégia AIDPI.

CASO 1
Avaliar o risco durante a gestação

MANOELA

Perfil de Manoela

- Tem 30 anos
- Apenas sabe ler e escrever

Entrada na consulta

- Está muito preocupada e desconfiada
- Cumprimenta o profissional de saúde com voz apenas audível

Elementos chave da história de Manoela

- Veio de longe
- Seu marido está viajando
- Deixou seus outros filhos aos cuidados de uma vizinha, está preocupada por isto
- Espera seu terceiro bebê
- Acha que está com sete meses de gestação, não lembra a data da sua última menstruação
- É a primeira vez que vem para a consulta pré-natal
- Há 2 meses tem fortes dores de cabeça, especialmente pela manhã. Hoje, está também com a visão borrada
- Não teve convulsões
- Não tem febre e tem edema de pés
- PA = 180x100mmHg

Solicite ao profissional de saúde que será observado que atenda a Manoela conforme a estratégia AIDPI.

Use o instrumento específico para este momento crítico e vá preenchendo-o de maneira discreta.

DRAMATIZAÇÃO 1

Avaliar o risco durante a gestação

- Solicite ao profissional de saúde que explique todos os procedimentos que realiza em voz alta.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Verifica se a grávida realizou algum controle pré-natal prévio e o número de vezes		
2.	Avalia todos os antecedentes de fatores de risco pessoais ou familiares identificados no cartão da gestante ou na história clínica perinatal (HCP) ou elabora a HCP		
3.	Avalia antecedentes patológicos de: diabetes, hipertensão arterial, infecção urinária e convulsões (os quatro)		
4.	Avalia antecedentes de consumo de: drogas; álcool e tabaco (os três)		
5.	Avalia prováveis IST: sífilis e HIV (os dois)		
6.	Avalia antecedentes de vacinação: anti-rubéola; antitetânica e hepatites B (os três)		
7.	Avalia risco reprodutivo, em caso de não ser a primeira gestação: mortes perinatais, como foi o nascimento, se baixo peso ao nascer e malformações congênitas (os quatro)		
8.	Avalia exposição a tóxicos: químicos; radiações e inseticidas (os três)		
9.	Avalia sinais de perigo durante a gestação: hemorragia; saída de líquidos pela vagina; pressão arterial elevada; proteinúria e bacteriúria se exame disponível (os três ou cinco)		
10.	Avalia se tem anemia (avaliação clínica ou solicita exame de laboratório ou revisa o resultado do exame de laboratório já existente)		
11.	Avalia o incremento de peso segundo o IMC pré-gestação		
12.	Avalia a saúde bucal		
13.	Avalia antecedentes de violência intrafamiliar		
14.	Classifica, CORRETAMENTE, de acordo com a presença de sinais avaliados		
15.	Determina o tratamento de acordo com a classificação obtida		
16.	Prescreve suplementos nutricionais: ferro e ácido fólico, se não for referida		
	Total SIM		
	Número de Sim necessários para alcançar 80%	13	

Indicador 1: O profissional de saúde é competente para avaliar e determinar o risco durante a gestação (Total Sim: 13 ou mais)	SIM () NÃO ()
---	--------------------

Comentários:

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

- Este evento deve ser preenchido imediatamente depois de ter aplicado as verificações referentes ao caso 1.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Cumprimenta a paciente/mãe/pai; chama a paciente/mãe/pai por seu nome.		
2.	Realiza perguntas abertas.		
3.	Os comentários ou apreciações, que expressa, são tecnicamente adequados.		
4.	Verifica se a paciente/ mãe/pai entendeu todas as perguntas, orientações e indicações.		
5.	Responde de maneira concreta às perguntas da paciente/mãe/pai.		
6.	Demonstra interesse e preocupação.		
7.	Emprega uma linguagem sensível e compreensível para seus comentários.		
8.	Elimina as barreiras de comunicação (obstáculos), mantém olhos ao mesmo nível.		
9.	Sua linguagem corporal é adequada.		
10.	Evita criticar a paciente/mãe/pai.		
11.	Felicita a paciente/mãe/pai por ir ao estabelecimento e pela ações adequadas.		
Total SIM			
Número de Sim necessários para alcançar 80%		9	

Indicador 2: O profissional de saúde é competente em comunicação interpessoal (Total Sim: 9 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

CASO 2
Avaliar risco ao nascer

GRAÇA

Elementos chave:

- Graça nasceu de parto domiciliar, há aproximadamente 12 horas
- O parto foi feito por uma parteira tradicional; bolsa rota no ato
- Graça demorou um pouco a nascer, não chorou de imediato e foi estimulado pela parteira com palmada
- Graça é trazida ao estabelecimento de saúde pelo pai
- Graça não quer mamar e lhe deram água com açúcar, usando mamadeira
- Nasceu aos nove meses de gestação
- Mãe sem problemas na gestação e nega doenças prévias
- Temperatura do RN = 36,5°C; não tem desconforto respiratório; está muito vermelha e hipoativo. Peso = 2.500g. Sem malformação

Solicite ao profissional de saúde que atenda o bebê conforme a estratégia AIDPI.

Use o instrumento específico para este momento crítico e vá preenchendo-o de maneira discreta.

DRAMATIZAÇÃO 2

Avaliar risco ao nascer

- Solicite ao profissional de saúde que explique todos os procedimentos que realiza em voz alta.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Avalia antecedentes patológicos da mãe; diabetes, hipertensão arterial, infecção urinária, TORCH'S e doença sistêmica grave.		
2.	Avalia antecedentes de rotura prolongada de membranas (mais de 12 horas).		
3.	Pergunta por antecedentes de febre na mãe.		
4.	Pergunta por antecedentes de necessidade de reanimação.		
5.	Realiza e interpreta a antropometria do recém-nascido: peso, comprimento, perímetro cefálico, permeabilidade anal e esofágica.		
6.	Avalia a idade gestacional empregando o Método de Capurro ou outro sistema.		
7.	Avalia a temperatura do bebê (retal ou axilar).		
8.	Avalia a respiração, intensidade do choro; frequência cardíaca, cor da pele (os quatro)		
9.	Avalia presença de: malformações congênitas evidentes, lesões devido ao parto e sinais de infecção intrauterina.		
10.	Classifica, CORRETAMENTE, de acordo com a presença de sinais avaliados.		
11.	Determina o tratamento de acordo com a classificação obtida.		
	Total SIM		
	Número de Sim necessários para alcançar 80%	9	

Indicador 1: O profissional de saúde é competente para avaliar o risco ao nascer (Total Sim: 9 ou mais)	SIM () NÃO ()
---	--------------------

Comentários:

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

- Este evento deve ser preenchido imediatamente depois de ter aplicado as verificações referentes ao caso 1.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Cumprimenta a paciente/mãe/pai; chama a paciente/mãe/pai por seu nome.		
2.	Realiza perguntas abertas.		
3.	Os comentários ou apreciações, que expressa, são tecnicamente adequados.		
4.	Verifica se a paciente/ mãe/pai entendeu todas as perguntas, orientações e indicações.		
5.	Responde de maneira concreta às perguntas da paciente/mãe/pai.		
6.	Demonstra interesse e preocupação.		
7.	Emprega uma linguagem sensível e compreensível para seus comentários.		
8.	Elimina as barreiras de comunicação (obstáculos), mantém olhos ao mesmo nível.		
9.	Sua linguagem corporal é adequada.		
10.	Evita criticar a paciente/mãe/pai.		
11.	Felicita a paciente/mãe/pai por ir ao estabelecimento e pela ações adequadas.		
Total SIM			
Número de Sim necessários para alcançar 80%		9	

Indicador 2: O profissional de saúde é competente em comunicação interpessoal (Total Sim: 9 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

CASO 3

Determinar se tem doença grave, diarreia; avaliar o desenvolvimento no menor de 2 meses; avaliar a nutrição e alimentação

MARGARETH

Perfil de Patrícia (mãe de Margareth)

- Tem 18 anos
- Lê e escreve
- Está muito preocupada
- Margareth é sua primeira filha, tem seis dias de vida

Entrada na consulta

- Patrícia entra com sua filha
- Está nervosa e fala rapidamente
- Não cumprimenta o profissional de saúde

Elementos chave da história de Margareth

- Nasceu a termo, em sua casa e foi atendida por uma parteira tradicional, sem intercorrências. Mãe sem problemas durante a gestação
- Há dois dias a mãe a sentiu com quentura. Nega diarreia. Sem outras queixas
- Usa mamadeira e seio materno (quatro vezes ao dia). Eliminações normais
- Segue mamando bem, está ativa, sem desconforto respiratório. Apresenta leve icterícia em face. Não está com temperatura elevada. Não tem sinais de doença grave e nem de infecção localizada
- Peso atual = 3.500g. PC = 35cm, temperatura axilar 36.7°C
- Tem o tamanho adequado para um recém-nascido
- Não recebeu vacinas

OBS: Será um caso “**sem doença grave**”, para que sejam feitas as outras avaliações (nutrição, desenvolvimento). Fica a critério de o participante considerar ou não a criança com problemas de desenvolvimento.

DRAMATIZAÇÃO 3

Determinar se a criança de 0 a 2 meses tem doença grave

- Solicite ao profissional de saúde que explique todos os procedimentos que realiza em voz alta.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Verifica o motivo da consulta.		
2.	Avalia fatores de risco, utilizando a caderneta da criança ou a história clínica perinatal.		
3.	Pergunta se pode mamar no peito ou beber.		
4.	Pergunta se tem dificuldade para respirar.		
5.	Pergunta se teve febre ou hipotermia.		
6.	Pergunta se teve convulsões.		
7.	Avalia os sinais vitais: temperatura axilar; frequência respiratória (os dois).		
8.	Avalia o peso atual e sua relação com o peso de nascimento.		
9.	Avalia sinais de doença grave: letargia, tiragem subcostal grave, icterícia, cianose (os quatro).		
10.	Averigua sinais de infecção localizada em: umbigo, olhos, pele e boca (os quatro).		
11.	Classifica, CORRETAMENTE , de acordo com a presença de sinais avaliados.		
12.	Determina o tratamento de acordo com a classificação obtida.		
13.	Orienta a mãe sobre como cumprir com o tratamento ou recomendação.		
14.	Orienta a mãe sobre quando voltar e quais os sinais de perigo.		
Total SIM			
Número de Sim necessários para alcançar 80%		11	

Indicador 1: O profissional de saúde é competente para determinar se a criança de 0 a 2 anos tem doença grave (Total Sim: 11 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

DRAMATIZAÇÃO 3

Avaliar se a criança tem diarreia

- Solicite ao profissional de saúde que explique todos os procedimentos que realiza em voz alta.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Pergunta se a criança tem diarreia e desde quando.		
2.	Pergunta se teve sangue nas fezes.		
3.	Avalia sinais de desidratação		
4.	Classifica, CORRETAMENTE , de acordo com a presença de sinais avaliados.		
5.	Determina o tratamento de acordo com a classificação obtida.		
6.	Orienta a mãe sobre como cumprir com o tratamento ou recomendação.		
7.	Orienta a mãe sobre quando voltar e quais os sinais de perigo.		
Total SIM			
Número de Sim necessários para alcançar 80%		5	

Indicador 2: O profissional de saúde é competente para avaliar diarreia e desidratação no menor de 2 meses (Total Sim: 5 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

DRAMATIZAÇÃO 3

Avaliar a nutrição e alimentação da criança menor de 2 meses

- Solicite ao profissional de saúde que explique todos os procedimentos que realiza em voz alta.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Pergunta se a criança se alimenta no peito de forma exclusiva.		
2.	Avalia a pega/posição de amamentar.		
3.	Pergunta se mama sob livre demanda.		
4.	Pergunta se a criança recebe outros líquidos ou alimentos e qual é a forma de prepará-los.		
5.	Avalia o peso para a idade.		
6.	Avalia o peso atual na curva de crescimento; se há uma perda de peso maior que 10% na primeira semana.		
7.	Avalia a tendência do crescimento, se não tem o peso anterior, aplica na curva com peso único.		
8.	Pergunta se a criança tem dificuldade para se alimentar, se deixou de comer.		
9.	Classifica, CORRETAMENTE , de acordo com a presença de sinais avaliados.		
10.	Determina o tratamento de acordo com a classificação obtida.		
11.	Orienta a mãe sobre o aleitamento materno exclusivo e boas técnicas para amamentar.		
12.	Orienta a mãe sobre quando voltar.		
	Total SIM		
	Número de Sim necessários para alcançar 80%	10	

Indicador 3: O profissional de saúde é competente para avaliar a nutrição da criança menor de 2 meses (Total Sim: 10 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

DRAMATIZAÇÃO 3

Avaliar o desenvolvimento da criança menor de 2 meses

- Solicite ao profissional de saúde que explique todos os procedimentos que realiza em voz alta.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Pergunta à mãe sobre antecedentes perinatais: doenças da mãe durante a gestação; duração da gestação; reanimação neonatal; doenças do bebê durante os primeiros dias de vida.		
2.	Pergunta a idade da criança.		
3.	Mede e interpreta o perímetro cefálico.		
4 a.	No menor de 1 mês avalia os 5 sinais de desenvolvimento: postura, reage ao som, observa um rosto, eleva a cabeça.		
4 b.	Em crianças de 1 a 2 meses avalia os 4 sinais de desenvolvimento: emite sons, movimentos dos membros alternados, sorriso social, abre as mãos.		
5.	Classifica, CORRETAMENTE , de acordo com a presença de sinais avaliados.		
6.	Determina o tratamento de acordo com a classificação obtida.		
7.	Orienta a mãe sobre a estimulação de seu filho (a) e verifica se entendeu.		
8.	Orienta a mãe sobre quando voltar se não for referida.		
Total SIM			
Número de Sim necessários para alcançar 80%		6	

Indicador 4: O profissional de saúde é competente para avaliar o desenvolvimento da criança menor de 2 meses (Total Sim: 6 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

- Este evento deve ser preenchido imediatamente depois de ter aplicado as verificações referentes ao caso 1.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Cumprimenta a paciente/mãe/pai; chama a paciente/mãe/pai por seu nome.		
2.	Realiza perguntas abertas.		
3.	Os comentários ou apreciações, que expressa, são tecnicamente adequados.		
4.	Verifica se a paciente/ mãe/pai entendeu todas as perguntas, orientações e indicações.		
5.	Responde de maneira concreta às perguntas da paciente/mãe/pai.		
6.	Demonstra interesse e preocupação.		
7.	Emprega uma linguagem sensível e compreensível para seus comentários.		
8.	Elimina as barreiras de comunicação (obstáculos), mantém olhos ao mesmo nível.		
9.	Sua linguagem corporal é adequada.		
10.	Evita criticar a paciente/mãe/pai.		
11.	Felicita a paciente/mãe/pai por ir ao estabelecimento e pela ações adequadas.		
Total SIM			
Número de Sim necessários para alcançar 80%		9	

Indicador 5: O profissional de saúde é competente em comunicação interpessoal (Total Sim: 9 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

CASO 4

Referência do recém-nascido

- Explique ao profissional de saúde que você observará suas habilidades para referir ao recém-nascido.
- Para isto usará um boneco de demonstração
- O “caso” trata de um recém-nascido que tem a classificação de **Doença Grave** e os sinais mais relevantes são: ***não pode mamar e está muito frio.***
- Aplique a lista de verificação que foi elaborada para verificar esta habilidade, se necessário oriente, com maior informação, ao profissional de saúde. Se existe alguma dúvida, lembre que se trata de um recém-nascido que está muito grave.

DRAMATIZAÇÃO 4

Referência da criança menor de 2 meses

- Solicite ao profissional de saúde que explique todos os procedimentos que realiza em voz alta.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Trata hipotermia ou hipertermia (abriga a criança ou a coloca em contato pele a pele ou manejo adequado da criança com febre).		
2.	Previne ou trata a hipoglicemia; se a criança pode mamar, orienta a continuar dando o peito.		
3.	Mantém a via aérea permeável e oxigenação adequada, se necessário.		
4.	Administra a primeira dose do tratamento prévio à referência.		
5.	Proporciona os cuidados, dependendo do problema detectado.		
6.	Identifica um familiar ou uma pessoa para acompanhar a paciente durante o traslado. Solicita consentimento dos pais. Entra em contato com o médico receptor do hospital.		
7.	Elabora um laudo de referência que conste: nome do menino ou menina, idade, classificação e tratamento pré-referência.		
8.	Explica à mãe ou responsável pela criança o estado ou condição de saúde e o motivo da referência.		
Total SIM			
Número de Sim necessários para alcançar 80%		6	

Indicador 1: O profissional de saúde é competente para a referência do recém-nascido em estado grave (Total Sim: 6 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

- Este evento deve ser preenchido imediatamente depois de ter aplicado as verificações referentes ao caso 1.
- Marque com um (X) se o profissional observado realiza a competência de maneira adequada.

	Competências essenciais a serem observadas	Resultado (X)	
		SIM	NÃO
1.	Cumprimenta a paciente/mãe/pai; chama a paciente/mãe/pai por seu nome.		
2.	Realiza perguntas abertas.		
3.	Os comentários ou apreciações, que expressa, são tecnicamente adequados.		
4.	Verifica se a paciente/ mãe/pai entendeu todas as perguntas, orientações e indicações.		
5.	Responde de maneira concreta às perguntas da paciente/mãe/pai.		
6.	Demonstra interesse e preocupação.		
7.	Emprega uma linguagem sensível e compreensível para seus comentários.		
8.	Elimina as barreiras de comunicação (obstáculos), mantém olhos ao mesmo nível.		
9.	Sua linguagem corporal é adequada.		
10.	Evita criticar a paciente/mãe/pai.		
11.	Felicita a paciente/mãe/pai por ir ao estabelecimento e pela ações adequadas.		
Total SIM			
Número de Sim necessários para alcançar 80%		9	

Indicador 2: O profissional de saúde é competente em comunicação interpessoal (Total Sim: 9 ou mais)	SIM () NÃO ()
--	--------------------

Comentários:

Anexo I

INTERVENÇÕES ANTES DA GESTAÇÃO

1. Vigilância do estado nutricional com o Índice de Massa Corpórea (IMC) antes da gravidez.

Antecedentes: nos últimos anos têm-se empregado distintos indicadores antropométricos que refletem o estado nutricional.

Recentemente, tem-se considerado o índice de massa corporal como um bom indicador para o diagnóstico, controle e seguimento do estado nutricional da gestante. Este indicador relaciona o peso corporal com a altura (tamanho).

Cálculo: $\text{Peso (kg)}/\text{alt(m)}^2$

Interpretação: desnutrida: IMC < 20

Normal: IMC de 20 a 26

Sobrepeso: IMC >26 a 30

Obesa: IMC > 30

Evidência: o índice de massa corporal < de 20 se associa a desnutrição. Antes da gravidez é um preditor de baixo peso ao nascer (BPN) e Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) quando a mulher engravida.¹⁻³

2. Suplementação com ácido fólico

Antecedentes: o ácido fólico é uma das vitaminas do complexo B de maior importância antes e durante a gravidez. Já se tem comprovação que sua ingestão adequada diminui o risco do bebê nascer com defeitos do tubo neural (DTN). O tubo neural é a estrutura que dará origem ao cérebro e à medula espinhal nos primeiros 3 meses da gestação. Caso este tubo neural não se forme e não se feche, corretamente, podem aparecer defeitos como a espinha bífida, encefalocele e anencefalia. A anencefalia não é compatível com a vida e a espinha bífida pode causar sintomas de paralisia infantil, falta de controle dos esfíncteres e problemas na aprendizagem.

Administração: dois meses antes da gravidez até 3 meses depois de iniciada a gestação. Geralmente se administra em combinação com o sulfato ferroso.

Dose: 400µg/dia (0.4 mg/dia). Nas mulheres obesas devem ser aumentadas a doses. Via oral.

Evidência: reduz a incidência de defeitos do tubo neural em 72% (42-87%).⁴⁻¹²

3. Prevenção e tratamento de anemia com ferro

Antecedentes: a prevalência de anemia em escolares e mulheres adolescentes permanece elevada nos países em desenvolvimento. A OMS tem estimado que na Região da América Latina e Caribe (ALC) a prevalência de anemia em pré-escolares é de 39.5% e em gestantes 23.5%.

Diagnóstico: Hb < 11 g/dL (se deve ajustar de acordo a altura sobre o nível do mar).

Tratamento: 120mg de ferro elementar/dia, por via oral.

Evidência: A anemia por deficiência de ferro na mulher adolescente associa-se a um risco maior de anemia durante a gravidez. Também se tem associado com alterações na função cognitiva e na memória, diminuição do desempenho escolar e depressão da função imune e aumento das taxas de infecção.¹³⁻¹⁸

4. Detecção e tratamento de infecções de transmissão sexual (ITS), antes da gravidez

Antecedentes: a maioria das ITS afetam tanto a homens como a mulheres, porem em muitos casos os problemas de saúde que provocam podem ser mais graves nas mulheres. Se uma gestante adoecer de ITS, isto pode causar graves problemas de saúde a ela e a seu bebê.

Diagnóstico: Clamídia (*Chlamydia trachomatis*), gonorreia (*Neisseria gonorrhoeae*), vírus do herpes, HIV/AIDS, vírus de papiloma humano (HPV).

Evidência: nas mulheres, a clamídia e gonorreia podem provocar doença inflamatória pélvica, que podem levar à infertilidade ou problemas com a gravidez. Nos homens a gonorreia podem causar epididimite e infertilidade.

O HIV mata e lesa as células do sistema imunológico do organismo conduzindo a infecções graves e mortes. Ele pode ser transmitido durante a gravidez, o trabalho de parto e a amamentação.

A prevenção por vacina do HPV pode diminuir o câncer de colo de útero, vulva, vagina e anus. Nos homens o HPV pode provocar câncer de anus e de pênis.^{19,20}

5. Detecção e tratamento das enfermidades crônicas (obesidade, diabetes)

Antecedentes: a prevalência de sobrepeso em mulheres de 15 a 49 anos em alguns países da América Latina e Caribe é em média de 25.1% e de obesidade é de 8.5%. A obesidade é um fator de risco para varias doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes que não somente têm um impacto negativo na saúde da mulher como também causa morte fetal.

Diagnóstico: Sobrepeso: IMC > 26 a 30

Obesidade: IMC > 30

Evidência: alterações psiquiátricas, transtornos emocionais, mau rendimento e abandono escolar, tratamentos prolongados, enfermidades cardiovasculares.²⁹⁻³⁷

Referências

1. Vigilância do estado nutricional com o Índice de Massa Corporea (IMC) anterior a gestação

01. Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS, *et al.* Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. The NMIHS Collaborative Study Group. *Obstet Gynecol.* 2000 Aug;**96**(2):194-200.
02. Borkowski W, Mielniczuk H. Preterm delivery in relation to combined pregnancy weight gain and prepregnancy body mass. *PrzeglEpidemiol.* 2007;**61**(3):577-8.
03. Siega-RizAM, Hobel CJ. Predictors of poor maternal weight gain from baseline anthropometric, psychosocial, and demographic information in a Hispanic population. *J Am Diet Assoc.* 1997 Nov;**97**(11):1264-8.

2. Suplementação com ácido fólico

04. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
05. Ryan-Harshman M, Aldoori W. Folic acid and prevention of neural tube defects. *Can Fam Physician.* 2008 Jan;**54**(1):36-8
06. Wilson RD, Davies G, Désilets V, *et al.*The use of folic acid for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *JObstetGynaecol Can.* 2003 Nov;**25**(11):959-73.
07. Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, *et al.* Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J ObstetGynaecol Can.* 2007 Dec;**29**(12):1003-26.
08. Czeizel AE. Primary prevention of neural-tube defects and some other major congenital abnormalities: recommendations for the appropriate use of folic acid during pregnancy. *Paediatr Drugs.* 2000 Nov-Dec;**2**(6):437-
09. Van Allen MI, Fraser FC, Dallaire L, *et al.* Recommendations on the use of folic acid supplementation to prevent the recurrence of neural tube defects. Clinical Teratology Committee, Canadian College of Medical Geneticists. *CMAJ.*1993 Nov 1;**149**(9):1239-43.
10. American Academy of Pediatrics. Committee on Genetics. Folic acid for the prevention of neural tube defects. *Pediatrics.*1999 Aug;**104**(2 Pt 1):325-7.

3. Intervenções Baseadas em Evidência

11. SaluddelReciénNacido, Niño y Joven: Área de Salud Familiar y Comunitaria Martínez de Villarreal L24. E, Arredondo P, *et al.* Weekly administration of folic acid and epidemiology of neural tube defects. *MaternChild Health J.* 2006 Sep;**10**(5):397-401.
12. Suplementaciónpericoncepcionalconfolato y/o multivitaminas para laprevención de losdefectosdel tubo neural. De *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2005.

4. Prevenção e tratamento de anemia com ferro

13. Looker AC, Dallman PR, Carroll MD, *et al.* Prevalence of iron deficiency in the United States. *JAMA.*1997 Mar 26;**277**(12):973-6.
14. Beard JL. Iron requirements in adolescent females. *J Nutr.* 2000 Feb;**130**(2S Suppl):440S-442S.
15. Lynch SR. The potential impact of iron supplementation during adolescence on iron status in pregnancy. *J Nutr.*2000 Feb;**130**(2S Suppl):448S-451S.
16. Murray-Kolb LE, Beard JL. Iron treatment normalizes cognitive functioning in young women. *Am J Clin Nutr.* 2007 Mar;**85**(3):778-87.
17. Ferreira MU, da Silva-Nunes M, Bertolino CN, Malafronte RS, Muniz PT, Cardoso MA. Anemia and iron efficiency in school children, adolescents, and adults: a community-based study in rural Amazonia. *Am J Public Health.* 2007 Feb;**97**(2):237-9.
18. Zimmermann MB, Hurrell RF. Nutritional iron deficiency. *Lancet.* 2007 Aug 11;**370**(9586):511-20.

5. Detecção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST)

19. Ochsendorf FR. Sexually transmitted infections: impact on male fertility. *Andrologia*.2008 Apr;**40**(2):72-5.
20. Cunningham KA, Beagley KW. Male Genital Tract Chlamydial Infection: Implications for Pathology and Infertility. *BiolReprod*. 2008 May 14.
21. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum Reprod Update*. 1999 Sep- Oct;**5**(5):433-47.
22. Porras C, Safaeian M, González P, et al. Epidemiology of genital chlamydia trachomatis infection among young women in Costa Rica. *Sex Transm Dis*. 2008 May;**35**(5):461-8.
23. Casalini C, Signorini L, Beltrame A, et al. Vertical transmission of human immunodeficiency virus (HIV) and other sexually transmitted infections (STI). *Minerva Ginecol*. 2001 Jun;**53**(3): 177-92.
24. Wilkinson D, Rutherford G. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD001220.
25. Gutierrez JP, Conde-González CJ, Walker DM, Bertozzi SM. Herpes simplex virus type 2 among Mexican high school adolescents: prevalence and association with community characteristics. *Arch Med Res*. 2007 Oct;**38**(7):774- 82.
26. Nagot N, Ouedraogo A, Defer MC, et al. Association between bacterial vaginosis and Herpes simplex virus type-2 infection: implications for HIV acquisition studies. *Sex Transm Infect*. 2007 Aug;**83**(5):365-8.
27. Kaul R, Nagelkerke NJ, KimaniJ,et al. Prevalent herpes simplex virus type 2 infection is associated with altered vaginal flora and an increased susceptibility to multiple sexually transmitted infections. *J Infect Dis*. 2007 Dec 1;**196**(11):1692-7.
28. Sanchez J, Lama JR, Kusunoki L, et al. HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *JAcquirImmuneDeficSyndr*. 2007 Apr15;**44**(5):578-85.

6. Detecção e tratamento de doenças crônicas (obesidade, diabetes)

29. de Onis M, Blossner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J ClinNutr*2000;**72**:1032-9.
30. Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. *Revista Futuros* 2005;10, Vol III.
31. Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice recommendations. *Obes Rev*. 2006 Feb;**7**Suppl 1:7-66.
32. Hoffman RP. Practical management of type 1 diabetes mellitus in adolescent patients: challenges and goals. *Treat Endocrinol*. 2004;**3**(1):27-39.
33. Buzinaro EF, Berchieri CB, Haddad AL, et al. Overweight in adolescent offspring of women with hyperglycemia during pregnancy. *ArqBrasEndocrinolMetabol*. 2008 Feb;**52**(1):85-92.
34. Boney CM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics*. 2005 Mar;**115**(3):e290-6.
35. Cali AM, Caprio S. Prediabetes and type 2 diabetes in youth: an emerging epidemic disease? *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*.2008 Apr;**15**(2):123-7.
36. Roman H, Robillard PY, Hulsey TC, et al. Obstetrical and neonatal outcomes in obese women. *West Indian Med J*. 2007 Oct;**56**(5):421-6.
37. Weiss R, Gillis D. Patho-physiology and dynamics of altered glucose metabolism in obese children and adolescents. *Int J Pediatr Obes*. 2008;**3** Suppl 1:15-20.

Anexo II

PUERPÉRIO

Período no qual ocorrem modificações no organismo materno, visando à promoção do aleitamento e o retorno ao estado pré-gravídico. Inicia com a saída da placenta (dequitação) com hipoestrogenismo e liberação de prolactina, levando à crise genital, e termina com o retorno dos ciclos ovulatórios, tendo duração variada, dependendo do tempo de aleitamento.

Para Eastman (1950) tem duração de 6 semanas (45 dias); para Neme (1953) pode chegar à 8ª semana; para Vokaer (1955) vai até o retorno dos ciclos ovulatórios

A anticoncepção fisiológica nas lactantes só é eficaz nos 3 primeiros meses de aleitamento exclusivo (sem introdução de qualquer outro alimento) e sem sangramento menstrual (amenorreia). Algumas lactantes podem permanecer em amenorréia por mais de 6 meses.

As puérperas necessitam de acompanhamento durante as primeiras 6 semanas, época conhecida como *resguardo*, já que neste período, além de todas as transformações hormonais e orgânicas que sofrem com a regressão genital e a instalação da lactação, têm que se adaptar às funções de mãe e de nutrizas.

Há grande vulnerabilidade psíquica com o luto corporal e o início da nova relação Mãe-Filho. A baixa autoestima agrava a sensação de incapacidade de cuidar do filho e faz com que esqueça de si, causando danos a sua saúde com alimentação e higiene deficientes que, associados a noites mal dormidas e posturas incorretas no aleitamento, elevam o risco de infecção puerperal e distúrbios mamários com repercussão no RN.

O “Baby blues” ocorre em 50 a 70% das puérperas por volta do 3º e por até 15 dias, com tristeza e sensação de arrependimento e culpa. Em 10 a 15% pode ocorrer “Depressão puerperal”, situação mais grave que pode levar à rejeição fetal e até ao suicídio.

Para estudo e assistência das modificações orgânicas o puerpério pode ser classificado, segundo Neme (1953):

- ✓ **Imediato:** 4º período (até 2 horas);
- ✓ **Mediato:** até o 10º dia e
- ✓ **Tardio:** 11º dia até os ciclos menstruais ou 6ª a 8ª semana nas lactantes.

ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

Puerpério Imediato - até a 2ª hora pós-parto: Após a euforia e o esforço do parto, a puérpera apresenta curto período de sonolência, sudorese e fadiga, preferindo manter repouso no leito.

Observar: sangramento e tono uterino (hemorragia); mamas (mamilos e colostro). Orientar sobre a apojadura e estimular o aleitamento precoce que favorece a contração uterina.

Avaliar sinais vitais: bradicardia e bradisfigmia. Temperatura: 36,8°C a 37,9°C. Respiração costoabdominal profunda com bradipneia.

Taquipneia: investigar hipertermia e hipotensão.

Palidez, hipotensão e taquiesfigmia: sugerem hemorragia, mesmo com o útero contraído é indicado fazer revisão do canal de parto em busca de sangramentos/hematomas.

Puerpério Mediato - 1º ao 10º dia:

Avaliar sinais vitais: temperatura: 36,8°C a 37,9°C. Respiração costoabdominal. A PA em níveis do pós-parto até o 5º dia com retorno gradual aos níveis pré-gravídicos.

Investigar: calafrios, cefaleia, lipotímias, escotomas, vômitos, hábito intestinal, queixas urinárias e sangramento.

Observar: mucosas, mamas, altura e tono uterino, ferida operatória (cesárea ou episiorrafia), lóquios, membros inferiores (edemas, varizes e tromboflebitas), abdome (distensão e timpanismo abdominal). Ausculta cardiopulmonar.

Hipoinvolução uterina + dor + tono diminuído = ENDOMETRITE

OBS: nas puérperas Rh negativo não sensibilizadas, RN Rh positivo com Coombs Direto negativo, fazer a Imunoglobulina anti Rh D, 300mcg até 72 horas pós-parto.

PRESCRIÇÃO HOSPITALAR

- ✓ **Dieta:** pode ser liberada desde o pós-parto imediato nos partos vaginais e em torno de 6 a 8 horas pós-cesáreas, evitando alimentos gordurosos e muito condimentados e aumentando a ingestão de líquidos.
- ✓ **Decúbito:** estimular e orientar a deambulação precoce. Há tendência ao aparecimento ou aumento de edemas de membros inferiores, devendo ser orientada a elevação das pernas.
- ✓ **Ocitócicos:** nas puérperas que amamentam só há necessidade de ser mantido nos casos de hiperdistensão uterina (gemelar, macrossômico, polihidrânio etc.) ou fadiga uterina (trabalho de parto distócico prolongado).
- ✓ **Antiinflamatórios e analgésicos:** geralmente são prescritos nos casos de partos cirúrgicos.
- ✓ **Antibióticos:** prescritos ou mantidos quando necessários ou na profilaxia cirúrgica.
- ✓ **Higiene:** orientar a higiene precoce e correta inclusive da ferida operatória e os curativos.
- ✓ **Controles de sinais vitais:** há tendência a retenção urinária devido ao edema causado pela passagem fetal com formação de *bexigoma*. Pode haver necessidade de cateterismo vesical se as tentativas de estímulo por água corrente e calor supra púbico não forem efetivas.

- ✓ Há tendência a obstipação, porém é necessário investigar o hábito intestinal anterior da paciente. Nos partos com episiorrafia é comum o medo do esforço de evacuar. Nas cesáreas, o acúmulo de gases devido ao tempo de jejum ou da manipulação cirúrgica (íleo paralítico), requerem uso de antifiséticos, dieta laxativa e deambulação precoce. Em todos os casos considerar a necessidade de uso de laxantes suaves orais ou supositórios.
- ✓ **Orientar o vestuário:** sutiãs de alças e laterais largas que elevem as mamas e calcinhas até a cintura que ajustem, mas não apertem, pelo risco de TROMBOEMBOLISMO.

PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES DA ALTA

A alta nos partos normais é dada em torno de 24 horas. Nas cesáreas, em torno de 48 horas. É importante que a puérpera seja orientada, dirimindo as dúvidas quanto: a horário e tipo de dieta, aleitamento e apojadura, deambulação e atividade física, vestuário, higiene, loquiação, diurese e evacuação, medicações, curativos e retirada dos pontos.

1ª Consulta de Puerpério: 7 a 10 dias após. Nas cesariadas a retirada dos pontos em torno do 10º dia. Verificar as informações do Cartão da Gestante.

Puerpério Tardio: 11º ao 45º dia: após a novidade do nascimento a puérpera entra na nova rotina de noites mal dormidas e aleitamento que acabam causando agravos à saúde materna, com alimentação inadequada e comprometimento do estado geral.

- ✓ **Dieta:** as nutrizes tendem a perder peso, porém muitas vezes acabam ganhando devido a dietas hipercalóricas e pouco nutritivas. É importante orientar a qualidade e o horário da alimentação. É recomendada a utilização de polivitamínicos até o 3º mês, nas nutrizes.
- ✓ **Atividade física:** iniciar após o 1º mês, com caminhadas leves e exercícios orientados para o períneo e abdome.
- ✓ **Atividade sexual:** deve ser incentivada após a regressão do colo e a suspensão da loquiação (em torno de 30 a 45 dias), porém a atrofia genital pode causar grande desconforto, havendo necessidade de estrogenização com uso de cremes vaginais. Deve ser feita a orientação de método anticoncepcional de acordo com o perfil da usuária e o planejamento familiar do casal, evitando as altas dosagens de estrogênios que levam a hipogalactia (diminuição da produção láctea mamária).
- ✓ **Tromboembolismo:** o aumento dos fatores de coagulação para hemostasiar a área placentária favorece os transtornos tromboembólicos, principalmente, quando associados à inatividade (repouso) e uso de anticoncepcionais hormonais.
- ✓ **Consultas no Puerpério** do 30º até o 45º dia, principalmente, para o acompanhamento do planejamento familiar e PCCU.

PUERPÉRIO PATOLÓGICO

HEMORRAGIA

É a principal causa de Mortalidade Materna (4 a 11%). Caracterizada como a perda sanguínea maior que 1000 ml no puerpério imediato. Pode ocorrer no parto normal ou na cesárea. É importante a presença do anestesista.

Conduta: punção venosa calibrosa, infusão de expansores plasmáticos e sondagem vesical; Uso de ocitócicos, ergometrina ou prostaglandinas EV e intramiometrial (cornos); Tipagem sanguínea, Dosagem de Ht e Hb, Coagulograma; Sangue fresco ou derivados.

- ✓ **Avaliar Globo de Segurança de Pinard**
- ✓ **Revisão do canal de parto**
- ✓ **Curagem e curetagem sob anestesia**
- ✓ **Histectomia subtotal**

Atonia uterina: devida ao esgotamento da fibra uterina por hiperdistensão, parto distócico (indução prolongada, trabalho de parto prolongado etc.) ou uso de anestésicos.

Conduta: massagem e manobras de compressão do fundo uterino, uso de uterotônicos EV contínuo e intramiometrial nos cornos uterinos. Comprimir a aorta abdominal contra a coluna. Tentativa de tamponamento com compressa no interior da cavidade uterina. Peso no baixo ventre (areia ou gelo).

Encarceramento de placenta: ocorre na presença de anéis de constrição uterinos ou provocado pelo uso precoce de ocitócito.

Conduta: anestesia para relaxar e retirada manual da placenta.

Retenção de placenta: é quando a placenta não dequita no período normal (10 a 30 minutos). Se passar dos 10 minutos depois da saída fetal, iniciar manobras e chamar o anestesista.

Conduta: manobra de Crédé: expressão do fundo uterino para facilitar a dequitação; Manobra de Valsava modificada: aumento da pressão intra-abdominal com expressão uterina; extração manual da placenta sob anestesia.

Retenção de restos ovulares: é decorrente de dequitação incompleta e causa hemorragia, às vezes tardia, por pedaços de cotilédones ou membranas que impedem a contração. Pode ser evitada com revisão atenta dos anexos após dequitação, sem manobras intempestivas e com manobra de Jacob-Dublin (rotação da placenta para facilitar a saída das membranas enroladas).

Conduta: curagem e curetagem uterina sob anestesia.

Acretismo placentário: ocorre por invasão trofoblástica (placentação) anômala promovendo áreas de fibrose. Pode ser acreta, increta e percreta de acordo com a profundidade ou focal, parcial e total de acordo com a área.

Acretismo focal e parcial: curagem e curetagem sob anestesia

Acretismo total, placenta increta e percreta: hysterectomia subtotal

Inversão uterina: causada por manobras intempestivas de dequitação associada a fatores pessoais é um quadro que leva ao choque neurogênico e hipovolêmico grave, se não for feita a correção imediata, antes da saída da placenta ou do fechamento do colo.

Conduta: reversão manual do útero (Manobra de Taxe) imediata, mantendo a mão até a contração uterina promovida pelo uso de ocitócicos. Correção cirúrgica por laparotomia com tração dos ligamentos redondos ou por histerotomia.

Rotura uterina: quadro grave que requer intervenção imediata. Pode ser decorrente de trabalho de parto distócico, cirurgias uterinas prévias ou técnicas inapropriadas, podendo haver expulsão fetal para cavidade abdominal.

Conduta: laparotomia com histerorrafia ou hysterectomia subtotal.

Traumas e lacerações do canal de parto: podem causar grandes hematomas dissecantes ou sangramentos volumosos por artérias não hemostasiadas.

Conduta: revisão do canal de parto com atenção para laceração do colo uterino com sangramento das artérias cervicais. Fazer a traquelorrafia com hemostasia. Rever ângulo vaginal do epíseo. Suturar lacerações vaginais. Avaliar a necessidade de deixar tampão vaginal.

Coagulopatias: podem ser devidas ao consumo, a deficiência de um fator específico ou a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD).

Conduta: Correção adequada com hemoderivados.

INFECÇÃO PUERPERAL

Faz parte da tríade de Mortalidade Materna junto com as hemorragias e as doenças hipertensivas. É conceituada como sendo a infecção bacteriana genital que surge do 2º até o 10º dia do puerpério, com temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, conferida por via oral, 4 vezes ao dia, por pelo menos 2 dias seguidos. É infecção polimicrobiana causada quase sempre por via endógena por ascensão das bactérias intestinais, perineais, vaginais e cervicais. São fatores predisponentes a rotura prematura de membranas, trabalho de parto prolongado, toques múltiplos, anemias, desnutrição, baixo nível socioeconômico, porém a cesárea é o principal fator de risco. O **Estreptococo β hemolítico do grupo A** é o principal agente exógeno, mas pode ser causada por:

Aeróbios Gram positivos:

Estreptococo β hemolítico do grupo A: *S.pyogenes*;

Estreptococo β hemolítico do grupo B: *S.agalactie mastidistis*;

Enterococos: *S.faecalis* e *faecium*;

Estafilococos: *S.aureus* e *epidermidis*.

Aeróbios Gram negativos:

Enterobactérias: *E.coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*;

Pseudomonas; *Haemophilus influenzae*; *Gardnerella vaginalis*.

Anaeróbios Gram positivos:

Cocos: *Peptococcus* e *Peptostreptococcus*;

Bacilos: *C.perfringens* e *Welchi*.

Anaeróbios Gram negativos: Bacilos: *B.fragilis*, *Bivius*, *Fusobacterium*

Outros: *Mycoplasma hominis* e *Chlamydia tracomatis*

FORMAS CLÍNICAS

A infecção pode ser localizada ou pode se propagar de forma ascendente desde o períneo (epísio) até trompas e cavidade abdominal. Dependendo do sítio pode ser: Endometrite/Endometriometrite/Parametrite/Salpingite/Ooforite/Peritonite/Septicemia/Cicatriz cirúrgica/Tromboflebite pélvica.

Quadro Clínico: hipertermia, calafrios, hipotensão, taquicardia e confusão mental, loquiação fétida, hipoinvolução e amolecimento uterino que fica doloroso à palpação e ao toque.

Exames Laboratoriais: hemograma, cultura, antibiograma etc. USG, tomografia, ressonância e angiografia

Tratamento: o ideal seria a prevenção com correção dos fatores de risco desde a gestação, pois a infecção puerperal causa grande agravo físico e psicológico à saúde materna e ao RN já que a mãe será isolada e impossibilitada de amamentar, tanto pelo quadro infeccioso quanto pela precariedade do seu estado geral ou pelo uso de drogas contra indicadas no aleitamento.

Há necessidade de corrigir a dieta com aumento da oferta de proteínas e líquidos. Uso de antiinflamatórios, antitérmicos e ocitócicos. Necessidade de hidratação endovenosa.

Sendo infecção polimicrobiana grave é indicado o uso de associação de antibióticos, logo após a coleta de material para cultura. Os esquemas mais usados são:

1. Ampicilina/ Penicilina + Aminoglicosídeo + Metronidazol
2. Ampicilina /Penicilina + Aminoglicosídeo + Cloranfenicol (bacteroides fragilis)
3. Clindamicina + Aminoglicosídeo
4. Clindamicina + Aminoglicosídeo + Ampicilina /Penicilina

Ampicilina.....	1-2g EV 6/6h
Penicilina G Cristalina.....	4 milhõesUI EV 4/4h
Gentamicina.....	1,5mg/kg EV 8/8h ou 3,5 a 5mg/kg EV 24/24h
Amicacina.....	7,5mg/kg EV 12/12h
Aztreonam.....	2g EV 8/8h
Ceftriaxona.....	1g EV 12/12h
Metronidazol.....	500mg EV 8/8h
Clindamicina.....	600- 900mg EV 8/8h
Cloranfenicol	500mg VO/EV 6/6h
Cefalexina.....	500mg VO 6/6h

Obs:

- Em pacientes renais o Aminoglicosídeo deve ser substituído por Ceftriaxona ou Aztreonam.
- Usar Oxacilina ou Clindamicina ou Vancomicina nas infecções causadas por estafilococos produtores de penicilinase.
- Nas tromboflebitides associa-se a Heparina com controle do TTPA.
- Se a febre persistir após 48h de uso da antibioticoterapia, rever o diagnóstico, investigar abscessos ou trocar o esquema em uso.
- O tratamento cirúrgico está indicado no desbridamento de feridas operatórias, na retirada de restos de placenta e anexos e na drenagem de abscessos. A histerectomia e as cirurgias vasculares podem ter indicação.

MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA USO NA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO PELA ESTRATÉGIA AIDPI NEONATAL

MEDICAMENTOS:

1. SULFATO FERROSO COMPRIMIDO
2. ÁCIDO FÓLICO 5 MG
3. ALBENDAZOL COMPRIMIDO
4. POLIVITAMINAS
5. PENICILINA PROCAINA 400.000 UI
6. PENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI
7. PENICILINA G CRISTALINA 5.000.000 UI/ 1.000.000 UI
8. AMICACINA 100 MG
9. GENTAMICINA 80 MG
10. AMPICILINA FRASCO 500 MG E 1G
11. PARACETAMOL 200 MG/ML GOTAS
12. PARACETAMOL 750 MG
13. FENOBARBITAL AMP 200 MG/ML
14. FENOBARBITAL GOTAS
15. SORO GLICOSADO A 10%
16. SORO GLICOSADO 5%
17. GLICOSE A 50%
18. SORO FISIOLÓGICO 0,9%
19. RINGER LACTATO
20. KANAKION IM
21. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL
22. NISTATINA SUSPENSÃO 100.000 UI/ML
23. CEFALEXINA 250 MG/ 5 ML
24. CEFADROXILA SUSPENSÃO 250 MG
25. MUPIROCINA
26. COLÍRIO DE TOBRAMICINA
27. HIDRALAZINA 5 MG INJETÁVEL
28. NIFEDIPINA 20 MG
29. TERBUTALINA INJETÁVEL 2,5 MG
30. BETAMETASONA INJETÁVEL 12 MG
31. DEXAMETASONA INJETÁVEL 6 MG
32. CEFAZOLINA 1 G
33. ERITROMICINA 500 MG
34. ADRENALINA
35. OXIGÊNIO

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

1. SONDA TRAQUEAL 8 E 10
2. SONDA NASOGÁSTRICA 6 E 8
3. RECIPE DE 1 LITRO PARA DILUIÇÃO DE SRO
4. BALÃO AUTO INFLÁVEL 500 ML COM RESERVATÓRIO E MÁSCARAS ALCOLCHOADAS, TRANSPARENTES E REDONDAS (OU ANATÔMICAS) PARA RN A TERMO E PRÉ TERMO
5. CILINDRO DE OXIGENIO
6. ASPIRADOR A VÁCUO
7. SERINGAS DE 1 ML, 3 ML, 5 ML, 10 ML E 20 ML
8. JELCO Nº 23, 25 E 27 OU SCALPS 27 e 25
9. TESOURA ESTÉRIL
10. CORD CLAMP
11. BALANÇA PESA BEBÊ
12. BALANÇA DE PÉ PARA ADULTO
13. REGUA ANTROPOMÉTRICA
14. FITA MÉTRICA PARA MEDIDAS DE FUNDO UTERINO E PERÍMETRO CEFÁLICO
15. TERMOMETRO
16. PINAR
17. GLICOSÍMETRO COM FITAS
18. TENSÍMETRO
19. ESTETOSCÓPIO ADULTO E PEDIÁTRICO
20. EQUIPO DE GOTAS
21. EQUIPO DE MICROGOTAS
22. MICROPORE

Anexo III



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO**

Nota de esclarecimento

A estratégia AIDPI Neonatal do Ministério da Saúde e a prescrição de medicamentos por enfermeiros

A estratégia AIDPI Neonatal (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), desenvolvida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), adotada pelo MS desde 2008, tem como objetivo melhorar a assistência à gestante e à criança de 0 a 2 meses de idade, por meio de protocolos de atendimento que possibilitem ao profissional de saúde o conhecimento para detectar e prevenir situações de risco e encaminhá-los para o serviço de referência quando necessário. A AIDPI propõe uma visão da criança em todos os seus aspectos, não se limitando apenas a lidar com o motivo imediato da consulta.

Como a estratégia é direcionada para os profissionais de saúde que trabalham na atenção básica, algumas dúvidas surgiram com relação às atribuições dos enfermeiros. Nesse sentido, reafirmamos que o Ministério da Saúde não estende as atribuições de tais profissionais. Dessa forma, os mesmos não estão autorizados a praticar atos privativos da medicina. Os enfermeiros devem atuar, assim, nos limites estabelecidos pelas legislações vigentes que regem a categoria. O propósito da AIDPI não é substituir um profissional pelo outro.

Cabe, então, a cada município estabelecer protocolos para atendimento na rede básica de atenção à saúde.

Considerando a **Lei 7.498/86** que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem que diz: “O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: como integrante da equipe de saúde:

c) **prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;** (alínea c, do inciso II, do art. 11).

Portanto, realizar prescrição (**ressalvado** o disposto na alínea c, do inciso II, do art. 11, da Lei 7.498/86), solicitação de exame complementar ou consulta médica, para fins de diagnóstico ou terapia, estabelece parte integrante do tratamento médico, estando sujeito às sanções da lei aquele que, sem habilitação necessária, assim proceder. Considerando a **Portaria Nº 1.625 de 10 de julho de 2007**, que altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF, dispostas na Política Nacional de Atenção Básica diz:

“Do Enfermeiro:

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.” (NR)

Considerando a **Resolução COFEN nº 317/2007 de 02 de agosto de 2007**, que autoriza a prescrição de medicamentos e solicitação de exames de rotina e complementares, por enfermeiros, estabelecidos em programas do Ministério da Saúde.

Visando à descentralização do processo de implantação da estratégia AIDPI Neonatal, o MS propõe, por conseguinte, a expansão geográfica e o fortalecimento da mesma em consonância com as prioridades regionais do governo federal, em especial as da Rede Cegonha (portaria de nº 1.459 de 24 de junho de 2011).

Por fim, a prescrição poderá ser realizada por enfermeiro, quando autorizado para tal por meio de protocolos específicos, amparado pela legislação vigente.

Brasília, 31 de maio de 2012

Assinatura manuscrita de Paulo Vicente Bonilha Almeida.
Paulo Vicente Bonilha Almeida

Coordenador da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
DAPES/SAS/MS

Anexo IV

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS
ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA
E ALEITAMENTO MATERNO**

**AIDPI NEONATAL
OFICINA
CH 26 horas**

Com o objetivo de contribuir nas ações para diminuir a mortalidade materna e neonatal no Brasil, a proposta dessa oficina é capacitar profissionais médicos e enfermeiros na Estratégia AIDPI Neonatal. Agradecemos a presença de todos nesse importante momento de troca de experiências.

Equipe AIDPI Neonatal

PROGRAMAÇÃO

1º DIA

<i>Hora</i>	<i>Atividade</i>
8:00 - 8:45	Acolhimento e apresentação
8:45 - 9:00	Informações gerais
9:00 - 9:40	Pré-teste
9:40 - 10:45	Introdução e Capítulo 1 1. Importância componente neonatal 2. Situação da saúde perinatal e neonatal 3. O componente neonatal da AIDPI 4. O processo do manejo integrado de casos
10:45 - 11:00	Lanche

11:00 - 12:30 Avaliar e determinar o risco antes de engravidar, durante a gestação (**capítulo 2**)

12:30 - 13:30 **Almoço**

13:30 - 14:00 **Risco durante o parto**

14:00 - 15:00 **Capítulo 3**
Reanimação Neonatal

15:00 - 15:45 **Capítulo 12**
Técnicas de comunicação

15:45 - 16:15 **Lanche**
Preparo dramatização 1

16:15 - 17:15 **Capítulo 4**
Risco ao nascer

17:15- 18:00 **Capítulos 5 e 6**
Classificar por peso e idade gestacional
Determinar a idade gestacional

2º DIA

8:00 - 8:20 **Vídeo 1**
Exame físico do recém-nascido e Capurro

8:20 - 10:00 **Capítulo 7**
Determinar se tem doença grave ou infecção localizada.
Avaliar outros problemas

10:00 - 10:15 **Lanche**

10:15 - 11:30 **Capítulo 8**
Diarreia; Hidratação (planos A e C)

11:30 - 12:00 **Vídeo 3**
Doença grave

12:00 - 13:00 **Almoço**

13:00 - 13:30 **Dramatização 1**

13:30 - 14:00 **Capítulo 9**
Nutrição

14:00 - 15:00 **Capítulo 10**

Desenvolvimento

15:00 - 16:00 **Capítulo 11**

Determinar prioridade de tratamento

16:00 - 16:30 **Lanche**

Preparo dramatizações 2 e 3

16:30 - 18:00 **Prática**

Reanimação Neonatal

3º DIA

08:00 - 08:30 **Capítulo 13**

Atenção de seguimento

08:30 - 9:00 **Manual de Quadros**

09:00 - 09:30 **Vídeo 2**

Amamentação

09:30 - 10:30 **Transporte do neonato**

10:30 - 11:00 **Lanche**

Preparo dramatização 4

11:00 - 11:30 **Dramatizações 2 e 3**

11:30 - 12:00 **Correção do Pré-teste**

12:00 - 13:30 **Almoço**

13:30 - 14:00 **Dramatização 4**

14:00 - 14:45 **Pós-teste**

14:45 - 15:15 **Correção Pós-teste**

15:15 - 15:45 **Lanche**

15:45 - 16:30 **Propostas de trabalho**

16:30 - 17:00 **Avaliação da Oficina**

17:00 - 17:30 **Entrega dos certificados e Encerramento**