



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Educação

ESCOLA ESTADUAL DE
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL - EEEP
ENSINO MÉDIO INTEGRADO À EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM
À CRIANÇA E AO ESCOLAR



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Educação

Governador

Cid Ferreira Gomes

Vice Governador

Domingos Gomes de Aguiar Filho

Secretária da Educação

Maria Izolda Cella de Arruda Coelho

Secretário Adjunto

Maurício Holanda Maia

Secretário Executivo

Antônio Idilvan de Lima Alencar

Assessora Institucional do Gabinete da Seduc

Cristiane Carvalho Holanda

Coordenadora da Educação Profissional – SEDUC

Andréa Araújo Rocha

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA
E AO ESCOLAR**

DISCIPLINA 11

2º Ano

MANUAL DO (A) ALUNO (A)

Janeiro / 2013

FORTALEZA/CEARÁ

Equipe de elaboração

Secretaria Educação do Estado do Ceará

Francisca Júlia dos Santos Sousa. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Saúde da Família e Saúde do Adolescente.

Vanira Matos Pessoa. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre em Saúde Pública. Especialista em Saúde da Família e Educação Comunitária em Saúde. Doutoranda em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Ceará.

Sumário

1. Apresentação	04
2. Objetivos de Aprendizagem	05
3. Conteúdo Programático.....	06
4. Atividades Sócio afetivas.....	07
5. Atividades Cognitivas	12
5.1. Estatuto da Criança e do Adolescente	
5.2. Construindo a linha da vida	
5.3. Cine debate: Desenvolvimento infantil	
5.4. Construindo o corpo humano: Fundamentos de anatomia e fisiologia da criança	
5.5. Discutindo sobre os sinais e sintomas de agravos do RN	
5.6. Painel integrado; Vacinação	
5.7. Calendário de vacinação infantil	
5.8. Discutindo sobre risco e vulnerabilidade	
5.9. Protocolo e normas do Programa Nacional de Vacinas	
5.10. Estrutura e funcionamento das unidades pediátricas	
5.11. Alimentação infantil	
6. Referências bibliográficas sugeridas.....	56
7. Referências bibliográficas do Manual	57

Apresentação

Este é o décimo primeiro Manual Pedagógico correspondente à disciplina, Cuidados de enfermagem à criança e ao escolar, com carga horária de 80 horas/aula e corresponde ao início do segundo ciclo do Curso Técnico de Enfermagem, que é o ciclo intermediário. Este é o primeiro manual do segundo ano do Curso e aborda os temas específicos da formação do profissional técnico de enfermagem.

Contém os objetivos de aprendizagem referentes ao tema acompanhado do conteúdo no intuito de deixar claro o que é esperado do aluno ao final da disciplina. Elaborado no intuito de qualificar o processo de ensino-aprendizagem, este Manual é um instrumento pedagógico que se constitui como um mediador para facilitar o processo de ensino-aprendizagem em sala de aula embasado em um método problematizador e dialógico que aborda os conteúdos de forma lúdica, participativa tornando o aluno protagonista do seu aprendizado facilitando a apropriação dos conceitos de forma crítica e responsável.

Ressaltamos que é responsabilidade do(a) professor(a) organizar o fio condutor para cada tema de maneira a possibilitar o processo de aprendizagem dos assuntos e garantir a realização das atividades pedagógicas dos eixos sócio afetivo, cognitivo e de desenvolvimento de habilidades, de modo que, ao final, todos os conteúdos sejam abordados e a carga horária cumprida. Cabe, portanto, ao professor(a) organizar o fio condutor a partir de uma análise prévia de todo manual de modo a facilitar a escolha das atividades que mais se adequam ao tema de acordo com conhecimento que tem sobre a sua turma. Ao final de cada tema, cabe ao professor(a) fazer a síntese do assunto abordado de maneira a facilitar a consolidação gradual do aprendizado de todos os conteúdos do curso.

Objetivos de Aprendizagem

Ao final da disciplina os alunos devem ser capazes de...

1. Discutir o Estatuto da Criança e do Adolescente;
2. Diferenciar os parâmetros de crescimento e desenvolvimento infantil nas diferentes faixas etárias;
3. Interpretar a anatomia e fisiologia da criança;
4. Identificar sinais e sintomas que indiquem alterações fisiológicas, psicológicas e patológicas na criança;
5. Examinar os parâmetros do desenvolvimento infantil considerando as situações de risco e vulnerabilidade (maus tratos, trabalho infantil, violência, exploração sexual, fome e desnutrição, obesidade, violência doméstica e etc.);
6. Preparar a organização de sala de vacina de acordo com o Programa Nacional de Imunização;
7. Identificar todas as vacinas do Calendário Infantil, bem como formas de administração, dosagem e local de aplicação;
8. Orientar adequadamente as reações adversas e efeitos pós-vacinais de acordo com cada tipo de vacina;
9. Interpretar a organização de estrutura e funcionamento das unidades pediátricas;
10. Orientar os cuidados com recém-nascido saudável no pós-parto;
11. Orientar os cuidados adequados de alimentação infantil.

Conteúdo Programático

1. Direito da Criança e do adolescente - Estatuto da Criança e do Adolescente;
2. Crescimento e desenvolvimento infantil;
3. Fundamentos de anatomia e fisiologia da criança;
4. Sinais e sintomas de agravos ao recém-nascido (prematureo, baixo peso, pós-termo, com doença hemolítica, infecções perinatais, filhos de mães diabéticas, HIV positivas e dependentes de drogas);
5. Calendário de Vacinação Infantil;
6. Situações de risco e vulnerabilidade na infância (maus tratos, violência, fome e desnutrição, obesidade, violência doméstica etc);
7. Protocolos e normas do Programa Nacional de Imunização;
8. Uso dos imunobiológicos (formas de administração, dosagem, local de aplicação e efeitos adversos);
9. Estrutura e funcionamento das unidades pediátricas;
10. Puericultura;
11. Alimentação e nutrição infantil.

Atividades Sócio afetivas

1. NOSSA VELHA (RECENTE) INFÂNCIA

Anjo Da Guarda - Tribalistas

Escureceu, o sol baixou

Anjo da guarda cantarolou

Nana neném

Nana neném

Cacheadinho, anjinho é

De manhã sob o sol

Cada gota de orvalho

A secar, é suor

É suor de trabalho

Nana, neném

Nana, neném

Nana, neném

O estudante, o trabalhador

Sente em deixar o cobertor

Pega a marmitta

Ronca o motor

Leva a beleza

Que a vida é

De manhã sai da cama

Havaiana no pé

Apostila na mochila

E na mão, um café

Nana, neném

Nana, neném

Nana, neném

2. CONHECENDO O MEU CORPO: JOGO DAS APARÊNCIAS

“(…) Nós nos tornamos o que somos, constituímos a nossa subjetividade, interagindo diariamente com uma variedade de processos (individuais ou coletivos), que estão em constante movimento de construção e desconstrução. E, dessa forma, passamos a constituir sempre novas composições subjetivas”. (Guatari).

3. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: TEATRO DOS ETS

COMPANHIA DE TEATRO – ETS ZIRIUM E PLATINUM

ET ZIRIUM: - Aí mano tomara que nossos pais não descubram que fugimos para terra senão teremos que ficar uma semana sem aula.

ET PLATINUM: - É mesmo... Já pensou?... Uma semana em casa sem nada de útil para fazer... que saco!

Enquanto os irmãos ETS caminham encontram o “bebê” no canto da sala, e se impressionam por não haver alguém cuidando dele e falam:

ET ZIRIUM: - Nossa mano! Será que aqui na terra não cuidam das crianças?

ET PLATINUM: - Não sei mana. Mas em Marte não acontece isso. Como será que cuidam das crianças aqui? Vamos achar alguém que nos ajude a descobrir isto?

Os ETS encontram a criança de rua JÔ e o adolescente estudante TUTU e se apresentam. Utilizem a criatividade e o conhecimento de vocês para enriquecer a cena sobre a vivência de vocês nos papéis de criança de rua e de estudante de uma Escola Técnica.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Os ETS devem perguntar as questões abaixo para os novos amigos e este devem responder com base nos conhecimentos que tem sobre o assunto.

- Como as crianças aqui no Brasil são tratadas?
- Vocês acham correto esta criança largada?
- Quais os deveres sociais existentes aqui neste Planeta?
- Existe ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE?
- Vocês conhecem e sabem para que serve este Estatuto?

Após conversarem sobre o quanto todas as crianças e adolescentes devem ser cuidados e preservados, os ETS propõem que encontrem um pai e uma mãe para cuidar daquela criança.

TUTU E JÔ identificam que há muitas outras pessoas ali naquele planeta e acha que elas podem ser o pai e a mãe da criança. Então começar a passar o “bebê” de mão em mão. Quando a música parar, a menina ou menino que ficar com a boneca (bebê) será a mãe ou pai da criança.

Os ETS colocam o xale na nova “mãe” e colam as rodas vermelhas nas bochechas dela imitando uma maquiagem, e se for um “pai” é colado um bigode. Os alunos podem escolher cuidarem juntos do “bebê”.

Os ETS explicam que agora eles serão os novos pais desta criança e que, não importa se juntos ou separados, terão que se responsabilizar por ela. Explicam também que há o - ECA – que estabelece normas de como os pais e a sociedade devem cuidar das crianças e dos adolescentes, e o que fazer quando alguém cometer algo que não é permitido pelo Direito. Concluem afirmando que a criança tem direito a uma vida digna e segura, como consta no art. 227 da Constituição Federal de 88. E se, por acaso, algo acontecer á esta criança, os pais ou qualquer outra pessoa deverão informar ao Conselho Tutelar da sua cidade.

4. ÁRVORE DA VIDA E ÁRVORE DA MORTE

1.

Apresentar o vídeo: **Agentes em ação: diarreia e infecção aguda, prevenção e cuidados.**

Disponível em

http://www.youtube.com/watch?v=_Gv71P5P0yI&feature=player_detailpage.

5. RELEMBRANDO NOSSAS VACINAS

6. CINE DEBATE NA ESCOLA

Filme os incompreendidos – 1959

Sinopse: História do jovem parisiense Antoine Doinel, um garoto de 14 anos, que se rebela contra o autoritarismo na escola e o desprezo dos pais Gilberte e Julien Doinel. Rejeitado, Doinel passa a faltar às aulas para frequentar cinemas e brincar com os amigos. Com o passar do tempo, ele vivenciará algumas descobertas e cometerá pequenos delitos em busca de atenção.

Filme a vida é bela – 1997 – Endereço eletrônico: www.omelhordatelona.biz/.../2014-a-vida-e-bela.html

Sinopse: O cinema italiano divulgou no ano de 1997 um filme intitulado “A vida é bela” sob a direção de Roberto Benigni, que mostrou como um pai judeu conseguiu, durante a segunda guerra mundial, criar uma “bolha” de proteção sobre seu filho pequeno. Apesar das monstruosidades de um campo de concentração nazista, a criança passou por tragédias que seriam capazes de destruir qualquer ser humano, com um mínimo de cicatrizes pessoais. O filme se baseia em fantasias criadas pelo pai e as crueldades eram como brincadeiras entre pessoas que se fingiam de boas e más. Todo esse castelo de areia tinha como finalidade criar um entorno afetivo e material que permitisse à criança manter seu ciclo de desenvolvimento, apesar das circunstâncias hostis ali existentes. O final do filme mostra que o pai foi bem sucedido em seu intento protetor, embora ele próprio tenha sucumbido ao horror nazista. Na vida real, não é possível e nem desejável para o ser humano viver preso a uma bolha, mesmo que sua essência seja o afeto e a proteção. Sem troca, fica difícil para o ser humano crescer, se desenvolver e se tornar capaz de reconhecer e superar dificuldades.

7. ACOMPANHAMENTO NA PUERICULTURA

Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=WF_gD6WFC58

8. NÓS SOMOS O QUE COMEMOS: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA INFÂNCIA

Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=uH_UvL_yxwk

Atividades Cognitivas

5.1. ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Segundo o *Artigo 227 da Constituição Federal de 88*: “*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão*”.

Estatuto disponível em:

Livro I Parte geral: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10107.htm;

Livro II Parte Especial: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10116.htm;

Disposições finais e transitórias: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10109.htm

5.2. CONSTRUINDO A LINHA DA VIDA

CRESCIMENTO¹: De um modo geral, considera-se o crescimento como aumento do tamanho corporal e, portanto, ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). De um modo mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim, as condições de vida da criança.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Com relação ao crescimento linear (estatura), pode-se dizer que a altura final do indivíduo é o resultado da interação entre sua carga genética e os fatores do meio ambiente que permitirão a maior ou menor expressão do seu potencial genético. Nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para expressão de seu potencial de crescimento. Os fatores genéticos apresentam a sua influência marcada na criança maior, no adolescente e no jovem.

A velocidade de crescimento é particularmente elevada até os dois primeiros anos de vida com declínio gradativo e pronunciado até os cinco anos de idade. A partir do quinto ano, a velocidade de crescimento é praticamente constante, de 5 a 6 cm/ano até o início do estirão da adolescência (o que ocorre em torno dos 11 anos de idade nas meninas e dos 13 anos nos meninos). A velocidade de crescimento geral não é uniforme ao longo dos anos e os diferentes órgãos, tecidos e partes do corpo não crescem com a mesma velocidade.

CRESCIMENTO ESPERADO AO ANO

0 a 1 ano – 25 cm: 15 cm até 6 meses e 10 cm até 12 meses

1 – 2 anos: 10-12 cm

3 – 5 anos: 7 cm/ano

Até a puberdade: 5-6 cm/ano

Em relação a evolução do peso espera-se que a crianças:

Tenha uma perda fisiológica de 10% do nascimento até 3/5 dias de vida e recuperação até 10 dias; Ganho de 20 gramas por dia até 3 meses; Dobra o peso com 5 meses e triplica com um ano.

DESENVOLVIMENTO²: é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Desenvolvimento psicossocial é o processo de humanização que inter-relaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, socioeconômicos e culturais, mediante o qual a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar e interagir com os outros e o meio que a rodeia; em síntese, é o que lhe permitirá incorporar-se, de forma ativa e transformadora, à sociedade em que vive.

Após o nascimento, o ambiente em que a criança vive, os cuidados que lhe são dispensados pelos pais, o carinho, estímulos e alimentação passam a fazer parte significativa no processo de maturação que a leva da dependência à independência.

Você sabia que:

- Em nosso Estado há o incentivo, por parte da Secretaria de Saúde, para as equipes da Estratégia Saúde da Família de todos os municípios para que acompanhem todas as crianças menores de dois anos por meio das consultas de puericultura.
 - Você já ouviu essa palavra?
 - O que acha que ela significa?
-

PUERICULTURA¹: trata de “um conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança”, segundo Aurélio. A Puericultura ocupa-se da infância normal, da promoção da saúde e prevenção da doença na criança. Relaciona a evolução da criança, nos aspectos físicos, sociais e psíquicos, com o ambiente onde ela está inserida e com o comportamento das pessoas que lhe prestam os cuidados nas etapas do seu desenvolvimento.

TRIAGEM NEONATAL²: O teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho fazem parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal (recém-nascido), criado em 2001 pelo

¹

Texto retirado do Manual de Puericultura do Ceará

²

Guia prático do Agente Comunitário de Saúde

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Ministério da Saúde, com objetivo de diagnosticar diversas doenças e a tempo de fazer o tratamento precocemente, reduzindo ou eliminando sequelas, como o retardo mental, surdez e cegueira.

TESTE DO PEZINHO: Deve ser realizado entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê. O exame revela doenças que podem causar graves problemas ao desenvolvimento e crescimento do bebê, que são irreversíveis se não diagnosticadas e logo tratadas. Por isso a importância da sua realização o mais cedo possível.

TESTE DA ORELHINHA: É um exame que pode detectar precocemente se o bebê tem algum problema de audição. Ele é realizado no próprio berçário, quando o bebê está quieto dormindo, de preferência nas primeiras 48 horas de vida, mas pode ser feito após alguns meses de vida, em outro serviço de saúde conveniado, se a maternidade não tiver fonoaudiólogos para realizar o exame. O exame não dói, não incomoda, não acorda o bebê, é barato, fácil de ser realizado, não tem contraindicação e é eficaz para detectar problemas auditivos.

TESTE DO OLHINHO: Também conhecido como exame do reflexo vermelho, ele pode detectar diversos problemas nos olhos, o mais importante é a catarata congênita. Deve ser realizado de preferência ainda na maternidade, mas pode ser feito na UBS pelo médico treinado, nos três primeiros anos de vida.

FIGURA 1



5.3. CINE DEBATE – DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Vídeo disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=NlhBKSXVPEo>

5.4. CONSTRUINDO O CORPO HUMANO: FUNDAMENTOS DE ANATOMIA E FISIOLOGIA DA CRIANÇA

Os RNs possuem características anatômicas e funcionais próprias. O conhecimento dessas características possibilita que a assistência aos neonatos seja planejada, executada e avaliada de forma a garantir o atendimento de suas reais necessidades.

O **peso** dos bebês é influenciado por diversas condições associadas à gestação, tais como fumo, uso de drogas, paridade e alimentação materna.

Os **sinais vitais** refletem as condições de homeostase dos bebês, ou seja, o bom funcionamento dos seus sistemas respiratório, cardiocirculatório e metabólico; se os valores encontrados estiverem dentro dos parâmetros de normalidade, temos a indicação de que a criança se encontra em boas condições no que se refere a esses sistemas.

Os RNs são extremamente termolábeis, ou seja, têm dificuldade de manter estável a temperatura corporal, perdendo rapidamente calor para o ambiente externo quando exposto ao frio, molhado ou em contato com superfícies frias. Além disso, a superfície corporal dos bebês é relativamente grande em relação ao seu peso e eles têm uma capacidade limitada para produzir calor.

A **atitude** e a **postura** dos RNs, nos primeiros dias de vida, refletem a posição em que se encontravam no útero materno. Por exemplo, os bebês que estavam em apresentação cefálica tendem a manter-se na posição fetal tradicional - cabeça fletida sobre o tronco, mãos fechadas, braços flexionados, pernas fletidas sobre as coxas e coxas, sobre o abdômen.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

A avaliação da **pele** do RN fornece importantes informações acerca do seu grau de maturidade, nutrição, hidratação e sobre a presença de condições patológicas. A pele do RN a termo, com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e que se encontra em bom estado de hidratação e nutrição, tem aspecto sedoso, coloração rosada (nos RNs de raça branca) e/ou avermelhada (nos RNs de raça negra), turgor normal e é recoberta por vernix caseoso. Nos bebês prematuros, a pele é fina e gelatinosa e nos bebês nascidos pós-termo (>41 semanas), grossa e apergaminhada, com presença de descamação — principalmente nas palmas das mãos, plantas dos pés — e sulcos profundos. Têm também turgor diminuído.

Ao nascimento os ossos da **cabeça** não estão ainda completamente soldados e são separados por estruturas membranosas denominadas **suturas**. Assim, temos a sagital (situada entre os ossos parietais), a coronariana (separa os ossos parietais do frontal) e a lambdóide (separa os parietais do occipital). Entre as suturas coronariana e sagital está localizada a grande **fontanela** ou fontanela bregmática, que tem tamanho variável e só se fecha por volta do 18º mês de vida. Existe também outra fontanela, a lambdóide ou pequena fontanela, situada entre as suturas lambdóide e sagital. É uma fontanela de pequeno diâmetro, que em geral se apresenta fechada no primeiro ou segundo mês de vida. A presença dessas estruturas permite a moldagem da cabeça do feto durante sua passagem no canal do parto. Esta moldagem tem caráter transitório e é também fisiológica. A grande fontanela é popularmente conhecida como “moleira”.

O **tórax**, de forma cilíndrica, tem como características principais um apêndice xifóide muito proeminente e a pequena espessura de sua parede. O **abdômen** também apresenta forma cilíndrica e seu diâmetro é 2-3cm menor que o perímetro cefálico. Em geral, é globoso e suas paredes finas possibilitam a observação fácil da presença de hérnias umbilicais e inguinais, principalmente quando os bebês estão chorando e nos períodos após a alimentação.

O **coto umbilical**, aproximadamente até o 4º dia de vida, apresenta-se com as mesmas características do nascimento - coloração branco-azulada e aspecto gelatinoso. Após esse período, inicia-se o processo de mumificação, durante o qual o coto resseca e passa a apresentar uma coloração escurecida. A queda do coto umbilical ocorre entre o 6º e o 15º dia de vida. A observação do abdômen do bebê permite também a avaliação do seu padrão respiratório, uma vez que a respiração do RN é do tipo abdominal. A cada incursão respiratória pode-se ver a elevação e descida da parede abdominal, com breves

períodos em que há ausência de movimentos. Esses períodos são chamados de pausas e constituem um achado normal, pois a respiração dos neonatos tem um ritmo irregular. Essa irregularidade é observada principalmente nos prematuros.

A **genitália masculina** pode apresentar alterações devido à passagem de hormônios maternos pela placenta que ocasionam, com frequência, edema da bolsa escrotal, que assim pode manter-se até vários meses após o nascimento, sem necessidade de qualquer tipo de tratamento. A palpação da bolsa escrotal permite verificar a presença dos testículos, pois podem se encontrar nos canais inguinais. A glândula está sempre coberta pelo prepúcio, sendo então a fimose uma condição normal. Deve-se observar a presença de um bom jato urinário no momento da micção. A transferência de hormônios maternos durante a gestação também é responsável por várias alterações na **genitália feminina**. A que mais chama a atenção é a genitália em couve-flor. Pela estimulação hormonal o hímen e os pequenos lábios apresentam-se hipertrofiados ao nascimento não sendo recobertos pelos grandes lábios. Esse aspecto está presente de forma acentuada nos prematuros. É observada com frequência a presença de secreção vaginal, de aspecto mucóide e leitoso. Em algumas crianças pode ocorrer também sangramento via vaginal, denominado de menarca neonatal ou pseudo-menstruação. Em relação ao **ânus**, a principal observação a ser feita diz respeito à permeabilidade do orifício. Essa avaliação pode ser realizada pela visualização direta do orifício anal e pela eliminação de mecônio nas primeiras horas após o nascimento.

Outro ponto importante refere-se às **eliminações vesicais e intestinais**. O RN elimina **urina** várias vezes ao dia. A primeira diurese deve ocorrer antes de completadas as primeiras 24 horas de vida, apresentando, como características, grande volume e coloração amarela-clara. As primeiras **fezes** eliminadas pelos RNs consistem no mecônio, formado intrauterinamente, que apresenta consistência espessa e coloração verde-escura. Sua eliminação deve ocorrer até às primeiras 48 horas de vida. Quando a criança não elimina mecônio nesse período é preciso uma avaliação mais rigorosa, pois a ausência de eliminação de mecônio nos dois primeiros dias de vida pode estar associada a condições anormais (presença de rolha meconial, obstrução do reto). Com o início da alimentação, as fezes dos RNs vão assumindo as características do que se costuma denominar fezes lácteas ou fezes do leite.

5.5. DISCUTINDO SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS DE AGRAVOS DO RN

CASO: Atuando na comunidade

1ª parte:

Michele tem 17 anos e está cursando o curso profissionalizante de técnico de enfermagem. Desde que iniciou o curso as pessoas de sua comunidade passaram a respeitá-la mais e sempre que alguém adoecer vão a sua procura para ajudá-los. Outro dia Michelle foi procurada por dona Antônia, que muito aflita levou seu filho de uma semana de vida relatando que a o RN estava “amarelinho”, não conseguia pegar o peito e parecia gemer quando alguém o tocava. Disse que já tinha levado ao rezador próximo a sua residência, mas mesmo assim criança não tinha melhorado.

Para discutir:

- Se você estivesse no lugar da Michelle o que faria?
- Você considera que essa criança corre risco de vida? Por quê?
- Quais os sinais e sintomas de risco relatados por dona Antônia?
- Quais outras perguntas poderiam ser feitas para ajudar na condução do caso?

2ª parte

Michelle indagou a dona Antônia se a criança tinha febre, há quantos dias estava “amarelinha”, se estava dando “banho de sol” no bebê, se estava perdendo peso, há quantas horas estava sem mamar, se tinha oferecido algum alimento a criança. Tentou acordar a criança e percebeu que ela estava muito molinha e que apresentava coto

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

umbilical com odor fétido e a pele avermelhada ao redor. Imediatamente entrou em contato com a Agente Comunitária de Saúde que residia na comunidade vizinha para que acionasse a ambulância para levar o RN imediatamente ao hospital, tendo em vista ser final de semana.

CONHECER PARA ORIENTAR: DISCUTINDO OS SINTOMAS DE RISCO

Icterícia (amarelinho)³: Icterícia é uma cor amarelada da pele e/ou dos olhos. Pode ser icterícia fisiológica (normal) ou icterícia patológica. Em bebês normais, a icterícia geralmente começa depois do segundo dia pós-natal e desaparece em 2 semanas. Isso é chamado de icterícia fisiológica. É causada pelo corpo do bebê destruindo glóbulos vermelhos extras depois do nascimento. Quando os glóbulos vermelhos são destruídos, eles liberam uma substância chamada bilirrubina. A bilirrubina causa a cor amarelada. Geralmente, o fígado do bebê se livra da bilirrubina extra e, então, a elimina pelas fezes. A saúde do recém-nascido não é afetada pela icterícia fisiológica. A bilirrubina extra torna a pele e os olhos amarelados. A cor amarelada começa primeiro na cabeça e desce para o corpo, conforme o nível de bilirrubina aumenta.

A icterícia patológica acontece quando a bilirrubina no sangue se torna muito alta. Por exemplo: Um bebê com doença sanguínea ou sepse pode produzir bilirrubina em excesso; um bebê com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) ou prematuro, não sugando e com mecônio ausente, pode não ser capaz de eliminar a bilirrubina. Se o bebê apresentar icterícia grave, a bilirrubina extra pode afetar seu cérebro e causar dano cerebral.

A icterícia patológica caracteriza-se por:

³Manual de consulta para cuidados ao recém-nascido Iniciativa Saving Newborn Lives

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

- Começa durante as primeiras 24 horas de vida;
- Afeta os braços e as pernas no segundo dia;
- Afeta as mãos e os pés no terceiro dia ou depois;

Infecção umbilical⁴: É uma infecção ao redor do cordão umbilical ou do umbigo, podendo facilmente passar pelo cordão umbilical para o resto do corpo do bebê e levar a seps e morte, se o tratamento for atrasado ou não administrado. Esse tipo de infecção pode ser fatal para o bebê, levando-o morte rapidamente se não tratada adequadamente.

Hipoglicemia⁵: **Hipoglicemia significa "pouco açúcar no sangue" (baixo nível de glicose no sangue). Quando um bebê fica hipoglicêmico, e o problema não é tratado, ele pode ter problemas de saúde -- assim como qualquer pessoa. Cada célula do corpo precisa de um suprimento de açúcar (a glicose) para funcionar. Recém-nascidos saudáveis fabricam glicose a partir do açúcar e dos nutrientes presentes no colostro, o líquido que os seios da mãe produzem antes do leite materno em si. Mais tarde, os bebês produzem glicose a partir do leite materno já maduro. Quando o nível de glicose no sangue fica abaixo do recomendável, o bebê pode ficar apático, molinho, com tremores nas extremidades, e corre o risco de ter convulsões. Se a glicose no sangue ficar baixa por muito tempo, podem ocorrer lesões cerebrais. Por que alguns bebês ficam com hipoglicemia? A grande maioria dos bebês saudáveis, que tenham nascido depois de 37 semanas de gestação, não corre risco de ter hipoglicemia. Eles conseguem compensar com facilidade as quedas normais no nível de açúcar no sangue. Com a amamentação no sistema de livre demanda, ou seja, sempre que pedir, o bebê obtém todo o leite de que precisa**

⁴ Manual de consulta para cuidados ao recém-nascido Iniciativa Saving Newborn Lives
⁵no bebê.

para manter os níveis de glicose estáveis. Alguns bebês, no entanto, correm risco de ficar com hipoglicemia. São eles:

- *Bebês prematuros e que nasceram com baixo peso para a idade gestacional. Pode ser que eles tenham baixos níveis de glicogênio no fígado (reserva necessária para fabricar a glicose). Como eles têm poucos depósitos de gordura no corpo, também ficam sem ter de onde tirar energia extra. Além disso, como são pequenos, podem ter dificuldade de mamar.*
- *Bebês de mães diabéticas.*
- *Bebês que tiveram dificuldade respiratória logo depois do parto.*
- *Bebês que sofreram de hipotermia (baixa temperatura do corpo).*

Leitura sugerida:

- Manual do AIDPI neonatal – Normas e Manuais Técnicos – 3º edição, 2012, páginas 124 a 126.
- Cuidados ao Recém-nascido: Manual de consultas. Diana Beck, Frances Ganges, Susan Goldman, Phyllis Long. Save the Children Federation, 2004.

5.6 PAINEL INTEGRADO: Vacinação

PAINEL 1

VACINAS	INDICAÇÃO	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	EFEITOS ADVERSOS	INTERVALO DAS DOSES
BCG						
PÓLIO INATIVADA						
MENINGOCÓCICA C						

PAINEL 2

VACINAS	INDICAÇÃO	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	EFEITOS ADVERSOS	INTERVALO DAS DOSES
Vacina Pentavalente						

PAINEL 3

VACINAS	INDICAÇÃO	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	EFEITOS ADVERSOS	INTERVALO DAS DOSES
Vacina pneumocócica 10						
Vacina meningocócica C						

PAINEL 4

VACINAS	INDICAÇÃO	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	EFEITOS ADVERSOS	INTERVALO DAS DOSES
Vacina Tríplice viral						

Vídeo **Mudanças no calendário da vacinação infantil: Saúde e bem estar.**

Disponível em

http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=tQkxssMOSao

5.7. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO INFANTIL

Vídeo “Hora de Vacinar”;

Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=KHFt_3j_rqU

TEXTO DE APOIO: VACINAS

1. VACINA CONTRA TUBERCULOSE (BCG)⁶

Composição e apresentação: A vacina contra a tuberculose é o BCG (bacilo de Calmette & Guérin) liofilizado, obtido por atenuação do Mycobacterium bovis, apresentada em ampolas com múltiplas doses.

Idade de aplicação: A partir do nascimento. Desde que não tenha sido administrada na unidade neonatal, a vacina deve ser feita ao completar o primeiro mês de vida ou no primeiro comparecimento à unidade de saúde. Pessoas com qualquer idade podem ser vacinadas.

Indicação: É indicada principalmente para prevenir as formas graves da tuberculose (miliar e meníngea) em crianças com menos de cinco anos de idade, mais frequentes em

⁶ Manual de Normas de Vacinação. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

menores de um ano. Está indicada, também, e o mais precocemente possível, nas crianças VIH positivas assintomáticas e filhos de mães VIH positivas. É contraindicada nos indivíduos VIH positivos sintomáticos.

Via de administração: Rigorosamente intradérmica, de preferência no braço direito, na altura da inserção inferior do músculo deltóide.

Nota: Evolução da reação vacinal: nódulo local que evolui para pústula, seguida de crosta e úlcera, com duração habitual de seis a 10 semanas, dando origem quase sempre a pequena cicatriz. Durante a fase de úlcera, pode haver o aparecimento de secreção.

Esquema básico: uma dose, o mais precocemente possível.

Contraindicações: Imunodeficiência congênita ou adquirida, incluindo crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) que apresentem sintomas da doença. Embora não apresentem contraindicações absolutas, recomenda-se adiar a vacinação com BCG em recém-nascidos com peso inferior a 2.000g e em presença de afecções dermatológicas extensas em atividade.

Conservação e validade: Conservar entre +2°C e +8°C. A vacina inativa-se rapidamente quando exposta diretamente a raios solares; não há, porém, risco de inativação se for exposta à luz artificial. Após a reconstituição, a vacina deve ser utilizada no prazo máximo de seis horas. O prazo de validade é indicado pelo fabricante e deve ser respeitado rigorosamente.

1. VACINA CONTRA HEPATITE B

O PNI recomenda atualmente a vacinação universal das crianças contra hepatite B. Quando não for aplicada na unidade neonatal, a vacina deve ser feita na primeira consulta ao serviço de saúde. Pode ser aplicada simultaneamente com a vacina BCG.

Composição e apresentação: Há dois tipos de vacina contra hepatite B: a de primeira geração contém partículas virais obtidas do plasma de doadores do vírus, inativadas

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

pelo formol; a de segunda geração é preparada por método de engenharia genética e obtida por tecnologia de recombinação do ADN (ácido desoxirribonucleico).

As duas vacinas utilizam hidróxido de alumínio como adjuvante e o timerosal como conservante. O PNI recomenda atualmente apenas o uso da vacina recombinante, isto é, a obtida por engenharia genética.

As vacinas recombinantes licenciadas atualmente são produzidas a partir de leveduras (levedura de padeiro), nas quais se introduziu um plasmídeo contendo o gene AgHBs. Contêm cinco a 40mg/ml de antígeno (AgHBs), adsorvidos em hidróxido de alumínio, utilizando-se o timerosal como conservante. A vacina contra hepatite B é apresentada sob a forma líquida, em ampolas individuais ou frasco-ampola com múltiplas doses.

Idade de aplicação: Iniciar de preferência logo após o nascimento, nas primeiras 12 horas de vida, para evitar a transmissão vertical. Caso isso não tenha sido possível, iniciar o mais precocemente possível, na unidade neonatal ou na primeira visita ao Posto de Saúde. A vacina contra hepatite B pode ser administrada em qualquer idade e simultaneamente com outras vacinas do calendário.

Via de administração: Intramuscular profunda, no vasto lateral da coxa. Não deve ser aplicada na região glútea, pois a adoção desse procedimento se associa com menor produção de anticorpos, pelo menos em adultos.

Esquema: A primeira dose ao nascer. As demais doses serão aplicadas no 2º, 4º e 6º mês de vida (pentavelente), de acordo com calendário de vacinação de 2012.

Eventos adversos mais comuns: Dor no local da injeção e febre baixa são os eventos adversos mais frequentemente observados em crianças e adultos, ocorrendo em 1% a 6% dos vacinados. Mal-estar, cefaleia e fadiga podem ocorrer.

Contraindicações: A ocorrência, muito rara, de reação anafilática sistêmica seguindo-se à aplicação de dose anterior.

Conservação e validade: Deve ser conservada entre +2°C e +8°C. O congelamento inativa a vacina. Depois de aberto o frasco-ampola de múltiplas doses, a vacina poderá

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

ser utilizada durante até o final do prazo de validade, desde que tenha sido manipulada com técnicas corretas de assepsia. O prazo de validade é indicado pelo fabricante e deve ser respeitado rigorosamente.

2. VACINA INATIVADA POLIOMIELITE (VIP)⁷

O Brasil, a partir de agosto de 2012, introduziu no PNI a vacina inativada poliomielite (VIP) em esquema sequencial com 2 doses de VIP e 2 doses de VOP. As doses da VIP visam minimizar o risco, que é raríssimo, de paralisia associada à vacina, e as da VOP, manter a imunidade populacional (de rebanho) contra o risco potencial de introdução de poliovírus selvagem através de viajantes oriundos de localidades que ainda apresentam casos autóctones da poliomielite, por exemplo. A vacina VIP apresenta-se na forma farmacêutica solução injetável em frascos contendo 10 doses.

Indicação: Está indicada para a imunização ativa contra a poliomielite causada pelos três sorotipos (1,2 e 3) a partir dos 2 meses de idade .

Dose e via de administração: A via de administração preferencial da VIP é a intramuscular, entretanto, a via subcutânea também pode ser usada, mas em situações especiais (casos de discrasias sanguíneas). O local de aplicação preferencial para injeção intramuscular em bebês é o músculo vasto-lateral da coxa ou região ventroglútea e para crianças maiores o músculo deltóide.

Conservação e Validade: A vacina deverá ser conservada sob refrigeração, à temperatura de +2°C a +8°C. Não deve ser congelada. A vacina pode ser utilizada até 6 horas após aberta, desde que armazenada entre 2° a 8°C. O prazo de validade indicado pelo fabricante na embalagem deve ser rigorosamente respeitado.

Uso Simultâneo com Outras Vacinas: A vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) pode ser administrada simultaneamente com qualquer outra vacina recomendada pelo

⁷ Informe técnico da introdução da vacina inativada poliomielite - (VIP): Brasília, maio, 2012.

Programa Nacional de Imunizações. Em caso de administração concomitante, devem ser utilizadas diferentes agulhas e sítios de administração.

4. VACINA PENTAVALENTE⁸

A vacina Pentavalente é do tipo injetável. Ela é uma união da vacina Tetravalente com a vacina Hepatite B, ou seja, a partir de agora ao invés de duas aplicações será necessário apenas uma injeção para que se imunize a criança contra as cinco doenças cobertas pela vacina. Então, agora com a vacina Pentavalente, a criança será imunizada contra as seguintes doenças: Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b e a Hepatite B.

Sobre as doenças que esta vacina imuniza:

- a) **Difteria (Crupe):** A difteria, também conhecida como crupe, é uma doença que tem como contágio o contato com os infectados, com suas secreções ou com os objetos contaminados por eles. Normalmente se manifesta nos meses frios e atinge, principalmente, crianças de até 10 anos. Começa como se fosse um resfriado, a criança tem dor de cabeça e de garganta. A doença ataca a garganta (amídalas, faringe, laringe) e o nariz, onde pode aparecer placas brancas, muitas vezes visíveis a olho nu. O pescoço pode ficar inchado e duro. Além desses incômodos, a difteria causa mau hálito e a criança fica pálida. Consequências mais graves podem afetar o coração e a criança fica com a fala diferente e com dificuldade para respirar. Portanto, não deixe de vacinar seu filho.
- b) **Tétano:** O tétano é uma doença que não é contagiosa de pessoa para pessoa; seu contágio é por meio de ferida ocasionada por agulha, tesoura, latas velhas, vidros, arames ou mesmo espinhos de plantas. Seja em qualquer idade, se uma pessoa se ferir com um desses objetos, normalmente sujos, corre grande risco de ser contaminado pelo tétano. Isso porque o micróbio que causa a doença vive na terra, na poeira da rua e nas fezes de animais, principalmente de cavalo.

8

- c) **Coqueluche:** É uma doença que ataca facilmente as crianças e é transmissível pelo contato com secreção da boca e nariz, como espirro e fala de pessoas contaminadas. Correm maior risco os recém-nascidos e bebês que ainda não foram totalmente vacinados, pois eles estão indefesos diante da entrada de seres perigosos. A doença começa como se fosse uma gripe; a criança tem febre e apresenta secreção nasal. Conforme apresenta a Organização Mundial da Saúde, a coqueluche consiste de pelo menos 21 dias de crises de tosse e a criança respira com um barulho intenso, podendo vomitar. O período dessas crises de tosse pode durar de um a dois meses ou até mais. As crises de tosse, o choro e a febre enfraquecem a criança. Em casos mais graves, ela pode piorar e morrer.
- d) **Infecções causadas por Haemophilus influenzae tipo b:** A bactéria Haemophilus influenzae tipo b causa meningite (inflamação das membranas que envolvem o cérebro), sinusite e pneumonia. Essas infecções geralmente começam no nariz e na garganta, mas podem espalhar-se para a pele, ouvidos, pulmões, articulações e membranas que revestem o coração, a medula espinhal e o cérebro. São doenças graves que podem levar à morte. As doenças causadas por essa bactéria ocorrem principalmente em crianças menores de 5 anos de idade e a taxa de mortalidade devido à meningite é de 5%. As sequelas neurológicas como convulsões, surdez ou retardamento mental estão em 35% das crianças que sobrevivem à meningite. Outras complicações da bactéria são a sepse (infecção generalizada que causa risco de morte), as pneumonias e as pericardites (infecção da membrana que envolve o coração).
- e) **Hepatite B:** As formas de contágio de hepatite B em crianças são através do parto, onde o bebê entra em contato com o sangue infectado da mãe e através do sangue de alguma pessoa contaminada, como em transfusões. Quase 90% dos recém-nascidos infectados por suas mães no parto tornam-se portadores crônicos, podendo transmitir a doença para seus parceiros durante a vida. Uma entre cada quatro crianças que contraem a Hepatite B de suas mães desenvolve câncer hepático ou cirrose.

5. VACINA MENINGOCÓCICA C (CONJUGADA)⁹

A vacina adsorvida meningocócica C (conjugada) é utilizada para prevenir as doenças provocadas pela bactéria *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C, esta bactéria pode ser a causa de infecções graves, às vezes, até fatais, como a meningite e a sepse. A vacinação é considerada a forma mais eficaz na prevenção da DM. A vacina conjugada para a meningite meningocócica C, apresenta elevada eficácia, proteção prolongada (possivelmente por toda a vida) e boa resposta em menores de um ano. No entanto, nenhuma destas vacinas confere proteção a todos os sorogrupos, e até o momento não há nenhuma vacina disponível para o sorotipo B.

Indicações: A vacina meningocócica do sorogrupo C, conjugada está indicada para a imunização ativa de crianças com idade entre três meses, a menores de dois anos de idade. A partir do segundo ano de introdução a vacina passou a ser ministrada para menores de 1 ano de idade. Para crianças menores de 1 ano de idade devem ser administradas duas doses da vacina meningocócica sorogrupo C, conjugada utilizando-se o intervalo de dois meses entre as doses, e um reforço preferencialmente entre 12 e 15 meses. Para crianças de 1 ano a menor de 2 anos de idade é recomendada à administração de uma única dose (0,5 ml), sem a necessidade de reforço.

Apresentação e Composição: A vacina meningocócica sorogrupo C, conjugada é apresentada em embalagem unidose, contendo dois frascos ampola, um contem um pó liofilizado branco ou esbranquiçado (antígeno) e outro frasco-ampola contem 0,8 ml de um líquido branco opaco (diluyente). A solução é preparada antes do uso.

Via de Administração: A vacina deve ser administrada exclusivamente pela via intramuscular profunda, de preferência na área ântero-lateral da coxa da criança. Não deve ser administrada pela via intravenosa, intradérmica ou subcutânea.

Cuidados de Conservação, Validade: A vacina deve ser conservada, na embalagem original, e sob refrigeração entre 2°C e 8°C.

⁹ Informe Técnico Introdução da Vacina Meningococica C no Calendário de Vacinação da Criança. Brasília, Julho 2010

6. VACINA PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE (CONJUGADA)¹⁰

Indicações: Imunização ativa de crianças de 2 meses a < de 24 meses de idade contra doença invasiva e otite média aguda causadas por *Streptococcus pneumoniae* sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.

Composição e Apresentação: A vacina pneumocócica 10-valente é constituída por 10 (dez) sorotipos de pneumococos. A embalagem possui 10 frascos-ampola de vidro, apresentados em unidose, com 0,5 ml.

Via de Administração, Cuidados de Conservação, Validade: A vacina deve ser administrada por injeção intramuscular de preferência na área do vasto lateral da coxa da criança. A vacina apresenta-se como suspensão branca turva devendo ser inspecionado visualmente, antes e depois de agitar o frasco-ampola, para verificação de quaisquer partículas ou de aparência física anormal antes da administração. Caso um desses eventos seja observado, não utilizar a vacina e comunicar a coordenação municipal/estadual de imunização. A vacina deve ser conservada, na embalagem original, para ser protegida da luz e sob refrigeração entre 2°C e 8°C, não podendo ser congelada.

Esquema de Vacinação: A primeira dose iniciará a partir de 2 meses de idade. O esquema de vacinação primária consiste em três doses de 0,5 ml, com intervalo 2 meses entre as doses. Desta forma o esquema será de 2, 4 e 6 meses. Uma dose de reforço é recomendada para os 12 meses de idade.

1. ROTAVÍRUS¹¹

¹⁰ Informe Técnico Proposta para introdução da Vacina Pneumocócica 10 – valente no calendário básico de vacinação da criança. Brasília Fevereiro 2010.

¹¹ Informe Técnico Doença Diarréica por Rotavírus: Vigilância Epidemiológica e Prevenção pela Vacina Oral de Rotavírus Humano – VORH - Brasília, 01 de março de 2006.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

A nova vacina é denominada de **Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH)**. É uma vacina elaborada com vírus isolados de humanos e atenuados para manter a capacidade imunogênica, porém não patogênica. A vacina é monovalente, ou seja, a cepa utilizada possui apenas um sorotipo em sua composição que é o G1[P8] da cepa RIX4414. A apresentação vem em monodose, estando o líófilo, o diluente e os adaptadores juntos na mesma caixa, com um mesmo número de registro de lote, apenas diferenciados por letras referentes a cada item: **C** caixa; **D** diluente e **F** frasco. O conteúdo do frasco (pó liofilizado) deve ser diluído com o conteúdo da seringa (diluente) para administração que deve ser exclusivamente oral.

Conservação: Antes de reconstituída: O frasco com a forma liofilizada bem como o diluente da vacina deve ser mantido a uma temperatura entre **+ 2°C e + 8°C**, cumprindo-se as normas técnicas de rede de frio do PNI, não podendo sofrer congelamento. O impedimento de congelamento refere-se apenas ao diluente, devido ao carbonato de cálcio nele contido precipitar com o congelamento. Após reconstituição: Após a reconstituição (líófilo + diluente), a vacina deve ser administrada imediatamente. Caso a mesma não seja administrada imediatamente, deve ser mantida por no máximo 24 horas após a preparação sendo mantida entre + 2°C e + 8°C, obedecendo as normas de conservação do PNI. Importante: registrar o momento da preparação da vacina para garantia de sua utilização no prazo máximo de 24 horas. Ressalta-se que tanto antes como depois da reconstituição, a vacina não deve ser congelada.

Indicações: A vacina está indicada para crianças menores de 1 ano de idade (na faixa etária de 6 a 24 semanas de vida) na prevenção de doença por rotavírus, tanto do sorotipo G1 quanto por outros sorotipos (G2, G3, G4 e G9) como mostrou os estudos clínicos pré-licenciamento.

Posologia: Administrar a vacina aos 2 (1ª dose) e 4 (2ª dose) meses de vida, atendendo ao intervalo preconizado entre a 1ª e 2ª dose de oito semanas.

Administração da 1ª dose:

- A primeira dose deve ser administrada aos 2 ou 3 meses de idade;

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

- É possível administrar a 1ª dose a partir de 1 mês e 15 dias de vida, ou seja, duas semanas antes de completar dois meses. O registro permanece em dois meses;
- Também é possível administrar a 1ª dose até 7 dias (uma semana) após os três meses de idade, ou seja, até três meses e 7 dias de idade. O registro permanece em três meses.

Administração da 2ª dose:

- A segunda dose deve ser administrada aos 4 ou 5 meses de idade.
- O intervalo preconizado entre as 1ª e 2ª doses é de 8 semanas e o intervalo mínimo admissível de 4 semanas entre as doses.
- É possível administrar a 2ª dose a partir de 3 meses e 7 dias de vida, ou seja, três semanas antes de completar quatro meses. O registro permanece em quatro meses.
- A idade máxima para administração da 2ª dose é cinco meses e meio (período correspondente a 24 semanas), não devendo ser administrada além desta idade.

Contraindicações: A vacina não deve ser administrada a crianças que sabidamente tenham alguma forma de alergia grave (urticária disseminada, broncoespasmo, laringoespasmo e choque anafilático) a algum dos componentes da vacina, ou a doses prévias desta vacina. A vacina não deve ser administrada a crianças com alguma forma de imunodeficiência. A vacina não deve ser administrada a crianças com história de alguma doença gastrointestinal crônica ou má-formação congênita do trato digestivo ou história prévia de invaginação intestinal.

5.8. DISCUTINDO SOBRE RISCO E VULNERABILIDADE

TEXTO DE APOIO

POR QUE A VULNERABILIDADE É UM CRITÉRIO PARA ORIENTAR AS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO?

A construção e a aplicação do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde são relativamente recentes e estão relacionadas ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

O conceito de risco é um instrumento para quantificar as possibilidades de adoecimento de indivíduos ou populações, a partir da identificação de relações de causa-efeito entre a ocorrência de doenças e outros eventos e condições de vida. As estimativas de risco oferecem informações importantes sobre a distribuição de doenças. Por exemplo: é possível calcular o número de fumantes que desenvolvem algum tipo de câncer e o número de não fumantes que tem os mesmos tipos de câncer. A comparação entre os resultados permite concluir que as pessoas que fumam tem mais chances de ter reduzidos a alguns de seus componentes que podem ser medidos isoladamente. Por meio desses recursos, o todo (ou o conjunto da situação de vida) é decomposto em partes que possam ser quantificadas. Entretanto, é preciso compreender a situação em seu conjunto, para encontrar as “pistas” para planejar e desenvolver ações preventivas que façam sentido para as pessoas e grupos, em sua realidade de vida. Por exemplo: as pessoas que tem pais diabéticos têm, estatisticamente, mais chances de desenvolver essa doença. Mas as suas condições de vida (acesso a informações, hábitos alimentares, renda) podem mudar essa possibilidade de forma muito significativa.

Vejamos outro exemplo: uma profissional do sexo, que sempre usa o preservativo, pode nunca ser infectada pelo HIV; por outro lado, uma mulher que mantém relações sexuais com um único parceiro, durante toda a sua vida, pode ser infectada por seu parceiro, caso ele tenha tido uma relação sexual com outra pessoa que tem a infecção.

Em resumo, não se trata de uma questão simplesmente matemática. Alguns comportamentos comuns entre adolescentes podem aumentar sua exposição a riscos, mas, frequentemente, é parte de uma atitude de resistência. Símbolos de resistência, como atitudes, hábitos e roupas, podem fortalecer a identidade do grupo e a solidariedade entre seus membros, uma situação na qual a resistência pode ser protetora e, simultaneamente, aumentar as chances de ocorrência de determinados problemas de saúde. Nesse caso, a tentativa de isolar um fator, digamos, o uso de determinada droga, e calcular os riscos associados sem tomar em conta os sentidos que o comportamento tem para aquele grupo, pode gerar dados estatísticos importantes, mas de pouca valia para orientar ações preventivas. Em alguns casos, as tentativas de mudar comportamentos dos adolescentes para alcançar objetivos definidos pelos profissionais de saúde, e sem tomar em conta sua situação de vida e seus valores, pode até aumentar a sua necessidade de resistência.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Hoje sabemos que nossa fragilidade – ou nossa capacidade de enfrentar os desafios – depende de um conjunto integrado de aspectos individuais, sociais e institucionais.

Jose Ricardo Ayres (2005) define a vulnerabilidade ao HIV e a AIDS como o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição à infecção e adoecimento pelo HIV e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger de ambos. Por isso, os comportamentos associados a maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como uma decorrência imediata da vontade pessoal. Estão relacionados as condições objetivas nas quais os comportamentos acontecem e ao efetivo poder que as pessoas e grupos sociais podem exercer para transformá-las. Vejamos algumas situações:

- Um adolescente está motivado para fazer sexo seguro, mas não consegue comprar camisinha, o que indica sua vulnerabilidade social;
- Uma pessoa viveu uma situação que a deixou preocupada com a AIDS, mas não sabe onde realizar um teste sigiloso e gratuito, o que mostra sua vulnerabilidade institucional;
- A maior vulnerabilidade social das mulheres está associada com a desigualdade nas relações: quantas jovens não conseguem negociar o uso da camisinha com seus parceiros?
- Uma adolescente está apaixonada e faz qualquer coisa para que o seu namorado fique com ela, até transa sem camisinha, mesmo sabendo que isso aumenta sua vulnerabilidade pessoal diante da AIDS.

Vulnerabilidade pessoal

No plano pessoal, a vulnerabilidade está associada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Depende, portanto, do grau e da qualidade da informação sobre o problema de que os indivíduos dispõem, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas. O grau de consciência que os indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de comportamentos associados a maior vulnerabilidade precisa ser considerado, mas a mudança de comportamentos não é compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diversos na vida das pessoas,

dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia-a-dia. Por isso, não é possível dizer que uma pessoa “é vulnerável”. Só é possível dizer que uma pessoa está (mais ou menos) vulnerável a um determinado problema, em um determinado momento de sua vida.

Vulnerabilidade institucional ou programática

No plano institucional, a vulnerabilidade está associada a existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema da aids. Pode ser avaliada a partir de aspectos como:

- a) compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema;
- b) ações efetivamente propostas e implantadas;
- c) integração dos programas e ações desenvolvidos nos diferentes setores como saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.;
- d) sintonia entre programas implantados e as aspirações da sociedade.

Quanto maiores forem o compromisso, a integração e o monitoramento dos programas de prevenção e atenção a saúde, maiores serão as chances de canalizar os recursos, de otimizar seu uso e de fortalecer as instituições e a sociedade frente a epidemia.

Vulnerabilidade social

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sociais, políticos e culturais combinados: acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, etc. A vulnerabilidade social pode ser entendida, portanto, como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão. Quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão, maior a vulnerabilidade dos cidadãos. Para avaliar o grau de vulnerabilidade social é necessário conhecer a situação de vida das coletividades através de aspectos como:

- a) legislação em vigor e sua aplicação;
- b) situação de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes estratos sociais;

c) qualidade dos serviços de saúde aos quais se tem acesso. Por exemplo: a situação da mulher na sociedade (menores salários, exposição a violências e restrições de exercício da cidadania) aumenta consideravelmente a vulnerabilidade social das mulheres frente à epidemia. Além disso, as desigualdades aumentam quando, além de pertencer ao sexo feminino, as pessoas pertencem a população negra.

Conclusões

Articulados entre si, esses três componentes permitem construir uma visão mais ampla dos problemas de saúde. O planejamento de programas e ações com base no conceito da vulnerabilidade só é uma ferramenta útil para a mudança das realidades de saúde se tomamos em conta que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas.

O conceito de vulnerabilidade busca relacionar os dados científicos a respeito do HIV e da AIDS as dimensões socioculturais e econômicas da epidemia para permitir a realização de um trabalho preventivo mais eficaz, mais humano e mais ético.

5.9. PROTOCOLO E NORMAS DO PROGRAMA NACIONAL DE VACINA

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA SALA DE VACINA

Quanto a Sala

Localização da sala (se é de fácil acesso e identificada), se há uma entrada e uma saída da sala, presença de pia para lavagem das mãos, organização da sala, tipo de paredes;

Quanto a geladeira

se é feita a leitura diária da temperatura da geladeira, presença de termômetro na geladeira e caixas térmicas, as vacinas são retiradas pela manhã e guardadas a tarde?

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Como é o acondicionamento destas vacinas durante o restante do dia, material de consumo como seringas, cartões, etc.

Quanto ao descarte de materiais

Onde são depositadas as seringas usadas, os frascos vazios ou vencidos, entre outros itens.

APRESENTANDO A ATIVIDADE PRÁTICA - PROTOCOLO E NORMAS DO PROGRAMA NACIONAL DE VACINA

TEXTO DE APOIO: Discutindo sobre vacinação

As vacinas¹² são agentes imunizantes contendo bactérias ou vírus atenuados, vírus inativados, bactérias mortas e componentes de agentes infecciosos purificados e/ou modificados química ou geneticamente. Tem por objetivo a proteção específica das pessoas para controlar, eliminar ou erradicar as doenças imunopreveníveis, através de coberturas vacinais adequadas. As vacinas do calendário básico destinam-se prioritariamente a todas as crianças menores de 1 ano exceto aquelas que apresentarem imunodeficiência congênita ou adquirida e aquelas acometidas por neoplasia maligna que não devem receber vacinas de bactérias ou vírus vivos atenuados.

A ocorrência de evento adverso à vacinação deve ser avaliada apropriadamente com a finalidade de ofertar atendimento adequado à criança e planejar a continuidade da vacinação conforme o manual de normas do Programa Nacional de Imunizações – PNI. É importante estocar as vacinas apropriadamente, conforme Manual de Normas do PNI, para assegurar a qualidade de seus componentes e a proteção esperada.

A via de administração recomendada deve ser obedecida rigorosamente para que a proteção imunológica seja garantida e a frequência de eventos adversos seja reduzida. Os pais devem ser informados sobre o papel das vacinas na saúde de seus filhos. É importante mostrar no Cartão da Criança as anotações feitas sobre as vacinas realizadas

12

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

e o agendamento das próximas, que serão aplicadas na visita seguinte à Unidade de Saúde.

O calendário de vacinação atual é o seguinte:

Idade	Vacina	Doses	Doenças que imuniza
Ao nascer	BCG-ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Hepatite B	1ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b, Hepatite B
	VIP (vacina inativada contra pólio - injetável)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	1ª dose	Diarréia e desidratação causada por rotavírus
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	1ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
3 meses	Vacina Meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
4 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b, Hepatite B
	VIP (vacina inativada contra pólio - injetável)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	2ª dose	Diarréia e desidratação causada por rotavírus
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	2ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
5 meses	Vacina Meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
6 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b, Hepatite B
	VOP (vacina oral contra pólio - gotas)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	3ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
9 meses	Febre amarela	dose inicial	Febre amarela (em áreas endêmicas)
12 meses	Vacina Tríplice Viral (SRC)	1ª dose	Sarampo, rubéola e caxumba

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

15 meses	Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)	reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
	Vacina Tríplice Bacteriana (DTP)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	VOP (vacina oral contra pólio - gotas)	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina Meningocócica C (conjugada)	reforço	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
4 anos	Vacina Tríplice Bacteriana (DTP)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina Tríplice Viral (SRC)	2ª dose	Sarampo, rubéola e caxumba

Fonte: Ministério da Saúde

Organização e funcionamento da sala de vacina¹³

No serviço de saúde, em função da sua finalidade e das atividades ali desenvolvidas, encontram-se os hospedeiros mais suscetíveis (crianças, idosos, pacientes imunodeprimidos e outros), bem como os microrganismos mais resistentes (bactérias, vírus, fungos e outros). Esses agentes contaminam todo o ambiente, materiais e artigos usados no atendimento, podendo provocar infecções, às vezes graves, o que exige condições e procedimentos que reduzam o risco de contaminação.

Na sala de vacinação, local destinado à administração dos imunobiológicos, é importante que todos os procedimentos desenvolvidos garantam a máxima segurança, prevenindo infecções nas crianças e adultos atendidos. Para isso, as instalações devem levar em conta um mínimo de condições, quais sejam:

- As paredes e o piso devem ser laváveis;
- Deve ter pia com torneira;
- Deve ter interruptor exclusivo para cada equipamento elétrico;
- Deve ter arejamento e iluminação adequados, evitando a incidência de luz solar direta; e
- Deve ter entrada e saída independentes, se possível.

Além disso, a sala de vacinação deve ser mantida em condições de higiene e limpeza e ser exclusiva para a administração dos imunobiológicos.

13

Manual de Normas de Vacinação. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Equipamentos e materiais básicos

Equipamentos:

- Bancada ou mesa para preparo dos imunobiológicos;
- Refrigerador para conservação dos imunobiológicos;
- Fichário ou arquivo;
- Mesa tipo escrivaninha com gavetas;
- Cadeira (três no mínimo);
- Suporte para papel toalha;
- Armário com porta para guarda de material;
- Bandeja de aço inoxidável (grande, média e pequena);
- Tesoura reta com ponta romba;

Observações:

O refrigerador, de compartimento único, deve ter capacidade mínima para 280 litros, aproximadamente. Os imunobiológicos que serão usados no dia de trabalho devem ser conservados em caixa térmica.

Material de consumo

- Termômetro de máxima e mínima;
- Termômetro de cabo extensor;
- Termômetro clínico;
- Bandeja plástica perfurada
- Garrafa plástica com água;
- Gelo reciclável;
- Caixa térmica para a conservação dos imunobiológicos;
- Álcool a 70% para situações excepcionais (vacinação em zona rural e em ambiente hospitalar);
- Algodão hidrófilo;
- Recipiente para algodão;
- Serrinha;
- Seringa descartável, nas seguintes especificações: 1 ml, tipo tuberculina graduada em centésimos de mililitros, seringas de 2 ou 3 ml, com graduação de

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

0,1 ml e numeração a cada 0,5 ml; seringas de 5 ml, com graduação de 0,2 ml e numeração a cada 1 ml (diluição); e seringas de 10 ml, com graduação de 0,2 ml e numeração a cada 2 ml (diluição);

- Agulha descartável para: uso intradérmico, uso intramuscular, uso endovenoso.
- Campo plástico (50x50 cm), de preferência oleado, para forrar o local de preparo do material quando da vacinação extramuros;
- Copo descartável para proteger as vacinas;
- Recipiente com paredes rígidas para desprezar seringas e agulhas descartáveis (caixa especial para coleta de material perfurocortante);
- Papel toalha;
- Depósito para lixo comum, com tampa;
- Saco plástico para lixo, descartável;
- Material para o registro das atividades: lápis, caneta, borracha, carimbo, almofada e outros;
- Sabão em barra, neutro ou de coco.

Observações:

1. Quando a bandeja plástica perfurada não estiver disponível adaptar porta-talher de plástico.
2. Quando o gelo reciclável não estiver disponível adaptar usando gelo em sacos plásticos.
3. O saco plástico é de cor branca para o lixo hospitalar e de outra cor para outros tipos de lixo.

Impressos e manuais técnicos e operacionais

- Cartão da Criança;
- Modelos para registro da vacinação em outros grupos da população (por exemplo o Cartão do Adulto);
- Cartão de Controle ou Ficha de Registro;
- Mapa Diário de Vacinação (registro imediato);
- Boletim Mensal de Vacinação;
- Boletim de Campanha de Doses Aplicadas de Vacina;

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

- Mapa para Controle Diário da Temperatura do Refrigerador;
- Ficha de Investigação dos Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Ficha de Fluxo Imediato de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Outros impressos, como o aerograma para faltosos, formulário para inutilização de imunobiológicos, gráfico para acompanhamento da cobertura vacinal, etc.;
- Manual de Normas de Vacinação;
- Manual de Procedimentos para Vacinação;
- Manual de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Manual de Gerenciamento em Rede de Frio;
- Outros manuais técnicos e operacionais;
- Quadro com o esquema básico de vacinação;

O funcionamento da sala de vacinação

Além da equipe e suas funções básicas, o funcionamento da sala de vacinação envolve as seguintes atividades:

- O início do trabalho diário;
- A triagem;
- A orientação específica;
- A administração dos imunobiológicos; e
- O encerramento do trabalho diário e do trabalho mensal.

Equipe e funções básicas

As atividades da sala de vacinação são desenvolvidas por equipe de enfermagem, com treinamento específico no manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos. A equipe é composta, preferencialmente, por dois técnicos ou auxiliares de enfermagem, para cada turno de trabalho. A supervisão e o treinamento em serviço são realizados por um enfermeiro. A equipe pode ser ampliada, dependendo da demanda ao serviço de saúde.

São funções da equipe que trabalha na sala de vacinação:

- Manter a ordem e a limpeza da sala;
- Prover, periodicamente, as necessidades de material e de imunobiológicos;
- Manter as condições ideais de conservação dos imunobiológicos;

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

- Manter os equipamentos em boas condições de funcionamento;
- Encaminhar e dar destino adequado aos imunobiológicos inutilizados e ao lixo da sala de vacinação;
- Orientar e prestar assistência à clientela, com segurança, responsabilidade e respeito;
- Registrar a assistência prestada nos impressos adequado;
- Manter o arquivo em ordem;
- Avaliar, sistematicamente, as atividades desenvolvidas.

Procedimentos de limpeza na sala de vacinação

A limpeza da sala de vacinação é feita diariamente, no final do turno de trabalho, e sempre que necessário.

A limpeza e sua manutenção têm como objetivos prevenir infecções cruzadas, proporcionar conforto e segurança à clientela e à equipe de trabalho, manter um ambiente limpo e agradável.

Uma vez por semana o chão é lavado com água e sabão, e desinfetado com solução desinfetante. O trabalho mais pesado é feito quinzenalmente, quando, então, são limpos o teto, as paredes, as janelas, as luminárias, as lâmpadas e as portas.

Vigilância das reações adversas¹⁴

A vacinação é essencial para a prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, caracterizando-se por ser um procedimento de baixo custo e treinamento para execução relativamente fácil. Apesar disso, nem todos os riscos associados à sua aplicação foram totalmente controlados ou afastados, existindo a possibilidade de ocorrerem efeitos adversos. Alguns são bastante conhecidos e relativamente comuns, e embora a grande maioria tenha regressão espontânea é importante estarmos atentos aos seus relatos.

Quando esses efeitos adversos acontecem com muita frequência ou se verifica um aumento em sua incidência, faz-se necessário acompanhar seu desenvolvimento e investigar todos os fatores envolvidos no processo, como os relacionados ao indivíduo, à vacina e ao serviço.

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

A investigação desses casos possibilita a obtenção dos dados para o diagnóstico e planejamento das ações necessárias para a resolução ou controle dos problemas, bem como para o monitoramento e aperfeiçoamento constantes das atividades de imunização e vigilância das doenças imunopreveníveis.

5.10. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES PEDIÁTRICAS

TEXTO DE APOIO

Unidade de internação infantil

Os estabelecimentos assistenciais de saúde, cada vez mais, se preocupam em adequar seus espaços para atender às necessidades de seus pacientes, considerando, por exemplo, as diferenças de faixa etária para o qual prestam assistência.

O Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso são bons exemplos de instrumentos que defendem os direitos dos grupos etários em receberem atenção especial nas diversas atividades de convívio em sociedade.

A RDC 50, norma que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, já preconiza, em algumas de suas unidades funcionais, a diferenciação do espaço do adulto do espaço da criança, como por exemplo, na unidade de quimioterapia, na unidade de internação de tratamento intensivo de queimados, na UTI de recém-nascidos (neonatologia) e na unidade de internação geral de longa duração e na sala de observação da unidade de urgência e emergência.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Sob essa lógica deve-se pensar na funcionalidade e na humanização dos espaços pediátricos na tentativa de se obter o espaço físico adequado para as crianças que, junto com a atuação dos profissionais de saúde, possa contribuir para a redução do período de internação das mesmas no hospital.

A unidade de internação é definida pela Resolução da Diretoria Colegiada 50 como o *local de prestação do atendimento à saúde para “pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas” (pacientes internos)*.

5.11. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INFANTIL

TEXTO DE APOIO

ALEITAMENTO MATERNO¹⁵

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro. Mas para isso ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre

¹⁵ Saúde da criança: nutrição infantil, Aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno 23

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças.

Apesar de a maioria dos profissionais de saúde considerar-se favorável ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Isso pode ser devido às discrepâncias entre percepções do que é apoio na amamentação.

As mães que estão amamentando querem suporte ativo (inclusive o emocional), bem como informações precisas, para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo, reativo. Se o profissional de saúde realmente quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele.

TIPOS DE ALEITAMENTO MATERNO

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro. Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais¹.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólidos com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a:

- Maior número de episódios de diarreia;
- Maior número de hospitalizações por doença respiratória;
- Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos;
- Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco;
- Menor eficácia da lactação como método anticoncepcional;
- Menor duração do aleitamento materno.

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e

31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas.

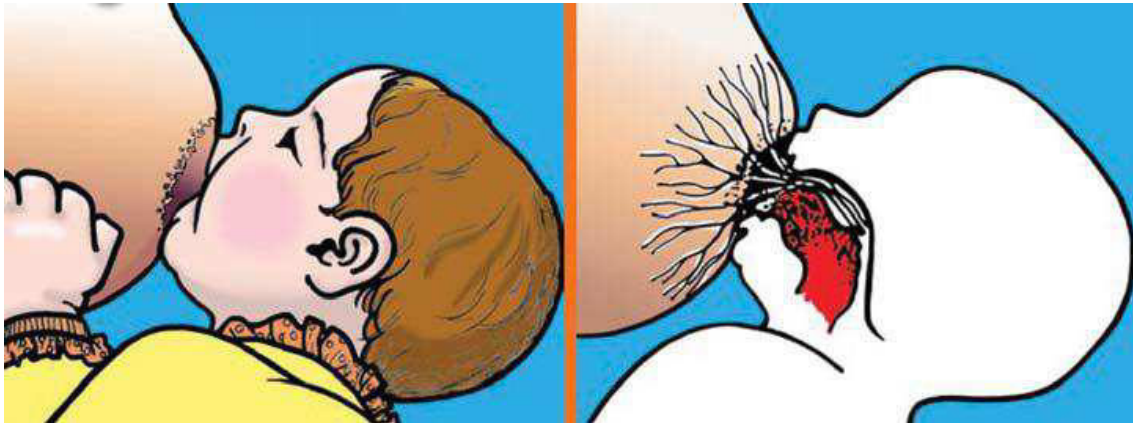
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Apesar de a sucção do bebê ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente. Quando o bebê pega a mama adequadamente – o que requer uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola, forma-se um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê. A língua eleva suas bordas laterais e a ponta, formando uma concha (canolamento) que leva o leite até a faringe posterior e esôfago, ativando o reflexo de deglutição. A retirada do leite (ordenha) é feita pela língua, graças a um movimento peristáltico rítmico da ponta da língua para trás, que comprime suavemente o mamilo. Enquanto mama no peito, o bebê respira pelo nariz, estabelecendo o padrão normal de respiração nasal.

O ciclo de movimentos mandibulares (para baixo, para a frente, para cima e para trás) promove o crescimento harmônico da face do bebê.

A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos. Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico.

Pega adequada ou boa pega



Pega inadequada ou má pega



Além de dificultar a retirada do leite, a má pega machuca os mamilos. Quando o bebê tem uma boa pega, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesões mamilares.

Pontos-chave do posicionamento adequado

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;

2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação:

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- Dor na amamentação;

Aspecto do leite

Muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite. Acham que, por ser transparente em algumas ocasiões, o leite é fraco e não sustenta a criança. Por isso, é importante que as mulheres saibam que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe.

O leite do início da mamada, o chamado leite anterior, pelo seu alto teor de água, tem aspecto semelhante ao da água de coco. Porém, ele é muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tende a ter uma coloração branca opaca devido ao aumento da concentração de caseína. E o leite do *final* da mamada, o chamado leite posterior, é mais amarelado devido à presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, provenientes da dieta da mãe.

O leite pode ter aspecto azulado ou esverdeado quando a mãe ingere grande quantidade de vegetais verdes. Não é rara a presença de sangue no leite, dando a ele uma cor amarronzada. Esse fenômeno é passageiro e costuma ocorrer nas primeiras 48 horas após o parto. É mais comum em primíparas adolescentes e mulheres com mais de 35 anos e deve-se ao rompimento de capilares provocado pelo aumento súbito da pressão dentro dos alvéolos mamários na fase inicial da lactação. Nesses casos, a amamentação pode ser mantida, desde que o sangue não provoque náuseas ou vômitos na criança.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS

2.1 IMPORTÂNCIA

A introdução de alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve complementar as numerosas qualidades e funções do leite materno, que deve ser mantido preferencialmente até os dois anos de vida ou mais. Além de suprir as necessidades nutricionais, a partir dos seis meses a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores.

O grande desafio do profissional de saúde é conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança de forma adequada, e estar atento às necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, conhecimentos prévios e também os êxitos, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação complementar saudável. Para tal, a empatia e a disponibilidade do profissional são decisivas, já que muitas inseguranças no cuidado com a criança não têm “hora agendada” para ocorrer e isso exige sensibilidade e vigilância adicional não só do profissional procurado, mas de todos os profissionais da equipe, para garantir o vínculo e a continuidade do cuidado.

Considera-se atualmente que o período ideal para a introdução de outros alimentos complementares é após o sexto mês de vida, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança. Além disso, no sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, já manifesta excitação à visão do alimento, já sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. A partir do sexto mês a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta.

O sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança. Toda a família deve ser estimulada a contribuir positivamente nessa fase. Se durante o aleitamento materno exclusivo a criança é mais intensamente ligada à mãe, a alimentação complementar permite maior interação do pai, dos avôs e avós, dos outros irmãos e familiares, situação

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

em que não só a criança aprende a comer, mas também toda a família aprende a cuidar. Tal interação deve ser ainda mais valorizada em situações em que a mãe, por qualquer motivo, não é a principal provedora da alimentação à criança. Assim, o profissional de saúde também deve ser hábil em reconhecer novas formas de organização familiar e ouvir, demonstrar interesse e orientar todos os cuidadores da criança, para que ela se sinta amada e encorajada a entender sua alimentação como ato prazeroso, o que evita, precocemente, o aparecimento de possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais.

A alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança.

O profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável quando consegue traduzir os conceitos, de forma prática, à comunidade que assiste em linguagem simples e acessível. Assim, na orientação de uma dieta para a criança, por exemplo, deve-se levar em conta conceitos adequados de preparo, noções de consistência e quantidades ideais das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplem as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento. As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança. Esse período pode ser dividido em duas fases: antes dos seis meses e após os seis meses. No primeiro semestre de vida objetiva-se que a criança mame por seis meses exclusivamente ou que, pelo menos, retarde pelo maior tempo possível a introdução de outros alimentos. A partir de seis meses a criança deve receber outros alimentos, além do leite materno. Assim é de fundamental importância que as mães e a família, nesse período, recebam orientações para a adequada introdução dos alimentos complementares.

Esquema para introdução dos alimentos complementares

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

Faixa etária	Tipo de alimento
Até o 6º mês	Leite materno
6º ao 7º mês	Leite materno, papa de fruta, papa salgada, ovo, carne
7º ao 8º mês	Leite materno, segunda papa salgada
9º ao 11º mês	Leite materno, gradativamente passar para alimentação da família
12º mês	Leite materno, comida da família

A introdução correta dos alimentos é muito importante para a formação dos hábitos alimentares saudáveis, pois é nesse momento que a criança passa a conhecer a infinidade de sabores que a acompanharão pelo resto de sua vida.

A alimentação complementar, como o próprio nome diz, é para complementar o leite materno e não para substituí-lo e deve ser iniciada a partir do 6º mês, porque a partir dessa idade a criança já está pronta para receber novos alimentos. A partir de agora o leite materno já não atende mais às necessidades da criança, podendo levar a uma desaceleração do seu crescimento e a um aumento do risco dela ficar desnutrida e apresentar falta de alguns micronutrientes essenciais para a sua saúde, como o ferro, a vitamina A e o zinco, entre outros. Crianças em aleitamento artificial devem receber novos alimentos a partir do 4º mês de vida, de acordo com orientação do médico ou do nutricionista.

No início a quantidade de alimentos que a criança ingere é pequena e a mãe pode oferecer o peito logo após as refeições. Há crianças que se adapta facilmente a essa nova etapa e aceitam bem os novos alimentos. Outras precisam de mais tempo, o que não deve ser motivo de ansiedade e angústia para as mães. É normal que a criança rejeite as primeiras ofertas dos alimentos, pois tudo é novo: a colher, as formas dos alimentos e os sabores.

A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

Esquema alimentar para crianças menores de dois anos que estão em aleitamento materno

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

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

7. Referências bibliográficas sugeridas

1. Violência na Infância e Adolescência. Rede de Proteção a Criança e ao Adolescente em situação de risco para violência. Volume I. Manual de atendimento. Curitiba 2002.
 2. Rede de Proteção a Criança e ao Adolescente em situação de risco para violência. Volume I. Manual de atendimento. Curitiba 2002.
 3. Anatomia do RN e da Criança: Características gerais. Ensaio e Ciências: C. Biológicas agrárias e da saúde. Vol. XII, Nº 1. 2008.
 4. Bretãs, José Roberto da Silva. VULNERABILIDADE E ADOLESCÊNCIA. Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica, v 10, nº 2, p 89-96. São Paulo, dezembro 2010.
 5. Sapienza, Graziela. Pedromônico, Márcia Regina Marcondes. RISCO, PROTEÇÃO E RESILIÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2005.
-

2. Referências bibliográficas do manual

1. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado; Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária: Módulo I: Puericultura - Fortaleza: SESA, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Brasília, 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília, 2009.
4. Informe técnico: Doença Diarréica por Rotavírus: Vigilância Epidemiológica e Prevenção pela Vacina Oral de Rotavírus Humano – VORH. Brasília, 01 de março de 2006.
5. Informe Técnico Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde Coordenação do Programa De Imunizações – Implantação das Vacinas Pentavalente e Polio Inativada (VIP). Agosto/2012.
6. Informe Técnico: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações: INFORME TÉCNICO DA INTRODUÇÃO DA VACINA INATIVADA POLIOMIELITE (VIP). Brasília, maio 2012.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações: INFORME TÉCNICO DA INTRODUÇÃO DA VACINA PENTAVALENTE.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

8. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações: PROPOSTA PARA INTRODUÇÃO DA VACINA PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE (CONJUGADA) NO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA. Março 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
10. Assis, Simone Gonçalves de. Joviana Quintes Avanci; Renata Pires Pesce; Kathie Njaine. Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/ CNPq, 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação / série manuais nº 76. Julho 2007.
13. Beck, Diana. Ganges, Frances. Goldman, Susan. Long, Phyllis. Cuidados ao Recém-nascido: Manual de consulta. Save the Children Federation, 2004.

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO

www.savethechildren.org and.

www.healthynewborns.com.[http://brasil.babycenter.com/baby/saude/hipoglicem](http://brasil.babycenter.com/baby/saude/hipoglicemia)

ia no bebê.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação /série manuais nº 76. Julho 2007.

Hino Nacional

Ouviram do Ipiranga as margens plácidas
De um povo heróico o brado retumbante,
E o sol da liberdade, em raios fúlgidos,
Brilhou no céu da pátria nesse instante.

Se o penhor dessa igualdade
Conseguimos conquistar com braço forte,
Em teu seio, ó liberdade,
Desafia o nosso peito a própria morte!

Ó Pátria amada,
Idolatrada,
Salve! Salve!

Brasil, um sonho intenso, um raio vívido
De amor e de esperança à terra desce,
Se em teu formoso céu, risonho e límpido,
A imagem do Cruzeiro resplandece.

Gigante pela própria natureza,
És belo, és forte, impávido colosso,
E o teu futuro espelha essa grandeza.

Terra adorada,
Entre outras mil,
És tu, Brasil,
Ó Pátria amada!
Dos filhos deste solo és mãe gentil,
Pátria amada, Brasil!

Deitado eternamente em berço esplêndido,
Ao som do mar e à luz do céu profundo,
Fulguras, ó Brasil, florão da América,
Iluminado ao sol do Novo Mundo!

Do que a terra, mais garrida,
Teus risonhos, lindos campos têm mais flores;
"Nossos bosques têm mais vida",
"Nossa vida" no teu seio "mais amores."

Ó Pátria amada,
Idolatrada,
Salve! Salve!

Brasil, de amor eterno seja símbolo
O lábaro que ostentas estrelado,
E diga o verde-louro dessa flâmula
- "Paz no futuro e glória no passado."

Mas, se ergues da justiça a clava forte,
Verás que um filho teu não foge à luta,
Nem teme, quem te adora, a própria morte.

Terra adorada,
Entre outras mil,
És tu, Brasil,
Ó Pátria amada!
Dos filhos deste solo és mãe gentil,
Pátria amada, Brasil!

Hino do Estado do Ceará

Poesia de Thomaz Lopes
Música de Alberto Nepomuceno
Terra do sol, do amor, terra da luz!
Soa o clarim que tua glória conta!
Terra, o teu nome a fama aos céus remonta
Em clarão que seduz!
Nome que brilha esplêndido luzeiro
Nos fulvos braços de ouro do cruzeiro!

Mudem-se em flor as pedras dos caminhos!
Chuvas de prata rolem das estrelas...
E despertando, deslumbrada, ao vê-las
Ressoa a voz dos ninhos...
Há de florar nas rosas e nos cravos
Rubros o sangue ardente dos escravos.
Seja teu verbo a voz do coração,
Verbo de paz e amor do Sul ao Norte!
Ruja teu peito em luta contra a morte,
Acordando a amplidão.
Peito que deu alívio a quem sofria
E foi o sol iluminando o dia!

Tua jangada afoita enfune o pano!
Vento feliz conduza a vela ousada!
Que importa que no seu barco seja um nada
Na vastidão do oceano,
Se à proa vão heróis e marinheiros
E vão no peito corações guerreiros?

Se, nós te amamos, em aventuras e mágoas!
Porque esse chão que embebe a água dos rios
Há de florar em meses, nos estios
E bosques, pelas águas!
Selvas e rios, serras e florestas
Brotem no solo em rumorosas festas!
Abra-se ao vento o teu pendão natal
Sobre as revoltas águas dos teus mares!
E desfraldado diga aos céus e aos mares
A vitória imortal!
Que foi de sangue, em guerras leais e francas,
E foi na paz da cor das hóstias brancas!



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Educação