



PREFEITURA DE
LONDRINA

Secretaria Municipal de
Saúde

LINHA GUIA SAÚDE DA CRIANÇA

**Caderno de Puericultura
Multiprofissional Compartilhada**

**1ª edição
LONDRINA**

2024



**PREFEITURA DE
LONDRINA**

Secretaria Municipal de
Saúde

MARCELO BELINATI MARTINS

PREFEITO

CARLOS FELIPPE MARCONDES MACHADO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ROSILENE APARECIDA MACHADO

DIRETORA GERAL

VALÉRIA CRISTINA A. AZEVEDO BARBOSA

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

VÂNIA CRISTINA DA SILVA ALCANTARA

GERENTE DE PROGRAMAS ESPECIAIS

GABRIELA RAMOS FERREIRA CURAN

COORDENADORA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO

FLAVIA GUILHERME GONÇALVES ZIEGLER

COORDENADORA DAS EQUIPES E-MULTI

Contato - Secretaria Municipal de Saúde

Av. Theodoro Victorelli, 103 – CEP 86.027-750 | Telefone: (43) 3372-9825

e-mail: das@saude.londrina.pr.gov.br

Elaboração:

Amanda Ciappina

Fabíola Marcela Mantine

Natalia Fabiane Ridão Curty

Natália Serra Lovato

Rafaela Fernanda Andrade Weidmann

Simone Bortolan Moreira

Vanessa Cristina Alves Pelaquim Nunes

Revisão:

Flavia Guilherme Gonçalves Ziegler

Gabriela Ramos Ferreira Curan

Natalia Fabiane Ridão Curty



SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 1 |
| 1. PUERICULTURA E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL..... | 2 |
| 1.1 Abordagem em grupo..... | 2 |
| 1.1.1 Grupo de puericultura..... | 3 |
| 1.2 Realizando um grupo de puericultura..... | 5 |
| 1.2.1 Objetivos..... | 5 |
| 1.2.2 Atuação dos profissionais nas puericulturas compartilhadas..... | 5 |
| 1.2.3 Organização prévia ao grupo..... | 6 |
| 1.2.4 Local..... | 6 |
| 1.2.5 Duração das consultas de puericultura compartilhadas em grupo..... | 6 |
| 1.2.6 Materiais necessários..... | 6 |
| 1.3 Roteiro das consultas de puericultura compartilhadas em grupo..... | 6 |
| 2. REGISTRO DA ATIVIDADE COLETIVA NO PEC..... | 8 |
| 3. PUERICULTURA COM O(A) FARMACÊUTICO(A)..... | 11 |
| 3.1 Objetivos..... | 11 |
| 3.2 Temas..... | 11 |
| 3.3 Profissionais e atribuições..... | 11 |
| 3.4 Materiais necessários..... | 11 |
| 3.5 Roteiro do grupo com o(a) farmacêutico(a)..... | 12 |
| 3.6 Fundamentação teórica..... | 12 |
| 3.6.1 Armazenamento e prazo de validade dos medicamentos..... | 12 |
| 3.6.2 Administração de medicamentos..... | 14 |
| 3.6.3 Medicamentos na amamentação..... | 15 |
| 3.6.4 Uso de drogas de abuso pela nutriz..... | 18 |
| 3.6.5 Tabagismo e amamentação..... | 18 |
| 3.6.6 Medicamentos antitérmicos..... | 19 |
| 3.6.7 Lavagem nasal..... | 20 |
| 3.6.8 Fitoterapia..... | 28 |
| 3.6.9 Cuidados com a pele do bebê..... | 29 |
| 3.6.10 Fotoproteção..... | 31 |
| 3.6.11 Repelentes..... | 34 |

| | |
|---|-----------|
| REFERÊNCIAS - Puericultura com o(a) farmacêutico(a) | 39 |
| 4. PUERICULTURA COM O(A) NUTRICIONISTA..... | 41 |
| 4.1 Objetivos..... | 41 |
| 4.2 Temas..... | 41 |
| 4.3 Profissionais e atribuições..... | 41 |
| 4.4 Materiais necessários..... | 41 |
| 4.5 Roteiro do grupo com o(a) nutricionista..... | 41 |
| 4.6 Fundamentação teórica..... | 46 |
| 4.6.1 <i>Introdução alimentar</i> | 46 |
| 4.6.2 <i>Oferta de leite após a introdução alimentar</i> | 53 |
| REFERÊNCIAS – Puericultura com o(a) nutricionista..... | 56 |
| 5. PUERICULTURA COM A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL..... | 58 |
| 5.1 Puericultura com a equipe de saúde bucal aos 5 meses | 58 |
| 5.1.1 <i>Objetivos</i> | 58 |
| 5.1.2 <i>Temas</i> | 58 |
| 5.1.3 <i>Profissionais e atribuições</i> | 58 |
| 5.1.4 <i>Materiais necessários</i> | 58 |
| 5.1.5 <i>Roteiro do grupo com a equipe de saúde bucal</i> | 59 |
| 5.1.6 <i>Exame clínico</i> | 59 |
| 5.2 Puericultura com a equipe de saúde bucal aos 24 meses..... | 60 |
| 5.2.1 <i>Objetivos</i> | 60 |
| 5.2.2 <i>Temas</i> | 60 |
| 5.2.2 <i>Profissionais e atribuições</i> | 61 |
| 5.2.4 <i>Materiais necessários</i> | 61 |
| 5.2.5 <i>Roteiro do grupo com a equipe de saúde bucal</i> | 61 |
| 5.2.6 <i>Exame clínico</i> | 62 |
| REFERÊNCIAS – Puericultura com a equipe e saúde bucal..... | 62 |
| 6. PUERICULTURA COM O(A) FISIOTERAPEUTA..... | 64 |
| 6.1 Objetivos..... | 64 |
| 6.2 Temas..... | 64 |
| 6.3 Profissionais e atribuições..... | 64 |
| 6.4 Materiais necessários..... | 65 |
| 6.5 Roteiro do grupo com o(a) fisioterapeuta..... | 65 |

| | |
|--|----|
| 6.6 Fundamentação teórica..... | 68 |
| 6.6.1 <i>Desenvolvimento motor</i> | 68 |
| 6.6.2 <i>Prevenção de acidente domésticos</i> | 76 |
| REFERÊNCIAS – Puericultura com o(a) fisioterapeuta..... | 81 |
| 7. PUERICULTURA COM O(A) PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.... | 84 |
| 7.1 Objetivos e temas a serem abordados..... | 84 |
| 7.2 Profissionais e atribuições..... | 84 |
| 7.3 Materiais necessários..... | 84 |
| 7.4 Roteiro do grupo com o(a) profissional de educação física..... | 84 |
| 7.5 Fundamentação teórica..... | 87 |
| REFERÊNCIAS – Puericultura com o(a) profissional de educação física..... | 88 |
| 8. PUERICULTURA COM O(A) PSICÓLOGO(A) | 90 |
| 8.1 Objetivos..... | 90 |
| 8.2 Temas..... | 90 |
| 8.3 Profissionais e atribuições..... | 90 |
| 8.4 Materiais necessários..... | 90 |
| 8.5 Roteiro do grupo com o(a) psicólogo(a) | 90 |
| 8.6 Fundamentação teórica | 91 |
| 8.6.1 <i>Transtorno do Espectro Autista</i> | 92 |
| REFERÊNCIAS – Puericultura com o(a) psicólogo(a) | 95 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Proposta de inserção das categorias profissionais e de formato dos atendimentos no cronograma de puericultura compartilhada.

Figura 1 – CDS e campo “Atividade coletiva” no PEC.

Figura 2 – Adicionando um registro de “Atividade coletiva” no PEC.

Figura 3 – Registrando os participantes e as informações da atividade coletiva no PEC

Figura 4 – Registrando a faixa etária, os temas e as práticas de saúde desenvolvidos

Figura 5 – Concluindo o registro da atividade coletiva no PEC

Figura 6 – Posição correta para gotejamento de medicamentos

Quadro 2 – Recomendações de conservação e validade de medicamentos multidoses após abertura da embalagem original

Quadro 3 – Medicamentos que podem alterar o gosto do leite materno

Quadro 4 – Principais medicamentos classificados como perigosos e contraindicados para nutrízes

Quadro 5 – Medicamentos que podem alterar o volume de leite materno

Quadro 6 – Tempo de interrupção da amamentação após o uso de drogas de abuso pela nutriz

Figura 7 – Bula profissional Farmace, Dipirona Monoidratada

Figura 8 – Passo a passo da lavagem nasal

Figura 9 – Aspirador nasal infantil e QR Code para vídeo demonstrativo de lavagem nasal com jato contínuo em bebês.

Figura 10 – QR Code para vídeo demonstrativo de lavagem nasal com garrafa em crianças acima de 6 anos.

Quadro 7 – Exemplos de produtos de uso tópico e os riscos relacionados à toxicidade por absorção percutânea

Quadro 8 – Informações sobre repelentes disponíveis comercialmente no Brasil

Figura 11 – Exemplo de alimentação de uma criança aos 6 meses

Figura 12 – Exemplo de alimentação de uma criança entre 7 e 8 meses

Figura 13 – Exemplo de alimentação de uma criança entre 9 e 11 meses

Figura 14 – Exemplo de evolução da consistência e da quantidade dos alimentos ofertados à criança.

Figura 15 – Exemplos de evolução da consistência de diferentes alimentos ofertados à criança.

Figura 16 – Folder A: Introdução alimentar

Quadro 9 – Alimentos que podem ser incluídos na introdução alimentar

Quadro 10 – Alimentação para crianças em aleitamento materno

Quadro 11 – Alimentação para crianças em uso de fórmula infantil

Quadro 12 – Alimentação para crianças em uso de leite de vaca

Quadro 13 – Sinais de fome e saciedade e consistência dos alimentos em cada fase

Figura 17 – Exame clínico bucal da criança aos 5 meses

Figura 18 – Higiene bucal da criança aos 24 meses

Figura 19 – Folder B: Os riscos do uso do andador

Figura 20 – Formas diversificadas de engatinhar

Figura 21 – Evolução do alinhamento de membros inferiores na infância

Figura 22 – Marcos do desenvolvimento motor da criança no primeiro ano

Figura 23 – Folder C: A atividade física e os bebês de 15 meses

Figura 24 – Folder D: Crianças e eletrônicos: use com moderação

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ACS – Agente comunitário de saúde

BLW – *Baby-Led Weaning* (desmame conduzido pelo bebê) –

eMulti – equipe multiprofissional na APS

DEET – N-dietilo-3, metilo benzamida

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

KBR3023 – Icaridina ou picaridina

EBAAP – *Ethylbutylacetylaminopropionate* ou IR3535

EPA – *Environmental Protection Agency* (Agência de Proteção Ambiental)

EPI – Equipamentos de proteção individual

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FDA – *Food and Drug Administration*

FPS – *Frame per Second* (Quadro por Segundo)

IMC – Índice de massa corporal

LSD – *Lysergic acid diethylamide* (dietilamida do ácido lisérgico)

LSS – Lauril Sulfato de Sódio

LVA – Leitura em voz alta

OLE – Óleo de Lemon Eucalipto

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

pH – Potencial Hidrogeniônico

PMD – Para-mentano-diol

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

TEA – Transtorno do Espectro Autista

UBS – Unidade Básica de Saúde

UV – Ultravioleta

UVA – Ultravioleta A

UVB – Ultravioleta B

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o principal modelo ordenador da promoção da saúde em todos os estágios de desenvolvimento humano. No que tange à assistência à criança e sua família, a importância de suas ações é inquestionável, desde o acolhimento do binômio nos primeiros dias de vida até a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis ao longo da infância.

A junção dos olhares de diferentes categorias profissionais favorece a interdisciplinaridade e qualifica a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a resolubilidade dos problemas de saúde existentes na comunidade assistida, proporcionando uma atenção integral aos indivíduos. Por isso, o cuidado da criança na APS deve ser compartilhado por uma equipe multiprofissional que atue de forma congruente em prol de um atendimento eficaz e humanizado, considerando as particularidades da criança e seu contexto de vida.

Neste sentido, foi proposta a elaboração do *Caderno de Puericultura Multiprofissional Compartilhada*, alinhado à Linha Guia de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina-PR. Esse projeto, que contou com uma equipe multiprofissional, tem o objetivo de nortear as consultas de puericultura compartilhadas pelos profissionais da equipe multiprofissional (eMulti) da APS.

Sabe-se que a qualificação contínua da assistência exige a adoção de educação permanente e continuada, o estabelecimento de fluxos de atendimento para condições específicas, e a gestão dos serviços centrada nas necessidades dos usuários. Espera-se que esse material, que deverá passar por constantes atualizações, seja uma ferramenta útil para apoiar melhorias de saúde das crianças sob nossa responsabilidade.

1. PUERICULTURA E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A puericultura se constitui por um conjunto de ações de saúde exercidas de forma contínua e global na infância, contemplando os eixos de família, comunidade e cultura, visando proporcionar o melhor nível de desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social à criança, além de uma vida mais longa, produtiva e integral.

Na perspectiva da assistência ao cuidado infantil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) fomenta o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde, o cuidador a criança e a família, priorizando o acesso aos serviços de saúde e aos cuidados efetivos e eficazes para a manutenção da saúde.

A organização do processo de trabalho proposta pela ESF aponta para a necessidade de um trabalho em equipe, uma vez que a junção dos olhares de diferentes categorias profissionais favorece a interdisciplinaridade, o que interfere positivamente na resolubilidade dos problemas de saúde existentes na comunidade assistida, além de proporcionar uma atenção integral aos indivíduos.

As eMulti são definidas como equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada à atenção primária de saúde (APS), com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Destaca-se o rol de atividades que podem ser desenvolvidas pelas eMulti como atendimentos individuais, em grupo e domiciliares; atividades coletivas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; promoção de ações de saúde à distância; desenvolvimento de projetos terapêuticos e intervenções no território e práticas intersetoriais. Esse amplo espectro de atividades aponta para uma potencial ampliação da resolubilidade da APS.

Além disso, o cuidado à criança deve extrapolar os serviços saúde, articulando-se com escolas, associações de bairro, igrejas e outros contextos comunitários, tecendo uma rede assistencial potente com as demais políticas públicas no campo da assistência social, educação, justiça, trabalho, entre outras.

1.1 Abordagem em grupo

As puericulturas devem ser centradas nas crianças e em suas necessidades, sendo o profissional de saúde um facilitador do processo que se ajusta às particularidades de cada criança e família assistidas. As abordagens poderão ser individuais ou em grupo, ambas com potenciais distintos a serem explorados. O presente material tem o intuito de abordar as puericulturas desenvolvidas por

profissionais da eMulti em grupos de crianças com seus cuidadores.

Os trabalhos em grupo são potencializadores de fatores de proteção e de formação de redes de apoio. Ao promover atividades coletivas, oferecemos mais oportunidades para diálogo, expressão cultural e social e trocas de experiências, ampliando o aprendizado e diversificando as reflexões que poderão promover mudanças de comportamento favoráveis à melhoria da saúde.

Estabelecer objetivos e um planejamento prévios é essencial tanto nos atendimentos individuais quanto para desenvolver ações coletivas (nesse caso, talvez seja ainda mais). Esses devem levar em consideração o conhecimento das principais situações e problemas, o perfil da população, o território, a cultura, os aspectos sociais, assim como o processo de trabalho e a realidade de cada Unidade Básica de Saúde (UBS). Ainda assim, o formato inicial das consultas de puericultura deve ser constantemente avaliado e (re)ajustado, considerando as mudanças na configuração dos grupos e a variação das demandas apresentadas pelo coletivo.

Além disso, o estabelecimento do vínculo é essencial para consolidação do grupo e a participação ativa de todos os membros. O acolhimento intencional e empático de cada profissional da UBS, desde a recepção até o atendimento pós-consulta, favorece essa construção.

1.1.1 Grupo de puericultura

Seguindo o calendário de puericultura do município de Londrina, apresentamos no Quadro 1 algumas sugestões de profissionais a serem os facilitadores em cada faixa etária:

Quadro 1 – Proposta de inserção das categorias profissionais e de formato dos atendimentos no cronograma de puericultura compartilhada

| Idade | Profissionais | Formato do atendimento |
|--------------|--|--|
| 5- 10 dias | Enfermeiro(a) | Individual, na UBS ou em visita domiciliar |
| 20-30 dias | Médico(a) + equipe da saúde bucal | Individual |
| 2 meses | Médico(a) | Individual |
| 3 meses | Farmacêutico (a), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e auxiliar de enfermagem | Grupo |
| 4 meses | Médico(a) | Individual |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5 meses | Nutricionista, equipe da saúde bucal, ACS, auxiliar de enfermagem | Grupo |
| 6 meses | Médico(a) | Individual |
| 8 meses | Fisioterapeuta, ACS, auxiliar de enfermagem | Grupo |
| 10 meses | Médico(a) | Individual |
| 12 meses | Médico(a) + equipe da saúde bucal | Individual |
| 15 meses | Profissional de educação de física, ACS, auxiliar de enfermagem | Grupo |
| 18 meses | Médico(a) | Individual |
| 24 meses | Psicólogo(a), equipe da saúde bucal, ACS, auxiliar de enfermagem | Grupo |

Fonte: Elaboração própria.

Cada grupo de puericultura será constituído por um público relativamente homogêneo, com crianças da mesma faixa etária, favorecendo a identificação de similaridades de queixas, dúvidas, sofrimentos e potencialidades entre os participantes, levando assim a um maior senso de conexão com o grupo.

As disparidades no desenvolvimento de cada criança devem ser acolhidas com sensibilidade e preparo técnico, para que sejam identificadas adequadamente tanto as diferenças individuais quanto as condições que requeiram avaliações mais pormenorizadas, encaminhamentos e intervenções precoces.

A comunicação deve ser voltada tanto aos responsáveis quanto à criança, sendo necessária uma linguagem simples e lúdica. Materiais como tatames, tapetes, almofadas, chocalhos, brinquedos, lápis, giz de cera, papéis, livros, recursos audiovisuais, música, instrumentos musicais, são vantajosos para melhor comunicação com esse público.

A característica mais marcante dos grupos de puericultura é o predomínio de atividades de educação em saúde, no qual o aprendizado é mútuo, e não de via única. Em um segundo momento, devem ocorrer o exame físico, a avaliação antropométrica e as orientações individualizadas. Deve-se atentar para que o encontro não orbite simplesmente em torno de uma palestra ou uma aula. O formato expositivo tradicional pode ser interessante quando aplicado em exposições curtas, intencionais e específicas, desde que permeadas por oportunidades de participação dos membros,

demonstrações práticas e metodologias ativas de educação em saúde.

É importante considerar que as atitudes e a mudança de hábitos em saúde não requerem somente a aquisição de conhecimento, mas ocorrem em um processo que envolve questões sociais, emocionais, familiares e culturais. Desta forma, é fundamental o respeito ao senso comum dos membros, pois os aspectos cognitivos são indissociáveis dos afetivos.

Destacam-se as seguintes vantagens da realização desta atividade:

- Maior gama de questões discutidas
- A oportunidade de os pais ouvirem as preocupações de outros pais e observar o comportamento de outros bebês
- Os profissionais têm um maior tempo de contato com os pais
- Melhor oportunidade para discutir problemas do comportamento
- Menor procura posterior para esclarecimentos de dúvidas
- Aumento de vínculo entre pais/criança e profissional
- Maior autonomia dos pais em relação à saúde de seus filhos
- Interação mais estimulante entre profissionais e famílias.

1.2 Realizando um grupo de puericultura

1.2.1 Objetivos

- Realizar educação em saúde
- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças
- Rastrear sinais de atrasos no desenvolvimento e viabilizar diagnósticos precoces
- Promover a saúde e prevenir doenças na infância
- Esclarecer dúvidas dos participantes
- Avaliar a situação vacinal e oportunizar vacinação
- Gerar registros no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEC) e na carteira de saúde da criança que viabilizem a continuidade do seguimento e das condutas

1.2.2 Atuação dos profissionais nas puericulturas compartilhadas

- ACS: divulgação, organização do grupo, levantamento de demandas da comunidade, buscas ativas, orientações em saúde.
- Técnicos de enfermagem: medidas antropométricas, avaliação da carteira de vacina, estratificação de risco, registros na carteira da criança, orientações em saúde.

- Profissional de nível superior - farmacêuticos, nutricionistas, profissionais de educação física, fisioterapeutas, psicólogos. Supervisão do crescimento e desenvolvimento, classificação de risco, orientações em saúde.

1.2.3 Organização prévia ao grupo

O profissional de nível superior será o responsável por articular junto aos demais profissionais a divulgação dos grupos, o estabelecimento de horários estratégicos, a faixa etária de cada grupo e o número de vagas. A equipe deverá definir previamente se fornecerão declarações de comparecimento/atestados, e a maneira como serão entregues. Recomenda-se a utilização de planilhas organizadoras, preferencialmente digitais, para o controle das frequências e das buscas ativas, assim como para facilitar os registros de informações de interesse para a gestão do cuidado.

1.2.4 Local

Cada UBS deve definir um local para a realização das puericulturas compartilhadas, de acordo com a sua realidade e a realidade da comunidade na qual está inserida. Podem ser utilizados espaços da própria UBS, salões de condomínios locais, escolas, quadras, espaços de igrejas ou quaisquer outros espaços acessíveis para os profissionais e as famílias. É importante avaliar a presença de banheiros e locais nos quais se possa trocar as crianças caso necessário e condições confortáveis para a amamentação. Organizar as cadeiras em forma de semicírculo, prevendo o número de lugares aproximado a serem ocupados (evitar deixar cadeiras excedentes).

1.2.5 Duração das consultas de puericultura compartilhadas em grupo

O atendimento ao grupo não deve levar mais do que 2 horas, para evitar prejuízos na rotina das famílias e baixas adesões nos encontros posteriores.

1.2.6 Materiais necessários

Balança, régua antropométrica, fita métrica, planilhas de registro e computador são os itens indispensáveis. Recursos audiovisuais, material de papelaria, brinquedos, tatames, brinquedos, caixa de som entre outros são itens de baixo custo e que qualificam muito a experiência de todos os envolvidos.

1.3 Roteiro das consultas de puericultura compartilhadas em grupo

- **Acolhimento das famílias:** As famílias devem ser acolhidas, ou seja, não se deve restringir a presença do pai ou dos avós, figuras de grande contribuição potencial na rede de apoio. É importante registrar lista de presença e avaliar a necessidade de emissão de declarações/atestados de

comparecimento para mães ou outros familiares. Nesse momento, avaliar a presença de alguma condição de saúde que impeça a participação da criança no grupo como, por exemplo, presença de vômitos importantes, desconforto respiratórios ou gemência, o que indicaria o encaminhado para avaliação de urgência.

- **Educação em saúde:** O tema elencado para o encontro deve ser abordado de forma objetiva, por meio de linguagem acessível e com clareza, assegurando sempre espaço para discussão do assunto. Podem ser empregadas dinâmicas em grupo envolvendo o tema abordado.
- **Trocas de experiências/ dúvidas:** Importante realizar uma roda de conversa favorecendo a expressão de dúvidas, a troca de experiências, dificuldades encontradas e elencando sugestões para superação das mesmas. Nesse momento é interessante que os profissionais observem dúvidas frequentes que talvez possam ser novamente em outros momentos para um maior aprofundamento.
- **Avaliação antropométrica:** Medidas de perímetro cefálico, peso, estatura e índice de massa corporal (IMC). É importante o preenchimento e a avaliação das curvas de crescimento e o registro nas carteirinhas.
- **Avaliação da carteira de vacina:** Avaliar se as crianças apresentam vacinas em atraso em casos positivos, encaminhar no mesmo momento à sala de vacinas.
- **Estratificação de risco:** Realizar a estratificação conforme preconizado pela Rede Materno Infantil em *risco habitual*, *intermediário* ou *alto risco*. Os critérios para a estratificação de risco completa se encontram na Linha Guia de Saúde da Criança de 2023.
- **Agendamento da próxima consulta:** Todas as crianças devem sair com as próximas consultas agendadas.
- **Busca ativas dos faltantes:** Realizar busca das crianças faltantes por telefone ou por meio de visitas domiciliares.

2. REGISTRO DA ATIVIDADE COLETIVA NO PEC

As atividades em grupo devem ser registradas no prontuário eletrônico do cidadão (PEC), conforme exemplificado na sequência:

1) Na barra lateral do PEC acesse CDS – campo “Atividade coletiva”

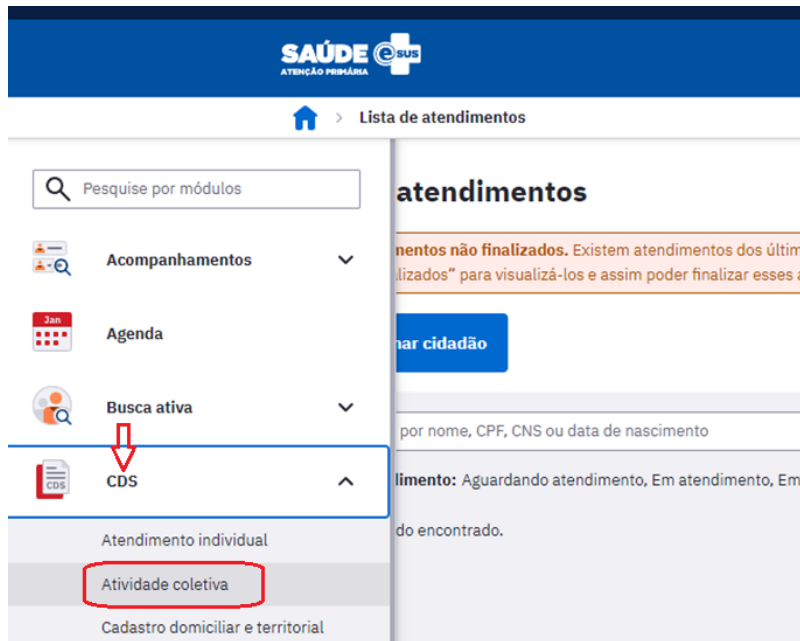


Figura 1 – CDS e campo “Atividade coletiva” no PEC

2) Clique em ADICIONAR

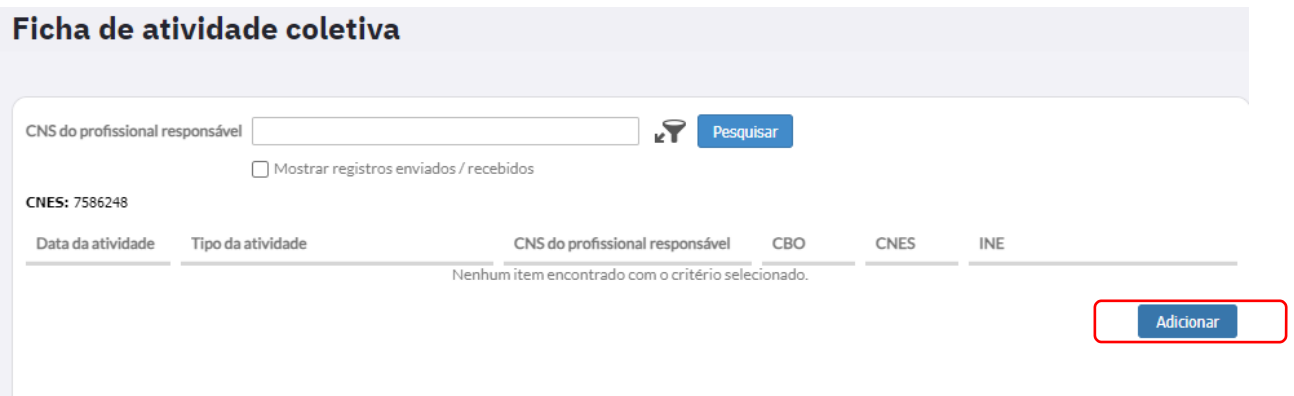


Figura 2 – Adicionando um registro de “Atividade coletiva” no PEC

3) Digite o CNES do profissional responsável e de todos os profissionais participantes, preencha os campos requisitados e clique em CONFIRMAR.

The screenshot shows a web form for registering participants and activity information. At the top right, it says 'Compatível com a FAC / e-SUS APS v.3.2.0'. The form includes several sections:

- Professional Information:** Fields for 'CNS do profissional responsável', 'CBO', 'CNES' (highlighted with a red box), 'INE', and 'Data'.
- Turno (Shift):** Radio buttons for 'Manhã', 'Tarde', and 'Noite'.
- Programa saúde na escola:** Checkboxes for 'Educação' and 'Saúde'.
- Local de atividade:** Fields for 'Nº INEP (Escola / Creche)', 'CNS', and 'Outra localidade'.
- Profissionais participantes:** A section with a 'Confirmar' button (indicated by a red arrow) and a list area currently showing 'Nenhum item encontrado'.
- Statistics:** Fields for 'Nº de participantes' and 'Nº de avaliações alteradas'.

Figura 3 – Registrando os participantes e as informações da atividade coletiva no PEC

4) Para o registro das ações educativas e orientativas da puericultura compartilhada, selecione o item 05 - *Atendimento em grupo* no campo “Atividades”. Assinale a faixa etária, os temas e as práticas em saúde desenvolvidos.

This screenshot shows the selection options for the activity registration. It includes several sections:

- Atividade:** Radio buttons for various activity types, with '05 - Atendimento em grupo' selected.
- Temas para reunião:** A list of meeting topics with checkboxes.
- Público alvo (Public Target):** A list of target groups with checkboxes, where '02 - Criança 0 a 3 anos' is selected.
- Temas para saúde (Health Themes):** A list of health topics with checkboxes, including '03 - Alimentação saudável', '09 - Prevenção da violência...', '11 - Saúde bucal', '13 - Saúde mental', and '16 - Outros'.
- Práticas em saúde (Health Practices):** A list of health practices with checkboxes, including '01 - Antropometria', '03 - Desenvolvimento da linguagem', '05 - Práticas corporais e atividade física', and '12 - Verificação da situação vacinal'.
- Participantes (Participants):** Fields for 'CPF / CNS do cidadão', 'Data de nascimento', 'Sexo' (Feminino/Masculino), 'Avaliação alterada', 'Peso (kg)', and 'Altura (cm)'. There are also checkboxes for 'Programa Nacional de Controle do Tabagismo'.

Figura 4 – Registrando a faixa etária, os temas e as práticas de saúde desenvolvidos

5) Adicione os participantes com seus respectivos pesos e alturas, sinalize os casos de alteração da avaliação, e clique em CONFIRMAR, e depois de adicionar todos os nomes das crianças, SALVAR.

- Participantes *

CPF / CNS do cidadão * Data de nascimento * Sexo * **Avaliação alterada** Peso (kg) Altura (cm) Programa Nacional de Controle do Tabagismo
Cessou o hábito de fumar Abandonou o grupo

 Feminino Masculino

| CPF / CNS do cidadão | Data de nascimento | Sexo | Avaliação alterada | Peso (kg) | Altura (cm) | Cessou hábito | Abandonou o grupo |
|-------------------------|--------------------|------|--------------------|-----------|-------------|---------------|-------------------|
| Nenhum item encontrado. | | | | | | | |

Figura 5 – Concluindo o registro da atividade coletiva no PEC

3. PUERICULTURA COM O(A) FARMACÊUTICO(A)

Conforme apresentado no Quadro 1, propõe-se que a puericultura com o(a) farmacêutico(a) seja realizada com 3 meses.

3.1 Objetivos

- Prover informações sobre adequado e seguro de medicamentos;
- Orientar sobre os possíveis riscos relacionados ao uso de medicamentos;
- Orientar sobre a execução de cuidados junto à criança, especialmente cuidados com a pele.

3.2 Temas

Os temas a serem abordados com o grupo nessa ocasião são os seguintes:

- Armazenamento e prazo de validade dos medicamentos.
- Administração de medicamentos
- Medicamentos na amamentação
- Medicação antitérmica/ lavagem nasal
- Intoxicação e efeitos colaterais de medicamentos
- Fitoterapia
- Cuidados da pele do bebê, incluindo região das fraldas
- Repelente/ protetor solar.

3.3 Profissionais e atribuições

- Farmacêutico: Orientação sobre armazenamento, administração e riscos relacionados aos medicamentos; orientação sobre procedimentos de cuidados; avaliação e interpretação das curvas de peso e de crescimento e identificação de possível alteração na classificação de risco.
- Auxiliar de enfermagem: Realização das medidas antropométricas, verificação das carteiras de vacina, orientações em saúde, aprazamento da próxima puericultura
- ACS: Auxiliar e organizar a roda de conversa para as orientações, buscas ativas, orientações em saúde.

3.4 Materiais necessários

- Folder padronizado de informações para entregar aos participantes, em anexo (optativo, conforme disponibilidade do recurso)
- Seringas e solução fisiológica (para dispensar aos participantes)
- Computador, materiais de escritório, balança, fita métrica, antropômetro.

3.5 Roteiro do grupo

1. Acolher os participantes dispondo cadeiras em formato de roda;
2. Apresentar os objetivos e os temas ao grupo;
3. Estimular os participantes compartilharem informações fazendo questionamentos que suscitem a problematização e a reflexão por parte do grupo.

A seguir, algumas sugestões de questões disparadoras:

- *Quem sabe como proceder quando um medicamento é aberto e não é completamente consumido? É possível usar até acabar? Por quanto tempo?*
- *Pode-se ofertar chá ao bebê?*
- *O que vocês fazem para prevenção de assaduras? Pode ser utilizada pomada com nistatina?*
- *As mães estão usando algum medicamento durante a amamentação? Se sim, quando tempo próximo das mamadas?*

4. Trocas de experiências/ dúvidas;
5. Orientações conforme a fundamentação teórica, explorando o folder;
5. Avaliação antropométrica
6. Avaliação da carteira de vacina
7. Estratificação de risco
8. Agendamento da próxima consulta
9. Busca ativas dos faltantes.

3.6 Fundamentação teórica

3.6.1 Armazenamento e prazo de validade dos medicamentos

A fim de garantir a eficácia e qualidade dos medicamentos armazenados em casa, alguns cuidados devem ser tomados:

- Ao receber o medicamento na farmácia, confira se é de fato o que foi prescrito na receita e observe a validade do medicamento na embalagem;
- Verificar sempre o prazo de validade antes de utilizar o medicamento, principalmente se já estiver com ele em casa;
- Manter os medicamentos em suas embalagens originais para garantir a estabilidade do produto e sua qualidade;
- Conservar em local adequado, conforme descrito na embalagem ou bula – *ex.: à temperatura ambiente, sob refrigeração, longe de fonte de calor, ao*

abrigo da luz e umidade etc.;

- Atentar-se para alguns medicamentos que necessitam ser reconstituídos no momento da administração, sendo que após a mistura do liofilizado com água incorre um novo prazo de validade estipulado na bula e/ou embalagem, além de local de armazenamento específico para a nova apresentação - ex.: *Cefalexina 250 mg/mL, 5mL da UNIÃO QUÍMICA, após preparo, manter em geladeira (entre 2° e 8°C) por até 7 dias.*
- Utilizar sempre água filtrada ou fervida (fria) para a reconstituição dos medicamentos (nunca usar água quente no medicamento);
- Não amassar ou cortar as cartelas dos medicamentos para não perder suas informações ou mesmo dificultar sua identificação;
- Não reutilizar frascos ou recipientes vazios de medicamentos para outros fins e nem utilizar outros recipientes para guardar medicamentos;
- Não usar medicamentos com embalagens estragadas, sem rótulo ou bula e se não houver certeza que se trate do medicamento em questão;

Assim como alimentos, os medicamentos após abertos não têm mais o mesmo prazo de validade informado pela indústria na embalagem. Neste sentido, o Quadro 2 apresenta as recomendações gerais de validade para os medicamentos após abertura.

Quadro 2 – Recomendações de conservação e validade de medicamentos multidoses após abertura da embalagem original

| Tipo de medicamento | Validade após abertura* |
|--|---|
| Cremes / pomadas industrializadas | 30 dias |
| Cremes / pomadas manipuladas | Validade estipulada pelo fabricante |
| Colírios | 28 dias |
| Soluções orais/ gotas industrializadas | 25% do tempo restante entre a data de abertura e o prazo de validade, máximo de 6 meses |
| Suspensões orais extemporâneas (pó) | Após a reconstituição, conforme recomendação do fabricante |
| Pomadas oftálmicas | 28 dias |
| Solução Fisiológica 0,9% (para curativos, lavagem nasal, uso em domicílio) | 28 dias, não precisa ser refrigerado |

*As recomendações podem ser alteradas de acordo com o fabricante.

Fonte: Adaptado de: Boletim ISGH, 2016; Conselho Federal de Farmácia, 2005; Silva et al., 2007; Ratti et al., 2011.

3.6.2 Administração de medicamentos

Alguns cuidados devem ser tomados na administração de medicamentos:

- Siga corretamente as instruções de administração dos medicamentos orientadas pelos profissionais de saúde;
- Nunca dê medicamentos ao bebê indicados por terceiros, o seu bebê pode ser intolerante ou alérgico ao produto e apresentar efeitos colaterais;
- Nunca medique seu bebê no escuro ou na penumbra;
- Nunca altere a dose prescrita;
- Sempre confira o medicamento no momento da administração, pois pode haver embalagens parecidas que favoreçam confusão e trocas;
- No caso de medicamentos líquidos em frascos gotejadores, sempre goteje com o frasco completamente na vertical, nunca inclinado, pois muda o volume da gota e conseqüentemente a dose.

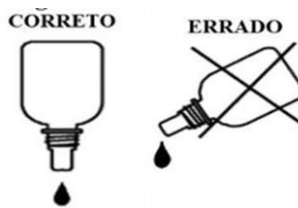


Figura 6 – Posição correta para gotejamento de medicamentos. Fonte: Adaptada de Bula profissional *Farmace*, Dipirona Monoidratada.

- Não goteje o medicamento diretamente na boca do bebê a menos que seja essa a indicação na embalagem. Pingue as gotas da dose do medicamento em uma colher, acrescente algumas gotas de água e administre ao bebê, se preferir também pode utilizar uma seringa e aspirar o líquido da colher e injetar no canto da boca do bebê;
- Posicione o bebê em um ângulo de 45 graus para administrar os medicamentos;
- Sempre utilize o medidor que acompanha o medicamento. Na ausência de medidores, utilizar seringas para dosar, pois utensílios de cozinha (colheres) não são padronizadas e variam de volume;
- Evite medicar a criança com vários remédios de uma vez, pois em caso de vômitos, todas as medicações administradas serão perdidas;
- Administre a medicação antes das refeições, para evitar que a criança já esteja com o estômago cheio.

ATENÇÃO

Em caso de vômitos:

- Se o bebê vomitou menos de 30 minutos depois do medicamento, pode-se repetir a dosagem, aguardando, contudo, a melhora da náusea;
- Se o bebê vomitou mais de 30 minutos depois, é melhor não repetir a medicação, pois o organismo já iniciou sua absorção.

3.6.3 Medicamentos na amamentação

Durante a amamentação, o uso de alguns medicamentos pela nutriz pode alterar o sabor do leite materno ou até mesmo causar efeitos colaterais ou adversos ao bebê.

Medicamentos que podem alterar o gosto do leite materno

Tal situação raramente ocasiona o desmame, mas pode prejudicar a amamentação. Orientar a mãe a preferencialmente amamentar e em seguida tomar o medicamento, além de evitar amamentação no pico da concentração do medicamento no leite, que frequentemente coincide com o pico sérico - geralmente 1 hora após ingestão.

Quadro 3 – Medicamentos que podem alterar o gosto do leite materno

| Classe farmacológica | Medicamentos |
|---|---|
| Anti-hipertensivos, diuréticos, e medicamentos que atuam no coração | Anlodipino, Captopril, Flecainide, Diltiazem, Hidroclorotiazida, Enalapril, Labetolol, Mexiletina, Procainamida, Propafenona, Propranolol |
| Antimicrobianos | Azitromicina, Ciprofloxacino, Claritromicina, Clindamicina, Cloranfenicol, Doxiciclina, Enoxacina, Eritromicina, Penicilinas, Metronidazol, Sulfametoxazol + Trimetoprim, Tinidazol |
| Antivirais | Aciclovir, Didanosina, Estavudina, Indinavir, Lamivudina, Efavirenz, Ritonavir, Saquinavir, Valaciclovir, Zidovudina |
| Antidepressivos | Clomipramina, Desipramina, Doxepina, Imipramina |
| Antihistamínico | Azelastina, Cetirizina, Emedastina |
| Antitussígeno | Dextrometorfano |
| Antiulceroso | Famotidina |
| Anti-inflamatórios | Prednisolona |
| Supressor de apetite | Fentermina, Dietilpropiona |
| Antiasmático | Nedocromil |
| Outros | Óleo de fígado de bacalhau, Cloreto de potássio, Iodeto de potássio, Dissulfiram, Donepezil |

Fonte: Adaptado de: SBP. Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação, 24, 2017.

Medicamentos contraindicados no aleitamento materno

Baseada em estudos com nutrízes, a publicação “*Medications and Mother’s Milk*”, de Hale e Rowe (2017) estabelece que alguns medicamentos são classificados como perigosos, e demonstraram risco significativo e documentado de prejuízo para os lactentes. O Quadro 4 sumariza esses medicamentos, de acordo com as classes farmacológicas.

Quadro 4 – Principais medicamentos classificados como perigosos e contraindicados para nutrízes

| Classes farmacológicas | Medicamentos perigosos |
|-------------------------------------|--|
| Antidepressivos | Doxepina |
| Hipnóticos e Ansiolíticos | Ácido Gama Aminobutírico |
| Antivirais | Abacavir, Delavirdina, Didadonisa, Efavirenz, Emtricitabina, Etravirena, Foscarnet, Indinavir, Lopinavir, Nevirapina, Raltegravir, Ritonavir, Saquinavir, Estavudina, Zidovudina |
| Antiarrítmicos | Amiodarona |
| Hormônios e antagonistas hormonais | Etinilestradiol, Estradiol, Mestranol, Danazol, dietilestilbestrol, leuprolide, tamoxifeno, cabergolina, Lisurida, Ciproterona, Bromocriptina, Clomifeno, Alfalutropina |
| Imunossupressores e antineoplásicos | Aminopterin, Anastrozol, Asparaginase, Busulfan, Capecitabina, Carboplastina, Carmustina, Clorambucil, Cisplatina, Cladribina, Ciclofosfamida, Citarabina, Dacarbazina, Cactinomocina, Daunorubicina, Docetaxel, Doxorubicina, Epirubicina, Erlotinib, Etoposida, Everolimus, Exemestane, Mefalan, Mitomicina Oxalipatina, Paclitaxel, Pazopanib, Pentostatin, Temozolomida, Vimblastina, Vincristina\ Vinorelbina |
| Ervas | Borage, chá de kombucha, cohosh azul, confrei, kava-kava |
| Anticoagulante | Fenindiona |
| Antiacneicos | Isotretinoína (oral), Etretinato |
| Drogas ilícitas | Cocaína, Crack, Maconha, Haxixe, Heroína, LSD, Metanfetamina |

Fonte: Adaptado de: Hale e Rowe (2017) APUD SBP. Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação, n 4, 2017.

Além disso, o site www.e-lactancia.org é uma ferramenta útil e segura para consulta de medicamentos na amamentação. Insere-se o nome do medicamento e o site fornece informações sobre possíveis riscos no contexto do aleitamento materno, conforme a figura a seguir.

Medicamentos que podem alterar o volume do leite materno

Diversos fatores, como a saúde da mãe e do bebê, a capacidade do bebê sugar, a pega adequada e a frequência das mamadas, podem afetar a produção do leite materno. Antes de usar um galactagogo, é recomendável fazer tudo que for possível para identificar e corrigir as causas da baixa produção de leite.

Denomina-se “galactagogo” a substância ou fármaco que possui efeito potencial de aumentar o volume de leite pela nutriz. É importante ressaltar que, de acordo com uma revisão Cochrane que incluiu 41 ensaios clínicos randomizados envolvendo 3005 mães conclui que existe pouca evidência de que os galactagogos farmacológicos ou naturais aumentem o volume de leite e o peso dos bebês. Entretanto, por diversos deles serem comuns na cultura popular, é interessante que os profissionais que atendem nutrizes e lactentes conheçam os galactagogos mais citados, aqui descritos no Quadro 5.

Quadro 5 – Medicamentos que podem alterar o volume de leite materno

| Efeito potencial sobre o volume de leite | Fármacos | Observações |
|--|---|--|
| Aumento | Domperidona, metoclopramida, sulpiride, clorpromazina, hormônio de crescimento, hormônio secretor de tireotropina, feno grego, <i>funcho/ erva doce</i> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Domperidona e metoclopramida = evidências científicas inconsistentes Domperidona = FDA proibiu o uso como galactagogo, relacionado a problemas cardiovasculares. No Brasil prescrevem a domperidona <i>off label</i> . Atenção! Esses medicamentos podem causar efeitos extrapiramidais nos lactentes |
| Redução | Estrógenos, bromocriptina, cabergolina, ergotamina, ergometrina, lisurida, levodopa, pseudoefedrina, álcool, nicotina, brupropiona, diuréticos, testosterona. | |

Fonte: Adaptado de SBP, *Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação*, n 4, 2017.

Não se esqueça: O estímulo mecânico do complexo aréolo-mamilar pela sucção do lactente e a extração do leite, manual ou mecânica, são os estímulos mais

importantes à indução e manutenção da lactação.

3.6.4 Uso de drogas de abuso pela nutriz

A SBP orienta que as mulheres devem ser fortemente desencorajadas a utilizarem drogas de abuso durante a gestação, no intuito de reduzir os danos à saúde do seu filho. Tal recomendação deve ser mantida após o nascimento da criança, pois a exposição ao álcool e às drogas psicoativas como cocaína, crack, maconha, anfetaminas, *ectasy*, LSD e heroína podem prejudicar o julgamento da mãe e interferir no cuidado com o seu filho, além do risco de toxicidade para o lactente amamentado.

Mães usuárias regulares de drogas de abuso ilícitas não devem amamentar seus filhos. As usuárias ocasionais devem suspender a amamentação por um período variável após o consumo da droga em questão, conforme o Quadro 6. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também orienta que as mães sejam alertadas para não utilizar essas drogas e para que tenham a oportunidade de amamentar e serem apoiadas durante sua abstinência através da inserção em programas de tratamento de abuso de drogas.

Quadro 6 – Tempo de interrupção da amamentação após o uso de drogas de abuso pela nutriz

| Drogas | Períodos de interrupção da amamentação |
|----------------------|--|
| Álcool (etanol) | 2 horas para cada drink* consumido |
| Anfetamina e ecstasy | 24 a 36 horas |
| Cocaína e crack | 24 horas |
| Fenciclidina | 1 a 2 semanas |
| Heroína e morfina | 24 horas |
| LSD | 48 horas |
| Maconha | 24 horas |

*Um drink corresponde a 340 ml de cerveja, 141,7 ml de vinho, 42,5 ml de bebidas destiladas. Academia Americana de Pediatria considera o álcool compatível com amamentação, mas seu uso deve ser desaconselhado. Fonte: Adaptado de SBP, n 4, 2017.

3.6.5 Tabagismo e amamentação

- Está associado a redução da produção láctea
- Adesivos de nicotina e gomas para abandono do tabagismo podem ser usados na amamentação
- É recomendado que nutrizes tabagistas mantenham a amamentação pois filhos

de mulheres tabagistas amamentados apresentam menor risco de doenças respiratórias do que os que não amamentaram

- Acompanhar rigorosamente o ganho ponderal da criança quando a mãe é tabagista.

3.6.6 Medicamentos antitérmicos

Paracetamol

Apresentação

Exemplo: Marca *Farmace*® = Frasco (gotas), concentração geralmente de 200mg/mL, sendo que cada mL (14 a 16 gotas) contém 200mg de paracetamol, ou seja, 13,3mg/gota.

Dose usual

Para crianças abaixo de 11 kg ou 2 anos, a dose recomendada de paracetamol varia de 10 a 15 mg/kg/dose, com intervalos de 4 a 6 horas entre cada administração. Não exceder 5 administrações (aproximadamente 50-75 mg/kg), em um período de 24 horas.

Criança abaixo de 12 anos: 1 gota/kg até a dosagem máxima de 35 gotas por dose

Ação tóxica

Lesão hepática e renal. Quadro clínico de intoxicação aguda ocorre de 30 minutos a 24 horas, anorexia, vômitos e mal-estar. Dose tóxica: 150 a 200mg/kg

Dipirona

Apresentação

Exemplo: Marca *Farmace*® = Frasco (gotas), concentração geralmente de 500mg/mL, sendo cada mL correspondente a 20 gotas.

ATENÇÃO: menores de 3 meses ou crianças com peso menor que 5 kg não devem usar dipirona.

Dose usual

Dose de 10-25 mg/kg/dose, 1 gota /kg equivale a dose máxima 25mg/kg/dose.

| Peso (média de idade) | Dose | Gotas |
|---------------------------|--------------------|----------------------------|
| 5 a 8 Kg (3 a 11 meses) | Dose única | 2 a 5 gotas |
| | Dose máxima diária | 20 (4 tomadas x 5 gotas) |
| 9 a 15 Kg (1 a 3 anos) | Dose única | 3 a 10 gotas |
| | Dose máxima diária | 40 (4 tomadas x 10 gotas) |
| 16 a 23 Kg (4 a 6 anos) | Dose única | 5 a 15 gotas |
| | Dose máxima diária | 60 (4 tomadas x 15 gotas) |
| 24 a 30 Kg (7 a 9 anos) | Dose única | 8 a 20 gotas |
| | Dose máxima diária | 80 (4 tomadas x 20 gotas) |
| 31 a 45 Kg (10 a 12 anos) | Dose única | 10 a 30 gotas |
| | Dose máxima diária | 120 (4 tomadas x 30 gotas) |
| 46 a 53 Kg (13 a 14 anos) | Dose única | 15 a 35 gotas |
| | Dose máxima diária | 140 (4 tomadas x 35 gotas) |

Figura 7 – Bula profissional Farmace, Dipirona Monoidratada.

Ação tóxica

O quadro clínico de intoxicação aguda é caracterizado por náuseas, vômitos, dor abdominal, e, mais raramente, sintomas do sistema nervoso central (vertigem, sonolência, coma, convulsões) e queda de pressão arterial, algumas vezes progredindo para choque e taquicardia.

Ibuprofeno

ATENÇÃO

O ibuprofeno **não** é medicamento de primeira escolha para tratamento de febre, e deve ser usado somente após 6 meses de idade.

Há riscos de alergias, além de piora do quadro asmático.

Ação tóxica: alteração sensorial, acidose metabólica, insuficiência renal. Quadro clínico de intoxicação aguda inclui náuseas, vômitos e dor abdominal.

3.6.7 Lavagem nasal

Boas condições de limpeza e umidade da cavidade nasal são importantes para a saúde das crianças. A irrigação com solução salina é um dos meios mais antigos conhecidos para alcançar essa condição.

A limpeza nasal é um processo em que se aplica, habitualmente, solução salina na cavidade nasal por meio de diversos métodos. É um hábito saudável que pode ser utilizado em todas as faixas etárias, incluindo recém-nascidos e idosos.

Benefícios da limpeza nasal:

- Umidificação da mucosa.
- Redução do espessamento do muco.
- Remoção de partículas como alérgenos, poluentes e microrganismos, prevenindo infecções respiratórias.

- Facilitação dos batimentos ciliares.
- Melhora na absorção de medicamentos tópicos.
- Remoção de mediadores inflamatórios locais do muco nasal.

De acordo com a Academia Brasileira de Otorrinolaringologia, a Academia Brasileira de Rinologia e a Academia Brasileira de Otorrino Pediátrica, as principais indicações para o emprego da lavagem nasal em bebês de 0 a 6 meses são a presença de rinite do lactente, infecções virais e perinatais e malformações congênitas. Para as crianças de 6 meses a 6 anos são: as principais indicações rinite, rinossinusite aguda (viral ou bacteriana) e adenoidite. Para as crianças acima de 7 anos, inclui-se também a rinossinusite crônica como possível indicação.

Frequência (crianças de até 2 anos): sempre que o bebê apresentar obstrução nasal (avaliado subjetivamente pela presença de ruído). Dar preferência à lavagem antes das mamadas, para auxiliar sincronização da deglutição com a respiração, e antes de dormir. Evitar a aplicação após as mamadas pelo risco de choro e regurgitação.

Frequência (crianças maiores de 2 anos): 2-3 vezes ao dia, podendo ser alterada de acordo com o quadro do paciente.

Opção de soluções

- Soro fisiológico (Cloreto de sódio 0,9%) já preparados: comprados em embalagens que variam de 10mL a 1000mL (lembrar o paciente para seguir as recomendações do fabricante quanto ao local e temperatura de conservação).
- Solução salina por meio de sachês disponíveis no mercado (com ou sem bicarbonato): diluir 1 sachê para o volume pré-determinado (120 ou 240mL) para constituição de soluções isotônicas. Para soluções hipertônicas, utilize 2 ou 3 sachês, a critério médico. Utilize água filtrada ou fervida, ou água mineral para o preparo.
- Soluções hipertônicas são reservadas para situações específicas, como por exemplo, rinossinusites crônicas.
- Solução salina caseira: preparo conforme as instruções a seguir:

Solução salina caseira:

9 gramas de cloreto de sódio (NaCl) em 1 litro de água filtrada e fervida (Solução salina 0,9%), ou frações proporcionais de NaCl em quantidades menores de solvente (ex: NaCl 2,1g em 240mL de água).

ou

Água filtrada e fervida (250mL) + Sal de cozinha ou sal marinho (1 colher de café, rasa, cerca de 1,03g) + Bicarbonato de sódio (1 colher de café, rasa, cerca de 1,59g) (26).

Atenção

Para melhor preservação, é recomendável que se mantenha a solução em geladeira após a preparação, ou abertura do frasco de solução salina.

Deve-se evitar a lavagem nasal com soluções geladas. Utilizar solução salina em temperatura ambiente (25°C) ou levemente aquecida - aquecer em forno micro-ondas, entre 10 a 20 segundos, a depender da potência do aparelho.

Caso haja a necessidade de adição de medicamentos à solução, sempre o faça como última etapa da preparação, após o aquecimento.

Passo a passo da lavagem nasal (Figura 8)

- Para qualquer dispositivo, deve-se inclinar ligeiramente o corpo para frente, para facilitar a saída da solução em direção à pia
- Garanta a vedação completa do dispositivo na narina, mas sem introduzir medialmente em direção ao septo nasal
- Independente do dispositivo, a pressão de introdução da solução deve ser sempre suave.
- Se houver desconforto durante a lavagem nasal, interrompa o procedimento imediatamente e revise a técnica de lavagem.



Figura 1. Incline o corpo levemente para a frente (15°).



Figura 2. Garanta o vedamento completo do dispositivo seringa na narina, mas sem introduzir medialmente em direção ao septo nasal e abra a boca iniciando uma respiração oral.



Figura 3. Garanta o vedamento completo do dispositivo garrafa na narina, mas sem introduzir medialmente em direção ao septo nasal e abra a boca iniciando uma respiração oral.



Figura 4. Garanta o vedamento completo do dispositivo Lota na narina, mas sem introduzir medialmente em direção ao septo nasal e abra a boca iniciando uma respiração oral.

Figura 8 – Passo a passo da lavagem nasal. Fonte: Academia Brasileira de Otorrinolaringologia, Academia Brasileira de Rinologia e Academia Brasileira de Otorrino Pediátrica. *Manual de Lavagem Nasal na criança e no Adulto*, 2022. Acesso em: 22/04/2024.

Lavagem nasal – Crianças de 0 a 6 meses

Particularidades

É importante lembrar que os bebês são respiradores nasais obrigatórios até 6 a 8 semanas de vida e preferenciais até os seis meses. Qualquer obstrução nasal em crianças dessa idade pode ter impacto na sucção e causar desconforto respiratório, uma vez que a cavidade nasal tem dimensões reduzidas. As variações climáticas, particularmente a baixa umidade relativa do ar, e a exposição à fumaça de cigarro são alguns dos fatores que podem levar a edema, ressecamento da mucosa e produção

de crostas.

O uso de medicações pela mãe (particularmente de alguns anti-hipertensivos e antidepressivos) pode desencadear uma rinite vasomotora, agravando os sintomas de rinite do lactente em crianças que estão em aleitamento materno.

Infecções virais, sífilis e gonorreia também podem ser, mais raramente, causas de obstrução. Nos casos de infecção, um dado a ser considerado é a presença de febre e secreção mucopurulenta, que não estão presentes em caso de rinite do lactente. No caso de crianças em uso de dispositivos de ventilação não invasiva ou cateter de oxigênio deve se realizar a lavagem nasal para evitar o ressecamento da mucosa dos bebês e formação de crostas e sangramento.

Técnica

Tipo de solução recomendada

Solução Fisiológica 0,9%.

Dispositivos

Seringa de 1 mL, conta-gotas, spray de jato único e spray de jato contínuo. Não se recomenda lavagem de alto volume nesta faixa etária. Não há necessidade da realização de massagens na asa nasal ou na região da maxila para otimizar a lavagem nasal.

Volume

- Seringa: 1mL por vez (pode ser repetido várias vezes em sequência).
- Conta-gotas: aplicar o volume de um conta-gotas por vez.
- Spray de jato único: 4 a 6 borrifadas em cada narina, podendo ser repetido.
- Sprays de jato contínuo: podem ser usados por cerca de 3 segundos (equivalente a 1mL de solução) em cada aplicação.

Frequência

Sempre que o bebê apresentar obstrução nasal (avaliado subjetivamente pela presença de ruído). Dar preferência à lavagem antes das mamadas, para auxiliar sincronização da deglutição com a respiração, e antes de dormir.

ATENÇÃO

Evitar a aplicação após as mamadas pelo risco de choro e regurgitação.

Essa faixa etária apresenta algumas particularidades, como: controle cervical pobre, dificuldade em se manter sentada na posição ereta e a incapacidade de assoar o nariz. Por isso, uso do conta-gotas pode facilitar a adesão à lavagem nasal, pois

pode ser realizada com o bebê deitado, assim como o uso de sprays cujo jato pode ser acionado em qualquer posição (360°).

Caso a criança apresente um quadro infeccioso (viral ou bacteriano), pode haver a necessidade de a lavagem nasal ser realizada com maior frequência e volume. Nesses casos, pode-se ensinar aos pais a posicionarem a criança sentada, o que pode ser mais facilmente realizado com a ajuda de outra pessoa.

A lavagem nasal em crianças nessa faixa etária pode ser demonstrada no vídeo acessível pelo QR Code da Figura 9.



Figura 5. Aspirador nasal em que o cuidador realiza a sucção de secreção.



Assista o vídeo
com o QR Code



Vídeo 4: Lavagem nasal com jato contínuo em bebês (cortesia da Dra. Natalia Cavalcanti)

Figura 9 – Aspirador nasal infantil e QR Code para vídeo demonstrativo de lavagem nasal com jato contínuo em bebês. Fonte: Academia Brasileira de Otorrinolaringologia, Academia Brasileira de Rinologia e Academia Brasileira de Otorrino Pediátrica. *Manual de Lavagem Nasal na criança e no Adulto*, 2022. Acesso em: 22/04/2024.

Lavagem nasal em crianças de 6 meses a 2 anos

Principais Indicações

Rinite, rinosinusite aguda (viral ou bacteriana), adenoidite.

Particularidades

Necessidade de contenção, dificuldade em realizar a lavagem nasal com a boca aberta e dificuldade para assoar o nariz.

Dispositivos

Seringa, spray nasal de jato contínuo.

Volume

- Na seringa, utilizar 3-20 mL de solução salina.

- Dispositivos de jato contínuo, utilizar por 3 a 10 segundos.

Posicionamento

Criança sentada, com a cabeça em posição neutra. Cada narina pode ser lavada mais de uma vez, caso um ciclo não seja suficiente para remover toda a secreção. Dados da literatura orientam que o procedimento seja realizado de 2 a 3 vezes ao dia, mas a frequência depende da quantidade de secreção e dos sintomas da criança.

ATENÇÃO

Não se recomenda a aspiração com sonda em domicílio pelos pais pelo risco de lesão da mucosa nasal.

Não se recomenda o uso de soluções hipertônicas, pois não há evidências de superioridade em relação à solução isotônica e geralmente é mal tolerada pela criança.

Lavagem nasal em crianças de 2 a 6 anos

Dispositivos

Seringa, spray jato contínuo, garrafinha.

Volume

- Seringa: utilizar 3-20 mL de solução salina.
- Dispositivos de jato contínuo: utilizar por 3-10 segundos.
- Garrafa plástica compressível: volume variável dependendo da indicação médica e tolerância da criança.

Posicionamento

Para utilização de seringa ou garrafinhas, deve-se orientar uma discreta projeção anterior do tronco e a elevação de uma das narinas para receber o bico anatômico do frasco. A abertura da boca promove a elevação do palato mole com o selamento da nasofaringe permitindo que ocorra o fluxo da solução entre as narinas.

A lavagem nasal com garrafinhas promove, portanto, uma adequada remoção de secreções das cavidades nasais e paranasais e da região da nasofaringe, incluindo a adenoide, uma vez que um maior volume pode ser aplicado de uma só vez (em contraposição à seringa, que precisa ser enchida a cada ciclo).

Tanto com garrafinhas, quanto com seringas deve-se considerar o conforto da criança como a principal referência sobre a pressão a ser aplicada no frasco ou da seringa. Deve ser utilizada baixa pressão, e embora essa medida seja subjetiva, levar em consideração a velocidade de saída de solução e o conforto da criança.

A promoção de um suave fluxo de solução salina entre uma cavidade nasal e

a outra sem causar desconforto é o principal objetivo. Na utilização da seringa, a posição desta deve ser adequada a fim de se promover a lavagem de toda a cavidade nasal e não apenas do vestíbulo.

ATENÇÃO

A sensação de desconforto ou dor nos ouvidos está relacionada com a aplicação de pressão excessiva durante o momento da lavagem nasal. O uso de dispositivos com maior volume deve ser criterioso em crianças com risco de aspiração. Para o uso das garrafinhas, a criança deve ter o reflexo da tosse preservado.

Lavagem nasal em crianças acima dos 6 anos

Dispositivos

Seringa, jato contínuo, garrafinha.

Volume

- Seringa: utilizar 10-20 mL de solução salina por narina.
- Dispositivos de jato contínuo: utilizar por 3-10 segundos.
- Garrafinha de 120 mL: a lavagem pode ser feita alternando-se as narinas até que a criança perceba que a cavidade nasal está limpa. Não é necessário usar todo o volume de uma só vez.
- Garrafa de 240 mL: pode ser usado em crianças maiores/adolescentes, semelhante à lavagem nasal realizada no adulto. Frequência: 2 a 3 vezes ao dia, podendo ser alterada de acordo com o quadro do paciente.

Posição

Sentado ou em pé, com a cabeça levemente inclinada para frente. Orientar a criança a ficar com a boca aberta ou falar “KAKAKAKAKA” durante a lavagem. A lavagem nasal com garrafinha em crianças nessa faixa etária pode ser vista no vídeo acessível pelo QR Code da Figura 10.



Assista o vídeo
com o QR Code



Vídeo 5: Demonstração de lavagem nasal com garrafa em crianças acima de 6 anos (cortesia do Prof. Dr. Edwin Tamashiro).

Figura 10 – QR Code para vídeo demonstrativo de lavagem nasal com garrafa em crianças acima de 6 anos. Fonte: Academia Brasileira de Otorrinolaringologia, Academia Brasileira de Rinologia e Academia

Brasileira de Otorrino Pediátrica. *Manual de Lavagem Nasal na criança e no Adulto*, 2022. Acesso em: 22/04/2024.

Cuidados com o dispositivo após a Lavagem

- Limpe o bico a cada uso.
- Higienize o reservatório interno com água corrente e sabão neutro pelo menos uma vez por dia e seque bem.
- Mantenha o dispositivo armazenado em local seco e limpo.
- Não utilize o dispositivo em caso de sujidade evidente.
- Substitua o dispositivo periodicamente, idealmente antes de 3 meses.

3.6.8 Fitoterapia

Chá de camomila

Por possuir propriedades calmantes para pele, o chá de camomila pode ser utilizado no **banho** do bebê, no tratamento de alergias, assaduras e picadas de insetos.

Preparo

- 3 colheres de sopa de flores de camomila
- 1 xícara de água (250mL)

Ferver a água até a ebulição, desligar o fogo, acrescentar as flores de camomila e abafar por 10 minutos. Coar e colocar esse chá concentrado na água de banho na banheira do bebê. Pode ser armazenado na geladeira por até 2 dias, e aplicado por meio de uma fralda macia na pele irritada do bebê.

Chá de funcho (erva doce)

Este chá pode ser indicado para uso via oral **pela mãe**. Possui propriedades que podem favorecer a produção de leite materno e aliviar as cólicas intestinais do bebê. Importante reforçar que a ingestão é pela mãe.

Preparo

- 1 colher (rasa) sobremesa de erva doce
- 1 xícara de chá de água (250mL)

Ferver a água com a erva doce por 5 minutos. Aguardar esfriar e coar. Pode ser consumido quente ou frio. Sugere-se o consumo de até 3 xícaras por dia pela mãe.

ATENÇÃO!

Orientar a mãe a não oferecer chás ao bebê indicados por terceiros.
Os chás podem conter produtos tóxicos ao bebê.

3.6.9 Cuidados com a pele do bebê

Nas crianças, especialmente as menores de 2 anos, a pele é cerca de 30% mais fina que a pele do adulto, e por isso, mais susceptível à penetração de irritantes e alérgenos.

Sabonetes

Usar o mais próximo do pH fisiológico da pele (4,2 a 5,6), o que é geralmente encontrado nos sabonetes líquidos de bebês. Evitar sabonetes antibacterianos porque geralmente são alcalinos, causam ressecamento da pele e irritação.

Hidratantes

A hidratação efetiva diminui a perda de água trans epidérmica e xerose, alivia o prurido e melhora a função de barreira, além de prevenir infecções secundárias. Deve-se escolher priorizando produtos com poucos aditivos e sem perfume a fim de minimizar possíveis irritações

O uso regular de cremes ou loções hidratantes na infância pode ser indicado em situações específicas, geralmente 2x/dia. O uso de hidratantes emolientes está indicado para o paciente com dermatite atópica, logo após o banho, nos primeiros 3 minutos, sobre a pele ainda levemente úmida e em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície da pele, massageando sem esfregar ou friccionar. O hidratante para crianças atópicas não deve conter fragrâncias, conservantes ou substâncias que irrite a pele ou provoquem sensação desagradável. Também é importante evitar formulações que contenham Lauril Sulfato de Sódio (LSS - tensoativo), porque tem maior probabilidade de causar irritações. Na aplicação, atentar-se para as pregas cutâneas, evitando o acúmulo que dificulta a transpiração e favorece a proliferação bacteriana. Finalmente, lactentes com acne neonatal não devem usar hidratantes emolientes nas áreas afetadas.

Tipos de hidratantes

Oclusivos: são aqueles que, aplicados sobre a superfície da pele, formam uma camada que impede, mecanicamente, a evaporação de água (petrolato, vaselina sólida etc.).

Umectantes: têm a capacidade de atrair água das camadas inferiores da pele e retê-la na superfície (ureia, glicerol, ácido lático etc.). São capazes de manter a hidratação prolongada do estrato córneo; porém, podem causar irritação ou desconforto se aplicados em áreas com eczemas ou com fissuras.

Restauradores de barreira (lipídios fisiológicos): Restauram o “cimento”

intercelular na epiderme (ceramidas, colesterol, ácidos graxos livres etc.). Em geral, são bem tolerados e auxiliam na restauração da barreira cutânea alterada.

Óleos naturais

São emolientes que formam uma barreira de retenção de água na pele, porém com baixo poder de hidratação comparado aos hidratantes que contêm os umectantes.

Os óleos possuem potencial calmantes, anti-inflamatório, antimicrobiano, diminuem as irritações na pele, porém devem ser usados com cautela, em massagens. Podem conter ativos como extratos de algodão, lavanda, calêndula, abacate etc.

São indicados como coadjuvantes no banho e auxiliar de massagens, estas podem auxiliar na icterícia neonatal e ganho de peso.

Óleo de Girassol (ácido linoleico) é excelente para melhora da barreira cutânea. Óleo de Coco ainda é pouco estudado, mas sugere-se que também melhore a função protetora da pele.

Nunca utilizar azeite: o ácido oleico é irritante à pele do bebê e favorece o crescimento de levedura *Malassezia ssp.*

Cuidados com a pele na área das fraldas

A dermatite da área das fraldas é aguda e caracterizada por eritema, pápulas e pústulas na área; trata-se de uma forma não alérgica de dermatite de contato classificada como dermatite por irritante primário.

- Os produtos usados para prevenção de assaduras devem ser inertes, hidratantes protetores e não conter medicamentos como antibióticos e antifúngicos. Sendo assim, pomadas, loções ou cremes contendo Nistatina (antifúngico) não são indicados para finalidade de prevenção.
- Prevenção: troca frequente das fraldas, limpeza suave, exposição ao ar e aplicação de cremes barreira.
- Limpeza suave: água e algodão; sabonete infantil quando houver fezes; quando optar por lenços umedecidos, é necessário que sejam sem fragrância, sabões, LSS ou álcool.
- Cremes barreira: comumente à base de óxido de zinco; devem ser aplicados a cada troca de fraldas, e se não houver fezes não precisam ser removidos por completo. O óxido de zinco presente nos produtos para assadura forma uma barreira protetora espessa de aparência esbranquiçada; contudo, se trata de um produto inerte sem atividade antimicrobiana, portanto não causa seleção da flora local da pele do bebê.

Atentar-se para a disponibilidade do mercado de diversos produtos contendo óxido de zinco e nistatina em sua composição, o que os contraindica ao uso para prevenção.

Unhas

Realizar corte reto e com pouca profundidade para não ocasionar onicocriptose (unha encravada).

Cabelos

Podem ser utilizados os mesmos produtos adotados para a higiene corporal (sabonetes), ou shampoos infantis, que não irritam os olhos (possuem pH próximo da lágrima).

Banho de sol

Reconhecidamente, a exposição solar é a principal fonte de vitamina D, porém, a exposição intencional e desprotegida, com o objetivo de suplementar a vitamina, não é recomendada. Os bebês possuem camada epidérmica mais fina e menor produção de melanina e, por isso, são mais suscetíveis aos danos da radiação ultravioleta à pele e a exposição excessiva ao sol na primeira infância está associada ao aumento do risco de câncer de pele no futuro. Dessa forma, tanto a Academia Americana de Pediatria quanto a Sociedade Brasileira de Pediatria orientam evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção.

Uso de fotoprotetores: acima de 6 meses, protetores solares físicos/minerais (a designação de filtro solar “mineral” vem descrita na embalagem do produto). É possível utilizar filtros que mesclam propriedades físicas e químicas, descritos como “baby”, nos bebês maiores de 6 meses; já classificados como “infantis” podem ser utilizados a partir de 2 anos de vida.

3.6.10 Fotoproteção

As ações de fotoproteção devem ser iniciadas desde os primeiros anos de vida, pois as crianças se expõem anualmente 3x mais ao sol que adultos, em razão as múltiplas atividades ao ar livre. O uso de fotoprotetores durante os primeiros 18 anos de vida demonstrou prevenir o surgimento de câncer de pele em até 78%. Os efeitos nocivos das radiações UV são cumulativos.

Principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pele:

- Pele clara e/ou presença de sardas.
- Cabelos loiros, ruivos ou castanhos claros.

- Olhos claros (azuis, verdes e acinzentados).
- Tendência a queimaduras solares com facilidade e pouco ou nenhum bronzeamento ao se expor ao sol.
- História familiar de câncer de pele.
- Residência em regiões de climas quentes e ensolarados.
- Longos períodos de exposição solar diária ou curtos períodos de exposição solar intensa.
- Grande quantidade de novos melanócitos.
- Presença de nevos melanocíticos atípicos.

Filtros solares

Funcionam através da absorção, reflexão ou dispersão da radiação incidente.

Como usar FPS

- Deve ser usado diariamente se houver exposição solar.
- FPS 15 a 20 é considerado ideal na infância, por promover proteção satisfatória e com menor risco de sensibilização; em períodos de exposição solar intensa, pode-se utilizar protetores com FPS 30 ou mais.
- O fotoprotetor deve ser reaplicado a cada 2 ou 3h e sempre que houver imersão em água ou sudorese excessiva.

Considerar que:

- Veículos alcoólicos e géis podem irritar a pele, causar ardência nos olhos e conferir menor grau de fotoproteção por menor adesão à pele, não sendo os mais recomendados na infância.
- A aplicação deve ser feita em toda superfície corpórea exposta ao sol e que não for recoberta pela roupa. Não esquecer do pescoço, pavilhão auricular, dorso das mãos e dos pés.
- Fotoprotetores labiais devem ser aplicados frequentemente.
- A quantidade de fotoprotetor deve ser de 2mg/cm², que equivale a 2,5mL para a face, pescoço ombro e braço e 5 mL para perna e dorso do pé. Quando aplicado em quantidades menores, age com metade do FPS indicado.
- O FPS indicado no protetor solar geralmente representa uma proteção menor do que a esperada, pois, habitualmente, aplica-se menos do que a metade da quantidade recomendada.
- O veículo do filtro solar também influencia a eficácia, sendo os opacos em veículos cremosos de maior proteção.
- Quanto maior o número de substâncias utilizadas em uma formulação, maior o risco de reações irritativas e de hipersensibilidade na pele. Portanto

fotoprotetores com FPS superior a 15 ou 20 só deveriam ser utilizados em casos de indicações específicas, pois a porcentagem de proteção que conferem não é significativa se comparado aos riscos de sensibilização.

Tipos de filtros presentes nos fotoprotetores:

Filtros químicos: são compostos que absorvem a radiação, UVA e UVB, podem estar no mesmo produto combinações para aumentar a faixa de proteção. Ésteres do ácido para-aminobenzóico (Padimato-O), salicilatos, cinamatos, octocrileno, benzofenonas, antralinas, avobenzona, ácido tereftalideno-dialcanfor sulfônico (Meroxyl XL®), metoxifeniltriazina (Tinosorb M® e Tinosorb S®).

Filtros físicos: são formulações opacas que não absorvem radiação solar; porém refletem e espalham a luz; são oclusivos, por isso podem ser ruins cosmeticamente, porém para uso em crianças a partir de 6 meses é indicado pois não são irritantes, uso inclusive e crianças atópicas.

Dióxido de titânio e óxido de zinco.

Orientações para fotoproteção na infância

- Bebês até o 6º mês de vida não devem ser expostos ao sol. Se não for possível evitar, usar roupas adequadas e chapéus.
- Após 6 meses, recomenda-se o uso de filtros solares, de preferência físicos, nas áreas não cobertas por roupas.
- Evitar exposição solar entre as 10 e às 15 horas, quando 60% da radiação UVB chega à superfície terrestre.
- Lembrar que há radiação ultravioleta mesmo em dias nublados e sob o guarda-sol. Areia, neve, concreto e água podem refletir de 40 a 85% dos raios lesivos à pele.
- Ensinar fotoproteção para as crianças.
- Todas as crianças devem usar protetor solar regularmente cerca de 30 minutos antes da exposição solar. Esse protetor deve ser reaplicado, no mínimo, a cada 3 a 4 horas, até o fim de exposição. Deve-se evitar exposição solar entre as 10 e as 15 horas, respeitando os locais onde se aplica o horário de verão.
- Protetores solares comerciais na versão *Kids* podem ser utilizados em crianças acima de 6 meses de idade. Para crianças entre 6 meses e 2 anos, a fotoproteção deve ser feita com o uso de filtros físicos (protetor de barreira), mais seguros nessa faixa etária.
- Na infância, os FPS acima de 15 podem promover proteção satisfatória com menor risco de sensibilização, porém a Academia Americana de Pediatria recomenda o uso de FPS acima de 30 em períodos de maior exposição solar.

Aplicação de produtos tópicos nos bebês

- Higienizar as mãos.
- Evitar contato direto com o produto dentro do frasco: em embalagens maiores usar um medidor (colher, espátula limpa) para retirar o produto.

Quadro 7 – Exemplos de produtos de uso tópico e os riscos relacionados à toxicidade por absorção percutânea.

| Composto | Produto | Toxicidade |
|--------------------------------------|---|---|
| Álcool | Antisséptico tópico | Necrose cutânea, elevação do nível sérico de álcool |
| Benzocaína (nene dente) | Anestésico de mucosas | Metahemoglobinemia |
| Ácido bórico | Talco, cremes de barreira | Vômitos, diarreia, convulsões, eritrodermia, morte |
| Corticosteróides | Anti-inflamatório tópico | Atrofia cutânea, estrias, supressão adrenal |
| <i>N-dimethyl-m-toluamide</i> (DEET) | Repelente de insetos | Neurotoxicidade |
| Neomicina | Antibiótico tópico | Surdez neurológica |
| Compostos fenólicos | Desinfetantes de limpeza, antisséptico tópico | Neurotoxicidade, taquicardia, acidose metabólica, metehemoglobinemia, morte |
| Iodopovidona | Antisséptico tópico | Hipotireoidismo |
| Ácido salicílico | Emoliente queratolítico | Acidose metabólica, salicilismo |
| Sulfadiazina de prata | Antibiótico tópico | Kernicterus, agranulocitose, argiria |
| Tacrolimo | Imunomodulador tópico | Elevação níveis séricos deste imunossupressor |
| Ureia | Emoliente queratolítico | Uremia |

Fonte: Adaptado de: SBP. Atualização sobre os cuidados com a pele do recém-nascido. Documento científico nº 11, 2021.

3.6.11 Repelentes

Repelente é uma substância química ou orgânica que transforma a atmosfera nociva para insetos nos 4 cm ao redor da pele humana, evitando a picada.

Recomendações para o uso seguro de repelentes:

- Aplicar na pele exposta
- Ler sempre a bula do produto e respeitar as recomendações quanto à idade
- Lavar as mãos após aplicação
- Remover no banho após aplicação
- Não aplicar na pele com lesões ou ferimentos, nos olhos e na boca.

Frequência do uso de repelente

| | |
|---------------------|--|
| A partir de 2 meses | Somente em situação de exposição intensa e risco |
| 6 meses a 1 ano | 1x ao dia |
| 1- 12 anos | 2x ao dia |
| Maiores de 12 anos | Até 3 x ao dia |

Medidas de proteção que devem ser associadas ao uso de repelentes:

- Utilizar roupas de mangas longas e meias.
- Bebês menores de 2 meses devem utilizar apenas barreiras físicas de

proteção, como roupas e mosquiteiros.

- Repelentes aplicados nas roupas terão o mesmo tempo de ação que quando aplicados na pele.

Agência de Proteção Ambiental (EPA) apresenta os principais ativos repelentes, recomendados para uso em crianças por conta de sua eficácia e tolerabilidade:

- *N-dietilo-3, metilo benzamida* (DEET);
- Icaridina (chamada também de picaridina ou KBR3023);
- *Ethylbutylacetylaminopropionate* (EBAAP ou IR3535).

Não devem ser usados em crianças menores de 3 anos:

Óleo de Lemon Eucalipto (OLE) (denominação química: *p-Menthane-3, 8-diol*): ingrediente derivado do limão, mas não é o mesmo que o óleo de limão e eucalipto naturais, que não são recomendados como repelentes. Existe ainda o *Para-mentano-diol* (PMD) (denominação química: *p-Menthane-3,8-diol*), versão sintética dos óleos de limão e eucalipto;

Undecanone (nome químico *methyl nonyl ketone 2-undecanone*): é uma versão sintética de uma molécula extraída do óleo de arruda ou do tomate selvagem.

ATENÇÃO

A forma mais recomendada de repelir insetos é combinar um repelente tópico, como DEET ou icaridina, com um repelente para uso em tecidos como os derivados de permetrina e piretroides, pois proporcionam proteção contra mosquitos e carrapatos.

No caso de edema mais importante no local da picada, falta de ar e tosse seca (sinais de reação alérgica sistêmica), os pais devem ser orientados a procurar avaliação pediátrica imediata.

O Quadro 8 apresenta exemplos de repelentes disponíveis comercialmente no Brasil, seus princípios ativos, apresentações, idades permitidas e tempo de ação estimado.

Quadro 8 – Informações sobre repelentes disponíveis comercialmente no Brasil

| Princípio Ativo | Produto | Fabricante | Apresentação | Idade permitida | Tempo de ação estimado |
|-----------------|----------------|------------|------------------|-----------------|------------------------|
| DEET | Affast | Cimed | Loção | >2 anos | Até 4h |
| | Moskitoff kids | Farmax | Loção e Aerossol | >2 anos | Até 4h |

| | | | | | |
|--|---|-------------------|------------------|---------------------|---------|
| | OFF | SC Johnson | Loção e Aerossol | > 2 anos | Até 2h |
| | OFF kids | SC Johnson | Loção | > 2 anos | Até 2h |
| | OFF Johnson | SC Johnson | Aerossol | >2 anos | Até 2h |
| | OFF Family | SC Johnson | Loção | >2 anos | Até 2h |
| | Super repelex gel kids | Reckitt Benckiser | Gel | >2 anos | Até 3h |
| | Super repelex | Reckitt Benckiser | Aerossol e loção | >12 anos | Até 6h |
| | Super repelex | Reckitt Benckiser | Aerossol | >12 anos | Até 6h |
| | Super repelex kids | Reckitt Benckiser | Gel | >2 anos | Até 4h |
| Icaridina (Ácido carboxílico 2-(2-hidroetilo)-1 piperidina), 1 metil-propil ester) | Affast | Cimed | Aerossol | >2 anos | Até 12h |
| | Affast | Cimed | Aerossol | >2 anos | Até 12h |
| | Effex family | Ache | Aerossol | >2 anos | Até 10h |
| | Effex ultra | Ache | Aerossol | > 12 anos | Até 13h |
| | Exposis adulto | Osler | Gel e Aerossol | > 12 anos | Até 5h |
| | Exposis extreme | Osler | Aerossol | >10 anos | Até 10h |
| | <i>Exposis infantil</i> | <i>Osler</i> | <i>Gel</i> | <i>>6 meses</i> | Até 10h |
| | Exposis infantil | Osler | Aerossol | >2 anos | Até 10h |
| | <i>Exposis bebê</i> | <i>Osler</i> | <i>Gel</i> | <i>> 3 meses</i> | Até 6h |
| | Granado bebe | Granado | Aerossol | >6 meses | Até 8h |
| | Needs repelente de insetos com icaridina infantil | Henlau | Gel | >2 anos | Até 10h |
| | <i>OFF! baby</i> | <i>SC Johnson</i> | <i>Aerossol</i> | <i>>3 meses</i> | Até 6h |
| | Repelente de Insetos | Alergoshop | Aerossol | >6 meses | Até 7h |
| | SBP advanced repelente spray kids | Reckitt Benckiser | Aerossol | >6 meses | Até 5h |
| SBP repelente pro spray kids | Reckitt Benckiser | Aerossol | >12 meses | Até 12h | |

| | | | | | |
|-------------------|---|------------------------------------|----------|-----------|---------|
| | Sunlau gelrepelente | Henlau Química | Gel | >2 anos | Até 10h |
| | Sunlau kids | Henlau Química | Aerossol | >2 anos | Até 10h |
| | Tribloc Family | Germed farma | Aerossol | >2 anos | * |
| | Tribloc Kids | Germed farma | Aerossol | >2 anos | * |
| | xô inseto! icaridina repelente de insetos | Nutracom indústria e comércio LTDA | Aerossol | >2 anos | Até 12h |
| IR 3535 | Clivê Repelente | Clivê Cosméticos | Aerossol | * | Até 9h |
| | Henlau baby | Henlau Química | Aerossol | > 6 meses | Até 4h |
| | Loção antimosquito | Johnson & Johnson | Loção | > 6 meses | Até 4h |
| | Moskitoff baby | Farmax | Loção | > 6 meses | Até 4h |
| | Mustela repelente | K&G | Aerossol | > 6 meses | Até 8h |
| Óleo de citronela | Citromim | Weleda | Aerossol | >2 anos | Até 2h |

*Informações não constam no rótulo e não foram fornecidas pelo fabricante. Fonte: Adaptada de SBP. *Repelentes e Outras Medidas Protetoras Contra Insetos na Infância. Guia Prático de atualização.* Departamento Científico de Dermatologia. n 7, 2020.

Destacam-se algumas especificidades sobre o uso dos repelentes conforme o ativo presente:

DEET

- DEET e icaridina podem ser aplicados sobre as roupas de algodão, lã ou nylon que não estragam
- DEET deve ser aplicado depois do filtro solar, porque sua absorção é aumentada quando por baixo do filtro e pode ser tóxico (aplicar 15 minutos depois do filtro solar)
- Nunca usar combinação de filtro solar com repelentes, pois os filtros devem ser aplicados várias vezes e os repelentes não.

Icaridina/Picaridina

- São as piperidinas, ingrediente químico ativo de pimentas.
- Efetiva contra mosquitos, moscas, bicho-de-pé e carrapatos (para carrapatos tem que ser na concentração de 20%).

- É mais efetiva que o DEET, evapora mais lentamente e praticamente não irrita pele e olhos.

IR 3535

É um biopesticida, com estrutura química semelhante a alanina.

Pode ser usado por gestantes e crianças a partir de 6 meses.

Óleos vegetais limão-eucalipto (Citridiol)

Muito usado na China, o citridiol é eficaz na proteção contra carrapatos. Sua duração da ação repelente é de aproximadamente 4 horas, podendo ser usado por crianças maiores de 3 anos e gestantes, sempre por cima da roupa e evitando contato com os olhos, boca e orelhas pois pode causar irritação.

Outras medidas para evitar insetos:

Permetrina

É o principal composto presente nas espirais antimosquitos que agem ao serem queimados, soltando a fumaça. Também disponível na apresentação aerossol, para aplicar nas roupas; essas devem ser lavadas separadamente. Pode ser aplicado também em telas de janelas.

Óleo de citronela

Extremamente volátil, o que resulta em proteção curta e variável - de menos de 20 minutos até 2 horas.

Consumo de alho

Demonstrou não ser efetivo.

Incensos e velas naturais

Só são efetivos se aplicados por horas contínuas e iniciados bem antes da exposição da pessoa ao ambiente. Velas e incensos de citronela não têm efeito repelente suficiente para serem recomendados em uso isolado.

Repelentes ultrassônicos

Não demonstraram efetividade satisfatória.

Pulseiras embebidas em repelentes

Não são indicadas, pelo fato de que os repelentes são eficazes a apenas até 4 cm do local de aplicação. As pulseiras de citronela têm baixa eficácia e podem causar irritação no local de contato.

Repelentes em roupas

Existem produtos específicos no mercado que são aplicados sobre as roupas; recomenda-se seguir corretamente as orientações dos fabricantes.

REFERÊNCIAS - Puericultura com o(a) farmacêutico(a)

ACADEMIA BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA; ACADEMIA BRASILEIRA DE RINOLOGIA; ACADEMIA BRASILEIRA DE OTORRINO PEDIÁTRICA. *Manual de Lavagem Nasal na criança e no Adulto*, 2022. Disponível em: https://aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2022/11/1669816618_Manual_de_lavagem_nasal-v2.pdf . Acesso em: 22/04/2024.

BOLETIM ISMP BRASIL - INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS PEDIÁTRICOS. Uso Seguro de Medicamentos em Pacientes Pediátricos. ISSN: 2317-2312., vol 6., n 4., 2017.

BROTTO, LDA; MARINHO, NDB; MIRANDA, IP; IANDREA, FAL; LEITE, EMC; CANDIDA, CP. Uso de galactogogos no manejo da amamentação: revisão integrativa da literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [en linea]. 2015, 7(1), 2169-2180 [Consulta 5 de Abril de 2024]. ISSN: . Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945040>. Acesso em out 2024.

CABRAL, BLS; DIAS, JS; MARTINS, RR; CARVALHO, KF; SOARES, AQ. Guia de Estabilidade de Medicamentos Líquidos Orais e Tópicos. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG). 1ª ed., Goiânia, 2012.

CHAVES, RG; LAMOUNIER, JA; CÉSAR, CC. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil. *Revista Paulista Pediatria*. n 3, vol 25, p 276-88, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Estabilidade dos Medicamentos Após Abertura. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos - CEBRIM. ISSN 1413-9626, ano X, n 3, mai-jun, 2005.

FARMACE INDÚSTRIA QUÍMICO-FARMACÊUTICA CEARENSE. Dipirona Monoidratada Solução gotas 500mg/mL. Rod. Dr. Antônio Lírio Callou, KM 02. Barbalha - CE – CEP 63.180-000 CNPJ: 06.628.333/0001-46 Indústria Brasileira.

FARMACE INDÚSTRIA QUÍMICO-FARMACÊUTICA CEARENSE . Paracetamol Solução Gotas 200 mg/mL. Rod. Dr. Antônio Lírio Callou, KM 02. Barbalha - CE – CEP 63.180-000 CNPJ: 06.628.333/0001-46 Indústria Brasileira.

FOONG, S. C.; TAN, M. L.; FONG, W. C.; MARASCO, L. A.; HO, J. J.; ONG, J. H. Oral galactagogues (natural therapies or drugs) for increasing breast milk production in mothers of non-hospitalised term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 5. Art. No.: CD011505. DOI: 10.1002/14651858.CD011505.pub2.

Accessed 21 August 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Amamentação e Uso de Medicamentos e Outras Substâncias. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2 ed, Brasília - DF, 2010.

NATULAB LABORATÓRIO SA. Ibutrat. Ibuprofeno Suspensão Oral 50 mg/mL. Rua H, nº2, Galpão 03 - Urbis II Santo Antônio de Jesus - Bahia – CEP - 44.574-150 CNPJ 02.456.955/0001-83 Indústria Brasileira.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Atualização sobre os Cuidados com a Pele do Recém-Nascido. Documento Científico. Departamentos Científicos de Dermatologia e Neonatologia. n 11, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Intoxicações agudas por medicamentos de uso comum em pediatria. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Toxicologia. n 1, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Repelentes e Outras Medidas Protetoras Contra Insetos na Infância. Guia Prático de atualização. Departamento Científico de Dermatologia. n 7, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação. n 4, 2017.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Fotoproteção na Infância. n 1, 2017.

STEFANI, GPP; CASTRO, APBM; FOMIN, ABF; JACOB, CMA. Insect repellents: recommendations for use in children. Revista Paulista de Pediatria. v 27, n 1, 2009.

E-LACTANCIA. [E-lactancia: Is this compatible with breastfeeding?](https://www.e-lactancia.org) Página inicial. Disponível em: <<https://www.e-lactancia.org>>. Acesso em: 19 de abril de 2024.

RATTI, BA; BRUSTOLIN, CF; UBER, AP; TORQUATO, A S. Soro fisiológico: Potencial Risco de Perda da Estabilidade Após Aberto e Armazenado por Trinta Dias em Diferentes Meios. Encontro Internacional de Produção Científica. VII EPCC. 25 a 28 Out., Maringá, 2011.

SILVA, VAR; SOKI, MN; YEN, RT; LEVY, CE; ORTIZ, E; SAKANO, E. Conservação de Soro Fisiológico - Ar Ambiente, Geladeira ou Cloreto de Benzalcônio? Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. n 3, v.73, 2007.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Limpeza Nasal: Como Fazer. Atualização de Condutas em Pediatria. Departamento de Pediatria Ambulatorial. n 91, abr., 2020.

4. PUERICULTURA COM O(A) NUTRICIONISTA

Conforme apresentado no Quadro 1, propõe-se que a puericultura com o(a) nutricionista seja realizada com 5 meses. Em casos em que se identifique necessidade de iniciar a introdução alimentar antes dos 6 meses, essas crianças poderão ser inseridas no grupo de puericultura com nutricionista quando estiverem com 3 ou com 4 meses, conforme cada caso e cada necessidade.

4.1 Objetivos

- Promover a introdução alimentar da criança até os 2 anos por meio do compartilhamento de informações adequadas de alimentação saudável;
- Conscientizar sobre a importância da introdução alimentar e orientar como ela deve ser feita; apresentar os possíveis métodos e os alimentos a serem oferecidos de acordo com cada idade e grupo alimentar;
- Incentivar a família na adoção de hábitos alimentares saudáveis.

4.2 Temas

- 1) Introdução alimentar
- 2) Progressão da alimentação saudável

4.3 Profissionais e atribuições

- Nutricionista: Avaliação e interpretação das curvas de peso e de crescimento, orientações de introdução alimentar e identificação de possível alteração na classificação de risco.
- Equipe da saúde bucal: educação em saúde e exame clínico odontológico
- Auxiliar de enfermagem: Realização das medidas antropométricas, verificação das carteiras de vacina, orientações em saúde, aprazamento da próxima puericultura
- Agente comunitário: Auxiliar e organizar a roda de conversa para as orientações, buscas ativas, orientações em saúde.

4.4 Materiais necessários

Réplicas de alimentos, cartazes, datashow, computador, folder, balança, antropômetro, fita métrica.

4.5 Roteiro do grupo com o(a) nutricionista

1. Acolher os participantes em formato de roda.
2. Apresentar o tema e o objetivo do grupo.
3. Estimular os participantes compartilharem informações como:

- Modalidade de aleitamento praticado no momento (aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto ou aleitamento artificial)
 - Qual leite ofertado
 - Com quem a criança fica e quem oferecerá os alimentos
 - Experiências com a introdução alimentar de outros filhos
 - Se apresentam alguma angústia e dúvidas sobre o tema
4. Orientar a importância da introdução alimentar, quando e como iniciar e como organizar a rotina alimentar da criança. Utilizar como ferramenta o Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, do Ministério da Saúde (2019).
5. Apresentar os grupos de alimentos necessários e estimular montar um prato completo com todos os grupos alimentares. Utilizar como ferramentas: Réplicas de alimentos de cada grupo alimentar ou cartazes com figuras de cada grupo ou imagens no monitor do computador. As figuras a seguir são exemplos de materiais a serem utilizados.



Figura 11 – Exemplo de alimentação de uma criança aos 6 meses. Fonte: Ministério da Saúde, Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, 2019

Entre 7 e 8 meses de idade

Figura 20 – Exemplo de alimentação de uma criança entre 7 e 8 meses de idade



Entre 7 e 8 meses de idade

Figura 12 – Exemplo de alimentação de uma criança entre 7 e 8 meses. Fonte: Ministério da Saúde, Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, 2019

Entre 9 e 11 meses de idade

Figura 21 – Exemplo de alimentação de uma criança entre 9 e 11 meses de idade



Figura 13 – Exemplo de alimentação de uma criança entre 9 e 11 meses. Fonte: Ministério da Saúde, Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, 2019

6. Discutir sobre os métodos de oferta dos alimentos, consistência e sua evolução conforme cada mês. As figuras a seguir são exemplos de materiais a serem utilizados para ilustrar a proposta de evolução da consistência dos alimentos.

As imagens a seguir mostram exemplos de refeições com consistências diferentes por idade da criança.



As imagens trazem quantidades de alimentos para diferentes faixas etárias. As refeições para crianças de 6, 8 e 12 meses estão servidas em pratos de sobremesa e a refeição para adulto, em prato grande e raso.

Figura 14 – Exemplo de evolução da consistência e da quantidade dos alimentos ofertados à criança. Fonte: Ministério da Saúde, Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, 2019



Figura 15 – Exemplos de evolução da consistência de diferentes alimentos ofertados à criança. Fonte: Instagram @vanessagallo._

7. Incentivar que os alimentos sejam ofertados de forma “responsiva e sensível”, respeitando o ritmo e sinais de fome e saciedade do bebê. Evitar distrações excessivas (celular, tablete, TV, outras telas) e comportamento exageradamente aprovadores ou reprovadores.

8. Discutir sobre alimentos que não são recomendados para as crianças menores de 2 anos.

9. Avaliação antropométrica: medidas de perímetro cefálico, peso, estatura e índice de massa corporal (IMC). Importante avaliação em curvas de crescimento e registro nas carteirinhas e no PEC

10. Avaliação da carteira de vacina, estratificação de risco e agendamento da próxima consulta.

11. Busca ativa dos faltosos.

A seguir, segue modelo de material (Folder A) a ser ofertado às famílias, impresso ou em formato digital.

INTRODUÇÃO ALIMENTAR

- A INTRODUÇÃO ALIMENTAR DEVE ACONTECER A PARTIR DOS 6 MESES DE FORMA LENTA E GRADUAL, MANTENDO-SE O ALEITAMENTO MATERNO ATÉ 2 ANOS OU MAIS.
- A CRIANÇA DEVE ESTAR SENTADA, COM UMA POSTURA RETA, E UM LOCAL CONFORTÁVEL E SEGURO.
- ALGUNS ALIMENTOS PODEM SER REJEITADOS NAS PRIMEIRAS OFERTAS, MAS ISSO É NORMAL, POIS A CRIANÇA AINDA ESTÁ SE ACOSTUMANDO COM A CONSISTÊNCIA, A COR, O CHEIRO, E OS NOVOS SABORES. SE ELA CONTINUAR A REJEITAR O ALIMENTO, NÃO DEIXE. DEVE PASSAR ALGUNS DIAS E OFERECÊ-LO PREPARADO DE OUTRAS FORMAS. ALGUMAS CRIANÇAS PRECISAM PROVAR MAIS DE OITO VEZES UM ALIMENTO PARA GOSTAR DELE.
- INCENTIVE-A A USAR AS MÃOS PARA TOCAR OS ALIMENTOS E SENTIR AS DIFERENTES TEXTURAS, OU MESMO A LEVAR OS ALIMENTOS ATÉ PERTO DO NARIZ PARA SENTIR OS CHEIROS E DEPOIS LEVÁ-LOS À BOCA.
- OS ALIMENTOS DEVEM SER COZIDOS EM ÁGUA SUFICIENTE PARA FICAREM MACIOS, OU SEJA, DEVE SOBRAIR POUCA ÁGUA NA PANELA PARA QUE SE APROVEITE AO MÁXIMO OS NUTRIENTES.
- NÃO É NECESSÁRIO UTILIZAR SAL NO PREPARO DA REFEIÇÃO DE BEBÊS MENORES DE 1 ANO. TEMPEROS NATURAIS COMO ALHO, CEBOLA, SALGEMA, ETC., PODEM SER UTILIZADOS.
- COLOQUE OS ALIMENTOS NO PRATO E AMASSE COM O GARFO. OS ALIMENTOS NÃO DEVEM SER MISTURADOS PARA QUE A CRIANÇA APRENDA A DIFERENCIAR OS DIFERENTES SABORES.
- NÃO É RECOMENDADO PENSAR OU BATER OS ALIMENTOS NO LIQUIDIFICADOR.
- PARA COMPLETAR A REFEIÇÃO, PODE-SE OFERECER UM PEDAÇO DE FRUTA, JUNTO OU LOGO APÓS A REFEIÇÃO. A MANEIRA DAS FRUTAS CONTÉM VITAMINA C, QUE FACILITA O APROVEITAMENTO DO FERRO DO FEIJÃO E DAS VERDURAS PELO RGANISMO, AJUDANDO A PREVENIR A ANEMIA.
- É IMPORTANTE QUE A CRIANÇA RECEBA ÁGUA FILTRADA OU FERVIDA NOS INTERVALOS DAS REFEIÇÕES.
- OFERECER FRUTAS 2 VEZES POR DIA. SUCO DE FRUTA NÃO É NECESSÁRIO, OPTAR PELA FRUTA DE FORMA VARIADA.
- AÇÚCAR E ALIMENTOS QUE CONTENHAM AÇÚCAR, COMO BOLAÇA DOCE TIPO MASSÉNA, FARINHA LACTEA, NESTLON, MUCKLON, DANONINHO, ETC., NÃO SÃO RECOMENDADOS PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS.
- O MEL NÃO PODE SER OFERECIDO À CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS.

| Aos 6 meses | Entre 7 a 8 meses | Entre 9 a 11 meses | De 1 a 2 anos |
|--|--|--|---|
| Alimentos bem amassados com o garfo. As carnes devem ser bem cozidas e oferecidas bem picadas ou desfiadas. Alimentos crus, como frutas e alguns legumes, podem ser cozidos ou amassados. Dever que a criança use as mãos para segurar o alimento ou uma colher de tamanho adequado para pegá-los. | Alimentos amassados ou bem picados. Oferecer alguns alimentos macios em pedaços grandes o suficiente para que a criança possa pegar com as próprias mãos e tentar comer sozinha. | Alimentos picados próximo da consistência dos alimentos da família. As carnes podem ser desfiadas. Oferecer alimentos para que a criança pegue com as mãos, estimulando o movimento de pinça e, também, ensiná-la a cortar os alimentos com os dentes da frente para estimular o crescimento e desenvolvimento da mandíbula. | Pedaços maiores e na mesma consistência da comida da família. |
| Quantidade aproximada de 2 a 3 colheres de sopa por refeição | Quantidade aproximada de 3 a 4 colheres de sopa por refeição | Quantidade aproximada de 4 a 5 colheres de sopa por refeição | Quantidade aproximada de 5-8 colheres de sopa por refeição |
| Esquema alimentar | | | |
| Lanche da manhã : Fruta | Lanche da manhã : Fruta | Lanche da manhã : Fruta | Lanche da manhã : Fruta |
| Almoço | Almoço | Almoço | Almoço |
| Lanche da tarde: Fruta | Lanche da tarde: Fruta | Lanche da tarde: Fruta | Café da tarde: Ex: Frutas, leite, pão, aveia, cacau, tapioca, batata doce, ovo, queijo, iogurte natural |
| | Janta | Janta | Janta |

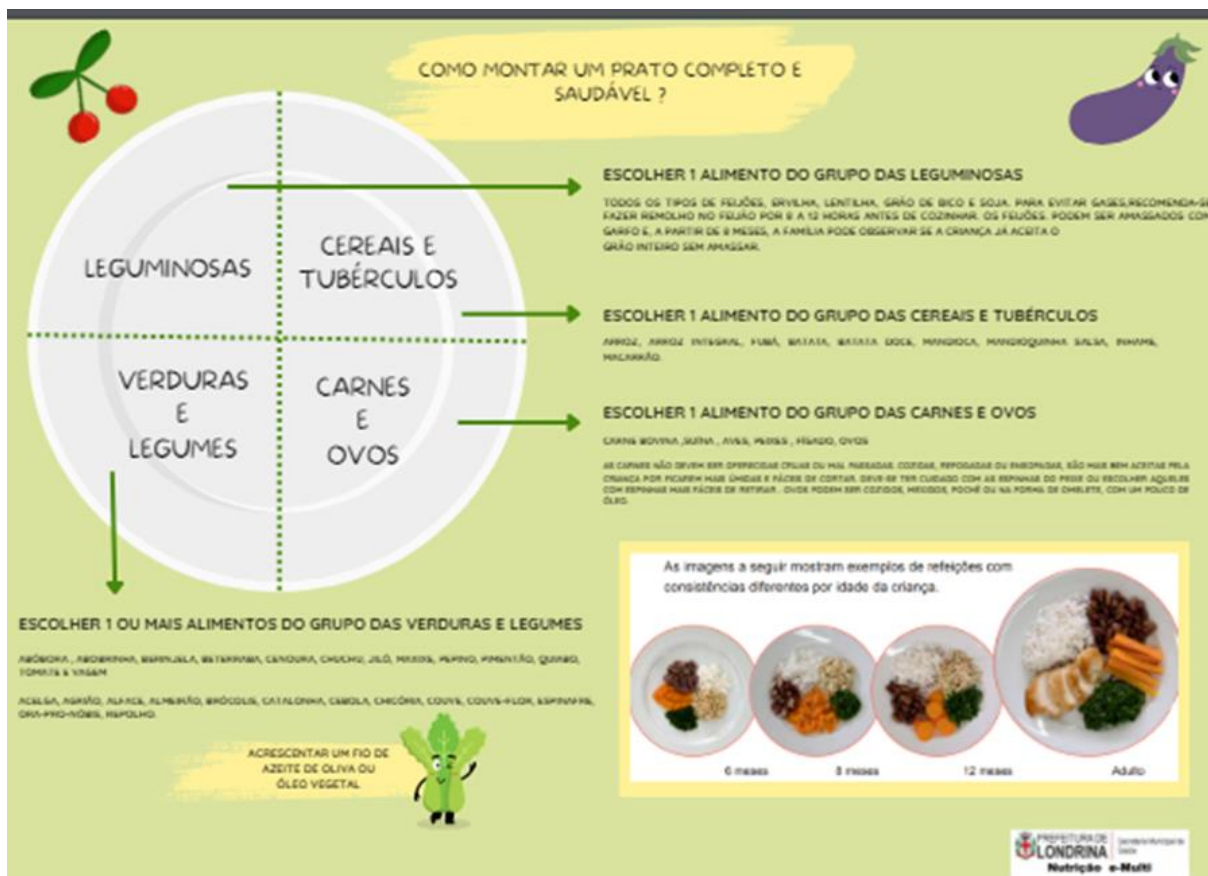


Figura 16 – Folder A: Introdução alimentar. Fonte: Elaboração própria.

4.6 Fundamentação teórica

4.6.1 Introdução alimentar

O período adequado para iniciar a introdução dos alimentos deve levar em consideração a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança e as necessidades nutricionais. Por volta dos seis meses de vida a criança já tem desenvolvido os reflexos necessários para a deglutição, como diminuição do reflexo de protrusão da língua, sustentação da cervical, capacidade de se sentar com pouco ou nenhum apoio e inquietação ao ver outra pessoa se alimentando.

À criança que é amamentada apenas com leite de vaca é recomendada a introdução alimentar precoce a partir dos 4 meses, devido aos riscos de deficiências nutricionais. Apesar de o reflexo de protrusão da língua estar desaparecendo, a criança ainda não se senta sem apoio e não obtém o controle neuromuscular da cabeça e do pescoço, necessitando de cuidados adicionais na consistência e posição.

De acordo com as diretrizes da OMS de 2023 o atraso da introdução alimentar pode afetar a aceitação de novos sabores e texturas. Além disso, atrasar a introdução de alimentos com potencial alergênico, como peixes, soja, leite e pasta de amendoim

pode promover alergias alimentares em vez de prevenir.

A introdução alimentar, além de ser necessária para as necessidades nutricionais, aproxima progressivamente a criança dos hábitos alimentares da família e proporciona uma adaptação do bebê a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas, desenvolvendo ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta.

As conseqüências imediatas da alimentação inadequada nessa fase relacionam-se a crescimento inadequado, desnutrição, excesso de peso e carência de micronutrientes; prejuízo do desenvolvimento motor, cognitivo e socioemocional, e aumento do risco para doenças infectocontagiosas. Em longo prazo, associa-se a aumento do risco para doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

Orientações para iniciar a introdução alimentar

- Colocar a criança sentada de forma a manter o tronco reto e sentar-se a sua frente para oferecer-lhe a refeição.
- Cuidadores que alimentam a criança devem disponibilizar tempo e atenção durante as refeições, respeitando o ritmo, interagindo e estimulando que a criança interaja com os alimentos. Deve-se evitar distrações excessivas (celular, tablet, TV, outras telas).
- Os alimentos devem ser cozidos em água suficiente para ficarem macios, ou seja, deve sobrar pouca água na panela.
- O prato dever conter alimentos de cada grupo: feijões; cereais ou raízes ou tubérculos; carnes ou ovos; legumes e verduras. No caso de legumes e verduras, quando possível, pode-se colocar mais de um alimento deste grupo.
- Para completar a refeição, pode-se oferecer um pedaço de fruta, junto ou logo após a refeição. A maioria das frutas contém vitamina C, que facilita o aproveitamento do ferro do feijão e das verduras pelo organismo, ajudando a prevenir a anemia.
- Oferecer frutas no meio da manhã e no meio da tarde à criança.
- Não é necessário a oferta de sucos de frutas à criança menor de 1 ano, mesmo aqueles feitos somente com fruta. Entre 1 e 3 anos de idade, eles continuam não sendo necessários, mas se forem oferecidos, pode-se dar cerca de 120

- mL de suco por dia, desde que seja natural da fruta e sem adição de açúcar.
- Não é indicado peneirar ou bater os alimentos no liquidificador, basta amassá-los com o garfo e oferecê-los separadamente no prato.
 - A criança também deve experimentar e explorar com as mãos os alimentos oferecidos (inteiros ou parcialmente cortados), para que entre em contato com diferentes formas, texturas e temperaturas como parte natural de seu aprendizado sensório-motor.
 - Podem ser necessárias de oito a dez tentativas para que a criança aceite um novo alimento. Variar a forma de preparo pode facilitar a aceitação.
 - Respeitar os sinais de fome e saciedade.
 - Se a alimentação da família for saudável, a comida da criança não precisa ser diferente da comida da família, basta modificar a consistência.
 - Para as famílias acostumadas a temperos muito picantes, recomenda-se separar um pouco de comida para a criança antes de acrescentar esses tipos de tempero.
 - Recomenda-se escolher os alimentos que estão na safra, pois são mais saborosos, nutritivos e baratos.
 - A oferta de água deve iniciar a partir do momento que houver a introdução alimentar ou em uso do leite de vaca.
 - A criança que recebe somente fórmula infantil, desde que preparada de forma adequada, também não necessita receber água.
 - A água deve ser oferecida em copo, xícara ou colher evitando uso de mamadeiras ou chuquinhas. A criança deve estar sentada, com a cabeça e o pescoço firmes e alinhados.
 - Oferecer água nos intervalos das refeições. Água de coco, chás e outras bebidas não substituem a água.
 - A água deve ser filtrada, fervida ou tratada com hipoclorito de sódio.

Quadro 9 – Alimentos que podem ser incluídos na introdução alimentar.

| GRUPOS DE ALIMENTOS | |
|------------------------------|--|
| Grupo das leguminosas | todos os tipos de feijão (branco, carioca, feijão-de-corda, feijão-fava, fradinho, jalo roxo, mulatinho, preto, rajado, roxinho, vermelho), ervilha, grão-de-bico, soja e lentilha |
| Grupo dos cereais | arroz, arroz integral, aveia, centeio, milho, trigo, trigoilho (trigo para |

| | |
|---|---|
| | quibe), e os diferentes tipos de farinha nas mais diversas texturas e refinos, como fubá, flocão, amido de milho, farinha de trigo, entre outros |
| Grupo das raízes e tubérculos | batatas (doce, inglesa ou baroa — também chamada de mandioquinha, batata-salsa ou cenourinha-amarela), cará, inhame e mandioca (conhecida também como aipim ou macaxeira) |
| Grupo dos legumes e verduras | abóbora (ou jerimum), abobrinha, berinjela, beterraba, cenoura, chuchu, gueroba, ervilha torta, jiló, jurubeba, maxixe, pepino, pimentão, quiabo, tomate e vagem. Entre as verduras podemos citar: acelga, agrião, alface, almeirão, beldroega, brócolis, catalonha, cebola, chicória, couve, couve-flor, espinafre, jambu, major-gomes, mostarda, ora-pro-nóbis, repolho, taioba |
| Grupo das frutas | abacate, abacaxi, abiu, açaí, acerola, ameixa, amora, araçá, banana, cajá, caju, caqui, carambola, cereja, cupuaçu, figo, goiaba, graviola, jabuticaba, jaca, jenipapo, laranja, tangerina (também conhecida como bergamota ou mexerica), lima, maçã, mangaba, mamão, maracujá, melancia, melão, morango, pequi, pera, pêssego, pitanga, pomelo, romã, umbu, uva |
| Grupo das carnes e ovos | carnes bovina, suína, caprina, búfalo, aves, coelho, pescados, frutos do mar, ovos de galinha e de outras aves. Inclui vísceras ou miúdos de animais, como fígado bovino e de aves, estômago ou bucho, tripa e moela de frango |
| Grupo dos leites e queijos | coalhadas, iogurtes naturais sem açúcar e queijos |
| Grupo de amendoim, castanhas e nozes | amêndoas, amendoim, avelã, castanhas de caju, castanha do Pará/do Brasil, castanha de baru, noz-pecã, pistache |

Fonte: Adaptado de *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*, Ministério da Saúde, 2019.

Quadro 10 – Alimentação para crianças em aleitamento materno

| | Aos 6 meses | Entre 7 e 8 meses | Entre 9 e 11 meses | Entre 1 e 2 anos |
|---|--|-----------------------|-----------------------|--|
| *Aleitamento materno sempre que a criança quiser* | | | | |
| Café da manhã | Leite materno | Leite materno | Leite materno | - Fruta + leite materno ou - Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) + leite materno ou - Raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) + leite materno |
| Lanche da manhã | Fruta e leite materno | Fruta e leite materno | Fruta e leite materno | |
| Almoço | É recomendado que o prato da criança tenha: 1 alimento do grupo dos cereais e tubérculos; 1 alimento do grupo dos feijões; 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; | | | |

| | | | | |
|------------------------|--|------------------------|------------------------|------------------------|
| Quantidade aproximada: | 1 alimento do grupo das carnes e ovos; Junto com a refeição pode ser oferecido um pedaço de fruta | | | |
| | 2 a 3 colheres de sopa por refeição | 3 a 4 colheres de sopa | 4 a 5 colheres de sopa | 5 a 6 colheres de sopa |
| Lanche da tarde | Fruta e leite materno | Fruta e leite materno | Fruta e leite materno | Igual café da manhã |
| Jantar | Leite materno | Igual ao almoço | | |
| Antes de dormir | Leite materno | Leite materno | Leite materno | Leite materno |

Fonte: Adaptado de *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*, Ministério da Saúde, 2019.

Quadro 11 – Alimentação para crianças em uso de fórmula infantil

| | Aos 6 meses | Entre 7 e 8 meses | Entre 9 e 11 meses | Entre 1 e 2 anos |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Café da manhã | Fórmula infantil | Fórmula infantil | Fórmula infantil | - Fruta + Leite ou - Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) + Leite ou - Raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) + Leite |
| Lanche da manhã | Fruta | Fruta | Fruta | |
| Almoço | É recomendado que o prato da criança tenha: 1 alimento do grupo dos cereais e tubérculos; 1 alimento do grupo dos feijões; 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; 1 alimento do grupo das carnes e ovos; Junto com a refeição pode ser oferecido um pedaço de fruta | | | |
| Quantidade aproximada: | 2 a 3 colheres de sopa por refeição | 3 a 4 colheres de sopa | 4 a 5 colheres de sopa | 5 a 6 colheres de sopa |
| Lanche da tarde | Fruta + Fórmula infantil | Fruta + Fórmula infantil | Fruta + Fórmula infantil | Igual café da manhã |
| Jantar | Fórmula infantil | Igual ao almoço | | |
| Antes de dormir | Fórmula infantil | Fórmula infantil | Fórmula infantil | Leite |

Fonte: Adaptado de *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*, Ministério da Saúde, 2019.

Quadro 12 – Alimentação para crianças que estão com leite de vaca

| | Aos 4 meses | Entre 5 e 6 meses | Entre 7 e 8 meses | Entre 9 e 11 meses | Entre 1 e 2 anos |
|------------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------|--|
| Café da manhã | Leite de vaca | Leite de vaca | Leite de vaca | Leite de vaca | - Fruta + Leite ou -Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) + Leite ou -Raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) + Leite |
| Lanche da manhã | Fruta | Fruta | Fruta | Fruta | |
| Almoço | É recomendado que o prato da criança tenha: 1 alimento do grupo dos cereais e tubérculos; 1 alimento do grupo dos feijões; 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; 1 alimento do grupo das carnes e ovos; Junto com a refeição pode ser oferecido um pedaço de fruta. | | | | |
| Quantidade aproximada: | 2 a 3 colheres de sopa por refeição | 3 a 4 colheres de sopa | 4 a 5 colheres de sopa | 5 a 6 colheres de sopa | |
| Lanche da tarde | | Fruta + Leite de vaca | Fruta + Leite de vaca | Fruta + Leite de vaca | Igual café da manhã |
| Jantar | Leite de vaca | Igual ao almoço | | | |
| Antes de dormir | Leite de vaca | Leite de vaca | Leite de vaca | Leite de vaca | Leite de vaca |

Fonte: Adaptado de *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*, Ministério da Saúde, 2019.

Formas de oferecer as refeições e consistência

As práticas de alimentação devem incentivar a criança a comer de forma autônoma, respeitando suas preferências, desenvolvimento, necessidades fisiológicas e apetite.

A criança também deve experimentar e explorar os alimentos oferecidos (inteiros ou parcialmente cortados) com as mãos, para que entre em contato com diferentes formas, texturas e temperatura como parte natural de seu aprendizado sensório-motor. Deve-se estimular a interação com a comida, evoluindo a

consistência e diversidade de acordo com seu tempo de desenvolvimento. Esta metodologia tem sido chamada de BLW, do inglês *Baby-Led Weaning* que significa desmame guiado pelo bebê.

Os cuidadores não devem forçar a criança a comer, além de não oferecer alimentos na forma líquida e não adicionar leite ou suco às preparações para melhorar a aceitação.

Quadro 13 – Sinais de fome e saciedade e consistência dos alimentos em cada fase

| | Sinais de fome | Sinais de saciedade | Consistência |
|---------------------------|---|---|--|
| 6 meses | Chora e se inclina para frente quando a colher está próxima, segura a mão da pessoa que está oferecendo a comida e abre a boca. | Vira a cabeça ou o corpo, perde o interesse na alimentação, empurra a mão da pessoa que está oferecendo a comida, fecha a boca, parece angustiada ou chora. | Deixe que ela use as mãos para segurar o alimento ou uma colher de tamanho adequado para pegá-los. Na colher oferecer bem amassados com garfo. As carnes devem ser bem cozidas e oferecidas em pedaços pequenos (picados ou desfiados). Alimentos crus, como frutas e alguns legumes, podem ser raspados ou amassados. |
| Entre 7 e 8 meses | inclina-se para a colher ou alimento, pega ou aponta para a comida | Come mais devagar, fecha a boca ou empurra o alimento. Fica com a comida parada na boca sem engolir | Alimentos menos amassados ou bem picados Oferecer alguns alimentos macios em pedaços grandes o suficiente para que a criança possa pegar com as próprias mãos e tentar comer sozinha. |
| Entre 9 e 11 meses | Aponta ou pega alimentos, fica excitada quando vê o alimento. | Come mais devagar, fecha a boca ou empurra o alimento. Fica com a comida parada na boca sem engolir. | Alimentos picados próximo da consistência dos alimentos da família. As carnes podem ser desfiadas. Oferecer alimentos para que a criança pegue com as mãos, estimulando o movimento de pinça e, também, ensiná-la a cortar os alimentos com os dentes da frente para estimular o crescimento e desenvolvimento da mandíbula. As carnes podem ser desfiadas. |

| | | | |
|-------------------------|--|---|---|
| Entre 1 e 2 anos | Combina palavras e gestos para expressar vontade por alimentos específicos, leva a pessoa que cuida ao local onde os alimentos estão, aponta para eles | Balança a cabeça, diz que não quer, retira-se da mesa, brinca com o alimento, joga-o longe. | Pedacos maiores e na mesma consistência da comida da família. |
|-------------------------|--|---|---|

Fonte: Adaptado de *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*, Ministério da Saúde, 2019.

Alimentos que não devem ser oferecidos

- Açúcar, enlatados, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida;
- O consumo de mel deve ser evitado no primeiro ano de vida. O mel pode conter esporos de *Clostridium botulinum*, que nas condições do intestino da criança, mais propícias para germinação e produção da toxina, pode levar ao botulismo. Os alimentos em conserva, tais como palmito e picles, e os alimentos embutidos, tais como salsichas, salames, presuntos e patês, também constituem fontes potenciais de contaminação por esporos de *C. botulinum* e devem ser evitados;
- Pipoca, devido ao risco de engasgos;
- Leites desnatados, aromatizados ou adoçados.

Orientar os irmãos maiores a não oferecerem doces e industrializados

4.6.2 Oferta de leite após a introdução alimentar

Crianças que estão em aleitamento materno: manter o aleitamento por livre demanda.

Crianças não amamentadas com leite materno:

De acordo com as diretrizes da OMS de 2023 lactentes não amamentados:

- de 6 a 11 meses: fórmulas infantis à base de leite de vaca são a primeira opção, e a segunda, a oferta do leite de vaca. O Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, do Ministério da Saúde, sugere o leite de vaca após os 9 meses de vida, e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018) propõem apenas após os 12 meses de idade.
- após os 12 meses: é indicado o a oferta do leite de vaca, ou seja, não são mais

recomendadas as fórmulas infantis e/ou compostos lácteos nessa faixa etária.

Fórmulas infantis / Compostos lácteos/ Leite de vaca

O leite materno é o principal alimento do bebê, e o mais benéfico, sendo indicado exclusivamente até os 6 meses e depois de forma complementada até pelo menos 2 anos. Diante da impossibilidade do aleitamento materno, é recomendado que crianças menores de seis meses de vida sejam alimentadas com fórmulas infantis para lactentes e as de seis a doze meses com fórmulas de seguimento para lactentes. A partir dos 12 meses, pelas novas recomendações da OMS de 2023, o leite de vaca pode ser ofertado, deixando de ser recomendadas as fórmulas infantis.

Importante destacar que o leite de vaca possui muito mais proteínas que o leite humano e essas são diferentes das do leite materno. A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina e a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana. Além disso, o leite de vaca apresenta uma inadequada relação entre a caseína e as proteínas do soro, elevados teores de sódio, de cloretos, de potássio e de fósforo e quantidades insuficientes de carboidratos, de ácidos graxos essenciais, de vitaminas e de minerais para essa faixa etária.

As fórmulas infantis para lactentes correspondem a leites industrializados indicados para lactentes que não estão em aleitamento materno. A grande maioria das fórmulas existentes no comércio é elaborada a base de leite de vaca e seguem as recomendações do “*Codex Alimentarius*”. No entanto, apesar de sua adaptação com relação ao carboidrato, proteínas e vitamina, os fatores anti-infecciosos e bioativos encontrados no leite materno não são encontrados nas fórmulas infantis.

Em resumo, conforme sintetiza o manual Saúde da Criança – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar do Ministério da Saúde (2015), encontram-se no mercado os seguintes produtos:

- Fórmulas infantis de partida (para lactentes do nascimento até seis meses)
- Fórmulas infantis de seguimento (para lactentes a partir dos seis meses)
- Fórmulas infantis de primeira infância (para crianças de um a três anos): **NÃO RECOMENDADAS**
- Composto lácteo: Eles são produzidos com uma mistura de leite (no mínimo 51%) e outros ingredientes lácteos ou não lácteos e costumam conter açúcar e aditivos alimentares. Não são indicados para crianças menores de 2 anos pela presença de açúcar e aditivos alimentares. **NÃO RECOMENDADOS.**

Apesar de proporcionar o conteúdo nutricional necessário, as fórmulas não são estéreis e estão sujeita às mesmas preocupações de segurança, como cuidados com a higiene na preparação e abastecimento de água potável. Esses cuidados devem ser ainda maiores nos primeiros seis meses. Os profissionais de saúde devem orientar as mães e cuidadores quanto ao preparo adequado das refeições lácteas e os cuidados com a higiene. É necessário recomendar:

- Lavagem das mãos e utensílios (colheres, jarras, copos etc.) com água e sabão, usando panos limpos e secos para enxugá-las antes de preparar e oferecer as refeições lácteas;
- Lavagem da superfície onde será preparada a refeição láctea com água e sabão;
- Utilizar água tratada, fervida e filtrada para a diluição do leite, se necessário;
- As refeições lácteas devem ser preparadas próximas ao momento do consumo;
- Não se deve oferecer à criança sobras da refeição láctea anterior.

As crianças devem receber as refeições lácteas preferencialmente em copos ou copinhos. A mamadeira é um grande veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarreias. Sua utilização está associada também com maior risco de desmame precoce, problemas orofaciais, de fala e dentição. Na impossibilidade de evitar seu uso, o profissional de saúde deve orientar a higienização adequada, pois o acúmulo de alimentos, na mamadeira ou bico, aumenta os riscos de contaminação. É necessário lavar com água e sabão para retirar toda a sujeira e ferver em água limpa e panela tampada por pelo menos 15 minutos após cada uso. Sempre que possível, seu uso deve ser desestimulado. Os copos e xícaras são mais baratos e fáceis de higienizar.

O Ministério da Saúde lista 12 passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos. São eles:

PASSO 1. Amamentar até os 2 anos ou mais, oferecendo somente leite materno até os 6 meses.

PASSO 2. Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do leite materno a partir dos 6 meses.

PASSO 3. Oferecer água própria para o consumo em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.

PASSO 4. Oferecer a comida amassada quando a criança começar a receber outros alimentos além do leite materno.

PASSO 5. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança de até 2 anos de idade.

PASSO 6. Não oferecer alimentos ultraprocessados.

PASSO 7. Cozinhar a mesma comida para a criança e a família.

PASSO 8. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.

PASSO 9. Prestar atenção aos sinais de fome e de saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.

PASSO 10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.

PASSO 11. Oferecer alimentação adequada e saudável também fora de casa.

PASSO 12. Proteger a criança da publicidade dos alimentos

REFERÊNCIAS – Puericultura com o(a) nutricionista

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos.

Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf.

Acesso em: 18.abr,2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual da alimentação da infância à adolescência. Departamento Científico de Nutrologia, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos.

Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf.

Acesso em: 28.jan,2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual da alimentação da infância à adolescência. Departamento Científico de Nutrologia, 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia Prático de Alimentação da Criança

de 0 a 5 Anos. Departamento Científico de Nutrologia e pediatria ambulatorial, 2021 Disponível em: https://spdf.com.br/wp-content/uploads/2021/10/23148c-Gprat_Aliment_Cr_0-5_anos_SITE__002_.pdf Acesso em: 28.jan,2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília; (Cadernos de Atenção Básica n. 23) 2015:184p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 28.jan,2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Aleitamento e alimentação complementar Análise sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde – 2023 . Departamentos Científicos de Aleitamento Materno e Nutrologia (gestão 2022-2024). Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24308b-Nespecial-Aleitam_e_AlimentComplementar.pdf. Acesso em 10.mai,2024

WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em :

https://reliefweb.int/report/world/whoguideline-complementary-feeding-infantsand-young-children-6-23-months-age?gad_

[source=1&gclid=Cj0KCQjwy4KqBhD0ARIsAEb](https://reliefweb.int/report/world/whoguideline-complementary-feeding-infantsand-young-children-6-23-months-age?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwy4KqBhD0ARIsAEb)

[Ct6iXOcbyLW76capicaYmIWNUDAEt5Lnm9vgvCrI6BCMg5ND98vjbBDYaAoh2EALw_wcB](https://reliefweb.int/report/world/whoguideline-complementary-feeding-infantsand-young-children-6-23-months-age?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwy4KqBhD0ARIsAEbCt6iXOcbyLW76capicaYmIWNUDAEt5Lnm9vgvCrI6BCMg5ND98vjbBDYaAoh2EALw_wcB) . Acesso em 10.mai,2024

5. PUERICULTURA COM A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Conforme apresentado no Quadro 1, propõe-se que a puericultura odontológica ocorra com 5 meses e 24 meses.

5.1 Puericultura com a equipe de saúde bucal aos 5 meses



Figura 17 – Exame clínico bucal da criança aos 5 meses. Fonte: Adaptado de Manual de orientações odontopediátricas [recurso eletrônico]: para crianças de 0 a 2 anos BRASIL, TRIBINAL SUPERIOR DE JUSTIÇA, 2023.

5.1.1 Objetivos

- Promover a conscientização sobre a importância da saúde bucal do bebê
- Orientar os pais e/ou responsáveis sobre os aspectos do desenvolvimento
- Enfatizar medidas preventivas e de cuidados odontológicos
- Exame clínico minucioso da cavidade bucal do bebê

5.1.2 Temas

- 1) Saúde x Doença: relação da saúde bucal e saúde geral
- 2) Dentes decíduos
- 3) Sinais e sintomatologia do irrompimento dentário e métodos de manejo
- 4) Higiene Bucal
- 5) Formação do paladar e dieta cariogênica
- 6) Hábitos de sucção não nutritivos
- 7) Uso do copo

5.1.3 Profissionais e atribuições

- Nutricionista: avaliação e interpretação da curva de peso e crescimento, orientações de introdução alimentar e identificação de possível alteração na classificação de risco
- Equipe de saúde bucal: educação em saúde e exame clínico odontológico

- Auxiliar de enfermagem: realização das medidas antropométricas, verificar carteira de vacina, orientações em saúde, classificação de risco e agendar a próxima puericultura
- Agente comunitário: auxiliar e organizar a roda de conversa para as orientações, buscas ativas e orientações em saúde.

5.1.4 Materiais necessários

Data show, computador, macromodelo, materiais educativos, equipamentos de proteção individual (EPIs), instrumental clínico, gaze e flúor.

ATENÇÃO! Lembrar de solicitar para que o responsável traga a escova de dente e dentífrico, caso já utilize para higiene bucal.

5.1.5 Roteiro do grupo com a equipe de saúde bucal

1. Acolher os participantes em formato de roda.
2. Apresentar o tema e o objetivo do grupo.
3. Estimular os participantes a compartilharem informações sobre saúde bucal e apresentar as temáticas como:
 - Saúde x Doença: relação da saúde bucal e saúde geral.
 - Dentes decíduos: o que são e quantos são, cronologia do irrompimento, problemas relacionados ao irrompimento, funções (mastigação estética, fonética, manter espaço, guia de erupção).
 - Sinais e sintomatologia do irrompimento dentário e métodos de manejo.
 - Higiene Bucal: uso da escova dental, dentífrico com flúor e fio dental. Presença de biofilme dental: cor do dente sem biofilme dental (limpo) x cor do dente com biofilme dental (sujo) – ensinar a identificar biofilme dental visível.
 - Formação do paladar e dieta cariogênica.
 - Hábitos de sucção não nutritivos: chupeta, mamadeira, sucção digital e possíveis relações com a má oclusão e alterações no sistema respiratório.
 - Uso do copo: vantagens do uso e tipos de copos.

5.1.6 Exame Clínico

- Deverá ser realizado em todas as reuniões de Puericultura.

- Sempre que possível a avaliação deverá ser realizada no local do grupo para a otimização dos atendimentos, utilizando-se da técnica do joelho a joelho ou da macri.
- Examinar cuidadosamente a cavidade bucal, incluindo lábios, vestíbulo, freio labial, mucosa jugal e labial, rodetes gengivais, palatos duro e mole, língua, freio lingual, soalho de boca e, por fim, os dentes (se já estiverem presentes).
- Demonstrar como o responsável deverá higienizar a boca ou limpar/escovar os dentes. O profissional demonstra na criança os procedimentos de limpeza, podendo solicitar ao responsável que os realize também a fim de que possíveis falhas possam ser corrigidas. Podendo ainda, nas crianças que já apresentarem dentes, realizar-se a aplicação do evidenciador de placa para melhor visualização do biofilme.

ATENÇÃO! Além do registro da atividade coletiva no PEC, é necessário registrar os atendimentos odontológicos individuais.

A apresentação base está disponibilizada no endereço: comum/DAPS/ 2. Gestão de serviços da saúde/Odontologia/ Material para palestras/ Pueri saúde bucal 5 meses.

5.2 Puericultura com a equipe de saúde bucal aos 24 meses



Figura 18 – Higiene bucal da criança aos 24 meses. Fonte: Adaptado de Manual de orientações odontopediátricas [recurso eletrônico]: para crianças de 0 a 2 anos BRASIL, TRIBINAL SUPERIOR DE JUSTIÇA, 2023.

5.2.1 Objetivos

- Prevenir doenças bucais e manter a saúde bucal.
- Orientar os pais e/ou responsáveis sobre os aspectos do desenvolvimento.
- Enfatizar medidas preventivas e de cuidados odontológicos.

- Exame clínico minucioso da cavidade bucal e condicionamento.

5.2.2 Temas

- 1) Cárie precoce da infância
- 2) Higiene Bucal
- 3) Hábitos de sucção não nutritivos
- 4) Uso do copo
- 5) Traumatismo dentário

5.2.3 Profissionais e atribuições

- Equipe da saúde bucal: educação em saúde e exame clínico odontológico
- Nutricionista: avaliação e interpretação das curvas de peso e de crescimento, orientações de introdução alimentar e identificação de possível alteração na classificação de risco.
- Auxiliar de enfermagem: realização das medidas antropométricas, verificação das carteiras de vacina, orientações em saúde, aprazamento da próxima puericultura
- Agente comunitário: auxiliar e organizar a roda de conversa para as orientações, buscas ativas, orientações em saúde.

5.2.4 Materiais necessários

Datashow, computador, macromodelo, materiais educativos, EPIs, instrumental clínico, gaze e flúor.

ATENÇÃO!

Lembrar de solicitar para que o responsável traga a escova de dente e dentifrício utilizados na higiene bucal diária.

5.2.5 Roteiro do grupo com a equipe de saúde bucal

1. Acolher os participantes em formato de roda
2. Apresentar o tema e o objetivo do grupo
3. Estimular os participantes a compartilharem informações sobre saúde bucal e apresentar as temáticas como:
 - Cárie precoce da infância: prevenção, fatores de risco, evolução da doença e suas repercussões
 - Higiene Bucal: uso da escova dental, dentifrício com flúor e fio dental.

Técnicas de escovação

- Hábitos de sucção não nutritivos: chupeta, mamadeira, sucção digital e possíveis relações com a má oclusão e alterações no sistema respiratório
- Benefícios do uso do copo
- Traumatismo dentário: prevenção, tipos de trauma e suas repercussões, condutas e cuidados diante do trauma

5.2.6 Exame Clínico

- Deverá ser realizado em todas as reuniões de Puericultura.
- Sempre que possível a avaliação deverá ser realizada no local do grupo para a otimização dos atendimentos, utilizando-se da técnica do joelho a joelho ou da macri.
- Examinar cuidadosamente a cavidade bucal, incluindo lábios, vestibulo, freio labial, mucosa jugal e labial, rodetes gengivais, palatos duro e mole, língua, freio lingual, soalho de boca e, por fim, os dentes.
- Demonstrar como o responsável deverá higienizar a boca ou limpar/escovar os dentes. O profissional deve demonstrar na criança os procedimentos de limpeza, podendo solicitar ao responsável que os realize também a fim de que possíveis falhas possam ser corrigidas. É possível ainda realizar-se a aplicação do evidenciador de placa para melhor visualização do biofilme.

ATENÇÃO!

Além do registro da atividade coletiva, é necessário registrar os atendimentos odontológicos individuais.

O material sugerido para utilizar-se como apresentação base está disponível no diretório: comum/DAPS/ 2. Gestão de serviços da saúde/Odontologia/ Material para palestras/ Pueri saúde bucal 24 meses.

REFERÊNCIAS – Puericultura com a equipe e saúde bucal

GLOBAL CHILD DENTAL FUND; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de saúde oral maternp-infantil. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Guia-de-Saude_Oral-Materno-

Infantil.pdf_Acesso em out 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PARANÁ; SOCIEDADE PARANANENSE E PEDIATRIA. Guia de orientação de saúde bucal para os primeiros anos de vida. Disponível em:

<https://www.cropr.org.br/uploads/arquivo/90bee6d53057e0695508064d3392ccef.pdf>

Acesso em out 2024.

NUNES, MARIA FELIX FERNANDES; SERPA, ELIANE BATISTA DE MEDEIROS; FARIAS, ISABELA ALBUQUERQUE PASSOS (organizadoras). Manual de orientações odontológicas para bebês. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

Disponível em:

<http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/view/831/836/6663-1> . Acesso em out 2024.

FREIRE-MAIA, FERNANDA BARTOLOMEO; FERREIRA, FERNANDA MORAIS. Guia de Orientações Odontológicas para bebês. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2017.

Disponível em: [https://www.odonto.ufmg.br/opo/wp-](https://www.odonto.ufmg.br/opo/wp-content/uploads/sites/6/2017/10/Guia-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-Odontol%C3%B3gicas%20para-Bebes-IMPRESSO.pdf)

[content/uploads/sites/6/2017/10/Guia-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-](https://www.odonto.ufmg.br/opo/wp-content/uploads/sites/6/2017/10/Guia-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-Odontol%C3%B3gicas%20para-Bebes-IMPRESSO.pdf)

[Odontol%C3%B3gicas%20para-Bebes-IMPRESSO.pdf](https://www.odonto.ufmg.br/opo/wp-content/uploads/sites/6/2017/10/Guia-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-Odontol%C3%B3gicas%20para-Bebes-IMPRESSO.pdf) Acesso em out 2024.

*Fonte imagens: Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Manual de orientações odontopediátricas [recurso eletrônico]: para crianças de 0 a 2 anos / Superior Tribunal de Justiça, Secretaria de Serviços Integrados de Saúde — Brasília: Superior Tribunal de Justiça — STJ, 2023. Dados eletrônicos (1 arquivo: PDF 117 páginas).

6. PUERICULTURA COM O(A) FISIOTERAPEUTA

Propõe-se que a puericultura compartilhada com o fisioterapeuta ocorra com 8 meses; no entanto, é válido ressaltar que crianças com suspeita ou identificação concreta de atraso no neurodesenvolvimento devem ser encaminhadas para consulta e acompanhamento em qualquer idade.

6.1 Objetivos

- Avaliar se a criança apresenta os marcos motores referente a 8 meses
- Promover a troca de experiências entre as famílias
- Estimular o brincar e incentivar brincadeiras no chão
- Esclarecer dúvidas dos pais, familiares e /ou responsáveis sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, e futura marcha.
- Proporcionar que os pais aprendam maneiras de estimular as crianças de forma lúdica em sua rotina familiar
- Identificar os riscos aos quais as crianças podem ser expostas no próprio lar e orientar os pais e /ou responsáveis quanto a prevenção de acidentes domésticos
- Questionar se adota postura de “sentar em W”
- Prevenir quanto aos riscos do uso de andador (“disquinho”).

6.2 Temas

- 1) Avaliação do desenvolvimento motor
- 2) Dúvidas sobre as próximas etapas - engatinhar, aquisição da marcha
- 3) Prevenção de acidentes
- 4) Orientações domiciliares para os pais, familiares ou responsáveis.

6.3 Profissionais e atribuições

- Fisioterapeuta: Avaliação e identificação de atraso motor, riscos de acidentes domésticos e orientações domiciliares; Avaliação e interpretação das curvas de peso e de crescimento e identificação de possível alteração na classificação de risco
- Auxiliar de enfermagem: realização das medidas antropométricas, verificação das carteiras de vacina, orientações em saúde, aprazamento da próxima puericultura
- Agente comunitário: auxiliar e organizar a roda de conversa para as orientações, buscas ativas, orientações em saúde.

6.4 Materiais Necessários

Colchonetes, brinquedos, datashow, folder de orientações (Folder B), balança, régua antropométrica, fita métrica.



Figura 19 – Folder B: Os riscos do uso do andador. Elaboração própria.

6.5 Roteiro do grupo com o(a) fisioterapeuta

1. Acolher os participantes em formato de roda;
2. Apresentar o tema e o objetivo do grupo;
3. Estimular os participantes compartilharem informações por meio de indagações como as seguintes:

- Onde e em que tipos de espaços a criança costuma brincar? (Para verificar se brinca no chão e se tem espaço para desenvolver suas habilidades e descobertas ou se permanece muito no carrinho ou berço)
- Tem irmãos? Se sim, brincam juntos?
- Possui o hábito de assistir TV, usar tablet ou celular? Qual a rotina de uso?
- A criança vai à creche?
- Observar e, se necessário, indagar se a criança já se senta, se senta “em W”, se tenta se arrastar de barriga, rolando ou sobre as nádegas. Caso já engatinhe, como é o engatinhar?
- A criança tem interesse pelos brinquedos, pega e joga os objetos?
- Presta atenção nas conversas, reconhece o próprio nome, interage com outras crianças?

- Já ocorreu algum acidente doméstico envolvendo a criança, como quedas, batidas de cabeça, queimaduras, afogamentos, cortes, ingestão de corpo estranho?
- Qual o tipo de calçados a criança usa?

É importante estimular os pais reduzirem o tempo na cadeirinha, carrinho e colo, e a colocar mais o bebê no chão. Durante o grupo, é importante demonstrar como os pais podem/devem estimular os bebês por meio de brincadeiras no chão, espalhando objetos e brinquedos a curta distância do bebê, para que ele precise adotar posturas e mobilidade necessárias para alcançar os objetos. Esse movimento exige que ele se apoie em um dos braços e use o outro para pegar o objeto, desenvolvendo a coordenação motora e aprendendo a distribuir o peso de um lado para o outro.

O fisioterapeuta deve explicar os prejuízos da postura sentar-se em W (descritos ao final do roteiro), e falar sobre as formas de engatinhar além da clássica em 4 pontos, conforme a figura a seguir:



Figura 20 – Formas diversificadas de engatinhar. Fonte: Blog Kinedu. Disponível em: <https://blog-pt.kinedu.com/as-diferentes-manieras-e-estilos-na-hora-de-engatinhar-2-2/>

É muito importante ressaltar os perigos de acidentes domésticos, uma vez que nessa fase a criança tende a se deslocar por meio do engatinhar; essa habilidade adquirida associada à curiosidade diante do ambiente pode resultar em situações de risco variável, que podem ir desde a esvaziar armários e gavetas, a até resultar em afogamentos com baldes com água, ingestão de produtos de limpeza (são coloridos e parecem sucos), choques e quedas. Importante indagar sobre a presença de escadas no domicílio, tomadas de fácil acesso, mesas com quinas; se a lavanderia ou área de serviço tem porta, se os produtos de limpeza e utensílios de cozinha estão fora do alcance das crianças.

Orientar o uso de calçados adequados visando a marcha e posicionamento correto dos pés e a viabilizar que brinque descalço em diferentes superfícies. Nesse momento podemos esclarecer dúvidas sobre a futura marcha, incluindo a informação da idade considerada “limite” para que a criança adquira essa habilidade (1 ano e 3 meses), pois existe um anseio grande por parte dos pais que os filhos devam andar com 1 ano.

Observar a presença de pé torto e a formação de arco plantar, e fornecer os esclarecimentos necessários a fim de minimizar os anseios da família. O fisioterapeuta também deve acolher e sanar dúvidas e questionamentos sobre o alinhamento dos membros inferiores. O joelho normal na infância é moderadamente varo após o nascimento e torna-se valgo durante os primeiros anos de marcha (entre os 3 e os 6 anos de idade é fisiológico); na sequência, a tendência é perder o valgismo e evoluir para o alinhamento dos membros inferiores. Já o varismo deve ser observado e acompanhado, principalmente se for assimétrico ou unilateral.



Figura 21 – Evolução do alinhamento de membros inferiores na infância. Fonte: Extraído de <https://ortopedistadojoelho.com.br/joelho-valgo-na-crianca/>

4. Avaliação antropométrica: medidas de perímetro cefálico, peso, estatura e IMC. Importante avaliação em curvas de crescimento. Anotar sempre nas carteirinhas.
5. Avaliação da carteira de vacina, estratificação de risco, marcação da próxima consulta.
6. Busca ativa dos faltosos.

6.6 Fundamentação teórica

6.6.1 Desenvolvimento motor

O desenvolvimento motor recebe várias denominações: desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento neurossensoriomotor, desenvolvimento motor típico ou atípico. Por definição, o desenvolvimento motor é um conjunto de características, que se desenvolvem em processo sequencial e em constante aprimoramento, que permite ao bebê evoluir de uma atividade inicialmente reflexa à motricidade voluntária, executando movimentos cada vez mais complexos e coordenados. Os movimentos e habilidades adquiridas têm direção cefalocaudal, e próximo-distal, por último, observa-se a aquisição de motricidade

Anteriormente, acreditava-se que as mudanças no comportamento motor estavam relacionadas diretamente à maturação do sistema nervoso central. Atualmente, sabe-se que o processo de desenvolvimento ocorre de forma dinâmica e pode estar associado aos estímulos externos, como condições de moradia, saneamento, estímulos precários e pouco espaço para desenvolver o brincar. Dentre os fatores biológicos que podem alterar o curso normal do desenvolvimento motor encontram-se: baixo peso ao nascer, distúrbios cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, infecções neonatais, desnutrição e prematuridade. É imprescindível considerar a idade gestacional de nascimento, e caso a criança tenha nascido prematura, calcular a idade corrigida, com objetivo de adequar a avaliação.

O desenvolvimento neuropsicomotor repercute em outras questões do desenvolvimento, pois é a base para o desenvolvimento cognitivo e para o aprendizado escolar. O fisioterapeuta tem conhecimento técnico específico necessário para identificar desvios do desenvolvimento motor normal, proporcionando estímulos e contribuindo para o tratamento adequado a criança. Para isso, deve estar atento aos marcos motores e características do desenvolvimento infantil, colaborando com a identificação precoce dos fatores de risco e identificar atrasos motores. Além disso, o fisioterapeuta colabora em outros atendimentos infantis, como por exemplo: torcicolo congênito, pé torto congênito,

anoxia neonatal, alterações neurológicas, bebê chiador, agenesia de membros, malformações congênitas, Síndrome de Down, entre outras.

No atendimento de puericultura o fisioterapeuta pode identificar desvios do desenvolvimento motor e intervir nesse processo, estimulando a aquisição das habilidades necessárias para idade atual do bebê. Durante a avaliação fisioterapêutica são identificados distúrbios cinéticos funcionais, elaborados objetivos e planejadas as condutas mais adequadas para cada caso. Quando necessário, são feitos encaminhamentos para estimulação precoce, com atendimento multiprofissional.

É importante destacar o papel ativo dos familiares. Os pais devem seguir as orientações domiciliares para que o processo de desenvolvimento motor do bebê continue evoluindo. Crianças pouco estimuladas em seu domicílio, com espaços restritos, muitas vezes permanecendo longos períodos em carrinho, sem oportunidade de explorar o ambiente e as possibilidades do seu próprio corpo, podem apresentar atraso do desenvolvimento motor.

Ao longo do desenvolvimento psicomotor, a criança aprende a explorar os ambientes e descobre habilidades necessárias para cada fase, ganhando independência para se movimentar. Nesse momento é muito importante observar os perigos que o próprio lar pode ofertar. Os acidentes domésticos na infância têm aumentado consideravelmente e podem estar ligados ao comportamento da família, estilo de vida, fatores educacionais e à fase específica de cada criança. Trata-se de um problema de saúde pública, na maioria das vezes passível de prevenção. As crianças não sabem compreender e discernir os perigos encontrados em seus lares, daí a importância de acompanhá-las e de adequar o ambiente domiciliar como forma de segurança e prevenção.

Os fatores de risco presentes no ambiente doméstico podem prejudicar o desenvolvimento da criança, contribuindo para desencadear acidentes que, em determinados casos, podem provocar lesões graves, sequelas irreversíveis ou até a morte. Na fase de 8 meses, a criança está aumentando seu campo de exploração e conquistando maior mobilidade, dessa forma está mais sujeita aos riscos. Por isso, torna-se necessário, durante a puericultura, alertar e orientar aos pais quanto aos perigos que a criança pode ser exposta e prevenir os possíveis acidentes.

O fisioterapeuta participa de diversos aspectos abordados na Puericultura: prevenção, promoção, correção de atraso motor através da estimulação precoce, reabilitação de outros agravos e atendimento individuais quando necessário. Além disso o profissional pode promover matriciamentos de equipes, participar de grupos de

puericultura multiprofissionais, orientar os pais quanto aos cuidados, realizar consultas compartilhadas e visita domiciliar, se necessário. A seguir, os principais marcos do desenvolvimento a serem observados em cada faixa etária.



Figura 22 – Marcos do desenvolvimento motor da criança no primeiro ano. Adaptado de *Saúde da criança – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*, Ministério da Saúde, 2002.

1º MÊS

- Cabeça: É capaz de erguê-la quando está de bruços, realizando uma pequena elevação da cabeça;
- De barriga para baixo, deve conseguir virar a cabeça lateralmente para liberar vias aéreas;
- Posição uterina com braços e pernas flexionados.
- Mãos levemente fechadas;
- Conseguem se movimentar simetricamente e podem agarrar utilizando os reflexos;
- Vê somente sombras a menos de 30 centímetros de distância;
- Reconhece a mãe pelo cheiro e descobre que chorar é a melhor forma de atrair atenção;
- Reage ao som;
- Fixa o olhar em rostos e objetos próximos.

2º MÊS

- Melhor controle da cabeça quando de bruços;
- De barriga para cima, fica com a cabeça virada para o seu lado preferido, mas não apresenta dificuldades em virar-se para o outro lado;
- Ainda existe predominância da posição flexora, porém ele já consegue ficar em extensão;
- Não apresenta controle da cabeça ainda, mas já consegue acompanhar melhor os movimentos. Consegue acompanhar estímulos com a cabeça e os olhos e já começam a reconhecer o rosto da mãe;
- Suas mãos ficam mais abertas e os braços em extensão;
- Alguns bebês começam a emitir sons “e”, “u”.
- Percebe barulhos e ruídos;
- Chora e ri responsivamente;
- Movimenta ativamente os membros.

3º MÊS

- Um marco importante nessa idade é que as mãos e o rosto já atingem a linha média do corpo. Isso é muito importante para a bimanualidade nas atividades e para a realização dos principais marcos do desenvolvimento: o sentar e o andar;
- A região da coluna estará mais ereta e o bebê, quando segura o seu pé, tende a esticar as pernas. Essa movimentação é importante porque indica que há evolução da musculatura e do sistema neural;
- As mãos já estão mais abertas e conseguem pegar melhor os objetos segurando-os na mediana, porém, o soltar ainda não é voluntário e sim um reflexo;
- Um evento marcante dessa fase é que o bebê começa a morder a sua própria mão e levar objetos a boca;
- Os movimentos involuntários e os reflexos começam a diminuir;
- O bebê já consegue sustentar sua cabeça, de bruços levanta a cabeça;
- O bebê já consegue virar a cabeça e o corpo para os lados;
- Ocorre amadurecimento da função auditiva. Responde aos barulhos arregalando os olhos, franzindo a testa;
- Começa a enxergar as cores;

- Incentivar usar brinquedos e objetos que produzem sons como móveis e chocalhos;
- Colocar de bruços brincando e chamando a atenção da criança.

4º MÊS

- Tem controle de cabeça e pescoço
- Já consegue pegar e soltar e levar à boca o que quer. As mãos já estão trabalhando juntas para pegar, mover ou sacudir um brinquedo, ele pega qualquer coisa que chame a sua atenção e está ao seu alcance, por isso, cuidado com o tamanho dos tamanhos dos objetos que estão a sua volta, pois o bebê vai levar a boca;
- A criança já atingiu a sua simetria e consegue virar para os lados e manter a cabeça na linha média com o pescoço alongado. Pode começar a rolar ou se deslocar movimentando as pernas, mesmo quando de bruços e apoia-se nos antebraços;
- Quando estimulado para se sentar, consegue controlar a cabeça;
- Suas mãos já alcançam os joelhos, bate palmas e consegue segurar objetos colocados em suas mãos, mas ainda os soltam ao acaso. E seus braços já alcançam a linha média;
- O marco importante é que o bebê começa a utilizar as movimentações voluntárias e ativas do seu corpo, e os reflexos estão sumindo cada vez mais;
- Eles fazem a posição da ponte, tirando as costas do chão e ficando apoiados nos pés com a cabeça e os ombros apoiados no chão.
- Inicia-se também os movimentos de rastejar nas superfícies;
- Chora quando está sozinho – 1º sinal do desenvolvimento da sociabilidade – e responde prontamente voltando-se para a voz da mãe.

5º MÊS

- A boca é o melhor meio de explorar: morde, lambe, chupa tudo o que puder.
- Quando está deitado de barriga para baixo, levanta a cabeça e os ombros, sustentando-se sobre os antebraços;
- Apresenta o rolar;

- Puxado para sentar a cabeça acompanha o corpo;
- Distingue voz brava e calma e reage a elas.

6° MÊS

- Rola com habilidade;
- Procura objetos e sons com movimentos da cabeça;
- Pede colo, e já pode segurar a mamadeira com as duas mãos;
- Percebe que tem “vida própria” e pode não colaborar com o que não quer fazer;
- Nessa fase, o bebê já se virar sozinho, senta-se com apoio de travesseiros e almofadas e passa os objetos de uma mão para a outra;
- Senta-se sem apoio por pouco tempo, apoia as mãos na frente (reação de proteção);
- Sustenta o peso quando colocado em pé;
- Chuta, se balança, se inclina, arranha, bate, de modo rítmico e repetitivo;
- Provável que comece a treinar o engatinhar nessa fase.

7° MÊS

- Senta-se com equilíbrio;
- O bebê com 7 meses já é capaz de alcançar, pegar objetos e de os transferir de mão;
- Para se movimentar se arrasta, rola. Começa a se locomover muito mais;
- Nessa fase, o bebê inicia a preparação para engatinhar se arrastando e rolando para alcançar objetos que estão longe;
- Volta-se ao chamado;
- Interesse por figuras, cores, brinquedos.

8° MÊS

- Os brinquedos são a grande diversão do bebê – joga, pega, procura;
- Emite vários sons, tenta imitar os pais, presta atenção em conversas, reconhece o próprio nome;
- Sentado, apoia as mãos nas laterais (reação de proteção);
- Pode começar a engatinhar, mas já deve começar a se deslocar rolando ou se arrastando de “bumbum” ou de barriga.
- O engatinhar desenvolve as coordenações motoras grossa (membros) e

fina (mãos e dedos), habilidades físicas, como a noção de espaço e equilíbrio, e coordenação olho-mão. Além disso, habilidades cognitivas e emocionais, como autonomia, independência e autoconfiança, entre outros benefícios.

9° MÊS

- Pega pequenos objetos fazendo com “pinça” com os dedos;
- Bate palmas e dá tchau, imita sons como tossir e balbucia diversos sons
- Identifica significado em algumas palavras e guarda imagens na memória – “onde está o papai?”;
- 4 apoios e início do engatinhar (tem até 11 meses para apresentar o engatinhar).

10° MÊS

- Segurando em algo, puxa-se para ficar em pé, e anda lateralmente com apoio;
- Troca de postura com habilidade;
- Sentado apoia-se para trás (reação de proteção);
- Aprende a se expressar melhor – usa o dedo para indicar vontades, fala “dá” para pedir;
- Pode percorrer grandes distâncias engatinhando – cerca de 200m/dia.

11° MÊS

- Fica em pé segurando em móveis, paredes, anda apoiado ou arrastando cadeiras;
- Fica em pé sem apoio por 2 segundo;
- Coloca objetos dentro de potes;
- Lança objetos com as mãos.

12° MÊS

- Pode iniciar a marcha (até 15 meses para iniciar a marcha);
- É mais sociável, manda beijo, dá tchau;
- Maneja a colher apesar de não dominar seu uso;
- Sobe e desce escadas engatinhando.

1 ANO E MEIO (18 meses)

- Completa a marcha;
- Anda para os lados, para trás e pode “ensaiar” uma corridinha;
- Sobe escada com apoio de uma das mãos, ambos os pés no mesmo degrau.

2 anos (24 meses)

- É capaz de realizar diversas atividades: abre e fecha portas, potes, ajuda a vestir e tirar roupas e sapatos, imita os adultos...
- Corre;
- Pula com os dois pés;
- Sobe e desce escadas sem apoio ainda com os dois pés no mesmo degrau;
- Desenha.

Teste de Denver

Trata-se de uma escala utilizada por profissionais de saúde para avaliar padrões de desenvolvimento típico e atípico, e identificar risco de atraso em crianças de zero a seis anos de idade. Mensura a aquisição de determinadas funções de desenvolvimento em relação à idade cronológica da criança e permite avaliar rapidamente o estado de determinadas funções.

É importante ressaltar que o Teste de Denver não determina de forma definitiva um atraso da criança. Ele serve de alerta para um risco de atraso no desenvolvimento, que pode ser confirmado ou não por uma avaliação mais detalhada. Por meio desse instrumento e das informações que ele pode oferecer, a equipe multiprofissional pode traçar estratégias e planos de estimulação do desenvolvimento psicomotor das crianças elegíveis.

“Sentar em W”: Posição *W-SITTING*

A posição *W-sitting* se caracteriza pela dupla flexão de joelho e quadril, com rotação interna do quadril e nádegas tocando o solo. O uso constante dessa postura pode causar, além de possíveis alterações ortopédicas, alterações no controle postural e nos mecanismos de autorregulação motora, o que pode influenciar negativamente no desenvolvimento motor e aquisição de posturas mais maduras e que requeiram maior controle. A permanência desse posicionamento impede que a criança exercite o equilíbrio de tronco, limita o uso de músculos abdominais e as rotações de tronco. Todos esses fatores podem acarretar prejuízo futuro na orientação da linha média, no controle de tronco, nas transferências de peso lateral e no equilíbrio.

O W-sitting comumente está relacionado com as seguintes deformidades: metatarso aduzido, torção tibial interna e anteversão femoral aumentada, o que varia de acordo com a idade e frequência da posição. Essas configurações de alterações posturais podem ter como origem a perna e/ou pé, levando a uma torção tibial interna isolada ou combinada com a região inferior do pé (metatarso aduzido), seguido ou não por um acréscimo na anteversão femoral, quase sempre simétrica e bilateral.

A permanência na posição em “W” pode causar problemas de rotação e angulação, que são os tipos mais comuns de anormalidades nos membros inferiores de crianças que apresentam o posicionamento em W-sitting, em muitos casos, essas alterações podem diminuir à medida que a criança cresce, com o adequado estímulo motor e quebra do padrão. É importante o acompanhamento dessas crianças e sua estimulação precoce com correção de postura viciosa em “W”, com objetivo de minimizar alterações já existentes e prevenir demais problemas ortopédicos.

6.6.2 Prevenção de acidente domésticos

Acidente consiste em um evento imprevisível que resulta em algum prejuízo ao indivíduo – no caso, a criança – muitas vezes em uma lesão. O fator imprevisível não implica que não possa ser prevenível. O acidente doméstico está relacionado com o ambiente em que a criança está; nesse caso, geralmente pode envolver cozinha, banheiro, sala, escada, quarto e garagem, em caso de apartamento, elevadores.

São várias as possibilidades de acidente dentro do próprio lar. Os principais são quedas, contusões, cortes, queimaduras, escoriações, esmagamentos, mordeduras e perfurações. O avanço tecnológico cada vez mais presente nos lares e a adoção hegemônica e muitas vezes contínua dos smartphones tende a configurar um perigo adicional, pois contribui para períodos de desatenção e descuido às crianças. Além disso, os pais nem sempre tem a percepção de todas as possibilidades de risco presentes em seu domicílio.

A aquisição de novas habilidades permite à criança explorar os ambientes, móveis, tomadas, cantos para se esconder, objetos para escalar... é um mundo de descobertas, e as possibilidades de acidentes são muitas. Quanto mais jovem e imatura for a criança, menor sua percepção de risco e maior sua vulnerabilidade e dependência de adultos para mantê-las seguras e livres de acidentes evitáveis. Até os quatro anos de idade, a criança é curiosa e possui pouca compreensão do que

pode ser perigoso.

Do nascimento a quatro meses de vida

A maioria dos acidentes nessa faixa etária, acontece por algum descuido ou distração de pais ou responsáveis. O uso cada vez maior das telas do mundo virtual pelos adultos, especialmente os celulares, que pode ser viciante, tem sido causa de muita desatenção pelas crianças e, em consequência, de muitos acidentes.

Os acidentes mais frequentes nessa fase são:

Queimaduras

- Ao usar banheira, coloque primeiro a água fria, depois a quente, para atingir uma temperatura semelhante à corporal (36°C). Mexa bem a água, experimente a temperatura com a região de antebraço (pele mais sensível, como é a do bebê)
- Se o bebê estiver em uso de mamadeira, lembre-se de chacoalhar bem a mamadeira para uniformizar o calor e testar a temperatura na região interna de antebraço antes de oferecer ao bebê. Nunca deixe um bebê mamando sozinho, nunca o alimente no berço ou deitado em carrinho – ele pode se engasgar e broncoaspirar
- Ao esterilizar chupetas, lembre-se sempre de esvaziar a água quente que pode ficar retida dentro do bico.
- Nunca manipule líquidos ou substâncias quentes com o bebê no colo, e nunca cozinhe com o bebê no colo. Lembre-se de que a relação entre fogão e criança é totalmente inadequada

Traumas por impacto

- Os móveis são bons estímulos para o bebê, porém devem estar bem fixados e feitos de material leve para não ter risco de soltarem e cair sobre o bebê.
- No carro, o bebê deve permanecer na cadeirinha apropriada à sua idade e peso, fixada no banco de trás, voltada para a traseira do carro. Se o bebê chorar, o responsável deve estacionar o carro, acalmar a criança e somente depois voltar a direção.

Afogamentos

- Cuidado com a banheira, nunca deixe o bebê sozinho e ao virar para lavar suas costas não deixe que o rosto do bebê encoste na água, evitando aspiração.

Quedas

- Não deixe o irmão maior ou criança maior com o bebê no colo sem a presença de um adulto.
- Quando o bebê estiver no carrinho, bebê conforto ou cadeirinha, observar para que o cinto de segurança e trava de segurança estejam sempre acionados.
- Evite pisos lisos com o bebê no colo.
- Cuidado ao amamentar de madrugada sentada em cadeiras ou poltronas, pelo risco de adormecer com o bebê no colo.

Aspiração e sufocação

- Informar as recomendações da Academia Americana de Pediatria (2022), acatadas pela SBP (2023), sobre sono seguro em menores de um ano:
 - Compartilhar o quarto com os pais, sem compartilhar a cama, reduz em 50% o risco de morte súbita
 - O bebê deve dormir de barriga para cima, em berço com uma superfície rígida e não inclinada, dentro do quarto dos pais
 - O colchão deve se adaptar completamente ao berço, sem sobras ou espaços vazios
 - Não devem ser utilizados travesseiros, almofadas, rolinhos ou ninhos dentro do berço
 - Sempre incentivar o aleitamento materno, prática que reduz o risco de morte súbita do lactente
 - Sofás e poltronas são extremamente perigosos e representam um risco até 67 vezes maior para morte súbita; assim, recomenda-se que os aleitamentos noturnos sejam feitos na cama, com retorno do bebê ao berço ao terminar
 - Evitar exposição ao tabaco durante a gestação e após o parto. Encorajar casa e carro livres de tabaco
- Nunca use correntes ou cordões no pescoço do bebê.
- Se usar chupeta com prendedor à roupa do bebê, esse deve ser curto.
- Se fizer uso de mamadeira, nunca deixe o bebê mamando sozinho.
- Em dias frios, prefira vestir o bebê com roupas quentes e sobrepostas a usar cobertores no carrinho ou no berço.

De 5 a 12 meses de idade

Do quarto ao quinto mês de vida, o bebê já reconhece as suas mãos e passa a utilizá-las, busca objetos que lhe interessam e levam a boca. Apresentam mais habilidades motoras, aprender a virar, rolar, engatinhar e podem adquirir a marcha. A partir desse momento deve-se ter muita atenção aos riscos presentes no ambiente e fornecer a proteção necessária. Os riscos de quedas, afogamentos, aspiração de objetos e queimaduras aumentam e a atenção deve ser redobrada. O ambiente deve estar preparado para a evolução do desenvolvimento psicomotor.

Quedas

- Cuidado! Não deixe o bebê sozinho no trocador ou em cima de cama ou sofás. Geralmente esse tipo de queda é a primeira a ocorrer. Como o bebê possui uma área de cabeça grande em relação ao resto do corpo, a cabeça chegará primeiro ao chão, podendo causar traumatismos cranianos e encefálicos graves.
- O bebê está aprendendo a manter a postura sentada, no entanto nessa fase observa-se um reflexo de hiperextensão posterior, que faz com que ele se lance para trás e bata a cabeça no chão. Portanto, para estimular o desenvolvimento, o chão protegido com algum colchonete fino é o melhor lugar, e a presença de um adulto por perto é sempre importante
- O berço deve estar em local ventilado, com altura das grades superiores ao tamanho do bebê em pé até as axilas. As grades devem ter uma distância máxima de 7 centímetros, para evitar que a cabeça do bebê ou outra parte de seu corpo passe por ela e fique presa.
- Quando o bebê começa engatinhar, escadas devem ser protegidas com barreiras fixas, como portões e grades, nas duas extremidades.
- O andador não deve ser usado, nunca, em nenhuma idade. Tanto ele prejudica o desenvolvimento da criança, como tem sido causa de graves acidentes.

Queimaduras

- Nunca se alimentar ou ingerir produtos quentes com o bebê no colo.
- A cozinha é um local de alto índice de acidentes envolvendo cortes, lacerações e intoxicações; porta do forno quente é outro risco de queimadura.

- Priorizar o uso das bocas traseiras do fogão. Nunca se deve deixar os cabos de panelas para fora do fogão.
- Churrasqueiras e fogos de artifício nunca devem estar acessíveis às crianças de qualquer idade.
- Nunca manipule substâncias inflamáveis com o bebê no colo ou por perto.
- Evitar ter em casa produtos tóxicos, inflamáveis, cáusticos ou álcool acima de 45 graus; caso os tenha, acondicioná-los em local fora do alcance de crianças, assim como produtos de limpeza
- Não expor o bebê ao sol depois das 10 horas da manhã e antes das 16 horas, devido ao risco de queimaduras, desidratação, e do desenvolvimento futuro de câncer de pele

Choques elétricos

- Todas as tomadas elétricas da casa que forem acessíveis ao bebê e depois à criança devem estar protegidas.
- Não deixem fios elétricos e extensões ao alcance da criança.
- Nunca mantenha fios elétricos desencapados em uso.

Afogamentos

- Não deixe o bebê ou criança sozinho na banheira, piscina ou qualquer reservatório de água, nem por um instante. Eles devem estar a, no máximo, um braço de distância;
- O acesso à lavanderia deve ser restrito para a criança. Uma quantidade de água pequena, de 2,5 cm de altura, em um balde ou bacia, pode causar afogamento. Não deixe baldes, bacias ou outros recipientes com água ao alcance de crianças menores de 5 anos. Piscinas portáteis devem ser esvaziadas e desmontadas após o uso;
- Não deixe atrativos, como brinquedos, próximos ou em reservatórios ou recipientes de água;
- Mantenha tampas de vasos sanitários sempre abaixadas, de preferência com travas específicas;
- Instale barreiras de acesso em torno dos 4 lados da piscina (com 1,5 m altura e até 12 cm de distância entre as grades e que não possa ser escalada) com portão com tranca que impeça o acesso não autorizado;
- Não confie em boias ou outros dispositivos de flutuação que não sejam

coletes salva-vidas. Os coletes salva-vidas colocam o indivíduo em uma posição onde a cabeça e o rosto ficam fora da água. Nunca deixe a criança sozinha na água mesmo que esteja com colete salva-vidas;

- Não permita que crianças utilizem objetos de modismo, sem que haja a certificação e confirmação de segurança: por exemplo, as “caldas de sereia” que são responsáveis por vários afogamentos!
- Não permita que crianças brinquem em piscinas onde não haja proteção nos ralos quanto à sucção de cabelos, correntes, partes do corpo, como tampas abauladas específicas, sistemas de desarme de motobomba etc.

Traumas Diversos

- Evite que o bebê tenha contato com brinquedos ou objetos pesados, que podem cair sobre si; escolha brinquedos que sejam de material atóxico, sem bordas cortantes; verifique se não soltam pequenas peças que possam ser ingeridas ou aspiradas
- Não deixe toalhas ou tecidos pendentes nas mesas, pois o bebê poderá tentar se apoiar neles e puxar tudo que está em cima da mesa ou do móvel por cima dele
- Atenção e cuidado com os animais, mesmo considerados domésticos. As atitudes do bebê e a invasão do território considerado pelo animal como seu, pode desencadear ataques e lesões no bebê

Crianças maiores de um ano

Nessa fase, a criança pode se deparar com muitas possibilidades de acidentes, uma vez que seu espaço de exploração está maior e suas habilidades motoras proporcionam escalar móveis, abrir portas, subir escadas, entre diversas outras maneiras de explorar o ambiente. Tudo isso amplia as possibilidades de traumas envolvendo quedas, queimaduras, intoxicação e até atropelamentos. A presença constante de um adulto junto à criança é primordial.

REFERÊNCIAS – Puericultura com o(a) fisioterapeuta

NÚCLEO TELESSAÚDE NUTES PE. Saúde da criança. Como proceder com uma criança menor de um ano com membros em genu varo?. 30 de agosto, 2016. Disponível em: Acesso em out 2024.

FOLHA DE SÃO PAULO. Pediatras fazem campanha para abolir andadores de bebê. Observatório de Saúde da Criança e do Adolescente, 2013. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/observaped/pediatras-fazem-campanha-para-abolir-andadores-de-bebe/>. Acesso em: 01 de maio de 2024.4

FORMIGA, Cibelle; LINHARES, Maria; PEREIRA, Juliana; VIEIRA, Martina. Influência dos fatores biológicos e socioeconômicos no desenvolvimento neuropsicomotor de pré-escolares. Saúde e Pesquisa. Maringá, volume 10, páginas 135-144, 2017.

FURTADO, Michelle Alexandrina dos Santos; MENDONÇA, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa; LAMEIRA, Ana Beatriz da Costa; FERREIRA, Lucio Fernandes. Avaliação do desenvolvimento motor de lactentes dependentes de servidores em instituição de ensino superior no Amazonas. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, Canoas, v. 6, n. 1, páginas 29-38, 2018.

HASSANO, Alice. Desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida. Revista de Pediatria SOPERJ. Rio de Janeiro, número 12, agosto de 2011.

MANSUR, SS, NETO FR. Desenvolvimento Neuropsicomotor de lactentes desnutridos. Revista Brasileira de Fisioterapia ,volume 10, nº2 ,2006

PEDROMÔNICO, Márcia; BRAGATTO, Eliane; STROBILIUS, Renata. Teste de triagem de desenvolvimento Denver II. São Paulo, 1999.

ROJAS, Victor Rubio. Teste de triagem de desenvolvimento de Denver. Mas Salud, 2020. Disponível em: <https://massalud.facmed.unam.mx/index.php/prueba-de-deteccion-del-desarrollo-de-denver/>. Acesso em: 23 de abril de 2024.

SAAVEDRA, Cátia; MENDES-ESPIGUEIRA, João. Alinhamento dos membros inferiores. Revista Medicina Desportiva informa, Porto, páginas 30–31, julho, 2014.

Santos RR, Machado MED, Gomes ALM, Aguiar RCB, Christoffel MM. Prevenção de acidentes domésticos na infância : conhecimento de cuidadores em uma unidade de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2022;75(2):e20210006

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Afogamento. *Publicado/atualizado: março/2023*. Departamento Científico de Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência (Gestão 2022-2024). Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/prevencao-de-acidentes/afogamento/> . Acesso em outubro de 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Nota de alerta Nº 56, 24 de março de 2023. Recomendações da Academia Americana de Pediatria sobre sono seguro em

menores de um ano. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23990b-NotaAlerta-

Recomend_AAP_SonoSeguro_1ano.pdf Acesso em outubro de 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Os acidentes domésticos são evitáveis e na maioria das vezes , o perigo está em casa! Manual de orientação. Departamento

Científico. n°4, 2020. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22337c-ManOrient_-

_Os_Acidentes_Sao_Evitaveis__1_.pdf . Acesso em outubro de 2024.

7. PUERICULTURA COM O(A) PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Conforme apresentado no Quadro 1, propõe-se que a puericultura com o(a) profissional de educação física seja realizada com 15 meses.

7.1 Objetivos e temas

- Orientar sobre a atividade física aos 15 meses, ressaltando sua importância para a saúde do bebê
- Orientar sobre os malefícios do uso de telas em excesso
- Apresentar exemplos de brincadeiras que possam ser realizadas nesta faixa etária
- Identificar atrasos no desenvolvimento motor e tomar condutas (orientações e encaminhamentos)
- Identificar sinais de autismo e tomar condutas (orientações e encaminhamentos)
- Incentivar a família a adotar um estilo de vida ativo e saudável

7.2 Profissionais e atribuições

- Profissional de educação física: Orientações aos pais ou familiares conforme objetivos do grupo; avaliação e interpretação das curvas de peso e de crescimento, e identificação de possível alteração na classificação de risco.
- Auxiliar de enfermagem: Realização das medidas antropométricas, verificar carteira de vacina, agendar a próxima puericultura.
- Agente comunitário: Auxiliar e organizar a roda de conversa para as orientações.

7.3 Materiais necessários

- Brinquedos, colchonetes, folders, datashow, computador, internet, balança, antropômetro e fita métrica.

7.4 Roteiro do grupo com o(a) profissional de educação física

- 1) Acolher os participantes em formato de roda;
- 2) Apresentar o tema e o objetivo do grupo;
- 3) Estimular os participantes com perguntas como:
 - Com quem a criança fica durante o dia?
 - O que a criança faz a maior parte do tempo?
 - Do que a criança gosta de brincar?

- Quais brincadeiras vocês fazem juntos?

4) Explorar o Folder B com os responsáveis. Pode-se utilizar o datashow para mostrar as mães os vídeos das atividades propostas nos folders.

5) Explorar o Folder C sobre o uso de telas.

Enquanto trabalha-se com os responsáveis, com o auxílio do ACS, pode-se formar um grupo com as crianças e disponibilizar brinquedos para que explorem.

6) Avaliar o desenvolvimento motor da criança, com atenção especial a possíveis sinais de autismo.

Neste momento, sentados em roda, estimular os responsáveis a brincarem com suas crianças no intuito de observar como é se dá a interação, avaliar o vínculo entre ambos e a interação da criança com outras crianças.

Exemplo de Brincadeiras

- Pedir para o bebê pegar objetos e trazer para você.
- Pegar objetos que estão em um lugar mais baixo e colocá-los em um lugar mais alto.
- Arremessar uma bola.
- Passar por baixo de objetos.
- Colocar bexigas na fita crepe.
- Subir e descer escadas.
- Subir e descer dos lugares.
- Colar objetos com fita na parede (canetas, bolas) e pedir para a criança tirar.

Para se inspirar

- @brinquedoterapia
- @educadikas
<https://www.youtube.com/watch?v=fzS6jjKYLcg&t=5s>
- <https://www.youtube.com/watch?v=Vug4u3J11Mw&t=56s>
- <https://www.youtube.com/watch?v=qQA3tvaUuO8>
- <https://www.youtube.com/watch?v=Pqxhm4HKOcA&list=LL&index=6>
- @AlineSupino
<https://www.youtube.com/watch?v=nFpi7x8CwrM>
- @profgabrielakasemodel5379
<https://www.youtube.com/@profgabrielakasemodel5379>

A ATIVIDADE FÍSICA E OS BEBÊS DE 15 MESES

PREFEITURA DE LONDRINA Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.
Secretaria Municipal de Saúde E-Multi.

Figura 23 – Folder C: A atividade física e os bebês de 15 meses (parte 1). Elaboração própria.

Orientações gerais de atividade física para bebês

Incentive seu bebê a se movimentar várias vezes ao dia.

Bebês que arrastam/engatinham - encorajar a serem tão ativos quanto possível em um ambiente seguro, supervisionado e estimulante.

Bebês que andam - ser fisicamente ativos todos os dias durante pelo menos 180 min. Ex: ficar de pé, movendo-se, rolando e brincando, saltar, pular e correr.

Não permanecer por longos períodos em comportamento sedentário. Tempo de tela é ZERO.



Fonte: ministério da Saúde.

O Bebê de 15 meses

Fica em pé segurando com apoio.

Agacha para pegar objetos no chão.

Sobe e desce escada engatinhando.

Fica sobre um pé com ajuda.

Segura uma colher.

Anda sem ajuda.



Vantagens da atividade física para bebês

Estimula hábitos saudáveis.

Desenvolve a coordenação motora.

Melhora a cognição.

Menor riscos de obesidade infantil.

Fortalece músculos e ossos.

Contribui para a saúde mental.


Auxilia na qualidade do sono.

Promove socialização.



Fonte: ministério da Saúde.

Figura 23 – Folder C: A atividade física e os bebês de 15 meses (parte 2). Elaboração própria.



Limites de tempo de tela

MENOR DE 2 ANOS
NÃO DEVE SER USADO

DE 2 A 5 ANOS
ATÉ 1 HORA POR DIA


DE 6 A 10 ANOS
ATÉ 2 HORAS POR DIA

DE 11 A 18 ANOS
ATÉ 3 HORAS POR DIA

DICAS PARA TIRAR SEUS FILHOS DAS TELAS.

- Faça um cronograma/rotina junto com a criança.
- Insira atividade física na rotina.
- Dê responsabilidades. Ex: organizar o próprio quarto, guardar louça.
- Seja um exemplo para a criança.
- Invista em espaços de convivência
- Estabeleça um tempo e seja firme, mas deixando ser constante.
- Faça da sua casa um espaço brincante.
- Dê preferência a animações de baixo estímulo. Ex: Puffing Rock, Se der um biscoito a um rato, Zé voleta, Ellonor, a curiosa, Um dai de neve, o Natal de Angela. Algumas são encontradas no youtube.

CRIANÇA E ELETRÔNICOS: USE COM MODERAÇÃO



PREFEITURA DE LONDRINA
Secretaria Municipal de Saúde

e-multi Londrina

Figura 24 – Folder D: Crianças e eletrônicos: use com moderação (parte 1). Elaboração própria.

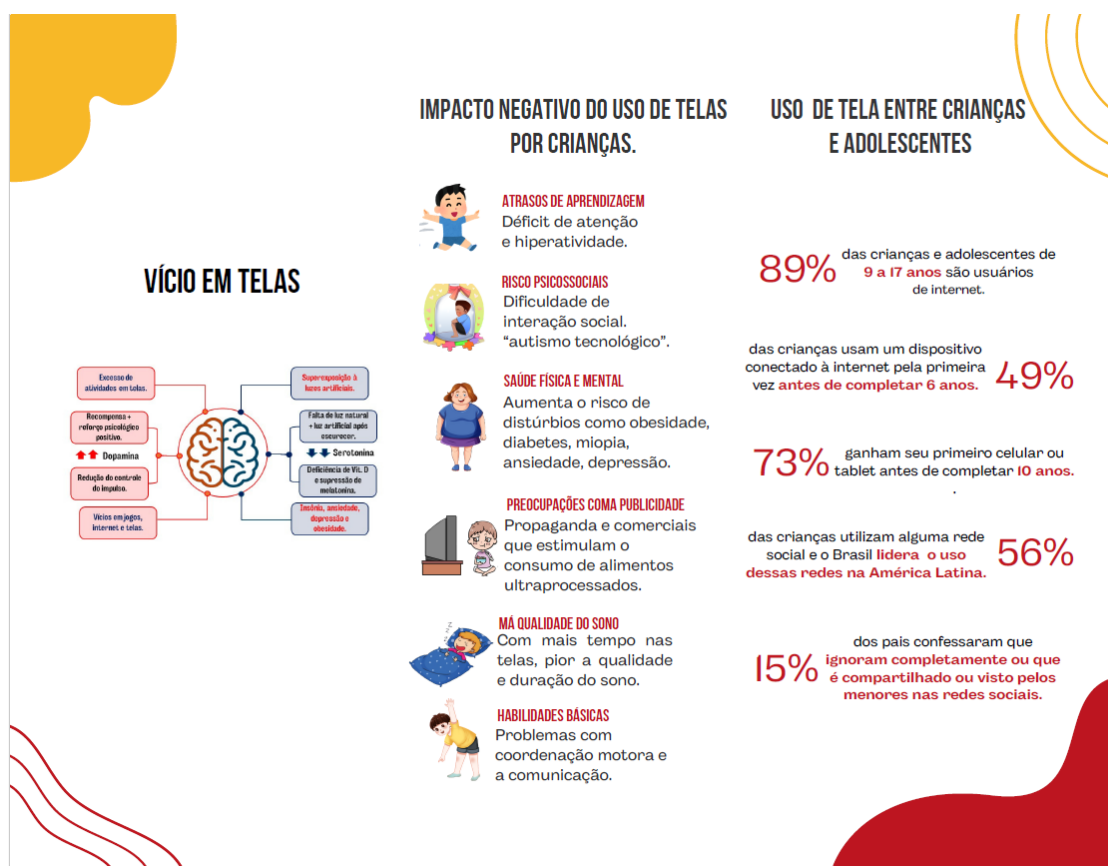


Figura 24 – Folder D: Crianças e eletrônicos: use com moderação (parte 2). Elaboração própria.

7.5 Fundamentação teórica

Atividade física para crianças de até 2 anos

A infância é o principal período da vida para o desenvolvimento, onde há a expansão da capacidade física, motora e cognitiva rapidamente, além de se caracterizar como o momento em que os hábitos relacionados ao estilo de vida começam a se estabelecer.

Os prejuízos resultantes de um baixo nível de atividade física na primeira infância podem se estender por toda a vida, podendo implicar desde um desenvolvimento motor e cognitivo não adequados à idade até um maior risco de inatividade física nos ciclos de vida subsequentes.

Tanto as crianças quanto os bebês se beneficiam da prática de atividade física. Na primeira infância ela auxilia no controle do peso adequado e na diminuição do risco de obesidade; melhora a qualidade do sono, auxilia na coordenação motora, melhora as funções cognitivas e a prontidão para o aprendizado, a saúde cardiometabólica, e ajuda na integração e no desenvolvimento de habilidades psicológicas e sociais.

Quanto tempo de atividade física realizar

Crianças até 1 ano: devem ter uma rotina em que várias vezes ao dia e de várias maneiras sejam fisicamente ativas, por meio de brincadeiras/ jogos interativos no chão. Para aqueles que ainda não se deslocam, incluir pelo menos 30 minutos na posição de decúbito ventral distribuídos ao longo do dia.

Crianças de 1 a 2 anos: pelo menos 3 horas de atividade física por dia, incluindo atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, podendo ser distribuídas ao longo do dia.

Crianças nesta faixa etária não devem permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos, exceto quando estão dormindo. Além disso, até os dois anos recomenda-se que o tempo de tela (TV, tablet, celular, jogos eletrônicos) seja ZERO.

Exemplo de atividades para bebês e crianças

Crianças de até 1 ano: brincadeiras, jogos e atividades que deixem a criança de barriga para baixo ou sentada, movimentando de braços e pernas, e que estimulem a criança a alcançar, segurar, puxar, empurrar, engatinhar, rastejar, rolar, equilibrar-se com ou sem apoio, sentar-se e levantar-se, etc.

Crianças de 1 a 2 anos: brincadeira, jogos e atividades que envolvam habilidades como equilibrar-se nos dois pés, equilibrar-se em um pé só, girar, rastejar, andar, correr, saltitar, escalar, pular, arremessar, lançar, quicar e segurar etc.

REFERÊNCIAS – Puericultura com o(a) profissional de educação física

BARROS SSH, NAHAS MV, HARDMAN CM, BEZERRA J, BARROS MVG de. Longitudinal follow-up of physical activity from preschool to school age: The ELOS-Pré study. Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Hum. 2019;21:1–11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

CALDWELL HAT, PROUDFOOT NA, KING-DOWLING S, DI CRISTOFARO NA, CAIRNEY J, TIMMONS BW. Tracking of physical activity and fitness during the early years. Appl Physiol Nutr Metab . 2016;41(5):504–10.

CARSON V, LEE EY, HEWITT L, JENNINGS C, HUNTER S, KUZIK N, et al. Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators

- in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*. 2017;17(19):33–63.
- EATON WO, MCKEEN NA, CAMPBELL DW. The waxing and waning of movement: implications for psychological development. *Dev Rev*. 2001;21(2):205–23
- FIGUEIRA JUNIOR, AYLTON JOSÉ (organização). Prescrição de exercícios e atividade física para crianças e adolescentes – São Paulo: Conselho Regional de Educação Física do Estado de São Paulo (CREF4/SP), 2018. 210 p. : il. .– (Coleção: Exercício físico e saúde, 3).
- PATE RR, HILLMAN CH, JANZ KF, KATZMARZYK PT, POWELL KE, TORRES A, et al. Physical activity and health in children younger than 6 years. *Med Sci Sport Exerc* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2021 Jan 22]; 51(6):1282–91. Available from: <http://journals.lww.com/00005768-201906000-00023>
- TELAMA R, YANG X, LESKINEN E, KANKAANPÄÄ A, HIRVENSALO M, TAMMELIN T, et al. Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Med Sci Sports Exerc*. 2014;46(5):955–62.
- WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> Acesso em out 2024.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL (2019-2021). #MENOS TELAS #MAIS SAÚDE – Atualização 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24604c-MO__MenosTelas__MaisSaude-Atualizacao.pdf Acesso em out 2024.
- PEQUENOS NEURÔNIOS. Uso de telas em crianças e adolescentes. Disponível em: www.pequenosneuronios.com.br/post/uso-de-telas-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes. Acesso em out 2024.
- ZENG N, AYYUB M, SUN H, WEN X, XIANG P, GAO Z. Effects of physical activity on motor skills and cognitive development in early childhood: A systematic review. *Biomed Res Int* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 22]; 2017:1–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29387718/>

8. PUERICULTURA COM O(A) PSICÓLOGO(A)

Conforme apresentado no Quadro 1, propõe-se que a puericultura com o(a) psicólogo(a) seja realizada com 24 meses.

8.1 Objetivos

- Explorar os temas propostos e esclarecer as dúvidas dos participantes
- Explanar sobre a fase do desenvolvimento que os bebês se encontram
- Orientar sobre os comportamentos esperados nessa faixa etária
- Rastrear possíveis sinais e sintomas de atraso no desenvolvimento e sinais sugestivos de TEA

8.2 Temas

- 1) Desenvolvimento da criança
- 2) Estímulos podem ser ofertados; importância do estímulo verbal entre os pais e a criança, através de conversas, leitura em voz alta (LVA) e músicas
- 3) Sinais de alarme para TEA
- 4) Importância do brincar como forma de estimulação do desenvolvimento, principalmente em ambientes externos
- 4) Estímulo a adoção de uma rotina adequada
- 5) Uso de telas - o que é recomendado e por que evitar.

8.3 Profissionais e atribuições

- Profissional de psicologia: Orientações aos pais ou familiares conforme objetivos do grupo; avaliação e interpretação das curvas de peso e de crescimento, e identificação de possível alteração na classificação de risco.
- Auxiliar de enfermagem: Realização das medidas antropométricas, verificar carteira de vacina, agendar a próxima puericultura.
- Agente comunitário: Auxiliar e organizar a roda de conversa para as orientações.

8.4 Materiais

- Canetinhas, tarjetas, fita crepe. Balança, antropômetro e fita métrica.

8.5 Roteiro do grupo com o(a) psicólogo(a):

- 1) Acolher os participantes em formato de roda;
- 2) Apresentar o objetivo e os temas do grupo;
- 3) Estimular os participantes com perguntas como:

“O que eu sei sobre ter dois anos?”

Sugestão de dinâmica: Explorar junto aos participantes do grupo de puericultura quais

foram as principais aquisições no desenvolvimento dos bebês desde a última puericultura. Sintetizar suas falas em uma (ou poucas) palavras e anotar em tarjetas, que serão coladas em parede onde todos possam visualizar. A ideia principal é que os pais possam relatar um pouco sobre o que e como percebem o desenvolvimento das crianças nessa fase.

“Quais os maiores desafios e alegrias nessa etapa dos 24 meses”

Explorar entre os participantes quais têm sido os maiores desafios e alegrias nessa etapa dos 24 meses, permitindo assim que verbalizem as possíveis dificuldades comportamentais tão queixadas nessa etapa.

De posse dessas informações o profissional já pode esclarecer o que é esperado e desejado nessa fase do desenvolvimento, bem como explanar sobre a preocupação com sinais e sintomas de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Nesse momento, é importante não rotular ou atribuir um diagnóstico, mas sim compartilhar informações e realizar um breve rastreio.

8.6 Fundamentação teórica

O segundo ano de vida é marcado por rápidas aquisições, especialmente após os 18 meses (1 ano e 6 meses). Tem-se como destaque o aperfeiçoamento da linguagem, da motricidade, o desenvolvimento intelectual, cognitivo e socioemocional. Para que tudo isso ocorra da forma esperada, o ambiente familiar é de suma importância, pois é nele que a criança estabelece a relação com o mundo e com as pessoas.

Segundo Papalia & Olds (2000) as principais aquisições de habilidades motoras aos 2 anos são a capacidade de correr, de caminhar de costas e de pular. Destaca-se que não é necessária a preocupação com o “ensinar” estas habilidades, mas sim a intencionalidade em garantir que os bebês tenham espaço e liberdade para desenvolver os movimentos. Nessa fase, normalmente as crianças são descritas como tendo muita energia e com certa dificuldade de compreender a noção de altura, perigo e de cuidado consigo mesmas.

Em relação à linguagem oral, Arnold e Colburn (2011) destacam que o período entre o nascimento e os 3 anos é considerado crucial; até os 18 meses, o vocabulário médio de uma criança inclui de 3 a 50 palavras, mas ao completar 3 anos, a criança pode falar em média mil palavras, sendo que conhece e compreende aproximadamente 2-3 mil. A linguagem surge e se desenvolve em um contexto de interação.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, surge nessa fase a capacidade de autoconsciência da criança, ou seja, ela desenvolve um senso de individualização e autonomia. É muito comum que ela expresse isso empregando com frequência as palavras “eu” e “meu”. O desenvolvimento da capacidade imaginativa se revela por passar a ser capaz de simbolizar, como por exemplo nas brincadeiras em que reproduzem atitudes manifestas pelos adultos que a cercam, e no “faz de conta” de ser outra pessoa.

Nesse período a criança possui mais independência e autonomia em relação a mãe, o que muitas vezes se manifesta através da expressão de opiniões e das escolhas, marcadas por uma “teimosia” e “insistência”. Isso pode ser observado na alimentação, cuidados pessoais, higiene e na aceitação de regras e limites. Tais características, que popularmente atribuem a essas crianças o rótulo “*terrible two*”, ou “adolescência da infância”, desconsideram as aquisições socioemocionais que estão sendo desenvolvidas e a necessidade de ajuda do adulto responsável.

8.6.1 Transtorno do Espectro Autista

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico, marcado por dificuldade de comunicação e interação social e presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. O TEA tem sua origem nos primeiros anos de vida, e cursa com trajetória não linear, sendo que algumas crianças já apresentam sintomas logo após o nascimento; entretanto, na maioria dos casos os sinais só serão identificados entre os 12 e 24 meses.

Embora os sinais sejam precoces, observa-se que a idade média em que se estabelece o diagnóstico de TEA é entre os 4 e 5 anos de idade. Isso implica em prejuízo à criança, uma vez que a intervenção precoce está associada a ganhos significativos no funcionamento cognitivo e adaptativo da criança com TEA.

São considerados sinais sugestivos no primeiro ano de vida:

| |
|--|
| Perder habilidades já adquiridas, como balbuciar ou gestos, contato ocular ou sorriso social |
| Não se voltar para sons, ruídos e vozes no ambiente |
| Não apresentar sorriso social |
| Baixo contato ocular e deficiência no olhar sustentado |

| |
|--|
| Baixa atenção à face humana (preferência por objetos) |
| Demonstrar maior interesse por objetos do que por pessoas |
| Não seguir objetos e pessoas próximas em movimentos |
| Apresentar pouca ou nenhuma vocalização |
| Não aceitar o toque |
| Não responder ao nome |
| Imitação pobre |
| Baixa frequência de sorriso de reciprocidade social, bem como restrito engajamento social (pouca iniciativa e baixa disponibilidade de resposta) |
| Interesses não usuais, como fixação em estímulos sensório-viso-motores |
| Incômodo incomum com sons altos |
| Distúrbio de sono moderado ou grave |
| Irritabilidade no colo e pouca responsividade o momento da amamentação |

A presença ou não desses sinais não dispensa a avaliação formal do desenvolvimento neuropsicomotor realizada pelo pediatra. Importante destacar também que é necessário ter extrema cautela com o dito popular que estabelece que “cada criança tem seu tempo”; as variações existentes entre perfis e realidades de cada criança devem respeitar os limites pré-definidos na idade máxima de aquisição de cada marco do desenvolvimento, de acordo com as escalas validadas.

Segundo o DSM-5 TR (2023) os critérios diagnósticos do TEA estão divididos em quatro grandes categorias:

A – Déficits persistentes em comunicação e interação social

- ✓ A1 Déficit na reciprocidade social e emocional com partilha reduzida de interesses e de continuidade nos diálogos

Exemplo prático: criança não demonstra atenção quando falam com ela, não responde quando chamada, não compartilha brincadeira.

- ✓ A2 Déficit na comunicação social não-verbal (gestos, contato visual, linguagem

corporal e expressão social).

Exemplo prático: grande dificuldade em iniciar ou manter contato visual, se expressar por meio de gestos ou demonstrar sentimentos por expressão facial.

- ✓ A3 Dificuldade em gerar e manter relacionamentos e de ajustar o seu comportamento de acordo com o contexto.

Exemplo prático: a criança tem o mesmo comportamento independente do ambiente, tem pouco interesse em manter amigos e prefere atividades sozinhas.

B – Padrões repetitivos e interesses restritivos de comportamentos e atividades

- ✓ B1 Movimentos, uso de objetos e linguagem estereotipadas e sem função social

Exemplo prático: insiste em brincar com os mesmos objetos ou brinquedos, apresenta comportamentos repetitivos sem função social (movimentos circulares com a mão, balançar o tronco), gira objetos ou repita frases ou palavras fora de contexto.

- ✓ B2 Rituais e resistência a mudanças

Exemplo prático: não aceita mudar de lugar no sofá, mesa ou carro. Quer os mesmos ambientes e as mesmas pessoas, aceita comer apenas com o mesmo prato e talher, até mesmo somente algumas comidas. Realiza simetrias e categorização

- ✓ B3 Interesse exagerado em assuntos ou tópicos

Exemplo prático: predileção por conversar ou fazer atividades relacionadas ao mesmo assunto.

- ✓ B4 Hiper ou hipo reação a estímulos sensoriais do ambiente, ou procura excessiva por esses estímulos.

Exemplo prático: aversão a barulhos, abraços ou toques físicos. Pode ter interesse exagerado por luzes piscando ou objetos que rodam.

C – Presença dos sintomas em idade precoce da vida e em contextos sociais

D – Sintomas em conjunto devem limitar a funcionalidade da criança, por exemplo a funcionalidade acadêmica ou social.

Para fechar o diagnóstico a criança necessita apresentar 3 sintomas dos três critérios A + pelo menos 2 sintomas dos quatro do critério B + Critérios C e D presentes.

REFERÊNCIAS – Puericultura com o(a) psicólogo(a)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Arnold, R. & Colburn, N. It's never too early: first steps. School Library Journal. 20. 2011

MANFRO, G.G., MALTZ, S. & ISOLAN, L. O ciclo de vida humana: uma perspectiva psicodinâmica – A criança de 0 a 3 anos. Porto Alegre: Artmed. 2001

PAPALIA, D. & OLDS, W. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000

DSM- 5 TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Associação Americana de Psiquiatria. Porto Alegre. Artmed. 2023