



PREFEITURA DE
LONDRINA

Secretaria Municipal de
Saúde

LINHA GUIA SAÚDE DA CRIANÇA

**1ª edição
LONDRINA**

Outubro/2023



**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

GERÊNCIA DE PROGRAMAS ESPECIAIS

GISELLE LIMA AGUIAR CORREA

COORDENAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

ERIKA FERMINO TUDISCO DE CARVALHO

COORDENAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

(Em substituição)

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



Quem colaborou:

AUTORES:

Membros do Grupo Técnico

Amanda Ciappina

Claudia Haggi Favero

Eliane Aparecida Azeredo

Erika Fermino Tudisco de Carvalho

Fabiola Marcela Mantine

Giselle Lima Aguiar Correa

Gislaine de Paula Durães

Lilian Aparecida Venâncio Sato

Natalia Fabiane Ridão Curty

Natalia Serra Lovato

Rebeca Monteiro Bispo

Sonia Maria Coutinho Orquiza

Vânia Cristina da Silva Alcântara





PREFEITURA DE
LONDRINA

Secretaria Municipal de
Saúde

Linha Guia de Saúde da Criança

2023



Sumário

1- INTRODUÇÃO.....	5
2- CAPÍTULO I.....	7
2.1- ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	7
2.2- ATRIBUIÇÕES COMUNS À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	7
2.2.1- Atribuições do Enfermeiro.....	7
2.2.2- Atribuições do Técnico de Enfermagem.....	8
2.2.3- Atribuições do Médico de Família e Comunidade, Médico da Equipe Saúde de Família, Médico Pediatra.....	8
2.2.4- Atribuições do Dentista.....	9
2.2.5- Atribuições do Técnico em Saúde Bucal e do Auxiliar de Saúde Bucal.....	9
Realizar ações de apoio ao dentista; identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o atendimento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, sob a supervisão do dentista.....	9
2.2.6- Atribuições do Agente Comunitário de Saúde.....	9
2.2.7- Atribuições dos componentes da eMulti.....	9
3- CAPÍTULO II.....	11
3.1- ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	11
3.1.1- RISCO HABITUAL.....	11
3.1.2- RISCO INTERMEDIÁRIO.....	12
3.1.3- ALTO RISCO.....	13
3.1.4- CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA PUERICULTURA.....	14
3.1.5- CRONOGRAMA DE PUERICULTURA RH e RI.....	14
4- CAPÍTULO III.....	15
4.1 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA.....	15
4.2 - PERÍMETRO CEFÁLICO.....	16
4.2.1 - Média de crescimento a cada trimestre no primeiro ano de vida.....	17
4.3- ESTATURA.....	18
4.4- ALVO GENÉTICO.....	19
4.5- GANHO DE PESO.....	20
4.6- ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC).....	21
5- CAPÍTULO IV.....	24
5.1 - CONSULTAS MÊS A MÊS.....	24
5.1.1- PRIMEIRA CONSULTA DE PUERICULTURA.....	24
5.1.1.1 - ROTEIRO DE ASSISTÊNCIA NO DOMICÍLIO (ENFERMEIRO, AUXILIAR DE ENFERMAGEM E ACS).....	25
5.1.2- SINAIS DE ALERTA RECÉM NASCIDO.....	26
5.1.3- ESTRUTURA DA PUERICULTURA.....	27
5.1.4- ANAMNESE.....	27
5.1.5- EXAME FÍSICO.....	28
5.1.6- DIAGNÓSTICOS.....	28
5.1.7- PROPEDEÚTICA.....	29



6- CONSULTA DO PRIMEIRO MÊS.....	29
6.1- ANAMNESE.....	30
6.2- ESTRUTURA FAMILIAR E SOCIAL.....	30
6.3- AVALIAÇÃO DO PRÉ NATAL.....	30
6.4- AVALIAÇÃO DO PARTO.....	31
6.5- AVALIAÇÃO DA INTERNAÇÃO.....	31
6.6- TESTES DE TRIAGEM.....	32
6.6.1- O Programa Nacional de Triagem Neonatal.....	32
6.6.1.1- O Teste do pezinho.....	33
6.6.1.2- Teste da orelhinha.....	34
6.6.1.3- Teste do olhinho.....	34
6.6.1.4- Teste do coraçãozinho.....	35
6.7- ALIMENTAÇÃO.....	35
6.8- SUPLEMENTAÇÃO.....	36
6.8.1- VITAMINA D.....	36
6.8.2- FERRO.....	37
6.9- HÁBITOS FISIOLÓGICOS.....	37
6.10- SONO.....	39
6.11- DESENVOLVIMENTO.....	42
6.12- REFLEXOS.....	43
6.13 - PRÁTICA DE ESTÍMULOS.....	45
6.14- IMUNIZAÇÃO.....	47
6.15- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	48
6.16- EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO.....	49
6.17- OBSERVAÇÃO GERAL.....	50
6.18- POSTURA DO RN.....	50
6.19- CHORO.....	50
6.20- PELE.....	50
6.21- TEXTURA E UMIDADE.....	51
6.22 - VÉRNIX.....	51
6.23 - LANUGO.....	52
6.24- MANCHA MONGÓLICA.....	53
6.25- ERITEMA TÓXICO.....	53
6.26- MÁCULAS VASCULARES.....	54
6.27- CUTIS MARMORATA.....	55
6.28- HEMANGIOMAS.....	55
6.29- PETÉQUIAS.....	56
6.30- ICTERÍCIA.....	57
6.31- ICTERÍCIA NEONATAL.....	58
6.32- SUBCUTÂNEO.....	59
6.33- GÂNGLIOS.....	59
6.34- MUCOSAS.....	59
6.35- MUSCULATURA.....	60
6.36- ESQUELETO E ARTICULAÇÕES.....	60
7- EXAME FÍSICO ESPECÍFICO.....	63
7.1- CRÂNIO.....	63



7.2- OLHOS.....	65
7.3- OUVIDOS.....	66
7.4- NARIZ.....	67
7.5- BOCA.....	67
7.6- PESCOÇO.....	69
7.7- TÓRAX.....	69
7.8- ABDOME.....	70
7.9- APARELHO GENITURINÁRIO.....	72
7.10- ÂNUS.....	73
7.11- SISTEMA NERVOSO.....	73
7.12- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	75
7.13- ORIENTAÇÃO DE CÓLICA DO LACTENTE.....	75
8- CAPÍTULO V.....	77
8.1- CONSULTA DO SEGUNDO MÊS.....	77
8.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	77
8.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	77
8.1.2.1- VITAMINA D.....	77
8.1.2.2- FERRO.....	78
8.1.3- HÁBITO FISIOLÓGICO.....	78
8.1.4- SONO.....	78
8.1.4- DESENVOLVIMENTO.....	79
8.1.4.1- PRÁTICAS DE ESTÍMULO.....	79
8.1.5- IMUNIZAÇÃO.....	80
8.1.6- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	81
8.1.7- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	82
9- CAPÍTULO VI.....	83
9.1- CONSULTA DOS 3 MESES.....	83
9.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	83
9.1.2- ORDENHA DO LEITE.....	83
9.1.3- FÓRMULA INFANTIL.....	84
9.1.4- SUPLEMENTAÇÃO.....	85
9.1.4.1- VITAMINA D.....	85
9.1.4.2- FERRO.....	85
9.1.5- HÁBITO FISIOLÓGICO.....	85
9.1.6- SONO.....	86
9.1.7- DESENVOLVIMENTO.....	87
9.1.8- PRÁTICAS DE ESTÍMULOS.....	87
9.1.9- IMUNIZAÇÃO.....	88
9.1.10- PREVENÇÃO DE ACIDENTE.....	88
9.1.11- USO DE REPELENTE.....	90
9.1.12- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	90
10- CAPÍTULO VII.....	92
10.1- CONSULTA DOS 4 MESES.....	92
10.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	92
10.1.2- ORDENHA DO LEITE.....	92
10.1.3- FÓRMULA INFANTIL.....	93



10.1.4- SUPLEMENTAÇÃO.....	94
10.1.4.1- VITAMINA D.....	94
10.1.4.2- FERRO.....	94
10.2- HÁBITO FISIOLÓGICO.....	94
10.3- SONO.....	95
10.4- DESENVOLVIMENTO.....	96
10.5- PRÁTICAS DE ESTÍMULOS.....	96
10.6- IMUNIZAÇÃO.....	97
10.7- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	97
10.8- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	97
11- CAPÍTULO VIII.....	99
11.1- CONSULTA DOS 5 MESES.....	99
11.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	99
11.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	99
11.1.2.1- VITAMINA D.....	99
11.1.2.2 - FERRO.....	100
11.1.3- HÁBITO FISIOLÓGICO.....	100
11.1.4- SONO.....	100
11.1.5- DESENVOLVIMENTO.....	101
11.1.6- IMUNIZAÇÃO.....	102
11.1.7- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	102
11.1.8- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	103
12- CAPÍTULO IX.....	105
12.1- CONSULTA DOS 6 MESES.....	105
12.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	105
12.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	105
12.1.2.1- VITAMINA D.....	105
12.1.2.2- VITAMINA A.....	105
12.1.2.3- FERRO.....	106
12.1.3- HÁBITO FISIOLÓGICO.....	106
12.1.4- SONO.....	107
12.1.5- DESENVOLVIMENTO.....	108
12.1.7- IMUNIZAÇÃO.....	110
12.1.8- PREVENÇÃO DE ACIDENTES FOTO.....	111
13- CAPÍTULO X.....	114
13.1- CONSULTA DOS 8 MESES.....	114
13.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	114
13.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	114
13.1.2.1- VITAMINA D.....	114
13.1.2.2- VITAMINA A.....	114
13.1.2.3- FERRO.....	115
13.1.3 - HÁBITO FISIOLÓGICO.....	115
13.1.4- SONO.....	116
13.1.5- DESENVOLVIMENTO.....	117
14- CAPÍTULO XI.....	118
14.1- CONSULTA DOS 9 MESES.....	118



14.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	118
14.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	118
14.1.2.1- VITAMINA D.....	118
14.1.2.2- VITAMINA A.....	119
14.1.2.3- FERRO.....	119
14.1.3- IMUNIZAÇÃO.....	120
14.1.4- SONO.....	120
14.1.5- DESENVOLVIMENTO.....	121
14.1.6- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	121
14.1.7- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	122
15- CAPÍTULO XII.....	123
15.1- CONSULTA DOS 10 MESES.....	123
15.1.1-ALIMENTAÇÃO.....	123
15.1.2-SUPLEMENTAÇÃO.....	123
15.1.2.1- VITAMINA D.....	123
15.1.2.2- VITAMINA A.....	124
15.1.2.3- FERRO.....	124
15.1.3- HÁBITO FISIOLÓGICO.....	125
15.1.4- DESENVOLVIMENTO.....	125
15.1.5- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	126
15.1.6- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	126
16- CAPÍTULO XIII.....	128
16.1- CONSULTA DOS 12 MESES.....	128
16.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	128
16.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	128
16.1.2.1 VITAMINA D.....	129
16.1.2.2- VITAMINA A.....	129
16.1.2.3- FERRO.....	130
16.1.6- HÁBITO FISIOLÓGICO.....	130
16.1.7- SONO.....	130
16.1.8- DESENVOLVIMENTO.....	132
16.1.9- IMUNIZAÇÃO.....	132
16.1.10- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	133
16.1.11- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	133
17- CAPÍTULO XIV.....	135
17.1- CONSULTA 15 MESES (1 ANO 3 MESES).....	135
17.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	135
17.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	135
17.1.2.1- VITAMINA D.....	135
17.1.2.2 – VITAMINA A.....	136
17.1.3- HÁBITOS E FISIOLÓGICOS.....	137
17.1.4- SONO.....	137
17.1.6- IMUNIZAÇÃO.....	139
17.1.7- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	140
17.1.8- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	140
18- CAPÍTULO XV.....	141



18.1- CONSULTA 18 MESES (1 ANO 6 MESES).....	141
18.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	141
18.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	141
18.1.2.1- VITAMINA D.....	141
18.1.2.2- VITAMINA A.....	142
18.1.2.3 - FERRO.....	142
18.1.3- HÁBITOS FISIOLÓGICOS.....	143
18.1.4- SONO.....	143
18.1.5- DESENVOLVIMENTO.....	144
18.1.6- IMUNIZAÇÃO.....	146
18.1.7- PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	146
18.1.8- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	147
19- CAPÍTULO XVI.....	148
19.1- CONSULTA 24 MESES (2 anos).....	148
19.1.1- ALIMENTAÇÃO.....	148
19.1.2- SUPLEMENTAÇÃO.....	148
19.1.3- HÁBITOS FISIOLÓGICOS.....	148
19.1.4- SONO.....	148
19.1.5- DESENVOLVIMENTO.....	149
19.1.6- ATENÇÃO AOS SINAIS DE ALERTA.....	150
20- CAPÍTULO XVII.....	151
20.1- O PREMATURO.....	151
20.2- DIFICULDADES DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURA.....	151
20.2.1-PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO.....	151
20.2.2- COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS.....	151
20.3- MENOR RESISTÊNCIA ÀS INFECÇÕES.....	152
20.4- AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURA.....	152
20.5- IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURO.....	154
20.6- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.....	155
20.7- DADOS DO PARTO.....	155
20.8- CONDIÇÕES DE NASCIMENTO.....	156
20.9- IDADE CORRIGIDA.....	157
20.10- EXAME FÍSICO DO PREMATURO.....	157
20.10.1- PELE.....	158
20.10.2- LANUGO.....	158
20.10.3- VÉRNIX.....	158
20.10.4- EQUIMOSE.....	159
20.10.5- Icterícia.....	160
20.11- TECIDO SUBCUTÂNEO.....	161
20.12- MUSCULATURA.....	162
20.13- EXAME FÍSICO ESPECÍFICO.....	162
20.13.1- CRÂNIO.....	162
20.13.2- APARELHO RESPIRATÓRIO.....	162
20.13.3- APARELHO GENITURINÁRIO.....	162
20.13.4- SISTEMA NERVOSO.....	163
21- CAPÍTULO XVIII.....	165



21.1- ALEITAMENTO MATERNO.....	165
21.2- LIVRE DEMANDA.....	166
21.3- TEMPO DA MAMADA.....	167
21.4- TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO ADEQUADA.....	168
21.5- RELACTAÇÃO OU TRANSLACTAÇÃO.....	170
21.6- TÉCNICAS E MÉTODOS DE RELACTAÇÃO OU TRANSLACTAÇÃO.....	171
21.7- ORDENHA E ARMAZENAMENTO.....	171
21.8- DIFICULDADES E PROBLEMAS NA AMAMENTAÇÃO.....	172
21.9- CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS POR LEITE MATERNO.....	174
21.10- FÓRMULAS INFANTIS E COMPOSTOS LÁCTEOS.....	175
21.11- CONTRAINDICAÇÕES PARA AMAMENTAÇÃO.....	176
22- CAPÍTULO XIX.....	180
22.1- INTRODUÇÃO ALIMENTAR.....	180
22.2- Mães que vão retornar ao trabalho antes dos 6 meses.....	182
22.3- Cardápio para Introdução Alimentar para as Crianças em Aleitamento Materno....	185
22.4- Cardápio para Introdução Alimentar para Crianças em uso de fórmula infantil.....	186
22.5- Cardápio para Introdução Alimentar para Crianças em uso de Leite de Vaca.....	188
22.6- Formas de oferecer as refeições e consistência.....	189
22.7- Doze Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável em Crianças menores de 2 anos.....	190
22.8 Lista de alimentos que não devem ser oferecidos.....	191
23- CAPÍTULO XX.....	193
23.1- ANEMIA FERROPRIVA.....	193
23.1.1- REPERCUSSÕES DA ANEMIA.....	194
23.1.1.1- Repercussão de anemia em crianças.....	194
23.1.2- DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	195
23.1.3- SINAIS E SINTOMAS DE DEFICIÊNCIA DE FERRO.....	195
23.1.4- EXAMES LABORATORIAIS.....	196
23.1.5- PREVENÇÃO.....	197
23.1.6- SUPLEMENTAÇÃO PROFILÁTICA DE FERRO.....	198
23.1.7- FATORES DE RISCO.....	198
23.1.8- TRATAMENTO DE ANEMIA FERROPRIVA.....	200
24- CAPÍTULO XXI.....	201
24.1- PUERICULTURA ODONTOLÓGICA.....	201
24.2- Candidíase oral.....	209
24.3- Hábitos de sucção não-nutritiva.....	210
24.4- Uso do copo.....	212
24.5- Dieta.....	212
24.6- Higiene Bucal.....	213
24.7- Cronologia de erupção dentária.....	216
24.8- Sintomatologia do irrompimento dos dentes decíduos.....	217
24.9- Cárie precoce da infância (CPI).....	219
24.10- TRAUMATISMOS DENTÁRIOS.....	221
24.11- ORIENTAÇÕES FINAIS.....	223
25- CAPÍTULO XXII.....	224
25.1- TEA (Transtorno do Espectro Autista).....	224



26- REFERÊNCIAS.....	226
27- ANEXO I.....	232
28- ANEXO II.....	234
29- LISTA DE ABREVIATURAS.....	235
AAE Atenção Ambulatorial Especializada.....	235
ACS Agente Comunitário de Saúde.....	235
AME Aleitamento Materno.....	235
APS Atenção Primária à Saúde.....	235
EOA Emissões Otoacústicas Evocadas.....	235
FC Frequência Cardíaca.....	235
FR Frequência Respiratória.....	235
IMC Índice de Massa Corporal.....	235
M-CHAT Modified Checklist for Autism in Toddler.....	235
MMII Membros Inferior.....	236
PIG Pequeno para Idade Gestacional.....	236
PNAB Política Nacional de Atenção Básica.....	236
PNTN Programa Nacional de Triagem Neonatal.....	236
PSE Programa Saúde na Escola.....	236
RN Recém-Nascido.....	236
SUS Sistema Único de Saúde.....	236
UBS Unidade Básica de Saúde.....	236



APRESENTAÇÃO

O atendimento à criança deve ser realizado com qualidade e, para tal, o acolhimento de nossas crianças na atenção primária deve ser de forma integral, humanizada, com ações intersetoriais, garantindo promoção em saúde e melhor cuidado de nossas crianças.

Para este melhor cuidado foi proposto a confecção de Linha Guia de Saúde da Criança, um projeto que contou com uma equipe multiprofissional, visando atualização do Protocolo Clínico de Saúde da Criança de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina/Paraná, ampliando o instrumento para normatização do atendimento e estabelecimentos de fluxos integrados, auxiliando os atendimentos dos profissionais que constituem a equipe da Estratégia da Saúde da Família.

A qualificação do serviço é necessária por medidas de educação continuada, fluxos e organização do serviço, uma constante construção e aperfeiçoamento da rede, sempre pautado em melhorias de saúde da população sob nossa responsabilidade.

1- INTRODUÇÃO

Para a expressão otimizada de seu potencial genético, as crianças necessitam de um ambiente e de cuidados que permitam o desenvolvimento pleno de suas capacidades e habilidades motoras, cognitivas e socioafetivas. Diversas áreas do conhecimento, como a Biologia, a Psicologia, a Psicanálise e as Neurociências, em interação com o saber e as práticas de saúde, constituem a base de conhecimentos desse entendimento, que norteia tanto a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e quanto a presente Linha Guia.

Os primeiros anos de vida são aqueles em que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo, especialmente devido à sua plasticidade cerebral. A imaturidade, inclusive imunológica, associada a condições de vida desfavoráveis, relacionadas à ausência de saneamento básico, de segurança alimentar e nutricional, de situações de violência intrafamiliar, de baixa escolaridade materna, além de condições específicas das populações vulneráveis, baixo acesso e qualidade dos serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, são determinantes não apenas de maior morbidade e mortalidade, tanto infantil quanto na infância, mas de riscos ao pleno desenvolvimento destas crianças. A qualificação da vida e o usufruto pleno das potencialidades de brasileiras e brasileiros é ponto fundamental desta política que considera a família, a comunidade, a sociedade em geral e o poder público, responsáveis pela efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à convivência familiar e comunitária com proteção, à participação, ao respeito e à liberdade.

A puericultura compõe um conjunto de ações de promoção à saúde exercidas de forma contínua e global na infância, contemplando os eixos de família, comunidade e cultura. Suas ações envolvem a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de práticas definidas, centrando suas atividades na apreciação de fatores individuais e ambientais de proteção e de ameaça à saúde, além de monitoramento do desenvolvimento, imunizações, testes de triagem, orientação antecipatória (acerca de inúmeros condicionantes da saúde, como nutrição, hábitos de vida, disciplina e segurança) e aspectos selecionados do exame clínico para avaliação de riscos. Dessa forma, a puericultura visa propiciar à criança o melhor

nível de desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social, favorecendo uma vida mais longa, produtiva e integral.

Em 2018 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, desde a gestação até aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância (< 6 anos) e às populações de maior vulnerabilidade.

O cuidado da criança deve ser baseado em uma conexão dentro dos serviços de saúde, com abordagem multidisciplinar, contemplando os programas comunitários de centros de educação infantil, escolas, associações de bairro, igrejas e serviços de saúde pública e fazendo interface com as demais políticas públicas no campo da assistência social, educação, justiça, trabalho, entre outras.



2- CAPÍTULO I

2.1- ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família pressupõe trabalho em equipe, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Sendo assim, elencamos atribuições comuns à equipe de saúde e particulares a cada categoria profissional baseadas na legislação do SUS e em outras fontes.

2.2- ATRIBUIÇÕES COMUNS À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Colaborar e participar do planejamento, do monitoramento e das avaliações das ações desenvolvidas para a Atenção Integral à Saúde da Criança embasado no trabalho em equipe e de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); participar do processo de educação permanente em saúde da equipe de saúde; realizar visitas domiciliares; participar de grupos educativos e de promoção da saúde; orientar as famílias sobre a necessidade de realização das vacinas conforme o estabelecido no Programa Nacional de Imunizações; contribuir para o desenvolvimento de ações locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis e que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas e ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas, o acesso à água tratada e potável, bem como o incentivo à adoção de medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora; colaborar para a captação precoce e acompanhamento de crianças em risco; verificar condições gerais da mãe e da criança no domicílio; verificar presença de situações de risco e comunicar à equipe; verificar o entendimento e adesão às orientações; fornecer e preencher a Caderneta da Criança.

2.2.1- Atribuições do Enfermeiro

Realizar consultas de puericultura conforme o preconizado no protocolo; monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos vacinais adversos; verificação de sinais vitais e realizar a aferição dos dados antropométricos

de peso e altura e avaliar o IMC das crianças; orientar sobre o aleitamento materno; avaliar crescimento, desenvolvimento e dieta; orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária. Orientar alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos; indicar aplicação de vacinas em atraso; encaminhar para especialista; encaminhar para o serviço de urgência; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; garantir a integralidade da atenção; garantir a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

2.2.2- Atribuições do Técnico de Enfermagem

Verificação de sinais vitais e dados antropométricos de peso e altura, curativos, retirada de pontos, dispensação de medicamentos na farmácia, limpeza, preparo e esterilização dos materiais, aplicação de medicamentos e vacinas.

2.2.3- Atribuições do Médico de Família e Comunidade, Médico da Equipe Saúde de Família, Médico Pediatra

Realizar consultas clínicas e de puericultura; verificação de sinais vitais e aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC das crianças; realizar pequenos procedimentos de sua competência; atender a demanda espontânea e programada; realizar encaminhamentos aos serviços de referência e internações hospitalares; indicar exames complementares quando forem necessários; realizar a aferição da pressão arterial das crianças; monitorar a saúde de crianças e orientar pais e cuidadores diante de efeitos vacinais adversos; garantir a integralidade da atenção; garantir a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

2.2.4- Atribuições do Dentista

Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva nas crianças, nos consultórios odontológicos, nas atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas.

2.2.5- Atribuições do Técnico em Saúde Bucal e do Auxiliar de Saúde Bucal

Realizar ações de apoio ao dentista; identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o atendimento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, sob a supervisão do dentista.

2.2.6- Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

Realizar visitas domiciliares mensais às famílias de suas respectivas micro áreas; realizar levantamento de dados e demandas dessas famílias; orientar quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e o preenchimento do relatório mensal; acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde da família nas atividades e nas ações direcionadas às crianças; ser articulador da comunidade perante as instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação; contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares; realizar busca ativa; promover a mobilização e a participação da comunidade.

2.2.7- Atribuições dos componentes da eMulti

Realizar apoio matricial aos profissionais das equipes Saúde da Família, mediante apoio técnico e capacitações voltadas para a rede de saúde, da assistência social, da educação, entre outros, garantindo suporte aos profissionais de saúde (cuidando do cuidador) e em algumas situações para atendimento ao agressor em violência intrafamiliar; apoiar os profissionais das equipes de saúde da família a exercer a coordenação do cuidado da criança em todas as ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE); participar da construção de planos e

abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de saúde da família, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes; realizar com as equipes de saúde da família discussões e condutas terapêuticas integrativas e complementares; estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde; identificar e articular, juntamente com as equipes de saúde da família e professores, uma rede de proteção social com foco nas crianças; discutir e refletir permanentemente com as equipes de saúde da família sobre a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e potencialidades; exercer as atribuições que lhes são conferidas.

3- CAPÍTULO II

3.1- ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco é essencial para o melhor cuidado com a criança com maior probabilidade de adoecer e morrer, possibilitando oferecer cuidado diferenciado para crianças de maior risco. A estratificação deve ser feita de forma contínua e dinâmica a cada avaliação até o segundo ano de vida, sendo de grande importância essa estratificação de risco para pactuação com plano de cuidado compartilhado e integral da criança. O acompanhamento da criança é realizado de maneira exclusiva na atenção primária à saúde (APS) ou de forma compartilhada com atenção ambulatorial especializada (AAE) conforme a necessidade desse acompanhamento.

A estratificação de risco segundo a Linha Guia Materno Infantil é realizada por avaliação da criança desde a maternidade, na dependência de dados maternos, de antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais, estratificando esta criança em risco habitual, intermediário e alto.

- Alto risco: APS E AAE
- Intermediário risco: APS
- Baixo risco: APS

3.1.1- RISCO HABITUAL

Crianças com características favoráveis, seja individual e socioeconômica, sendo assim se caracterizam por:

1. Critérios APGAR > 7 no 5º minuto
2. Peso ao nascer > 2500g e < 4 000g.
3. Idade gestacional > 37 e < 42 semanas.
4. Triagem neonatal com resultado normal.
5. Vacinação em dia.

6. Adequado crescimento e desenvolvimento.

3.1.2- RISCO INTERMEDIÁRIO

Para estas crianças se deve ampliar o calendário de consultas para melhor acompanhamento. Esses recém-nascido são filhos de mães:

- Com infecção intrauterina (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, herpes vírus, HIV e zika vírus);
- Estiveram em situação de vulnerabilidade em situação de rua, indígena, quilombolas ou migrantes;
- Negras;
- Com menos de 4 consultas de pré-natal;
- Com menos de 15 ou mais 40 anos de idade;
- Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
- Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;
- Mães que apresentaram exantema durante a gestação;
- Com gravidez indesejada (com dificuldade de aceitação);
- Mães sem suporte familiar;
- Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto de repetição e/ou natimorto);
- Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;
- Mãe com histórico de violência interpessoal;
- Mãe que morreram no parto, ou ausentes, abandono;
- Depressão pós-parto e/ou baby blues;
- Chefe da família sem fonte de renda;
- Pais com transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica;
- Pais com dependência de álcool ou drogas;
- Cuidador não habilitado para cuidado com o RN;
- Sem acesso a saneamento ou água potável

E/OU:

- Peso ao nascer de 2 a 2,5kg;

- Idade gestacional entre 35 a 37 semanas;
- Anomalias congênitas menores;
- Internação ou intercorrências na maternidade;
- Crianças sem realização de triagem neonatal;
- Desmame precoce (antes dos 6 meses de vida);
- Desnutrição ou curva pondero estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou sobrepeso;
- Crianças não vacinadas ou com esquema atrasado;
- Cárie;
- Crianças com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro em um período de 3 meses.

3.1.3- ALTO RISCO

Às crianças classificadas como de alto risco deve ocorrer o cuidado compartilhado com a atenção primária à saúde e especializada, sendo pediatra e/ou serviço de referência. O alto risco deve ter um plano de cuidado singular, com mais consultas individualizadas e multiprofissionais.

- Peso ao nascer < 2kg e > 4kg;
- Idade gestacional < 34 semanas;
- Asfixia perinatal (APGAR <7 no 5 minuto);
- Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão;
- Infecção crônica (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, herpes vírus HIV e zika vírus) confirmada ou em investigação;
- Malformações congênitas graves (com repercussão clínica);
- Doenças genéticas, cromossomopatias;
- Teste de triagem alterado;
- Atraso no desenvolvimento psicomotor;
- Desnutrição grave ou obesidade;
- Intercorrências repetidas com repercussão clínica (após segunda internação).

3.1.4- CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA PUERICULTURA

	5-10 Dias	20-30 Dias	2M	3 M	4 M	5 M	6 M	7 M	8 M	9 M	10 M	11 M	12 M	15 M	18 M	21 M	24 M
RH/ RI	X	X	X	X	X	X	X		X		X		X	X	X		X
AR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
eMulti				X		X			X					X			X
Odonto		X				X							X				X

Fonte: Dados dos autores

3.1.5- CRONOGRAMA DE PUERICULTURA RH e RI

Idade	Profissionais
5-10 dias	Enfermeiro (a), podendo ser feito na forma visita domiciliar.
20-30 dias	Médico (a), equipe saúde bucal (consulta individual).
2 meses	Enfermeiro (a)
3 meses	Grupo (ACS, auxiliar de enfermagem, farmacêutico (a))
4 meses	Médico (a)
5 meses	Grupo (ACS, auxiliar de enfermagem, odontologia, nutricionista (a))
6 meses	Médico (a)
8 meses	Grupo (ACS, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta)
10 meses	Médico (a)
12 meses	Enfermeiro (a), equipe saúde bucal (individual)
15 meses	Grupo (ACS, auxiliar de enfermagem, profissional de educação física)
18 meses	Médico (a)
24 meses	Grupo (ACS, auxiliar de enfermagem, equipe saúde bucal, psicólogo (a))

Fonte: Dados dos autores

4- CAPÍTULO III

4.1 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA



Fonte: <https://www.fetalmed.net/assuntos/estimativa-de-peso/>

As medidas antropométricas são técnicas simples e de baixo custo que podem ser realizadas pelo auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro (as), médico (a) ou qualquer profissional de saúde de nível superior. São de aplicação universal para avaliar comprimento, peso, proporções e composição corporal. Na prática clínica deve-se aferir regularmente peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e perímetro cefálico. O peso e altura são aferidos do nascimento até os 18 anos e a partir deles calcula-se o IMC. O perímetro cefálico é mensurado rotineiramente nos 3 primeiros anos de vida.

Embora aparentemente simples e fáceis, essas medidas devem ser obtidas seguindo uma técnica rigorosa, e devem ser colocadas no gráfico de crescimento específico.

O crescimento normal é harmonioso e tende a seguir um determinado canal, ditado pelas condições genéticas que comandam esse crescimento. Desvios importantes tanto para mais ou para menos devem alertar para algo de errado.

O prematuro deve ter suas curvas de crescimento traçadas de acordo com a idade corrigida até completar 2 anos, podendo também ser avaliado utilizando-se instrumentos (curvas) específicas para prematuro.

Crianças PIG (pequenas para idade gestacional), podem demorar até os 2 anos para entrarem em seu canal de crescimento.

Algumas condições clínicas como turner, down, prader willi, acondroplasia, encefalopatia crônica possuem curvas específicas.

CORRESPONDÊNCIA ENTRE PERCENTIS E ESCORE Z:

ESCORE Z	PERCENTIL
+3	99,9
+2	97,7
+1	84,2
0	50
-1	15,8
-2	2,28
-3	0,15

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

4.2 - PERÍMETRO CEFÁLICO

Ao nascimento, apresenta uma média de 32 a 37 cm de perímetro cefálico em um recém-nascido a termo. Microcefalia em RN a termos se define em meninos nas medidas do perímetro cefálico < 31,9 cm e em meninas < 31,5 e ao longo do primeiro ano aumenta 10-12 cm. Aos 6 anos praticamente completou o seu crescimento, estando próximo ao do diâmetro de um adulto.

O perímetro cefálico geralmente apresenta-se cerca de 2-3 cm maior que o perímetro torácico.

Deve ser medido até os 3 anos de idade, passando a fita pela protuberância mais saliente no osso occipital até as cristas supraorbitais e glabella no osso frontal. Recém-nascido com bossa serossanguinolenta (edema de origem congestiva) e cefalohematoma (hemorragia subperiosteal) dificultam a mensuração.



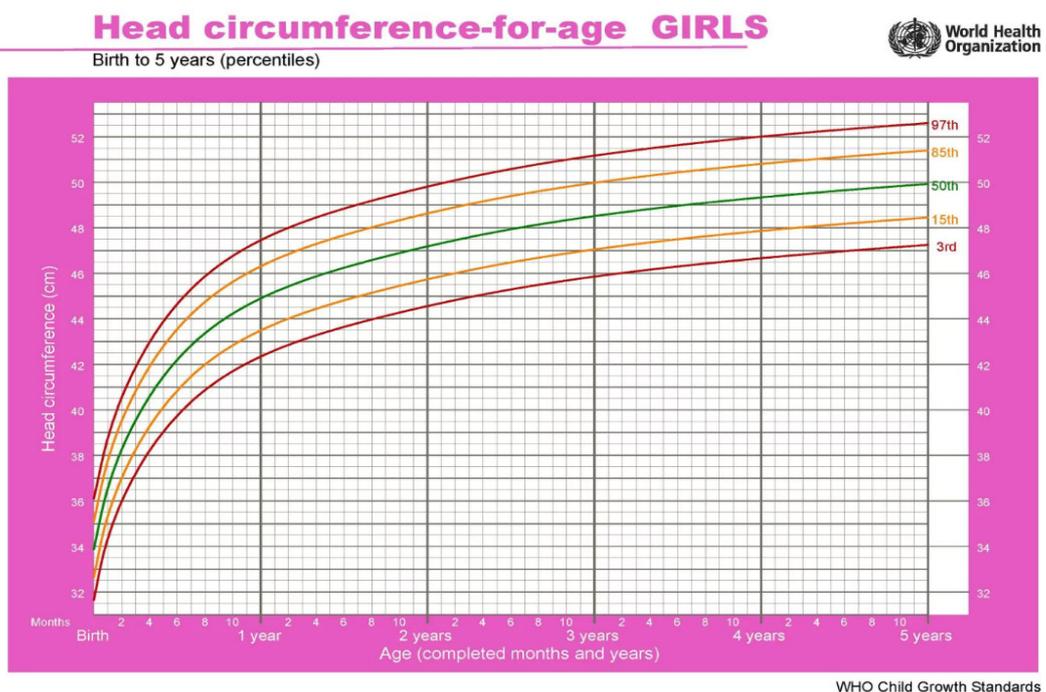
Fonte: <https://brasil.babycenter.com/thread/3788448/testa-saliente>

4.2.1 - Média de crescimento a cada trimestre no primeiro ano de vida

1º TRIMESTRE	2 cm/mês
2º TRIMESTRE	1 cm/mês
3º TRIMESTRE	0,5 cm/mês
4º TRIMESTRE	0,5 cm/mês
1-5 ANOS	5 cm

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

CURVA PARA ACOMPANHAMENTO CEFÁLICO DO NASCER ATÉ 3 ANOS DE VIDA.



Fonte: Linha guia de atenção à saúde da criança (Cascavel 2018)

Ao medir o perímetro cefálico também é necessário avaliar as fontanelas, a anterior fecha totalmente entre 9 -18 meses de idade e a posterior se fecha nos dois primeiros meses de vida.

O crescimento do perímetro cefálico acelerado pode indicar hidrocefalia ou um crescimento desacelerado e assimétrico pode indicar fechamento precoce de suturas cranianas.

4.3- ESTATURA

A altura é o indicador mais fiel na avaliação do crescimento, embora não seja tão sensível como o peso. Ao nascimento em crianças a termo varia de 45-55 cm de estatura. Até os 2 anos de idade mede-se a criança deitada (comprimento) e entre 2-3 anos pode-se medir deitado ou em pé (altura), existe uma diferença de cerca de 0,7 cm entre a estatura da criança deitada em pé, sendo maior deitado.

A estatura normal é situada entre os P 2.5 - P 97.5, a baixa estatura é menor que o P 2,5 (ou abaixo de 2 desvio padrão), e alta estatura maior que o P 97.5;

É muito importante a avaliação da velocidade de crescimento, se canal de crescimento se encontra no alvo genético,

Velocidade de crescimento de acordo com a idade:

IDADE	CRESCIMENTO
Nascimento aos 12 meses	25 cm/ ano (15 cm primeiro semestre e 10 cm segundo semestre)
1-2 anos	10-13 cm/ ano
2-4 anos	7 cm / ano
4-6 anos	6 cm/ano
6 anos a início da puberdade	5 cm/ano
Estirão puberal meninas (tanner 2 e 3)	8-10 cm/ano
Estirão puberal meninos (tanner 3 e 4)	10-12 cm/ano
Após menarca em meninas	5-6 cm

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

4.4- ALVO GENÉTICO

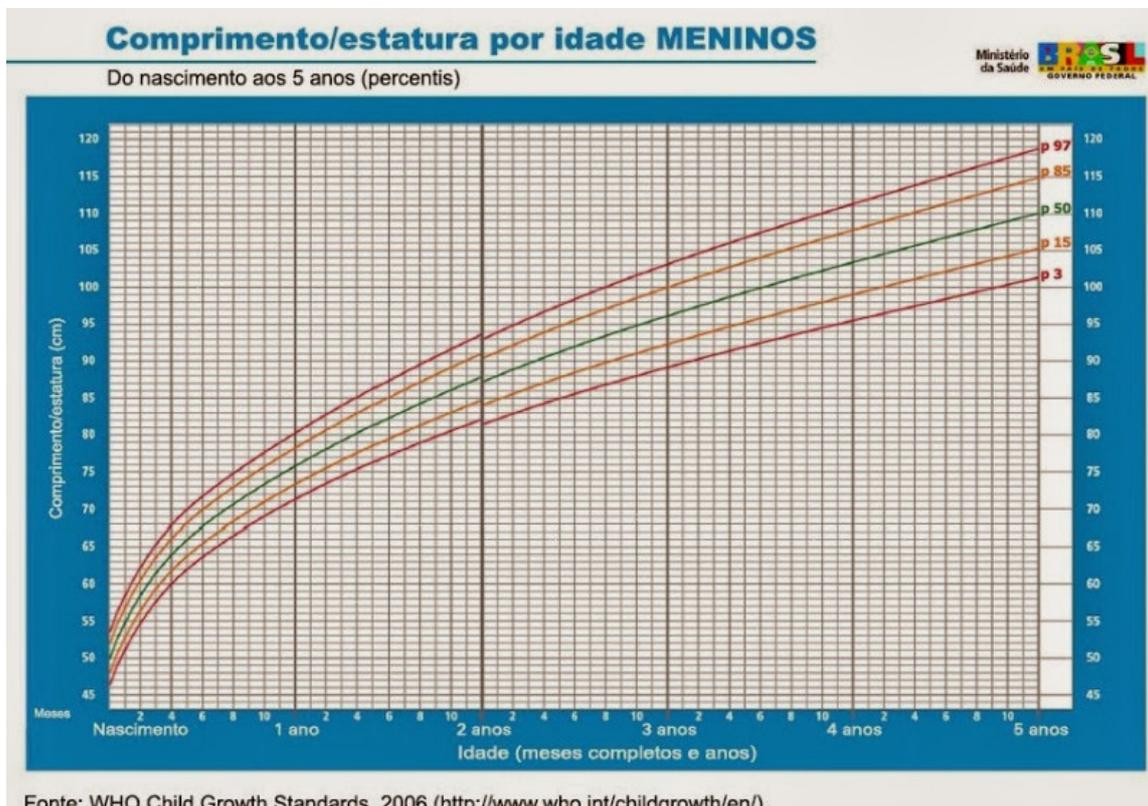
A altura-alvo ou alvo genético / alvo familiar é um cálculo estimado da altura final de uma criança obtido a partir da estatura de seus pais. O resultado apresenta desvio padrão de 5 cm para mais e para menos.

Meninos:

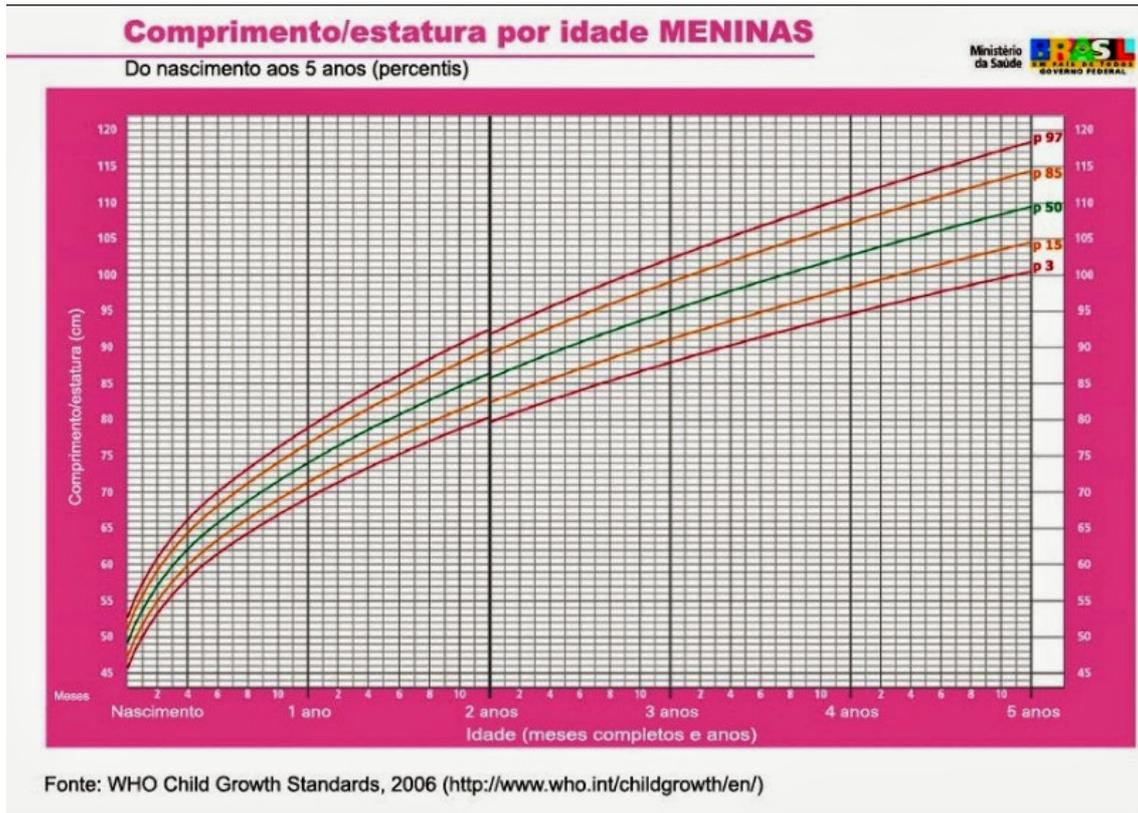
$$\frac{(\text{Altura do pai} + \text{Altura da mãe} + 13)}{2} = \text{Alvo genético (DP 5 CM)}$$

Meninas:

$$\frac{(\text{Altura do pai} - 13) + \text{altura da mãe}}{2} = \text{ALVO GENETICO (DP 5 CM)}$$



Fonte: Linha guia de atenção à saúde da criança (Cascavel 2018)



Fonte: Linha guia de atenção à saúde da criança (Cascavel 2018)

4.5- GANHO DE PESO

É um importante indicador do estado nutricional, refletindo até mesmo deficiência nutricionais aguda. Até os 15 kg a criança tem o peso aferido numa balança de bebês e, a partir daí, numa balança de adultos. Pesar as crianças sem roupa ou com o mínimo de roupas.

A maioria dos RN de termo bem amamentados apresenta, em média, perda máxima de peso de 5% a 10% com 48-72 horas de vida e recuperação do peso ao nascer ao redor do 5º - 10º dia de vida, podendo recuperar até 15 dias.

O ganho ponderal médio durante o primeiro ano de vida está ilustrado na tabela abaixo, devendo-se fazer gramas/dias apenas nas primeiras consultas do primeiro mês, depois avaliar curvas principalmente.

Média de ganho de peso:

Primeiro ano	Gramas / mês	Gramas dias
1 Trimestre	700 g	25-30g
2 Trimestre	500-600g	20 g
3 Trimestre	400-500g	15 g
4 Trimestre	350-400g	10 g

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Ganho ponderal médio entre nascimento e adolescência.

Idade	Peso
Lactente (1 ano)	Duplica peso do nascimento entre 4-6 meses, triplica com 12 meses
Lactente (a partir 2 anos)	2,5 kg/ano
Pré escolar	2 kg
Escolar	2,5 kg/ano
Adolescente	4 kg/ano

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

4.6- ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

É um índice que mede a massa geral (gordura, músculo, osso, fluido corpóreo, não específico gordura), é prático e usado para avaliação do grau de obesidade ou de sobrepeso. Na criança a avaliação IMC deve ser feita pelas curvas com particularidades de antes dos 5 anos e depois dos 5 anos.

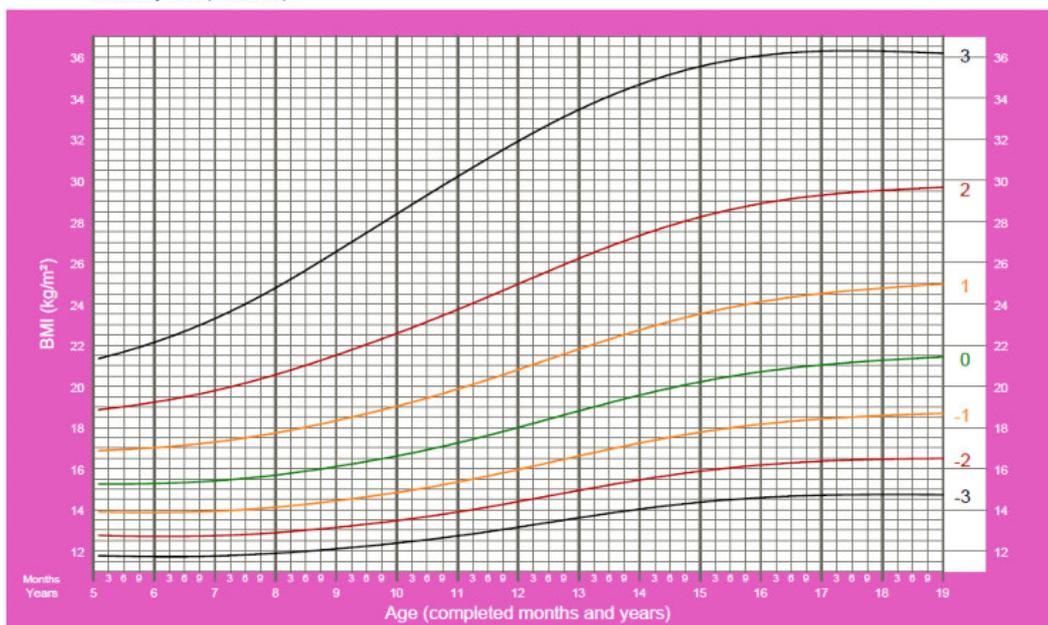
IMC – ÍNDICE MASSA CORPÓREA			
Percentil	Escore Z	0-5 anos incompletos	5-19 anos
<0,1	< -3	Magreza acentuada	Magreza acentuada
0,1 - 3	-3 - -2	Magreza	Magreza
3-15	-2 - -1	Eutrófica	Eutrófica
15-85	-1 - +1	Eutrófica	Eutrófica
85-97	+1 - +2	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
97-99,9	+2 - +3	Sobrepeso	Obesidade
>99,9	>+3	Obesidade	Obesidade grave

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Escore z do peso/estatura ou índice de massa corporal (IMC) < -3 desvios-padrão e critérios diagnósticos de desnutrição.

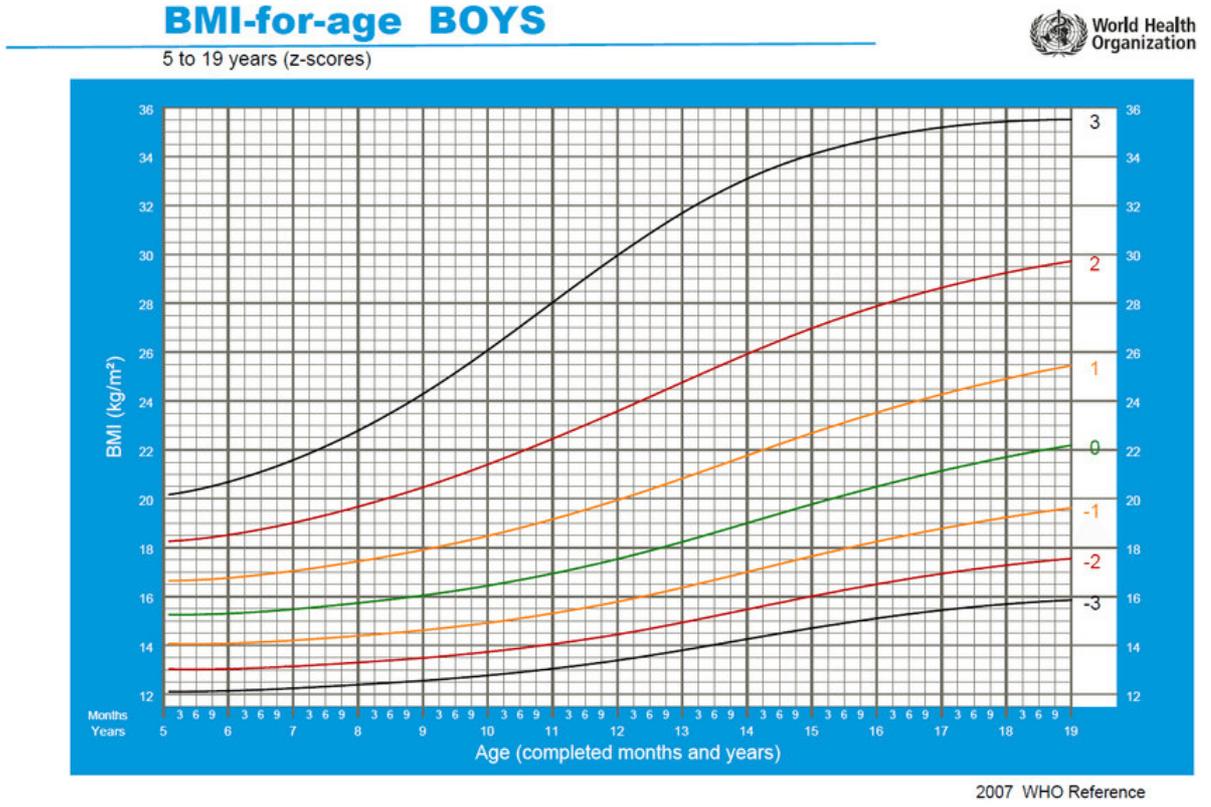
BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

Fonte: Linha guia de atenção à saúde da criança (Cascavel 2018)



Fonte: Linha guia de atenção à saúde da criança (Cascavel 2018)

5- CAPÍTULO IV

5.1 - CONSULTAS MÊS A MÊS

5.1.1- PRIMEIRA CONSULTA DE PUERICULTURA

A primeira consulta deve ser o mais precoce possível, sendo uma visita domiciliar ou demanda espontânea na unidade. Sempre que possível, a mãe deve deixar a maternidade já com a data agendada para o comparecimento entre o 3º e o 5º dia de vida na Unidade Básica de Saúde visando ao “5º Dia de Saúde Integral” para a mulher e seu recém-nascido.

O “5º Dia de Saúde Integral” é um momento privilegiado para a detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê, de riscos e vulnerabilidades. Consiste numa consulta de enfermagem (ou médica) conjunta da criança e da mulher (se possível com a presença do pai), com exame sumário de ambos e pesagem da criança (para avaliação de ganho ponderal).

A visita domiciliar é recomendada à família da puérpera e recém-nascido, sendo atribuição não só do agente comunitário de saúde como da enfermagem e/ou médico. É um instrumento importante para trocar informações vinculadas a necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas.

Avaliações das condições da saúde da criança e da mãe nesta consulta:

- Observação do estado geral da mãe, sinais de depressão puerperal, avaliação da interação mãe-bebê.
- Como é formado a família da criança, redes de apoio, comunicação verbal e não verbal. Estimular a participação do pai, observar relações familiares.
- Verificar estado geral da criança e sinais de alerta do recém-nascido.
- Orientar sobre aleitamento materno.
- Facilitar o acesso à saúde: orientar sobre a consulta do puerpério e de acompanhamento da criança na unidade básica de saúde que deverá ser até os 10 dias após o parto.

- Avaliar carteira de saúde da criança quanto às condições de nascimento, intercorrências hospitalares, testes de triagem neonatal e vacinação do recém-nascido.
- Avaliação de posição de dormir do recém-nascido e local.
- Orientar cuidados com recém-nascido, higiene, cuidados com o coto umbilical, alimentação, vestimentas compatíveis.
- Estratificação de risco.
- Agendar consulta individual com a odontologia.

5.1.1.1 - ROTEIRO DE ASSISTÊNCIA NO DOMICÍLIO (ENFERMEIRO, AUXILIAR DE ENFERMAGEM E ACS)

SAÚDE DA PUÉRPERA	SAÚDE DO RN
<p>VERIFICAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Caderneta da gestante ● Esquema de vacina ● Cadastro Individual da Criança e da puérpera <p>OBSERVAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estado geral e emocional; ● Presença de pessoas de apoio; ● Condições socioeconômicas; ● Alimentação e hidratação ● Sono e repouso; ● Condições de higiene; ● Mamas e mamilos; ● Amamentação e interação com RN; ● Presença de dor, sangramento ou secreção vaginal; ● Involução uterina (útero deve estar contraído, regride 2cm/dia no pós- 	<p>VERIFICAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Carteira vacinal ● Situação vacinal: 1ª dose de Hepatite B (realizada na maternidade) e BCG ● Testes de triagem neonatal <p>OBSERVAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aleitamento materno: Sucção e Pega ● Estado geral e atividade; ● Umbigo ou coto umbilical: Higiene e sinais de infecção; ● Coloração da pele ou hipotermia ● Eliminações fezes e urina <p>ORIENTAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Banho ● Posição de dormir, sono e repouso

<p>operatório imediato. No 6º dia encontra-se entre o umbigo e a margem superior da sínfise púbica).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incisão cirúrgica (se houver), e; ● Hábitos fisiológicos - queixas urinárias. <p>ORIENTAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alimentação saudável; ● Importância do AME e correção de técnica. 	<p>*Avaliar Risco ao Nascer*</p>
--	---

Fonte: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf4.pdf

5.1.2- SINAIS DE ALERTA RECÉM NASCIDO

1. Recusa da mamada
2. Vômitos importantes
3. Convulsão, apneia
4. Letargia
5. Respiração rápida e sinais de desconforto respiratório – tiragem subcostal, batimento de asa de nariz
6. Febre/ hipotermia
7. Gemência
8. Cianose generalizada ou palidez importante
9. Icterícia visível abaixo do umbigo
10. Fontanela abaulada
11. Umbigo hiperemiado e/ou secreção purulenta
12. Pústulas na pele (muitas/extensas)
13. Irritabilidade ou dor à manipulação.

5.1.3- ESTRUTURA DA PUERICULTURA

A cada consulta buscamos a formação de vínculo ou seu fortalecimento. As consultas de puericultura são mais de caráter preventivo, mas muitas vezes nos deparamos com sintomas/sinais patológicos, queixas de doenças agudas ou crônicas. Em todas as consultas devem ser abordados as seguintes temáticas:

5.1.4- ANAMNESE

- 1) **Intercorrências:** avaliar idas em pronto socorro, internações, uso de medicamentos, acidentes e doenças.
- 2) **Alimentação:** alimentação usada, leites, aleitamentos, como está sendo, quantidade, aceitação.
- 3) **Suplementação:** avaliar se está sendo realizado alguma suplementação complementar como ferro, uso de vitaminas.
- 4) **Hábitos fisiológicos (diurese, evacuação e sono):** avaliar frequência, alterações, tempos sonecas, onde dorme, quanto tempo.
- 5) **Desenvolvimento e estímulos:** avaliação dos marcos do desenvolvimento motor (grosso, fino), social, linguagem. E orientações de estímulos possíveis a serem praticados durante o mês.
- 6) **Imunização:** conferir a carteira de vacinas para verificar possíveis atrasos e estimular a próxima vacina.
- 7) **Prevenção de acidentes:** perguntar de acidentes, mas a cada consulta realizar orientações preventivas de acidentes.
- 8) **Escola:** avaliar como está a adaptação, aprendizado em crianças em idade escolar, socialização, possíveis sofrimentos associados.
- 9) **Sócio/familiar:** conhecer o ambiental, como é a estrutura familiar, genograma, renda familiar, vínculos.

5.1.5- EXAME FÍSICO

- Realizar o exame físico completo a cada consulta, incluindo oroscopia e otoscopia.
- Exame físico com instrumentos como lanterna, abaixador de língua e otoscopia devem ser o último procedimento, pois geralmente trazem desconforto.
- A ausculta cardíaca e pulmonar pode ser iniciada no colo dos pais se isso trazer conforto à criança.
- Sempre que possível convidar os pais para estarem ao lado, para explicar e tirar dúvidas.
- Examinar de forma humanizada com empatia sempre respeitando a criança.
- O ideal é o realizar os exames sem roupa
- Realizar as medidas antropométricas e depois marcar na curva e anotar em prontuário e carteira da criança.

5.1.6- DIAGNÓSTICOS

Os diagnósticos a cada consulta de puericultura devem conter:

Diagnóstico nutricional: avaliar curvas de crescimento peso, estatura, IMC, Ex: eutrófico, magreza, obesidade, sobrepeso, bom ganho de peso ou ganho de peso insuficiente.

Diagnóstico alimentar: avaliar alimentação da criança; Ex: correta, incorreta.

Diagnóstico vacinal: avaliar carteira de vacina. Ex: atualizado, atrasado.

Diagnóstico do desenvolvimento: Avaliar desenvolvimento neuropsicomotor para idade. Ex: Adequado, atrasado.

Diagnóstico Patológico: se possui alguma doença ou não (fisiológico) Ex: lactente sibilante, asma, prematuridade.

5.1.7- PROPEDEÚTICA

As consultas de puericultura raramente terminam com pedido de exames e prescrições de medicamentos, a grande maioria consistiria de uma série de orientações de promoção em saúde e sanar dúvidas do que é fisiológico e o que é patológico.

Ao final da consulta a próxima consulta já deverá ter data e ser anotada na carteirinha da criança.

6- CONSULTA DO PRIMEIRO MÊS

Na Unidade Básica de Saúde frequentemente os profissionais que realizam o pré-natal são os mesmos que irão seguir o acompanhamento da criança e família durante a puericultura, sendo assim o vínculo entre a equipe de saúde e a família é construído desde o pré-natal.

O nascimento de uma criança em uma família é um momento de mudanças, transições de ciclos, adaptações, construção de novos papéis e relacionamentos, momento que podem gerar muitas dúvidas, angústias, inseguranças. É de extrema importância um olhar humanizado, construções de vínculos e um acompanhamento próximo com a equipe de saúde.

A primeira consulta deve ocorrer o mais precoce possível dentro da primeira semana, podendo ser realizada na forma de visita domiciliar ou na unidade, a ser realizada pela enfermagem ou médico. A segunda consulta foi realizada ainda no primeiro mês da criança, cerca de duas semanas após a primeira.

A primeira consulta na unidade deve dar atenção especial para uma anamnese e exame físico detalhado, convidar os pais para ficarem próximos da criança no momento do exame físico para retirada de dúvidas.

Nas consultas subsequentes a consulta deve ser iniciada com a acolhida e perguntas abertas, para que a família possa contar sobre intercorrências, **angústias** e

dúvidas que tiverem desde a última consulta, é de extrema importância que nas consultas de acompanhamento seja perguntado de idas aos prontos socorros, quadros agudos, acidentes, uso de antibióticos, de medicamento inalatório desde a última consulta.

A cada consulta serão abordados temas: alimentação, suplementações, diurese, evacuação, sono, desenvolvimento e práticas de estimulação, imunização e prevenção de acidentes. O exame físico a cada consulta deve ser feito completo, e dados antropométricos como peso, estatura e perímetro cefálico deverão ser feitos e colocados no gráfico de curvas de crescimento, sempre mostrado para a família.

A carteira deve ser conferida e orientada sobre as próximas vacinas.

6.1- ANAMNESE

A anamnese deve contar, sempre que possível, com a presença dos pais, portando com carteirinha de gestante e da criança em mãos, alguns pontos técnicos e objetivos poderão ser consultados, mas é de extrema importância a escuta dos pais sobre como tem sido a experiência, se possuem medos, angústias e dificuldades. Pontos a serem levantados durante a primeira anamnese.

6.2- ESTRUTURA FAMILIAR E SOCIAL

Anotar o nome dos integrantes da casa, idade, profissões, relações familiares, irmão mais velho que frequenta escola, tabagismo e uso de drogas/álcool na família, antecedente de doença na família, renda familiar.

6.3- AVALIAÇÃO DO PRÉ NATAL

Se possível avaliar carteira de gestante, exames realizados e especial sorologias, avaliação de anemia, doenças durante gestação, resultado de *Streptococcus agalactiae*, consultas de pré-natal, se uma gestação planejada, desejada, aceita.

6.4- AVALIAÇÃO DO PARTO

Idade gestacional, tipo de parto, tempo de evolução do parto, tempo bolsa rota, uso de corticoide e antibióticos na mãe, fórceps, laceração / episiotomia, apgar, dados do nascimento do bebê (perímetro cefálico, perímetro torácico, comprimento, peso, peso da alta).

ESCALA DE APGAR

Avaliação do nível de adaptação do bebê logo após o nascimento

Escala	0	1	2
A (aparência)	 Cianose ou Palidez	 Cianose nas extremidades	 Ausência de Cianose
P (pulso)	 Sem pulso	 <100 batimentos cardíacos por minuto	 >100 batimentos cardíacos por minuto
G (gesticulação)	 Sem resposta à estimulação	 Careta ou estimulação agressiva	 Choro, tosse ou espirro
A (atividade)	 Nenhuma ou pouca atividade	 Pouca atividade nas extremidades	 Muita atividade
R (respiração)	 Ausente	 Fraco/lento ou irregular	 Forte. Choro vigoroso

Pontuação



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/110290604/escala-de-apgar-deixa-seu-like>

6.5- AVALIAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Tempo de internação, intercorrências, necessidade de unidade de terapia intensiva, necessidade de oxigênio, icterícia com necessidade de fototerapia, uso de antibióticos pelo recém-nascido.

6.6- TESTES DE TRIAGEM



Fonte: <https://ics.curitiba.org.br/programa-de-triagem-neonatal/>

6.6.1- O Programa Nacional de Triagem Neonatal

Visando normatizar a triagem neonatal, o Ministério da Saúde concebeu sua reestruturação no âmbito do SUS, lançando o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) em 6 de junho de 2001. Esse programa se dá através de condutas de promoção, prevenção, diagnóstico, medida terapêutica e a assistência integral a todos usuários com patologias metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas.

Atualmente, o PNTN contempla em seu escopo o rastreio de seis doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, doença falciforme e demais hemoglobinopatias, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. Entretanto, o Programa tem o intuito de ampliar tanto o total de patologias

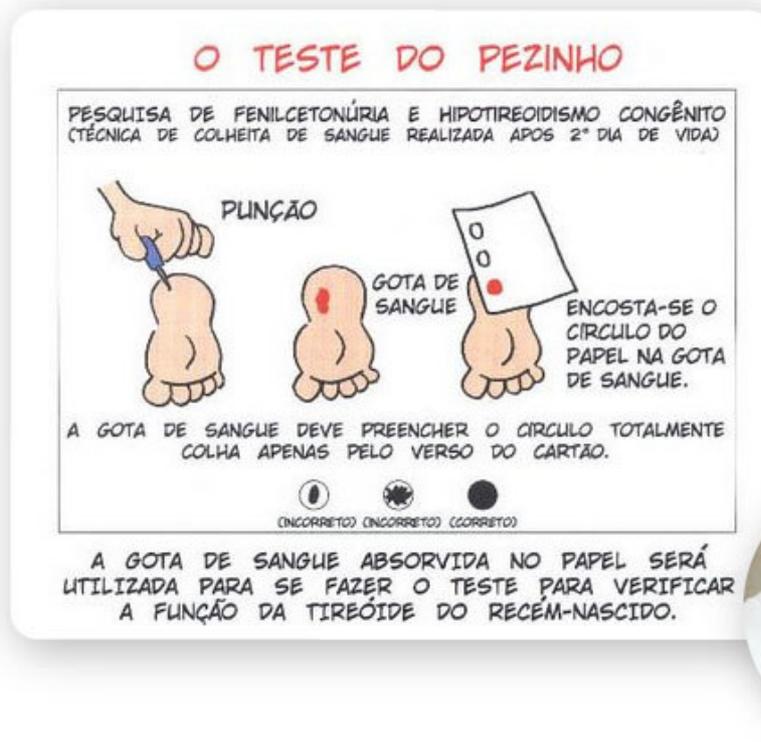
rastreadas quanto o monitoramento de indicadores relacionados. Atualmente, são quatro os indicadores monitorizados no âmbito do PNTN: Cobertura do Programa Nacional de Triagem Neonatal, Percentual de coleta do Teste do Pezinho na data ideal, Idade do recém-nascido na data da primeira consulta e Pontos de coleta do teste do pezinho.

6.6.1.1- O Teste do pezinho

Na maioria dos estados brasileiros a coleta do teste de triagem neonatal biológica, popularmente conhecida no Brasil por “Teste do pezinho”, acontece nos pontos de coleta da Atenção Básica em Saúde. Em alguns estados esta coleta também é realizada em maternidades, casas de parto, comunidades indígenas entre outros locais.

A Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE), instituição responsável pelo teste do pezinho no Paraná, orienta que o teste deve ser coletado preferencialmente após 48 horas de vida. Além disso, é necessário que o bebê tenha ingerido pelo menos uma mamada de leite nas últimas 3 horas. Caso a alta hospitalar ocorra antes deste período, a coleta mesmo assim deverá ser realizada, mas deverá ser repetida na Unidade Básica de Saúde entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê.

Existem situações especiais: se o bebê for prematuro (idade gestacional ao nascimento <37 semanas), ou a mãe tiver recebido corticosteroides na gestação, será necessária nova coleta com 1 mês de vida. As transfusões sanguíneas interferem na pesquisa de hemoglobinopatias da triagem; por isso, caso haja a possibilidade de programação, o ideal é que uma primeira coleta do teste seja realizada antes da transfusão, e essa informação deve ser anotada no cartão de coleta. Indica-se repetir o teste do pezinho após 90 dias de vida de bebês que foram transfundidos, o que é mandatório caso a transfusão tenha ocorrido antes da primeira coleta.



Fonte: Vilarinho L. et al. Programa Nacional de Diagnóstico Precoce - Relatório 2013. INSA, IP Lisboa, Outubro 2014

6.6.1.2- Teste da orelhinha

EOA (emissões otoacústicas evocadas): consiste na produção de um estímulo sonoro e na captação do seu retorno por meio de uma delicada sonda introduzida na orelhinha do nenê. É rápido, seguro e indolor. Realizar referência nos primeiros dias de vida. De grande importância para detecção precoce de déficits auditivos, pacientes com outros fatores de risco como uso de medicamentos nefrotóxicos, suspeita de infecções congênicas (sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus), prematuridade menor de 34 semanas deverá realizar outros testes para avaliação auditiva como o PEATE (Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico).

6.6.1.3- Teste do olhinho

Pesquisar o reflexo vermelho do fundo do olho. Reflexo pupilar branco (leucocoria) pode ser causado por catarata, retinoblastoma, hemorragia vítrea.

6.6.1.4- Teste do coraçãozinho

É a aferição da oximetria de pulso em todo recém-nascido aparentemente saudável, com idade gestacional maior do que 34 semanas. Realizar entre 36-48 horas de vida.

No grupo das cardiopatias congênitas críticas, ocorre uma mistura de sangue entre as circulações sistêmicas e pulmonar, o que acarreta uma redução da saturação periférica de oxigênio. Neste sentido, a aferição da oximetria de pulso tem mostrado uma elevada sensibilidade e especificidade para detecção precoce destas cardiopatias.

Resultado normal: saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior.

6.7- ALIMENTAÇÃO

Estimular o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, avaliar a amamentação, frequência, tempo de mamada, esvaziamento de ambas as mamas, criança mostra sinais de saciedade (dorme, fica tranquila após a mamada), questionar se ofereceu outros leites, chás e/ou água. Estimular a livre demanda. Se apresenta vômitos e/ou regurgitação, e sem realizar manobra para evitar refluxo.

Se já se encontra em fórmula infantil complementando, avaliar a necessidade da mesma e realizar de forma correta evitar outros bicos e oferecer apenas após aleitamento em seio materno.



Fonte: <https://www.nossasaude.com.br/comunicado/maes-com-covid-19-como-amamentar-e-cuidar-do-filho-recem-nascido/>

Estimular aleitamento materno livre demanda até o sexto mês, não necessitando de nenhum outro alimento neste período.

Devemos desencorajar o uso de outros bicos e o aleitamento rígido em horários. O papel do profissional de saúde é de estimular, encorajar, o aleitamento e ser fonte de apoio para essa puérpera.

Dificuldades de amamentação devem ser avaliadas precocemente e abordadas de forma individualizada com equipe multidisciplinar (odontologia, enfermagem, médico, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal) e serviço de banco de leite.

6.8- SUPLEMENTAÇÃO

6.8.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrição e

endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 Meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.8.2- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir de 30 dias de vida para prematuros e crianças com baixo peso ao nascer (< 2,5 kg). As doses estão descritas no capítulo de anemia ferropriva.

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

6.9- HÁBITOS FISIOLÓGICOS

Recém-nascidos não devem ter manchas em fraldas, semelhante a sangue, essa alteração pode ser sugestiva de desidratação.

O recém-nascido deve evacuar pela primeira vez ainda na maternidade (primeiras 48 horas de vida), e irá passar pelo processo de mudança de fezes do mecônio (pasta verde escuras), para transição (fezes amolecidas e esverdeadas) posteriormente se tornam amareladas.

O recém-nascido em aleitamento materno exclusivo poderá passar dias sem evacuar. Se a criança não apresentar outros sintomas, geralmente é benigno, não levando riscos ao bebê e não necessitando medidas invasivas.

Avaliar quantidade de trocas de diurese, evacuação.



Fonte: <https://brasil.babycenter.com/thread/4963784/me-ajudem-cor-do-c%C3%B4c%C3>

6.10- SONO



Fonte:<https://brasil.babycenter.com/thread/4963784/me-ajudem-cor-do-c%C3%B4c%C3%B4>

Questionar a posição que a criança está dormindo, ideal de barriga para cima, e local que está dormindo (cama compartilhada, carrinho, berço), tempo de sonecas, despertares noturnos.

O sono da criança de 0 a 3 meses tem um padrão alternado de sono e vigília aparentemente desorganizada pois a criança está tentando adquirir controle sobre seu estado de consciência. Essa aparente desorganização tem caráter adaptativo: é um reflexo do sistema nervoso central que tenta assimilar e utilizar os estímulos recebidos durante o dia. Durante o período de sono profundo, este é inalterado por estímulos externos; há respiração profunda e rítmica, e o bebê permanece imóvel, de olhos fechados e membros flexionados. No período de sono leve (REM) ocorrem rápidos movimentos dos olhos, a criança se sobressai e se contorce no berço, fazendo movimentos de sucção; sua respiração torna-se irregular, superficial e sofre

influência do meio. Com o desenvolvimento, observa-se redução no percentual de sono REM e aumento no percentual de sono NÃO REM.

O período de sono fica em torno de 50 minutos e alerta de 10 min, evoluindo para sono de 2 horas e alerta de 20 a 30 min. Padrões do sono e recomendações:

Atividades	0-3 meses
Média de horas de sono	14
Variação do sono em horas	12-16
Despertar noturno	Depende da rotina alimentar
Número de sonecas/ cochilos por dia	Depende da alimentação
Duração de sonecas horas	1-3
Local	Carrinho ou berço no quarto dos pais

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Algumas recomendações para o sono do bebê:

- O berço do bebê deve ficar no quarto dos pais, ao alcance das mãos, ao menos até os seis meses e preferencialmente até 12 meses.
- Não devem ser utilizados travesseiros, almofadas, rolinhos ou ninhos dentro do berço;
- Dormir de Barriga para cima;
- Assentos de carro não são recomendados como locais rotineiros para dormir
- Retornar o bebê que foi levado para a cama dos pais para amamentação ou conforto assim que os pais estiverem prontos para voltar a dormir

- Recomenda-se que os aleitamentos noturnos sejam feitos na cama, com retorno do bebê ao berço ao terminar; sofá e poltronas para o aleitamento noturno aumentam o risco de morte súbita;

- Mantenha objetos fofos como travesseiros, “naninhas”, cobertas e lençóis soltos fora do berço.

- Não utilizar protetores de berço: eles aumentam o risco de sufocamento, prensa e estrangulamento.

- Não recomendar cama compartilhada, maior risco de morte súbita principalmente se dividir a cama com alguém com o alerta ou a capacidade de acordar reduzidos (fadiga, uso de medicações, uso de bebidas alcoólicas), dividir a cama com um fumante, dividir a superfície de sono que não seja a cama, bebês menores de 4 meses, prematuros, pequenos para idade gestacional.

- Sonos curtos e vários durante o dia: é o comum no recém-nascido, ao passar dos meses as sonecas irão diminuir mas terão um tempo maior.

- Estimular os pais a colocarem a criança para dormir no berço ou carrinho, de preferência no quarto dos pais, de barriga para cima, e evitar cobertores, protetor de berço, travesseiros, objetos que possam asfixiar a criança.

6.11-DESENVOLVIMENTO



Fonte: <https://slidetodoc.com/control-motor-cerebelo-control-motor-tipos-fundamentais-de/>

Ao nascer o padrão motor da criança é imaturo e a presença do reflexo tônico cervical assimétrico confere uma postura assimétrica. Observa-se predominância do tônus flexores dos membros e hipotonia axial (musculatura para vertebral).

Os reflexos estão presentes no nascimento, a ausência ou permanência tardia sugerem alterações patológicas que merecem ser investigadas.



RECÉM-NASCIDOS

- Postura flexora e assimétrica;
- Respostas reflexas primitivas, como segurar dedo colocado na palma das mãos; sustos acompanhados da extensão dos membros; abrir a boca ao estímulo tátil os lábios; rolar em bloco para posição lateral quando viramos sua cabeça para um dos lados.
- Mãos levemente fechadas.
- Move a cabeça para os lados quando colocado de barriga para baixo.
- Cabeça voltada para um dos lados.



1º MÊS

- Sucção mais coordenada e vigorosa
- Leva as mãos à boca
- Segue visualmente objetos em pequenas distâncias
- Identifica direção de sons próximos
- Puxado para sentar não sustenta cabeça
- Move todo o corpo enquanto chora
- Emite sons e resmunga

SINAIS DE ALERTA



- Dificuldade na alimentação
- Irritabilidade extrema
- Atitude postural incompatível com a idade
- Icterícia exagerada
- Sono excessivo ou mínimo
- Resposta exacerbada a manipulação (choro ou movimentos exagerados)
- Cabeça voltada apenas para um lado
- Pouca movimentação dos membros

Fonte: <https://images.app.goo.gl/GUWHfMuYovixZBCg8>

6.12- REFLEXOS

- **Sucção:** após 32 a 34 semanas, perda da sucção reflexão aos 8 meses.
- **Voracidade e pontos cardeais:** o toque da pele perioral promove movimento da cabeça em direção ao estímulo com abertura da boca na tentativa de sucção, desaparece aos 4 meses de idade.
- **Preensão:** a pressão palmar desaparece com 4-6 meses, já a preensão plantar por volta dos 15 meses.



Fonte: <https://brasil.babycenter.com/a25017341/reflexos-do-rec%C3%A9m-nascido>

- **Marcha:** Desaparece no 2-3 mês de vida.
- **Cutâneo-plantar:** obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux desaparece em até 18 meses.



Fonte: <http://www.facafisioterapia.net/2015/12/reacoes-e-manifestacoes-no.html?m=1>

- **Moro:** medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. A Assimetria pode ser observada em crianças com paralisia braquial, trauma de clavícula e nos casos de lesão motora assimétrica do trato piramidal superior. Desaparece com 6 meses.



Fonte: <https://stories.minhavidacom.br/reflexo-de-moro-o-que-e/>

- **Reflexo tônico cervical (reflexo do esgrimista):** RN em decúbito dorsal, estabiliza-se o tórax e vira a cabeça para um dos lados, ocorre resposta com extensão dos membros do lado para o qual a face está virada e flexão dos membros do outro lado. Desaparece com 3 meses.

6.13 - PRÁTICA DE ESTÍMULOS

Praticar o tempo de barriguinha: deixar o bebê de barriga para baixo, sob supervisão, logo após a chegada em casa, em tempos progressivos até chegar entre 15 e 30 minutos com sete semanas de vida. O tempo de barriguinha facilita o

desenvolvimento neurológico e previne as deformidades (reversíveis) cranianas pela posição supina durante o sono.



RECÉM NASCIDO E 1º MÊS

- Fortalecer o vínculo mãe-filho (conversar, cantar, acariciar, etc).

Esse é o melhor estímulo nesta fase.

- Expor o bebê a diferentes sons (entonações diferentes de voz) e ambientes (claro/escuro)

- Promover estímulos visuais/auditivos (chocalhos, brinquedos sonoros, móveis). Os contrastes nas cores preto e branco são ideais
- Estímulos táteis (toque, massagens como a shantala)

The infographic is divided into three horizontal sections with a background image of a woman holding a baby. The top section is orange and features a close-up of hands. The middle section is light green and shows a woman smiling while holding a baby. The bottom section is light blue and shows a woman holding a baby.

Fonte: <https://images.app.goo.gl/GUWHfMuYovixZBCg8>

6.14- IMUNIZAÇÃO



Fonte: Caderneta de Saúde da Menina e do Menino. Secretaria de Estado do Paraná, Brasil, 1ª Edição. 2023

Idade	Vacina	Dose Única	Uma dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1ª reforço	2ª reforço	Reforço 10 anos
Ao nascer	BCG - ID	●							
	Hepatite B		●						

6.15- PREVENÇÃO DE ACIDENTES



Fonte: <https://www.sepac.com.br/universodocuidado/blog>

Cuidado com a temperatura da água da banheira: coloque primeiro a água fria, depois a quente para atingir a temperatura corporal – 36°C. Mexa bem a água, experimente a temperatura com a região de antebraço (pele mais sensível, como é a do bebê).

- Mamadeiras: se precisar dar outro tipo de leite ou alimento, se recomendado por um pediatra, lembre-se sempre de chacoalhar bem a mamadeira para uniformizar o calor e testar a temperatura na região interna do antebraço antes de oferecer ao recém-nascido. Nunca deixe um bebê mamando sozinho, nunca o alimento no berço ou deitado em carrinho – ele pode engasgar, aspirar e sufocar.
- Talcos: acidentes com talco, pois possui risco de inalação.

- Bebe conforto: A criança não deve ficar longos períodos no bebe conforto, cadeirinhas de descanso, se atentando para a posição da cervical.
- Cangurus: Nesta idade não é ideal o uso de cangurus sem a proteção da cervical e sim apenas o uso de slings (faixas).
- Nunca manipulem líquidos ou substâncias quentes com o bebê no colo e não cozinhem com o bebê no colo. Fogão e criança não combinam!
- Prevenção de morte súbita do RN: desaconselha cama compartilhada, uso de protetores de berço e travesseiro, colocar a criança para dormir de barriga para cima.
- Medidas anti refluxo, evitar engasgos: aleitamento materno livre demanda, ordenhar um pouco do leite da mama se produção elevada, deixar criança elevada após a mamada, colocar para arrotar.
- Prevenção da síndrome do bebê sacudido: não sacudir a criança, seja no choro, seja para ninar.
- Transporte automotivo: O bebê conforto deve ser instalado de costas para o painel do veículo, preferentemente no meio do banco de trás, preso pelo cinto de segurança ou, se disponíveis, sistemas de ancoragem, pelo menos até dois anos, preferentemente até os três anos; mas não há limite superior de idade. O carro em movimento a criança sempre deve estar em seu assento e com cinto de segurança.

6.16- EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

O exame físico deverá ser realizado de forma completa com a criança sem roupas, e descrito em prontuário de forma minuciosa, sempre chamar a mãe e/ou pai para participar deste momento para sanar dúvidas e de aprendizado para cuidados com o bebê.

Lavar as mãos antes e higienizar instrumentos que terão contato com RN. Local com temperatura adequada. Exame sentido crânio caudal (atenção não perca oportunidades de auscultar e contar FC e FR quando o bebê estiver dormindo).

6.17- OBSERVAÇÃO GERAL

Malformações e fácies típicas de algumas síndromes, sinais de angústia respiratória, gemidos, cianose, ativo.

6.18- POSTURA DO RN

Deverá apresentar-se simétrica e fletida. Em caso de assimetria sugere-se fratura de clavícula ou membros, paralisia braquial.

6.19- CHORO

Avaliar se a criança apresenta choro forte, de timbre variável. A gemência ou choro fraco, deverá ser observado como sinal de alerta.

6.20- PELE

Cor: os recém-nascidos de cor branca são rosados e os filhos de pais negros nascem avermelhados com maior quantidade de melanina nos mamilos, região peri ungueal, na pele da borda do umbigo e na genitália.

- A Pletora é observada em RN policitêmicos, hiperoxigenados ou com hipertermia.
- A palidez acentuada pode indicar anemia (aguda ou crônica), vasoconstrição periférica ou choque;

- A presença de uma linha delimitando um hemicorpo com eritema e outro com coloração normal é conhecida como fenômeno de Arlequim, benigno e representa um grau de instabilidade vasomotora.
- É comum a presença de cianose de extremidades (acrocianose), que se apresentam frias ao toque. Já a cianose central (Figura abaixo) é preocupante e associa-se geralmente a doenças cardiorrespiratórias.



Fonte: https://media.tghn.org/medialibrary/2016/10/NewbornExam_Portuguese.pdf

6.21- TEXTURA E UMIDADE

O recém-nascido pré-termo extremo possui pele muito fina e gelatinosa. Os recém-nascidos a termo têm pele lisa, brilhante, úmida e fina. No entanto, recém-nascido pós termo ou com insuficiência placentária, apresenta pele seca, enrugada, apergaminhada e com descamação acentuada.

Nos casos de hipotireoidismo congênito pode-se observar pele seca e áspera.

6.22 - VÉRNIX

É um material gorduroso e esbranquiçado comum em RN prematuros entre 34 e 36 semanas, desaparecem com 41 semanas, cujas funções primordiais são a proteção da pele e o isolamento térmico.



Fonte: <https://maepop.com.br/pele-do-bebe-recem-nascido/>

6.23 - LANUGO

A lanugem fina e longa, é abundante com 27-28 semanas e desaparece primeiramente na face, tronco e membros; no RN a termo é ausente ou escasso, podendo estar presente apenas nos ombros.



Fonte: <https://www.healthline.com/health/lanugo>

6.24- MANCHA MONGÓLICA

As manchas azuis acinzentadas, presente no dorso e região glútea, mais em negros e orientais, ocorre por imaturidade da pele na migração dos melanócitos. Regrida geralmente até os 4 anos.



Fonte: <https://www.superclinica.com.br/post/saiba-mais-sobre-mancha-mongolica>

6.25- ERITEMA TÓXICO

São lesões eritematosas multiformes (pápulas, máculas e até algumas vesículas), esparsas ou confluentes. Possui causa desconhecida e pode ser desencadeado por estímulos mecânicos de atrito ou pressão na pele. Regrida espontaneamente, muitas vezes em poucas horas.



Fonte: <https://mamassemduvidas.pt/o-bebe/borbulhinhas-ou-acne-alteracoes-cutaneas-mais-comuns-em-bebes/>

6.26- MÁCULAS VASCULARES

São manchas de cor salmão que desaparecem à pressão, e estão presentes principalmente na nuca, pálpebra superior e fronte. As máculas de face desaparecem em alguns meses, e as da nuca podem persistir por mais tempo. Presentes em 25% dos adultos.



Fonte: <https://melhorcomsaude.com.br/por-que-aparecem-as-manchas-de-nascimento/>

6.27- CUTIS MARMORATA

Quando exposta ao frio, a pele do RN pode adquirir aspecto reticulado, marmóreo-azulado. Esse fenômeno é resultante da imaturidade do sistema nervoso em controlar a vasoconstrição e vasodilatação de capilares e vênulas.



Fonte: <https://www.consultant360.com/articles/cutis-marmorata>

6.28- HEMANGIOMAS

São formas vasculares mais extensas e elevadas, 50% dos hemangiomas desaparecem até os 5 anos de idade e 70% até os 7 anos. Pode ser patológico.



Fonte: <https://stock.adobe.com/br/search?k=hemangioma>

6.29- PETÉQUIAS

Quando restritas ao rosto, não são motivos de preocupação, mas quando generalizadas devem ser investigadas.



Fonte: <https://eresmama.com/petequias-bebe-sintomas-tratamiento/>

6.30- ICTERÍCIA

Cor amarelada da pele, devido impregnação por bilirrubina.



Fonte: <https://thatianemahet.com/ictericia-neonatal-sintomas-e-tratamentos/>

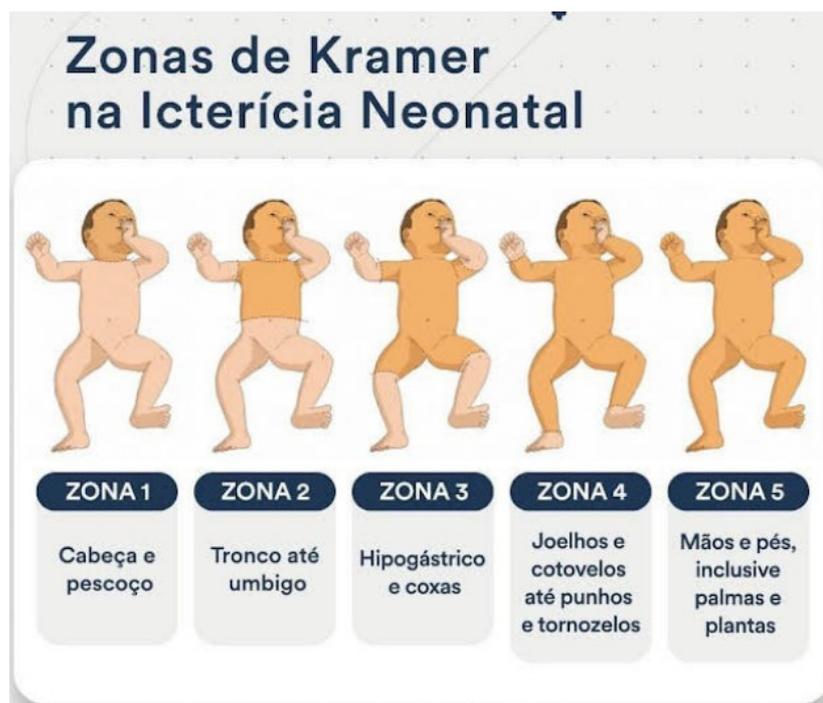
6.31- ICTERÍCIA NEONATAL

Trata-se de um achado comum, especialmente nas crianças com idade entre 2-5 dias de vida, tendem a diminuir até os 7-10 dias.

A icterícia inicia de forma crânio caudal sendo assim escleras (olhos) amarelas são as primeiras a ficar amarelas e a última a melhorar. Usamos as zonas de Kramer para estimar o valor de bilirrubina, quanto mais distal a icterícia afeta mais alto é os níveis de bilirrubina. Ultrapassar a linha abaixo do umbigo (> zona 3 Kramer) deve ser avaliado pelo médico para indicação mais precoce possível de fototerapia se necessário.

O aumento de bilirrubina, mas às custas da bilirrubina direta (bilirrubina direta > 1,5mg/dl ou >10% da BT) é patológico e deve ser encaminhado para urgência, risco de atresia de vias biliares ou infecção.

A fototerapia tem indicação até 7-10 dias, após 14 dias é considerada persistente sendo necessário investigação com prioridade, pois podem estar associados a leite materno, mas também hipotireoidismo, quadros infecciosos como infecção de urina, infecções congênitas (toxoplasmose, sífilis), deficiência g6pd, esferocitose, entre outros.



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/124308682/ictericia-neonatal>

Indicação de fototerapia

Idade	Bilirrubina total (mg/dL)			
	Fototerapia		Exsanguineotransfusão	
	35 ^{0/7} - 37 ^{6/7} Semana	≥ 38 ^{0/7} Semana	35 ^{0/7} - 37 ^{6/7} Semana	≥ 38 ^{0/7} Semana
24 horas	8	10	15	18
36 horas	9,5	11,5	16	20
48 horas	11	13	17	21
72 horas	13	15	18	22
96 horas	14	16	20	23
5 a 7 dias	15	17	21	24

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.32- SUBCUTÂNEO

Deverá ser observado:

- Prega cutânea (1cm), uniformemente distribuída.
- Turgor: firme (bom estado nutricional), turgor frouxo (emagrecida), turgor pastoso (desidratada criança maior, desnutrida no RN).
- Linfedema – edema duro em MMII e genital (prematureo), regride em alguns dias.
- Edema em dorso de mãos e pés (síndrome de Turner).

6.33- GÂNGLIOS

Raros pequenos gânglios em torno de 3 mm. Se hipertrofia ganglionar lembra das Infecções congênicas.

6.34- MUCOSAS

Avaliar cor, umidade e presença de lesões.

6.35- MUSCULATURA

Avaliar o tônus e o tropismo. Um RN normal a termo apresenta hipertonia em flexão dos membros. O RN a termo em decúbito dorsal apresenta os membros superiores fletidos e os inferiores semi fletidos, cabeça lateralizada e mãos cerradas. Os tônus musculares dependem da idade gestacional; quanto mais próximo do termo, maior os tônus flexores.

6.36- ESQUELETO E ARTICULAÇÕES

- Palpar todos os ossos: agenesias, malformações.
- Palpar clavícula: fraturas, crepitação, desvios.
- Contar todos os dedos: polidactilia (dedos a mais), sindactilia (dedos unidos) aracnodactilia (dedos longos), clinodactilia (dedos desviados do eixo).



Fonte: <https://www.minhavidade.com.br/saude/temas/polidactilia>

- Prega palmar: são múltiplas, a prega única sugerem Síndrome de Down.
- Prega plantar: 32 e 34 semanas uma única prega transversa anterior; 37 semanas, dois terços da planta com pregas, e com 41 semanas, o calcanhar encontra-se enrugado.

- Movimentação de membros: simetria, movimentação ativa, paralisação.
- Manobra de Ortolani: ocorre redução do deslocamento, quadris fletidos a 90° e aduzidos (juntos à linha média), faz-se a abdução das coxas (abre).
- Manobra de Barlow: provoca o deslocamento com os quadris em abdução média, faz se a adução (fecha).



Fonte: <https://www.slideserve.com/jagger/displasia-do-desenvolvimento-do-quadril>

- Avaliação de pés: É necessário diferenciar o pé torto posicional, decorrente da posição intra útero, do pé torto congênito (rígido).



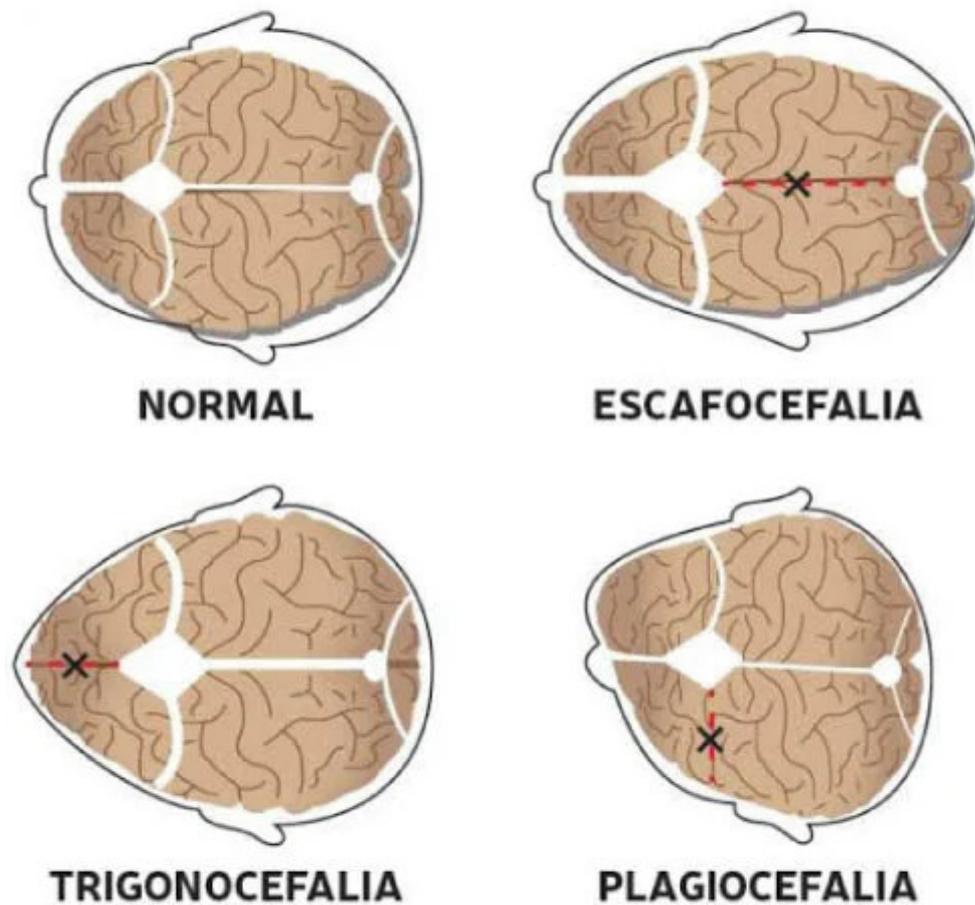
Fonte: <https://palmipe.com.br/pe-torto-congenito-tratamento-e-causas/>

- Examinar a coluna vertebral, especialmente a área sacrolombar, percorrendo com os dedos a linha média em busca de espinha bífida, mielomeningocele e outros defeitos (sinus sacral acima do promontório, pilosidades locais, hemangiomas capilares ou acúmulo anormal de gordura que sugerem espinha bífida oculta).

7- EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

7.1- CRÂNIO

- **Suturas:** ao nascimento podem estar acavaladas ou disjunções de suturas; O fechamento clínico (6º e 12º mês de vida) e o fechamento anatômico (30 anos). Fechamento precoce de uma ou mais suturas - craniossinostose, alteração da forma do crânio. Suturas: podem ser afastadas ou com cavalgamento. O cavalgamento deve ser diferenciado da cranioestenose, responsável por deformações do crânio com hipertensão intracraniana. Afastamento grande de sutura, associada ao perímetro cefálico aumentado, ocorre na hidrocefalia.
- **Fontanelas:** anterior ou bregmática (1 a 4 cm – fecha com 9 meses a 2 anos), posterior ou lambdóide (< 0,5 cm - fecha até 2 meses), quando grandes pensar em down, e hipotireoidismo.



Fonte: <https://brasil.babycenter.com/thread/3757940/craniostenose-craniossinostose-escafocefalia-moleira-fechada>

- **Bossa serossanguínea:** edema de couro cabeludo e/ou partes moles, depressível, de limites imprecisos, não respeita osso, pode-se deslocar para outras regiões.
- **Céfalo-hematoma:** coleção sanguínea subperiosteal, arredondado e limitado a um osso, geralmente parietal, consistência líquida. Pode ser causada por hiperbilirrubinemia.



Fonte: <https://www.brainscape.com/flashcards/avaliacao-neonatal-e-exame-do-recem-nasc-11759971/packs/20410426>

- **Hematoma Subgaleal:** Hemorragia abaixo da aponeurose epicraniana que conecta os componentes frontal e occipital dos músculos pronto-occipital. Apresenta-se como massa de consistência firme a flutuante, às vezes se estendendo para o pescoço ou frente, sua borda é bem definida e a palpação pode apresentar crepitação, principalmente na periferia.

7.2- OLHOS

- O recém-nascido permanece com os olhos fechados a maior parte do tempo
- Posição da fenda palpebral - transversal (normal), fenda palpebral oblíqua para cima, por exemplo, está presente na síndrome de Down, e para baixo na de Apert.
- A conjuntiva hiperemiada, pálpebra edemaciada devido à irritação (nitrito de prata).
- Hemorragias subconjuntivais.
- A esclera é branca ou levemente azulada nos RN pré-termo. Cor azul mais intensa está associada à osteogênese imperfeita.
- Estrabismo transitório e nistagmo horizontal, pode ficar até 3-6 meses.



Fonte: <https://www.rahhal.com/estrabismo-infantil-causas-tratamientos/>

- Lacrimejamento anormal por obstrução do canal lacrimal (dacriostenose).

7.3- OUVIDOS

- Forma, consistência e implantação dos pavilhões auriculares, e a presença de condutos auditivos externos, fístulas retroauriculares e apêndices pré-auriculares.
- RN a termo, o pavilhão possui consistência cartilaginosa, voltando rapidamente à posição normal quando solto após ser dobrado. No RN pré-termo, o pavilhão não retorna à posição inicial após ser dobrado e liso em sua borda superior.
- RN responde piscando os olhos à emissão de um ruído próximo ao ouvido (reflexo cócleo-palpebral).

7.4- NARIZ

- Obstrução nasal e espirros frequentes são comuns.
- Coriza intensa – uso de reserpina pela mãe e muco sanguinolenta – sífilis congênita).
- Permeabilidades testadas em sala de parto com passagem de sonda nasogástrica.

7.5- BOCA

- Desvio da comissura labial: pode sugerir paralisia facial.
- Aftas de Bednar: lesão traumática da mucosa. Decorrente de aspiração ou limpeza agressiva logo após o parto.



Fonte: <https://continuum.aeped.es/screens/play/1225>

- Saliva espessa (desidratação), sialorréia (atresia de esôfago).
- Palato: normal ou em ogiva, e sua integridade, Fenda palatina



Fonte: <https://www.tuasaude.com/labio-leporino-e-fenda-palatina/>

- Pérolas de Epstein: pequenas formações esbranquiçadas junto à rafe mediana, compostas de restos celulares.
- Gengiva: cistos de retenção gengival e dentes supranumerários.
- Língua: tamanho, mobilidade, freio lingual (teste da linguinha).
- Mandíbula: micrognatia.
- Dente neonatal - Presença de dentes.



Fonte:

<https://www.facebook.com/Amambaynoticias/photos/a.679327058816801/2849876741761811/?type=3>

7.6- PESCOÇO

Detectar a presença de bócio, fístulas, cistos, restos de arcos branquiais, contratura do esternocleidomastoideo (torcicolo congênito), presença de pele redundante na nuca pode estar associada à síndrome de Down, e na parte lateral (o chamado pescoço alado) a síndrome de Turner.



Fonte: <https://www.vlr.eng.br/hd-700/plagiocefalia-y-tort%C3%ADcolis-en-beb%C3%A9s-reci%C3%A9n-nacidos-fisioonline-ww-43322622>

7.7- TÓRAX

- **Inspeção:** forma normal (cilíndrica). Assimetria, apêndice xifóide (normal – saliente), mamilos e as glândulas mamárias crescem com a idade gestacional (estrogênio). Pode ocorrer secreção de leite.

- **Respiratórios:** A respiração é do tipo costoabdominal. São comuns as variações de frequência e ritmo respiratório, observando-se pausas respiratórias curtas (cerca de 5 segundos) nos RN prematuros. Estertores finos ou crepitantes são comuns logo após o nascimento, assim como roncos de transmissão, decorrentes de obstrução nasal.
- **Cardíaco:** O ictus cordis em geral não é visível, quando palpável, encontra-se no 4º EIC E. A detecção de frêmito é sempre sugestiva de cardiopatia, principalmente se associado a sopro. Sopro sistólico no nível do terceiro ou quarto espaço intercostal, ao longo da borda esternal esquerda, nas primeiras 48 horas de vida, desaparecendo com 3-6 meses.
- **Pulsos periféricos:** Pulsos cheios em RN prematuro sugerem persistência do canal arterial; pulsos femorais débeis ou ausentes apontam para coarctação da aorta.

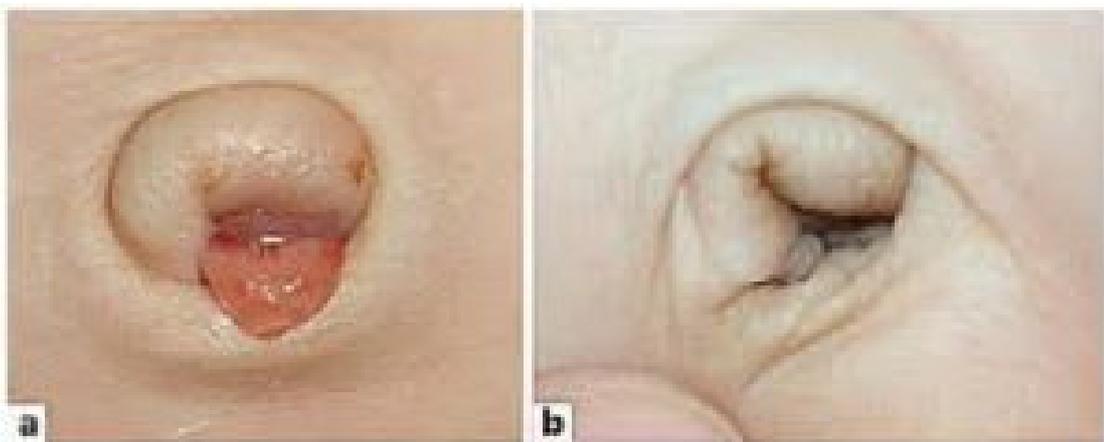
7.8- ABDOME

- **Inspeção:** semigloboso, habitualmente, não se visualizam ondas peristálticas. A presença de abdome globoso, distendido, com ondas peristálticas visíveis sugere obstrução. Abdome escavado é sugestivo de hérnia diafragmática. Defeitos na parede abdominal (gastroquise – sem membrana peritoneal, onfalocele – com membrana peritoneal, linha média). A diástase dos músculos retos abdominais (regride após a deambulação).
- **Palpação e percussão:** avaliar visceromegalias e massas, palpação de fígado até 2 cm do rebordo costal direito. Se conseguir palpar baço investigar (infecção, incompatibilidade).
- **Coto umbilical:** gelatinoso no início, mumificando-se perto do 3º ou 4º dia de vida, e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia. Habitualmente o cordão umbilical apresenta duas artérias e uma veia. A presença de artéria umbilical única pode estar associada a anomalias renais ou problemas genéticos, principalmente trissomia do 18. Avaliar sinais de infecção onfalite.



Fonte: <https://bebemamae.com/bebe/saude-bebe/5-cuidados-com-cordao-umbilical-que-sao-indispensaveis>

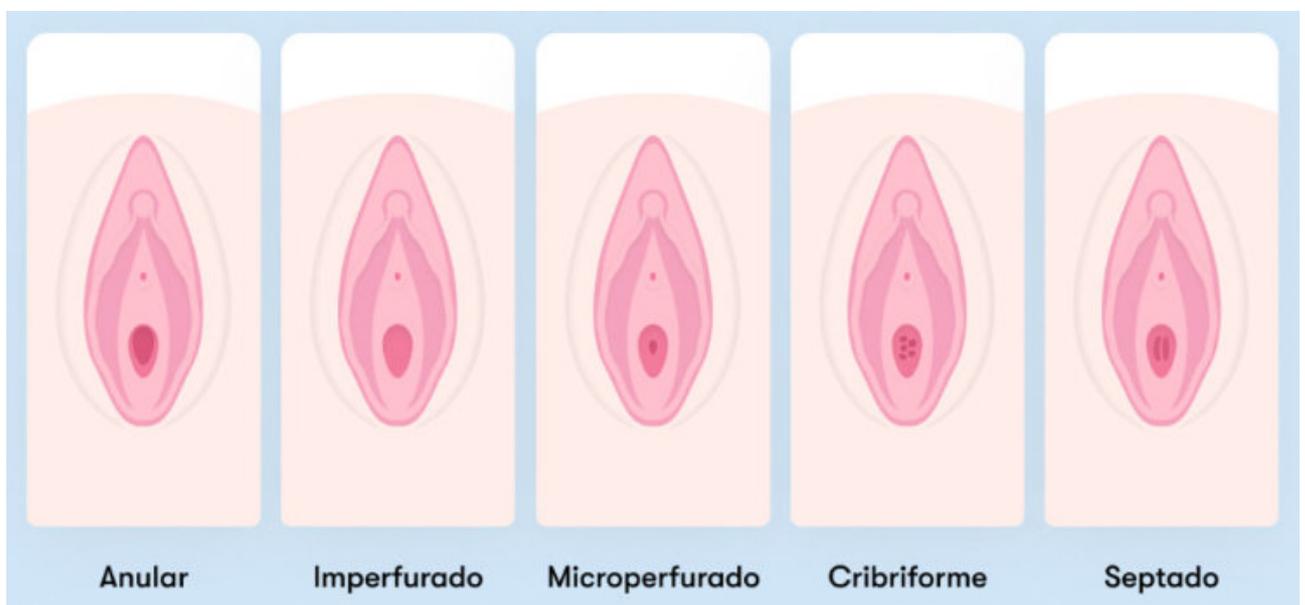
- Granuloma umbilical: O granuloma umbilical deve ser tratado inicialmente com álcool 70% e se não resolução cauterização com nitrato de prata mediante a prescrição médica.



Fonte: (<https://www.walbertosouza.com.br/2018/12/21/granuloma-umbilical/>)

7.9- APARELHO GENITURINÁRIO

- **Genitália masculina:** O pênis normal (2 a 3cm), fimose fisiológica, observar a localização do meato urinário: terminal (normal), ventral (hipospádia) ou dorsal (epispádia). Palpar testículos, hidrocele (reabsorve até o quarto mês). Palpar a bolsa escrotal e verificar a presença de testículos que podem encontrar-se também nos canais inguinais.
- **Genitália feminina:** tamanho dos grandes lábios depende do depósito de gordura e da idade gestacional da RN, clitóris aparenta maior em prematuros. Observar a perfuração himenal secreção esbranquiçada ou translúcida (estrógeno materno), desaparece ao final da primeira semana. No segundo ou terceiro dia pode ocorrer discreto sangramento vaginal. A imperfuração do hímen leva a hidrocolpos, que se manifesta por hímen abaulado, em forma de bolsa. Avaliar presente de sinéquias de pequenos lábios.



Fonte: <https://flo.health/pt/seu-ciclo/saude/menstruacao/himen>

7.10- ÂNUS

Pérvio, ânus imperfurado, anomalias anorretais.

7.11- SISTEMA NERVOSO

Observar atitude, reatividade, choro, tônus, movimentos e reflexos. Pesquisar os reflexos primitivos: Moro, sucção, busca, preensão palmar e plantar, tônus do pescoço, extensão cruzada dos membros inferiores, endireitamento do tronco e marcha reflexa.

	Preensão palmar	De procura	Moro	Tónus assimétrico
Início (gestação)	28 semanas	32 semanas	28-32 semanas	35 semanas
Totalmente desenvolvido	32 semanas de gestação	36 semanas de gestação	37 semanas de gestação	1 mês após o nascimento
Duração	2-3 meses após o nascimento	Menos proeminente 1 mês após o nascimento	5-6 meses após o nascimento	6-7 meses após o nascimento

Fonte: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/reflexos-primitivos/>



Fonte: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/reflexos-primitivos/>

PARÂMETROS DE SINAIS VITAIS

FREQUENCIAS CARDÍACAS NORMAIS (POR MINUTO) POR IDADE			
IDADE	FC PACIENTE ACORDADO	MÉDIA	FC PACIENTE DORMINDO
RN - 3 meses	85 a 205	140	80 a 160
3 meses - 2 anos	100 a 190	130	75 a 160
2 - 10 anos	60 a 140	80	60 a 90
> 10 anos	60 a 100	75	50 a 90

PALS, AHA

Fonte: PALS AHA

7.12- ORIENTAÇÕES FINAIS

As condutas devem se basear nos diagnósticos e orientações preventivas devem ser feitas sempre antecipando o mês que acontecer o evento.

- Orientação de aleitamento materno.
- Orientação e prescrição de vitamina D e ferro quando indicado.
- Orientação de cuidados com o RN: limpeza do coto, banho do RN, orientação das trocas de fraldas, lavagem das mãos antes de pegar o bebê no colo.
- Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% se obstrução nasal.
- Orientação de prevenção de acidentes.
- Exposição solar: os horários mais adequados são antes das 10 da manhã e após as 16 horas (longe do pico da radiação UV). Não se indica tratamento de icterícia neonatal com exposição solar. Falta de consenso na literatura em relação à exposição solar segura e necessária para se atingir concentrações séricas adequadas de vitamina D em lactentes.
- Orientação de cólica do lactente.
- Orientação da vacina
- Orientação do resultado do teste pezinho ou convocação para nova coleta do teste.

7.13- ORIENTAÇÃO DE CÓLICA DO LACTENTE

A cólica do lactente é uma afecção benigna do recém-nascido geralmente iniciado por volta dos 14 dias podendo durar até os três meses de idade. É caracterizado por choro, irritabilidade, barriga endurecida, fâscias de dor, geralmente no início da noite ou da madrugada.

Medidas que podem ajudar:

1. Massagem em abdômen sentido horário
2. posição de barriga para baixo no colo (sobre o braço do cuidador)

3. Contato pele a pele
4. Manobras para ajudar eliminação de flatos como bicicletinha, fletir as pernas do bebe sobre o abdômen do mesmo.
5. teste terapêutico – retirar leite, refrigerante, frituras, doces da dieta da mãe, se não apresentar melhora não tem contraindicação alimentos na dieta da mãe.
6. Compressas mornas em abdômen do bebê
7. Evitar fraldas apertadas
8. Banho de balde (ofurô)
9. Ruídos brancos (som de útero, chuveiro).
10. Manter tranquilidade dos cuidadores
11. Se necessário poderá ser indicado probiótico ou simeticona.



Fonte: <https://revistaboaciencia.com.br/alimentacao-materna-e-colica-no-lactente-existe-relacao/>

8- CAPÍTULO V

8.1- CONSULTA DO SEGUNDO MÊS

8.1.1- ALIMENTAÇÃO

Avaliação da amamentação, frequência, tempo de mamada, esvaziamento de ambas as mamas, criança mostra sinais de saciedade (dorme, fica tranquila após a mamada), questionar se ofereceu outros leites/ chás/ água. Presença de vômitos/ golfadas.

8.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

8.1.2.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrologia e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 Meses	600 UI

Fonte: Próprio autor

8.1.2.2- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir de 30 dias de vida para prematuros e crianças com baixo peso ao nascer (< 2,5 kg).

As doses estão descritas no capítulo de anemia ferropriva.

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

8.1.3- HÁBITO FISIOLÓGICO

Trocas de fraldas, diurese, evacuação.



Sangue nas fezes nesta idade principalmente criança em uso de leite de vaca integral ou fórmula infantil e sugestivo de alergia à proteína do leite de vaca.

8.1.4- SONO

Até os dois a três meses, o ritmo circadiano se estabelece e a criança passa a apresentar diminuição do sono diurno e consolidação das horas de sono à noite. Nessa idade, há condições biológicas de estabelecimento do ritmo circadiano e as crianças tornam-se mais sensíveis ao meio ambiente, respondendo ao claro/escuro para organizar seu ritmo de vigília/sono.

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	0-3 meses
Média de horas de sono	14
Variação do sono em horas	12-16
Despertar noturno	Depende da rotina alimentar
Número de sonecas/ cochilos por dia	Depende da alimentação

Duração de sonecas horas	1-3
Local	Carrinho ou berço no quarto dos pais

Fonte: Próprio autor

8.1.4- DESENVOLVIMENTO

8.1.4.1- PRÁTICAS DE ESTÍMULO

Praticar o tempo de barriguinha: deixar o bebê de barriga para baixo, sob supervisão, logo após a chegada em casa, em tempos progressivos até chegar entre 15 e 30 minutos com sete semanas de vida. O tempo de barriguinha facilita o desenvolvimento neurológico e previne as deformidades (reversíveis) cranianas pela posição supina durante o sono. Estímulo com chocalhos, móveis, cantar e conversar com a criança.



2º MÊS

- Membros superiores mais ativos e estendidos.
- Início de dissociação dos dedos
- Vocalização reflexa (som ao mover-se)
- Choro expressa fome, dor, etc
- Segue objetos 90 graus horizontalmente
- Barriga para baixo: eleva mais a cabeça mas ainda mantém por pouco tempo.
- Sorrisos não reflexos
- Contato visual mais efetivo

SINAIS DE ALERTA

- Não realizar contato visual
- Membros superiores e/ou inferiores muito fletidos ou estendidos (sem variar movimentos)
- Não elevar cabeça quando de barriga para baixo
- Mãos muito fechadas
- Ausência de resposta ao estímulo auditivo/ visual



COMO ESTIMULAR

- Continuar e intensificar estímulos do primeiro mês
- Brinquedos coloridos (aguardar olhar e deslocar devagar em curta distância)
- Brincar de barriga para baixo (um dos principais estímulos partir de agora)



Fonte: <https://images.app.goo.gl/GUWHfMuYovixZBCg8>

8.1.5- IMUNIZAÇÃO

Idade	Vacina	Dose Única	Uma dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1ª reforço	2ª reforço	Reforço 10 anos
 2 meses	Pentavalente			●					
	VIP			●					
	Pneumocócica 10 V			●					
	Rotavirus			●					

Orientar sobre possíveis efeitos adversos como febre, dor em MID, edema e rubor no local da vacina, crianças mais chorosas, reação poderá durar até 72 horas, prescrevendo paracetamol se necessário.

Antecipar sobre a vacina dos 3 meses – Meningo C.

8.1.6- PREVENÇÃO DE ACIDENTES



Fonte: <https://noeh.com.br/acidentes-com-criancas/>

- Cuidado com a temperatura da água da banheira: coloque primeiro a água fria, depois a quente para atingir a temperatura corporal – 36°C. Mexa bem a água, experimente a temperatura com a região de antebraço (pele mais sensível, como é a do bebê).
- Mamadeiras: se precisar dar outro tipo de leite ou alimento, se recomendado por um pediatra, lembre-se sempre de chacoalhar bem a mamadeira para uniformizar o calor e testar a temperatura na região interna do antebraço antes de oferecer ao bebê. Nunca deixe um bebê mamando sozinho, nunca o alimento no berço ou deitado em carrinho – ele pode engasgar, aspirar e sufocar.

- Talcos: acidentes com talco, pois possui risco de inalação.
- Bebe conforto: A criança não deve ficar longos períodos no bebe conforto, cadeirinhas de descanso, se atentando para a posição da cervical.
- Cangurus: Nesta idade não é ideal o uso de cangurus sem a proteção da cervical e sim apenas o uso de slings (faixas).
- Nunca manipulem líquidos ou substâncias quentes com o bebê no colo e não cozinhe com o bebê no colo. Fogão e criança não combinam!
- Transporte automotivo: O bebê conforto deve ser instalado de costas para o painel do veículo, preferentemente no meio do banco de trás, preso pelo cinto de segurança ou, se disponíveis, sistemas de ancoragem, pelo menos até dois anos, preferentemente até os três anos; mas não há limite superior de idade. Com o carro em movimento a criança sempre deve estar em seu assento e com cinto de segurança.

8.1.7- ORIENTAÇÕES FINAIS

- Orientação sobre aleitamento materno e fórmula infantil se necessário.
- Orientação e prescrição de vitamina D e ferro quando indicado.
- Orientação de cuidados de higiene.
- Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% se obstrução nasal.
- Orientação de prevenção de acidentes.
- Orientação de vacina
- Estímulo a colocar o bebe de barriga para baixo, acordado, para melhor desenvolvimento motor.

9- CAPÍTULO VI

9.1- CONSULTA DOS 3 MESES

9.1.1- ALIMENTAÇÃO

Avaliação da amamentação, frequência, tempo de mamada, esvaziamento de ambas as mamas, criança mostra sinais de saciedade (dorme, fica tranquila após a mamada), questionar se ofereceu outros leites, chás e água. Presença de vômitos e/ou golfadas.

Avaliar retorno da mãe ao trabalho, quem ficará com criança e como será sua alimentação, orientar sobre ordenha e armazenamento do leite, prescrição de fórmula infantil se necessário e orientação de introdução alimentar se necessário caso a criança consuma leite de vaca.

9.1.2- ORDENHA DO LEITE

O leite materno deve ser ordenhado e armazenado em pote de vidro e tampa de plástico podendo ficar 12 horas na geladeira e 15 dias no congelador. O descongelar deve ser em banho maria.



Fonte: <https://www.santacasadeourinhos.com.br/noticia/dia-nacional-de-doacao-de-leite-/91>

9.1.3- FÓRMULA INFANTIL

Até os 6 meses, a fórmula infantil adequada são as chamadas de partida, com a nomenclatura 1 na embalagem, a preparação da fórmula deve ser feita com rigorosos cuidados de higiene, com 30 ml de água a cada medida de pó.

O ideal a introdução alimentar após os 6 meses, no entanto deve ser individualizado os casos, uso de leite de vaca precoce, a não possibilidade de manutenção de fórmula infantil até os 6 meses, deve-se iniciar já a introdução alimentar entre 4 a 5 meses de idade.

9.1.4- SUPLEMENTAÇÃO

9.1.4.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrição e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 Meses	600 UI

9.1.4.2- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir de 3 meses crianças com fatores de risco para anemia ferropriva.

Dose profilática: sulfato ferroso 1mg fe elementar/gota = 1 gota por kg. Administrar longe da mamada;

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

9.1.5- HÁBITO FISIOLÓGICO

Trocas de fraldas, diurese, evacuação.



Sangue nas fezes nesta idade, principalmente se criança em uso de leite de vaca integral ou fórmula infantil, é sugestivo de alergia à proteína do leite de vaca.

9.1.6- SONO

Entre os dois a três meses, o ritmo circadiano se estabelece e a criança passa a apresentar diminuição do sono diurno e consolidação das horas de sono à noite. Nessa idade, há condições biológicas de estabelecimento do ritmo circadiano e as crianças tornam-se mais sensíveis ao meio ambiente, respondendo ao claro/escuro para organizar seu ritmo de vigília/sono.

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	3-6 meses
Média de horas de sono	13
Variação do sono em horas	12-15
Despertar noturno	2-3
Número de sonecas/ cochilos por dia	2-4 (manhã e tarde)
Duração de sonecas horas	2-3 cada
Local	Berço, ideal no quarto dos pais

9.1.7- DESENVOLVIMENTO



TERCEIRO MÊS

- Simetria postural
- Alcances unilaterais
- Mãos e cabeça na linha média
- Segura e olha objeto colocado na mão
- Prono: controle total de cabeça/ controle visual vertical e horizontal
- Atividade abdominal
- Imita sons (gritando)
- Potencial cognitivo pode ser observado
- Sinergia flexora/ extensora (Tinck tuck)

SINAIS DE ALERTA

- Assimetria postural
- “Sustos” frequentes (Reflexo de Moro)
- Ausência de sorrisos e sons
- Não realização de contato visual
- Controle pouco eficaz de cabeça
- Não segurar objetos





COMO ESTIMULAR

- Continuar e intensificar estímulos do mês anterior
- Brincar vocalizando (imitar sons)
- Estimular alcance de brinquedos/ colocar nas mãos para segurar
- Brincar em prono (a partir de agora ainda mais importante que nos meses anteriores). Pode ser realizado de várias formas (superfícies estáveis, tapetes de atividades, etc)
- Oferecer brinquedos coloridos e sonoros de tamanhos que o bebê possa segurar

Fonte: <https://images.app.goo.gl/GUWHfMuYovixZBCg8>

9.1.8- PRÁTICAS DE ESTÍMULOS

Praticar o tempo de barriguinha: deixar o bebê de barriga para baixo, sob supervisão, logo após a chegada em casa, em tempos progressivos até chegar entre 15 e 30 minutos com sete semanas de vida. O tempo de barriguinha facilita o desenvolvimento neurológico e previne as deformidades (reversíveis) cranianas pela posição supina durante o sono.

Estímulo com chocalhos, móveis, cantar para a criança, conversar com a criança.

9.1.9- IMUNIZAÇÃO

Idade	Vacina	Dose Única	Uma dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1º reforço	2º reforço	Reforço 10 anos
3 meses	Meningocócica C			●					

9.1.10- PREVENÇÃO DE ACIDENTE



Fonte: <https://stock.adobe.com/br/images/infant-baby-falls-off-the-sofa-in-the-home-living-room-toddler-kid-gets-off-the-bed-problems-with-the-safety-of-children-without-parental-supervision/488661242>

- Cuidado com a temperatura da água da banheira: coloque primeiro a água fria, depois a quente para atingir a temperatura corporal – 36°C. Mexa bem a água, experimente a temperatura com a região de antebraço (pele mais sensível, como é a do bebê).
- Mamadeiras: se precisar dar outro tipo de leite ou alimento, se recomendado por pediatra, lembre-se sempre de chacoalhar bem a mamadeira para uniformizar o calor e testar a temperatura na região interna do antebraço antes de oferecer ao bebê. Nunca deixe um bebê mamando sozinho, nunca o alimente no berço ou deitado em carrinho – ele pode engasgar, aspirar e sufocar.
- Talcos: acidentes com talco, pois possui risco de inalação.
- Bebê conforto: A criança não deve ficar longos períodos no bebê conforto, cadeirinhas de descanso, se atentando para a posição da cervical.
- Cangurus: Nesta idade o uso de cangurus sem a proteção da cervical já é permitido se a cervical está firme.
- Nunca manipulem líquidos ou substâncias quentes com o bebê no colo e não cozinhe com o bebê no colo! Fogão e criança não combinam!
- Transporte automotivo: O bebê conforto deve ser instalado de costas para o painel do veículo, preferentemente no meio do banco de trás, preso pelo cinto de segurança ou, se disponíveis, sistemas de ancoragem, pelo menos até dois anos, preferentemente até os três anos; mas não há limite superior de idade. O carro em movimento a criança sempre deve estar em seu assento e com cinto de segurança.

9.1.11- USO DE REPELENTE



Fonte: <https://likluc.com.br/blog/repelente-para-bebe-como-escolher-o-melhor/>

- Aos 3 meses pode-se iniciar o uso de repelente, icaridina 1x ao dia. Exemplos de marcas comerciais: off baby, exopis baby, sbp baby.
- O repelente deve ser usado em momentos de maiores riscos a picadas de insetos, não passando em região de mãos ou próximo dos olhos e boca. A proteção mecânica com roupas, telas deverão ser feitas desde o nascimento.
- A partir de 6 meses vários repelentes poderão ser utilizados tipo baby e depois dos 2 anos tipo kids.

9.1.12- ORIENTAÇÕES FINAIS

- Orientação de aleitamento materno/ sobre fórmula se necessário.

- Orientação e prescrição de vitamina D e ferro quando indicado.
- Orientação de cuidados de higiene.
- Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% se obstrução nasal.
- Orientação de prevenção de acidentes.
- Orientação de vacina
- Estimulo a colocar o bebê de barriga para baixo, acordado, para melhor desenvolvimento motor.
- Estímulo com chocalhos, móveis, cantar para a criança, conversar com a criança.
- Repelente: Orientar a possibilidade de início de uso de repelente.

10- CAPÍTULO VII

10.1- CONSULTA DOS 4 MESES

10.1.1- ALIMENTAÇÃO

Avaliar a amamentação, frequência, tempo de mamada, esvaziamento de ambas as mamas, criança mostra sinais de saciedade (dorme, fica tranquila após a mamada), questionar se ofereceu outros leites/ chás/ água. Presença de vômitos/ golfadas.

Avaliar retorno da mãe ao trabalho, quem irá ficar com criança e como será sua alimentação, orientar sobre ordenha e armazenamento do leite, prescrição de fórmula infantil se necessário e orientação de introdução alimentar se necessário caso a criança consuma leite de vaca.

Se tiver pouco leite materno armazenado e não for suficiente para o período em que a mãe ficar distante, oferecê-lo e completar com fórmula infantil. Em caso de impossibilidade financeira da fórmula infantil orientar o leite de vaca com a correta diluição.

10.1.2- ORDENHA DO LEITE

O leite materno deve ser ordenhado e armazenado em pote de vidro e tampa de plástico podendo ficar 12h na geladeira e 15 dias no congelador. O descongelar deve ser em banho maria.



Fonte: <https://revistaboaciencia.com.br/alimentacao-materna-e-colica-no-lactente-existe-relacao/>

10.1.3- FÓRMULA INFANTIL

Até os 6 meses, a fórmula infantil adequada são as chamadas de partida, com a nomenclatura 1 na embalagem, a preparação da fórmula deve ser feita com rigorosos cuidados de higiene, com 30 ml de água a cada medida de pó.

O ideal é a introdução alimentar após os 6 meses, no entanto deve ser individualizado os casos, uso de leite de vaca precoce, a não possibilidade de manutenção de fórmula infantil até os 6 meses, deve-se iniciar já a introdução alimentar entre 4 a 5 meses de idade.

10.1.4- SUPLEMENTAÇÃO

10.1.4.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrologia e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

10.1.4.2- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir de 3 meses crianças com fatores de risco para anemia ferropriva.

Dose profilática: sulfato ferroso 1mg - Ferro elementar/gota = 1 gota por kg.
Administrar longe da mamada;

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

10.2- HÁBITO FISIOLÓGICO

Trocas de fraldas, diurese, evacuação.

10.3- SONO

Na criança de 3 a 6 meses os padrões de sono e vigília estão mais previsíveis e individualizados, vivacidade, reação a estímulos e movimentação, referentes ao temperamento de cada criança.

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	3-6 meses
Média de horas de sono	13
Variação do sono em horas	12-15
Despertar noturno	2-3
Número de sonecas/ cochilos por dia	2-4 (manhã e tarde)
Duração de sonecas horas	2-3 cada
Local	Berço, ideal no quarto dos pais

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

10.4- DESENVOLVIMENTO



QUARTO MÊS

- Rola em bloco para os lados
- Alcances e chutes contra a gravidade
- Atento ao ambiente (para o que está fazendo para identificar barulhos a sua volta)
- Sons mais altos e claros. Sons bilabiais (ma-mã; ba-ba) e fricativos (vo-vo; fa-fa) com dentes nos lábios
- Libera braços para alcance em prono
- Exploração tátil
- Atividade bimanual
- Preensão espontânea
- Swimming

SINAIS DE ALERTA

- Ausência de sons
- Ausência do swimming
- Em prono não libera membros superiores/não gosta de brincar nessa posição
- Se mover pouco
- Não realizar contato visual
- Não sorrir





COMO ESTIMULAR

- Intensificar estímulos do terceiro mês
- Chamar atenção a outra atividade (chamar pelo nome enquanto brinca)
- Explorar o corpo (mão na cabeça, barriga, pernas, etc)
- Evite deixar o bebê por muito tempo em cadeirinhas. Dê preferência à posição prono e às variações de posturas. Os tapetes de atividades são uma boa opção. Ofereça brinquedos a uma distância que precise estender os braços para alcançar.
- Brincar em frente a espelhos e com brinquedos que refletem a própria imagem, além dos utilizados no mês anterior.

Fonte: <https://images.app.goo.gl/GUWHfMuYovixZBCg8>

10.5- PRÁTICAS DE ESTÍMULOS

Praticar o tempo de barriguinha: deixar o bebê de barriga para baixo, sob supervisão, logo após a chegada em casa, em tempos progressivos até chegar entre 15 e 30 minutos com sete semanas de vida. O tempo de barriguinha facilita o desenvolvimento neurológico e previne as deformidades (reversíveis) cranianas pela posição supina durante o sono.

Estímulo com chocalhos, mordedor, cantar para a criança, conversar com a criança.

10.6- IMUNIZAÇÃO

Idade	Vacina	Dose Única	Uma dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1ª reforço	2ª reforço	Reforço 10 anos
 4 meses	Pentavalente				●				
	VIP				●				
	Pneumocócica 10 V				●				
	Rotavírus				●				

10.7- PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- A criança poderá rolar no próximo mês, devendo já ser orientado sobre quedas. O risco de deixar a criança sozinha em locais elevados como cama, trocador, sofá, carrinho sem uso de cinto, assim como em bebê conforto e cadeirinha de descanso.
- A criança começa agarrar objetos com mais forças risco de puxar toalhas de mesa, xícaras e queimadura.
- Criança terá interesse por telas, sua visão de cores está cada vez melhor, mas é importante orientar que telas são contraindicadas até os 2 anos de idade. São fontes de estímulos inadequados, apresentados de forma repetitiva e alienante, que fixam a atenção do bebê num mundo não humano, determinando prejuízos do desenvolvimento neuro psicomotor.

10.8- ORIENTAÇÕES FINAIS

- Orientação de aleitamento materno/ sobre fórmula se necessário.
- Orientação e prescrição de vitamina D e ferro quando indicado.
- Orientação de cuidados de higiene.

- Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9%, se obstrução nasal.

- Orientação de prevenção de acidentes.

- Orientação de vacina
- Estímulo a colocar o bebê de barriga para baixo, acordado, para melhor desenvolvimento motor.
- Estímulo a chocalhos, mordedores, cantar para a criança, conversar com a criança.
- A criança poderá rolar no próximo mês, devendo já ser orientado sobre quedas, o risco de deixar a criança sozinha em locais elevados como cama, trocador, sofá, carrinho sem uso de cinto, assim como em bebê conforto e cadeirinha de descanso.
- A criança começa a agarrar objetos com mais força e há o risco de puxar toalhas de mesa, xícaras e queimadura.
- A criança terá interesse por telas, sua visão de cores está cada vez melhor, mas é importante orientar que telas contraindicadas até os 2 anos de idade. São fontes de estímulos inadequados, apresentados de forma repetitiva e alienante, que fixam a atenção do bebê num mundo não humano, determinando prejuízos do desenvolvimento neuro psicomotor.
- Repelente: Orientar a possibilidade de início de uso de repelente.

11- CAPÍTULO VIII

11.1- CONSULTA DOS 5 MESES

11.1.1- ALIMENTAÇÃO

Avaliar aleitamento materno, uso de fórmulas infantil e se iniciado a introdução alimentar como foi iniciado, alimentos ofertados, azeites, textura, oferta de água.

Orientação da introdução alimentar deve ser dada na consulta dos 5 meses para os pais terem mais informações e se prepararem para a introdução alimentar aos 6 meses.

11.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

11.1.2.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrição e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

11.1.2.2 - FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir de 3 meses crianças com fatores de risco para anemia ferropriva.

Dose profilática: sulfato ferroso 1mg Ferro elementar/gota = 1 gota por kg.
Administrar longe da mamada;

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

11.1.3- HÁBITO FISIOLÓGICO

Trocas de fraldas, diurese, evacuação.

Crianças que já iniciaram a introdução alimentar a fezes mudarão de cor, odor, texturas, conforme a alimentação. Deve-se estimular alimentos ricos em fibras, água, consumir alimentos com bagaço e apenas amassados para evitar constipação.

11.1.4- SONO

A criança de 3 a 6 meses os padrões de sono e vigília estão mais previsíveis e individualizados, vivacidade, reação a estímulos e movimentação, referentes ao temperamento de cada criança.

Quando as crianças aprenderem a rolar, elas não precisam ser desviradas durante a noite. A recomendação de posicionar inicialmente o bebê de barriga para cima mantém-se até completar um ano.

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	3-6 meses
Média de horas de sono	13

Variação do sono em horas	12-15
Despertar noturno	2-3
Número de sonecas/ cochilos por dia	2-4 (manhã e tarde)
Duração de sonecas horas	2-3 cada
Local	Berço, ideal no quarto dos pais

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

11.1.5- DESENVOLVIMENTO



QUINTO MÊS

- Transferência de peso nos membros estendidos em prono
- Transferência de peso sobre cotovelos para alcance unilateral em prono
- Pivoteio em prono
- Rola de prono para supino
- Rola de supino para lateral
- Início do alcance contralateral
- Intensa atividade motora/ brinca muito
- Sentado com apoio de mãos a frente
- Preensão mais desenvolvida

SINAIS DE ALERTA

- Pouca movimentação em prono/supino
- Não emite sons
- Não olha para brinquedos
- Dificuldade na deglutição (engasgos frequentes)



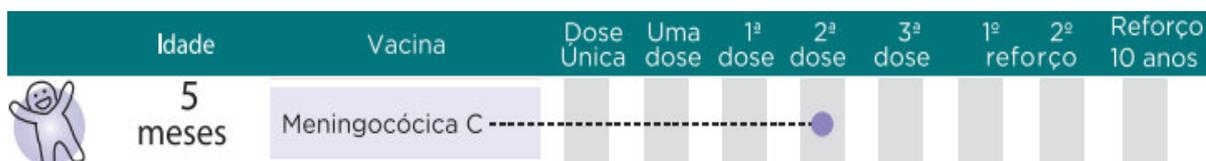


COMO ESTIMULAR

- Brincar em prono
- Estimular alcance (deixar brinquedos em pequenas distâncias)
- Carregar no colo em pé (levemente sentado sobre braço) ou em cadeirinha (sentado de frente)
- Estimular atender pelo nome
- Brincar sentado (oferecer estabilidade: apoio posterior, “calça da vovó”, cadeirinhas)

Fonte: <https://images.app.goo.gl/GUWHfMuYovixZBCg8>

11.1.6- IMUNIZAÇÃO



A partir dos 6 meses deve-se iniciar esquema de vacinação contra Influenza e Covid.

11.1.7- PREVENÇÃO DE ACIDENTES



Fonte: <https://criancasegura.org.br/aprenda-a-prevenir/por-idade/como-evitar-acidentes-com-criancas-ate-1-ano-2/>

A criança poderá rolar devendo já ser orientada sobre quedas, o risco de deixar a criança sozinha em locais elevados como cama, trocador, sofá, carrinho sem uso de cinto, assim como em bebê conforto e cadeirinha de descanso.

- A criança começa a agarrar objetos com mais força, risco de puxar toalhas de mesa, xícaras e queimadura.

- Criança terá interesse por telas, sua visão de cores está cada vez melhor, mas é importante orientar que telas contraindicadas até os 2 anos de idade. São fontes de estímulos inadequados, apresentados de forma repetitiva e alienante, que fixam a atenção do bebê num mundo não humano, determinando prejuízos do desenvolvimento neuro psicomotor.
- A criança nesta idade explora mais o chão sendo de extrema importância atenção a pequenos objetos que poderá ser posto na boca, tomadas, quinas.

11.1.8- ORIENTAÇÕES FINAIS

- Orientação de aleitamento materno e sobre fórmula infantil, se necessário. Orientar introdução alimentar se for o caso.
- Orientação e prescrição de vitamina D e ferro quando indicado.
- Orientação de cuidados de higiene.
- Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% se obstrução nasal.
- Orientação de prevenção de acidentes.
- Orientação de vacina.
- Estímulo a colocar o bebê de barriga para baixo, acordado, para melhor desenvolvimento motor.
- Estímulo a chocalhos, mordedores, cantar para a criança, conversar com a criança.
- A criança poderá rolar, devendo já ser orientada sobre quedas e o risco de deixar a criança sozinha em locais elevados como cama, trocador, sofá, carrinho sem uso de cinto, assim como em bebê conforto e cadeirinha de descanso.

- A criança começa a agarrar os objetos com mais forças risco de puxar toalhas de mesa, xícaras e queimadura.
- A criança terá interesse por telas, e sua visão de cores está cada vez melhor, mas é importante orientar que telas contraindicadas até os 2 anos de idade. São fontes de estímulos inadequados, apresentados de forma repetitiva e alienante, que fixam a atenção do bebê num mundo não humano, determinando prejuízos do desenvolvimento neuro psicomotor.
- Repelente: Orientar a possibilidade de início de uso de repelente.

12- CAPÍTULO IX

12.1- CONSULTA DOS 6 MESES

12.1.1- ALIMENTAÇÃO

Avaliar aleitamento materno, uso de fórmulas infantil e se iniciado a introdução alimentar. Discutir sobre introdução alimentar como está a textura, se iniciou método BLW, dúvidas e questionamentos.

12.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

12.1.2.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrologia e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

12.1.2.2- VITAMINA A

A partir do 6º até o 59º mês de idade, as crianças que residem nos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão

receber o medicamento por via oral. Na região Sul e Sudeste é indicada suplementação de 6 a 24 meses. Embora haja indicação para o uso, esta medicação ainda não está contemplada na REMUME.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
6 meses - 11 meses	100 000 UI (uma dose)
12 - 24 meses	200 000 UI (uma vez a cada 6 meses)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

12.1.2.3- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir dos 6 meses em **crianças sem fatores de risco para anemia ferropriva.**

Dose profilática: corrigir a dose do ferro a cada consulta. 1mg ferro elementar/kg/dia, o sulfato ferroso apresenta 1mg ferro elementar/ gota, sendo assim 1 gota por kg/peso.

Lembrando que o sulfato ferroso deve ser dado **longe** das refeições ou leite, 30 min a 1 hora antes ou 2 após a refeição, podendo oferecer com uma fruta ou um pouco de suco cítrico para melhor absorção do ferro.

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

12.1.3- HÁBITO FISIOLÓGICO

As fezes mudarão de cor, odor, texturas, conforme a alimentação. Deve-se estimular alimentos ricos em fibras, água, consumir alimentos com bagaço e apenas amassados para evitar constipação.

12.1.4- SONO

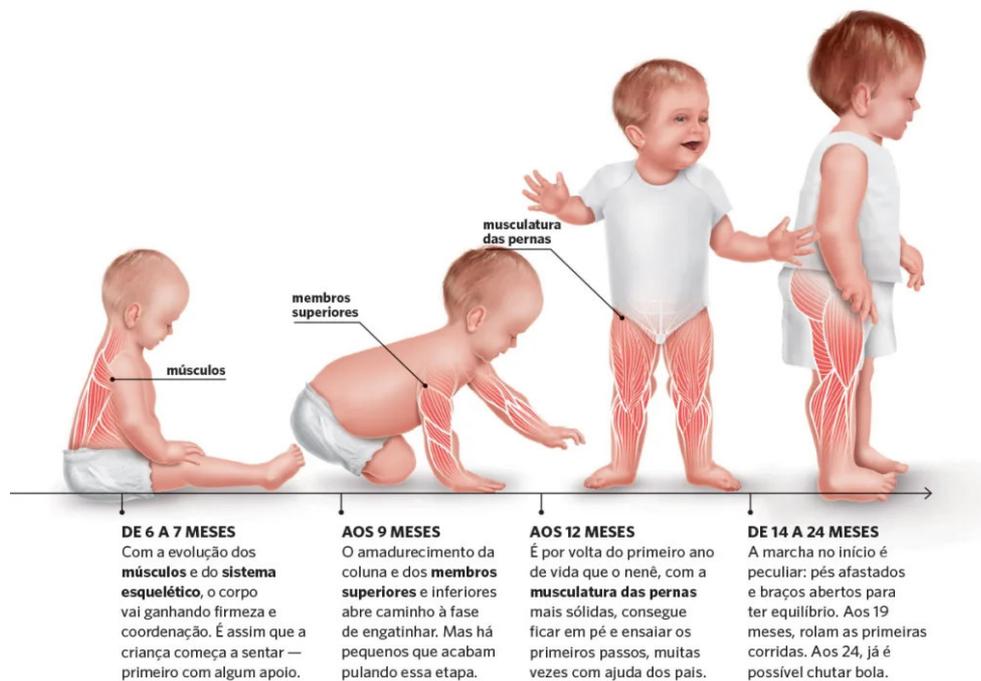
As crianças de 6 meses trazem consigo a ansiedade da separação, que pode ser acompanhada pelo medo de estranhos. O comportamento característico desta etapa é o de busca da mãe, alterando o padrão de sono noturno para várias interrupções. A criança acorda chorando e exigindo a presença da mãe. Normalmente, acalma-se com sua voz ou contato físico e chora quando ela se ausenta. Necessita de dois ou três períodos de sono diurno (cochilos). Quando as crianças aprenderem a rolar, elas não precisam ser desviadas durante a noite. A recomendação de posicionar inicialmente o bebê de barriga para cima mantém-se até completar um ano.

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	6-9 meses
Média de horas de sono	13
Variação do sono em horas	10-14
Despertar noturno	1-3
Número de sonecas/ cochilos por dia	2 (manhã e tarde)
Duração de sonecas horas	1-3 cada
Local	Berço, ideal no quarto dos pais

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

12.1.5- DESENVOLVIMENTO



Fonte: <https://www.rosazulkids.com.br/blog/pico-crecimento-infantil>

SEXTO MÊS



- Permanece sentado sozinho (estabilidade e alinhamento)
- Preensão em pinça (3 dedos)
- Rola dissociado e em todos os sentidos
- Arrasta-se sobre abdômen
- Sons como gágaga; dadada
- Sons acompanhados de movimentos corporais (ex.: bate na mesa enquanto fala dadada)
- Início de noções causa-efeito/ausência-permanência
- Início de imitar movimentos e expressões faciais
- Leva pés à boca
- Reação de proteção anterior
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Exploração oral dos objetos
- Em pé apresenta transferência de peso nos membros (firmeza)

SINAIS DE ALERTA



- Não explora corpo e objetos (não pegar)
- Pouco alinhamento do tronco e cabeça sentado
- Persistência do reflexo de Moro ("sustos")
- Não rolar
- Não interagir com o meio e com as pessoas

COMO ESTIMULAR



- Brincar sentado (oferecer brinquedos para alcançar)
- Brinquedos de ação-reação (ex.: aperta e canta/ aperta e cai bolinha)
- Brinquedos de ausência-permanência (ex.: esconder)
- Estimular percepção de partes do corpo
- Incentivar atender pelo nome
- Deixa o máximo no chão ou superfícies estáveis (estimular locomoção)
- EVITAR brincar de andar

Fonte: - Movemais - Centro Especializado em Neurodesenvolvimento (movemaisdourados.com.br)

12.1.7- IMUNIZAÇÃO

Idade	Vacina	Dose Única	Uma dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1º reforço	2º reforço	Reforço 10 anos
6 meses	Pentavalente								
	VIP								
	Influenza								
7 meses	Influenza								

****A Partir dos 6 meses deve-se iniciar esquema de vacinação contra Influenza e a Covid.

SÉTIMO MÊS



- Brinca muito sentado, em posturas laterais e intermediárias
- Sentado realiza alcances pouco elaborados
- Deitado para sentado independente
- Gato (se balança para frente e para trás)
- Arrasta-se com propriedade
- Extensão total em prono
- Se puxa para levantar
- Manipula objetos com propriedade
- Exploração dos objetos com o indicador ("indicador em tudo")



SINAIS DE ALERTA

- Não permanece sentado sozinho
- Não se puxa para levantar
- Não se arrasta
- Apoio de braços sentado pouco confiável



COMO ESTIMULAR

- Intensificar estímulos do sexto mês
- Estimular variação de posturas (rolar, arrastar, sentar) para alcançar um brinquedo
- Estimular usar as mãos para comer/ beber (segurar mamadeira/ copo; levar alimento à boca sozinho)

Fonte:- Movemais - Centro Especializado em Neurodesenvolvimento (movemaisdourados.com.br)

12.1.8- PREVENÇÃO DE ACIDENTES FOTO



Fonte: <https://marianazorron.com.br/acidentes-com-criancas/>

- A criança nesta idade explorará mais o chão sendo de extrema importância atenção a pequenos objetos que poderão ser inseridos na boca, tomadas, quinas.
- Orientar sobre quedas, pois o risco de deixar a criança sozinha em locais elevados como cama, trocador, sofá.
- A criança começa a sentar com risco de tombar e bater a cabeça em locais duros e pontiagudos como brinquedos, quinas e afogamentos em banheira, sempre supervisionar.
- Nunca deixar sem supervisão na hora do banho ou em piscinas (mesmo muito rasas), mesmo já sentando firme, risco de afogamento.

12.1.9- FILTRO SOLAR



Fonte: <https://www.pampers.com.br/recem-nascido/cuidados/artigo/evitando-queimaduras-de-sol-no-bebe>

O uso de filtro solar deve ser estimulado após os 6 meses, com uso diário, e deve-se aplicar filtros solares com FPS 30 ou mais. Abaixo de 6 meses de idade: evitar exposição direta ao sol, utilizando protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, roupas, bonés, óculos que possuem proteção UV.

Entre 6 meses e 2 anos de idade: Estão indicados filtros solares inorgânicos (protetor solar baby), com menor capacidade de provocar alergias, alta resistência e proteção imediata. O uso de filtro solar deve ser estimulado após os 6 meses, uso diário, aplicar filtro solares com FPS 30 ou mais, mesmo em dias nublados.

A partir dos 2 anos: podem ser utilizados os filtros químicos infantis (protetor solar kids), usar 20 minutos antes da exposição solar.

12.1.10- ORIENTAÇÕES FINAIS

- Orientação sobre aleitamento materno ou fórmulas se necessário; orientar introdução alimentar se for o caso.
- Orientação e prescrição de vitamina D, A e ferro quando indicado.
- Orientação sobre cuidados de higiene.
- Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% se obstrução nasal.
- Orientação de prevenção de acidentes.
- Orientação de vacina.
- Estimular a colocar o bebê de barriga para baixo, acordado, para melhor desenvolvimento motor.
- Orientar uso de protetor solar.
- Repelente: a partir de 6 meses (tipo baby) e depois dos 2 anos tipo kids.
- Exposição solar: as crianças devem ser estimuladas a práticas de atividades ao ar livre, sob condições adequadas de foto proteção. Os horários mais adequados são antes das 10h e após as 16h (longe do pico da radiação UV).

13- CAPÍTULO X

13.1- CONSULTA DOS 8 MESES

13.1.1- ALIMENTAÇÃO

Avaliar aleitamento materno, uso de fórmulas infantil e introdução alimentar: tipos de alimentos introduzidos e estimular a transição de textura de papa para pequenos pedaços. Estimular o método BLW associado. 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.

13.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

13.1.2.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrologia e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

13.1.2.2- VITAMINA A

A partir do 6º até o 59º mês de idade, as crianças que residem nos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão

receber o medicamento por via oral, na região Sul e Sudeste é indicado suplementação de 6 a 24 meses. Embora haja indicação para o uso, esta medicação ainda não está contemplada na REMUME.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
6 meses - 11 meses	100 000 UI (uma dose)
12 - 24 Meses	200 000 UI (uma vez a cada 6 meses)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

13.1.2.3- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir dos 6 meses em **crianças sem fatores de risco para anemia ferropriva.**

Dose profilática: corrigir a dose do ferro a cada consulta. 1mg ferro elementar/kg/dia, o sulfato ferroso apresenta 1 mg ferro elementar/ gota, sendo assim 1 gota por kg/peso.

Lembrando que o sulfato ferroso deve ser dado **longe** das refeições ou leite, 30 min a 1 hora antes ou 2 após a refeição, podendo oferecer com uma fruta ou um pouco de suco cítrico para melhor absorção do ferro.

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

13.1.3 - HÁBITO FISIOLÓGICO

Avaliar diurese e evacuações, presenças de diarreias comuns às primeiras infecções intestinais e se dá quando o organismo enfrenta a presença de vírus, bactérias ou parasitas na região do trato gastrointestinal, levando a sinais e sintomas como: diarreia, vômitos, enjoo e febre, que se apresentam rapidamente após o contato da

criança com o agente causador da patologia. Sempre lavar a mão da criança, brinquedos e bicos.

13.1.4- SONO

As crianças de 6 a 9 meses, trazem consigo a ansiedade da separação, que pode ser acompanhada pelo medo de estranhos. O comportamento característico desta etapa é o de busca da mãe, alterando o padrão de sono noturno para várias interrupções. A criança acorda chorando e exigindo a presença da mãe. Normalmente, acalma-se com sua voz ou contato físico e chora quando ela se ausenta.

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	6-9 meses
Média de horas de sono	13
Variação do sono em horas	10-14
Despertar noturno	1-3
Número de sonecas/ cochilos por dia	2 (manhã e tarde)
Duração de sonecas horas	1-3 cada
Local	Berço, ideal no quarto dos pais

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

13.1.5- DESENVOLVIMENTO

OITAVO MÊS

- Engatinha funcionalmente
- Levanta segurando nos móveis
- Marcha lateral pouco desenvolvida
- "Diálogo" com a mãe
- Gato a partir do sentado (deslocamento lateral)
- Reação de proteção lateral
- Brinca sentado de lado (side sitting)
- Maior compreensão





SINAIS DE ALERTA

- Não varia posturas (fica como é colocado)
- Não presta atenção em brinquedos
- Pouca estabilidade sentado (cai para frente, lados e trás)

COMO ESTIMULAR

- Intensificar estímulos do mês anterior
- Contar histórias
- Estimular funções simples (brinquedos em uma caixa, por exemplo)
- Estimular variabilidade de posturas (sequência sentar, gato em pé, por exemplo para alcançar um brinquedo)



Fonte: Movemais - Centro Especializado em Neurodesenvolvimento (movemaisdourados.com.br)

14- CAPÍTULO XI

14.1- CONSULTA DOS 9 MESES

14.1.1- ALIMENTAÇÃO

Servir alimentos picados próximo da consistência dos alimentos da família. As carnes podem ser desfiadas.

Oferecer alimentos para que a criança pegue com as mãos (BLW), estimulando o movimento da 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.

14.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

14.1.2.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrologia e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 Meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

14.1.2.2- VITAMINA A

A partir do 6º até o 59º mês de idade, as crianças que residem nos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão receber o medicamento por via oral. Na região Sul e Sudeste é indicado suplementação de 6 a 24 meses. Embora haja indicação para o uso, esta medicação ainda não está contemplada na REMUME.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
6 meses - 11 meses	100 000 UI (uma dose)
12 - 24 Meses	200 000 UI (uma vez a cada 6 meses)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

14.1.2.3- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir dos 6 meses em **crianças sem fatores de risco para anemia ferropriva.**

Dose profilática: corrigir a dose do ferro a cada consulta. 1mg ferro elementar/kg/dia, o sulfato ferroso apresenta 1mg ferro elementar/ gota, sendo assim 1 gota por kg/peso.

Lembrando que o sulfato ferroso deve ser dado **longe** das refeições ou leite, 30 min a 1 hora antes ou 2 após a refeição, podendo oferecer com uma fruta ou um pouco de suco cítrico para melhor absorção do ferro.

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

14.1.3- IMUNIZAÇÃO



***** Para a vacina da febre amarela a criança deve já ter ingerido ovo para descartar processo alérgico por ovo.

14.1.4- SONO

As crianças de 6 a 9 meses trazem consigo a ansiedade da separação, que pode ser acompanhada pelo medo de estranhos. O comportamento característico desta etapa é o de busca da mãe, alterando o padrão de sono noturno para várias interrupções. A criança acorda chorando e exigindo a presença da mãe. Normalmente, acalma-se com sua voz ou contato físico e chora quando ela se ausenta.

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	9-12 meses
Média de horas de sono	12-13 horas
Variação do sono em horas	13-14 horas
Despertar noturno	1-2
Número de sonecas/ cochilos por dia	1-2 (manhã e tarde)
Duração de sonecas horas	1-3 cada
Local	Berço, ideal no quarto dos pais

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

14.1.5- DESENVOLVIMENTO

NONO MÊS

- Manipula objetos com muita eficiência e solta de forma voluntária
- Engatinha com dissociação (sobe e desce degraus)
- Realiza pinça fina
- Fica de cócoras com apoio em móveis
- Resolve "problemas" motores (se vira para transpor obstáculos por exemplo)
- Não precisa mais se mover para emitir sons
- Em pé apresenta um pouco mais de extensão dos membros inferiores





SINAIS DE ALERTA

- Não demonstra compreensão
- Dificuldades em brincar
- Dificuldades em resolver "problemas motores" como liberar braços e pernas por exemplo)

COMO ESTIMULAR

- Intensificar os estímulos do mês anterior, principalmente as trocas de posturas
- Brinquedos que simulem profundidade (jogar bolinha no chão a partir de uma certa altura/ brinquedos que bolinhas desçam por exemplo)
- Simular pequenos problemas motores (oferecer um brinquedo enquanto estiver transpondo um obstáculo, ou enquanto estiver em pé, por exemplo)
- Promover alcances variados de objetos (ir variando altura e posição do objeto para que realize ajustes de posturas para alcançar)
- EVITAR USO DE ANDADORES



Fonte: Movemais - Centro Especializado em Neurodesenvolvimento (movemaisdourados.com.br)

14.1.6- PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A criança nesta idade explorará o chão, querendo ficar de pé, e deve-se dar atenção a pequenos objetos que poderá ser posto na boca, tomadas, quinas, queimadura, quedas, afogamento.

Uso de disquinho leva a maior chance de quedas, traumas além de não favorecer o desenvolvimento natural do andar da criança.



Fonte: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Seguranca/noticia/2018/09/mais-de-9-mil-criancas-se-machucam-ao-ano-por-causa-de-andadores-nos-eua.html>

14.1.7- ORIENTAÇÕES FINAIS

- Orientação de aleitamento materno/ sobre fórmula se necessário/ orientar introdução alimentar – orientar mudança de textura.
- Orientação e prescrição de vitamina D e ferro quando indicado.
- Orientação de cuidados de higiene. Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% se obstrução nasal.
- Orientação de prevenção de acidentes.
- Orientação de vacina;
- Orientar uso de protetor solar.
- Orientar uso de repelente se necessário.
- Contraindicar uso de disquinho e estimular tempo de chão.

15- CAPÍTULO XII

15.1- CONSULTA DOS 10 MESES

15.1.1-ALIMENTAÇÃO

Avaliar aleitamento materno, uso de fórmulas infantil e introdução alimentar: verificar os tipos de alimentos introduzidos e estimular a transição de textura de pequenos pedaços e pedaços maiores. Estimular o método BLW associado.

15.1.2-SUPLEMENTAÇÃO

O Ministério da Saúde apresenta como suplementação, as vitaminas A, D e o Ferro. Sugere-se então as medicações abaixo, apesar das Vitamina A e D não serem contempladas pela REMUNE, nesse momento.

15.1.2.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrologia e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

15.1.2.2- VITAMINA A

Do 6º até o 59º mês de idade, as crianças que residem nos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão receber o medicamento por via oral. Na região Sul e Sudeste é indicado suplementação de 6 a 24 meses. Embora haja indicação para o uso, esta medicação ainda não está contemplada na REMUME.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
6 meses - 11 meses	100 000 UI (uma dose)
12 - 24 Meses	200 000 UI (uma vez a cada 6 meses)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

15.1.2.3- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir dos 6 meses em **crianças sem fatores de risco para anemia ferropriva.**

Dose profilática: corrigir a dose do ferro a cada consulta. 1mg ferro elementar/kg/dia, o sulfato ferroso apresenta 1 mg ferro elementar/ gota, sendo assim 1 gota por kg/peso.

Lembrando que o sulfato ferroso deve ser dado **longe** das refeições ou leite, 30 min a 1 hora antes ou 2 após a refeição, podendo oferecer com uma fruta ou um pouco de suco cítrico para melhor absorção do ferro.

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

15.1.3- HÁBITO FISIOLÓGICO

Avaliar diurese e evacuações, presenças de diarreias comuns às primeiras infecções intestinais e se dá quando o organismo enfrenta a presença de vírus, bactérias ou parasitas na região do trato gastrointestinal, levando a sinais e sintomas como: diarreia, vômitos, enjoo e febre, que se apresentam rapidamente após o contato da criança com o agente causador da patologia. Sempre lavar a mão da criança, brinquedos e bicos.

15.1.4- DESENVOLVIMENTO

DÉCIMO MÊS

- Engatinhar altamente funcional
- Levanta segurando nos móveis ou na mãe com muita facilidade e harmonia de movimentos (dissociado)
- Marcha lateral aprimorada
- Arrisca soltar mãos quando em pé
- Inicia tentativas de subir nos móveis (cadeira, sofá, cama)
- Arrasta móveis para andar (ainda com base alargada)
- Pinça com dois dedos (espaço web aberto)
- Reação de proteção posterior
- Pivotela sentado





SINAIS DE ALERTA

- Não levanta com apoio
- Não realiza marcha lateral
- Dificuldade em compreender fala e brincadeiras
- Não engatinha

COMO ESTIMULAR

- Intensificar todas as atividades do mês anterior
- Brinquedos de encaixes simples
- Promover atividades em pé
- Oferecer objetos para empurrar e andar (caixas, cadeiras, brinquedos)
- EVITAR USO DE ANDADORES



Fonte: - Movemais - Centro Especializado em Neurodesenvolvimento (movemaisdourados.com.br)

15.1.5- PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A criança nesta idade explora o chão, querendo ficar de pé. Deve-se manter a atenção a pequenos objetos que poderão ser inseridos na boca; atenção a tomadas, quinas, queimadura, quedas, afogamento.



Fonte : Movemais - Centro Especializado em Neurodesenvolvimento (movemaisdourados.com.br)

15.1.6- ORIENTAÇÕES FINAIS

- Orientação de aleitamento materno/ sobre fórmula se necessário/ orientar introdução alimentar (orientar mudança de textura).
- Orientação e prescrição de vitamina D e ferro quando indicado.
- Orientação de cuidados de higiene. Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% sem obstrução nasal.
- Orientação de prevenção de acidentes.
- Orientação de vacina.
- Orientar uso de protetor solar. Orientar uso de repelente se necessário.

- Contraindicar uso de disquinhos e estimular o tempo de chão.
- Atenção: Verificar a carteirinha vacinal para avaliar se o esquema vacinal está em dia. Lembrando que é a última oportunidade para cobertura em menor de 1 ano de idade!!!!!!

16- CAPÍTULO XIII

16.1- CONSULTA DOS 12 MESES

16.1.1- ALIMENTAÇÃO

A alimentação da criança a partir dos 12 meses deve ser preferencialmente a mesma que a da família. Nesse período a criança pode exigir uma quantidade maior de alimentos e mais frutas durante o dia. A criança a partir dos 12 meses faz 6 refeições por dia; manter leite materno e/ou fórmula. Manter sem a introdução do açúcar.



Fonte: https://www.freepik.es/fotos-premium/merienda-saludable-sobre-fondo-pastel-vista-superior_17846597.htm

16.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

O Ministério da Saúde apresenta como suplementação, as vitaminas A, D e o Ferro. Sugere-se então as medicações abaixo, apesar das Vitamina A e D não serem contempladas pela REMUNE, nesse momento.

16.1.2.1 VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrição e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 Meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

16.1.2.2- VITAMINA A

Do 6º até o 59º mês de idade, as crianças que residem nos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão receber o medicamento por via oral. Na região Sul e Sudeste é indicado suplementação de 6 a 24 meses. Embora haja indicação para o uso, esta medicação ainda não está contemplada na REMUME.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
-------	----------

6 meses - 11 meses	100 000 UI (uma dose)
12 - 24 meses	200 000 UI (uma vez a cada 6 meses)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

16.1.2.3- FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir dos 6 meses em **crianças sem fatores de risco para anemia ferropriva.**

Dose profilática: corrigir a dose do ferro a cada consulta. 1mg ferro elementar/kg/dia, o sulfato ferroso apresenta 1mg ferro elementar/ gota, sendo assim 1 gota por kg/peso.

Lembrando que o sulfato ferroso deve ser dado **longe** das refeições ou leite, 30 min a 1 hora antes ou 2 após a refeição, podendo oferecer com uma fruta ou um pouco de suco cítrico para melhor absorção do ferro.

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

16.1.6- HÁBITO FISIOLÓGICO

Avaliar diurese e evacuações, presenças de diarreias comum as primeiras infecções intestinais por exploração da criança. Sempre lavar a mão da criança, brinquedos e bicos.

16.1.7- SONO

As crianças ao chegarem aos 12 meses, podem estar fazendo 1-2 sonecas no dia, sono noturno mais consolidado com poucos despertares ou nenhum.

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	12-18 meses
Média de horas de sono	12-13
Variação do sono em horas	12-14
Despertar noturno	0-1
Número de sonecas/ cochilos por dia	1-2 (manhã e tarde)
Duração de sonecas horas	1-3 cada
Local	Berço

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

16.1.8- DESENVOLVIMENTO

DÉCIMO SEGUNDO MÊS

- Pode andar sozinho (não é regra)
- Brinca e se locomove com agilidade
- Início da marcha independente (padrão URSO)
- Pinça inferior bem desenvolvida
- Inibição do reflexo de preensão plantar (alto nível de aprimoramento dos pés)
- Pode falar frases curtas (me dá, por exemplo)
- Mostra o que deseja (de maneira motora ou falando pequenas palavras)





SINAIS DE ALERTA

- Não fica em pé com apoio
- Pouca estabilidade em pé
- Ponta dos pé quando em pé
- Pouco equilíbrio em posturas mais altas e variações de posturas
- Não demonstra o que quer
- Dificuldade em se comunicar

COMO ESTIMULAR

- Intensificar e variar todos os estímulos do mês anterior
- Oferecer brinquedos de encaixes e funções manuais mais elaboradas
- Estimular que demonstre o que deseja
- Estimular andar sozinho sem apoio
- Estimular intencionalidade (jogar, bater, sacudir objetos)
- Incentivar novas maneiras de atingir objetivos finais
- Estimular segurar vários objetos pequenos ao mesmo tempo
- Atividades que estimulem o equilíbrio
- Estimular atividades que promovam o cócoras
- Estimular contato com outras crianças para que aprenda resolver problemas sozinho



Fonte: Movemais - Centro Especializado em Neurodesenvolvimento (movemaisdourados.com.br)

16.1.9- IMUNIZAÇÃO

Idade	Vacina	Dose Única	Uma dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1ª reforço	2ª reforço	Reforço 10 anos
 12 meses	Pneumocócica 10 V Meningocócica C Tríplice Viral	█	█	█	█	█	█	█	█

Já orientar próxima vacina com 1 ano 3 meses (dtp, vop, tetra viral)

16.1.10- PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A criança nesta idade explorará o chão, querendo ficar de pé, iniciando marcha. Deve-se dar atenção a pequenos objetos que poderão ser postos na boca, tomadas, quinas, queimadura, quedas, afogamento.

Transporte de carro: A partir de 1 ano a criança deverá ser transportada em cadeira especial no banco de trás, poderá ser voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.

 <p>do nascimento até 13 Kg ou até 1 ano de idade, no bebê conforto presa de costas para o movimento;</p>	 <p>de 1 a 4 anos (13 a 18 Kg) em cadeirinha de segurança;</p>	 <p>de 4 a 7 anos e meio em assento de elevação ou “booster”;</p>	 <p>*acima de 7 anos e meio com cinto de segurança.</p>
---	--	--	---

*Recomenda-se: antes de utilizar o cinto de segurança, observe o peso e altura do seu filho, pois o cinto de segurança do veículo é projetado para um adulto com altura mínima de 1,45 m e peso mínimo de 36 kg. Observe as orientações do fabricante e use somente cadeiras certificadas pelo INMETRO.

Fonte: gazetadepalmeira.com.br

16.1.11- ORIENTAÇÕES FINAIS

Orientação de aleitamento materno ou sobre leites se necessário; orientar introdução alimentar; orientar mudança de textura; o início da introdução do sal.

- Orientação de cuidados de higiene. Lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% se obstrução nasal.
- Orientação e prescrição de vitamina D e ferro quando indicado.

- Orientação de prevenção de acidentes.
- Orientação de vacina.
- Orientar uso de protetor solar.
- Orientar uso de repelente se necessário.
- Estimular tempo de chão.
- Avaliar primeiros exames de rastreio de anemia ferropriva.

17- CAPÍTULO XIV

17.1- CONSULTA 15 MESES (1 ANO 3 MESES)

17.1.1- ALIMENTAÇÃO

Avaliar aleitamento materno, uso de fórmulas infantil e a necessidade de mudança de leite para leite de vaca ou composto lácteo. Discutir sobre introdução alimentar tipos de alimentos introduzidos e estimular a transição de textura semelhante à dos adultos, início do sal com moderação, mas mantendo sem a introdução do açúcar. Estimular método BLW e a criança usar talheres.

17.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

O Ministério da Saúde apresenta como suplementação, as vitaminas A, D e o Ferro. Sugere-se então as medicações abaixo, apesar das vitaminas A e D não serem contempladas pela REMUNE, nesse momento.

17.1.2.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrologia e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

17.1.2.2 – VITAMINA A

Do 6º até o 59º mês de idade, as crianças que residem nos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão receber o medicamento por via oral. Na região Sul e Sudeste é indicado suplementação de 6 a 24 meses. Embora haja indicação para o uso, esta medicação ainda não está contemplada na REMUME.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
6 meses - 11 meses	100 000 UI (uma dose)
12 - 24 Meses	200 000 UI (uma vez a cada 6 meses)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir dos 6 meses em **crianças sem fatores de risco para anemia ferropriva.**

Dose profilática: corrigir a dose do ferro a cada consulta. 1mg ferro elementar/kg/dia, o sulfato ferroso apresenta 1 mg ferro elementar/ gota, sendo assim 1 gota por kg/peso.

Lembrando que o sulfato ferroso deve ser dado **longe** das refeições ou leite, 30 min a 1 hora antes ou 2 após a refeição, podendo oferecer com uma fruta ou um pouco de suco cítrico para melhor absorção do ferro.

ATENÇÃO: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista. .

17.1.3- HÁBITOS E FISIOLÓGICOS

Avaliar diurese e evacuações.

17.1.4- SONO

Padrões do sono e recomendações: Padrões do sono e recomendações:

Atividades	12-18 meses
Média de horas de sono	12-13
Variação do sono em horas	12-14
Despertar noturno	0-1
Número de sonecas/ cochilos por dia	1-2 (manhã e tarde)
Duração de sonecas horas	1-3 cada
Local	Berço

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

17.1.5- DESENVOLVIMENTO



Fonte: <https://www.sitters.co.uk/blog/a-guide-to-toddler-development-and-how-you-can-relish-it.aspx>



Fonte: <https://www.facebook.com/dratatianafrancapediatra/>

17.1.6- IMUNIZAÇÃO

Idade	Vacina	Dose Única	Uma dose	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1º reforço	2º	Reforço 10 anos
 15 meses	DTP						●		
	VOP						●		
	Hepatite A		●						
	Tetra Viral	●							

17.1.7- PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A criança nesta idade trocará os primeiros passos. Deve-se ter cuidados com quedas, quedas. Atenção a pequenos objetos que poderão ser inseridos na boca; atenção a tomadas, queimadura, afogamento.



Fonte: <https://www.h9j.com.br/pt/sobre-nos/blog/como-evitar-os-acidentes-domesticos-mais-comuns>

17.1.8- ORIENTAÇÕES FINAIS

Avaliar primeiros exames de rastreio de anemia ferropriva: Hemograma completo; Ferritina; Proteína C reativa (para identificar doença infecciosa, ideal não coletar exames de rastreio de anemia quando febril, processo de doença aguda).

18- CAPÍTULO XV

18.1- CONSULTA 18 MESES (1 ANO 6 MESES)

18.1.1- ALIMENTAÇÃO

Avaliar aleitamento materno, uso de fórmulas infantil e a necessidade de mudança de leite para leite de vaca ou composto lácteo. Discutir sobre introdução alimentar, tipos de alimentos introduzidos e estimular a transição de textura semelhante à dos adultos, início do sal com moderação, mas mantendo sem a introdução do açúcar. Estimular o método BLW e a criança usar talheres.

18.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

O Ministério da Saúde apresenta como suplementação, as vitaminas A, D e o Ferro. Sugere-se então as medicações abaixo, apesar das vitaminas A e D não serem contempladas pela REMUNE, nesse momento.

18.1.2.1- VITAMINA D

Não existem evidências científicas que apoiem a suplementação rotineira de vitamina D para a população em geral. O departamento de nutrologia e endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação profilática para crianças em aleitamento materno exclusivo, criança em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D, que ingerem menos que 1000ml/dia, prematuros.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
1 semana de vida - 12 meses	400 UI
12 - 24 meses	600 UI

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

18.1.2.2- VITAMINA A

Do 6º até o 59º mês de idade, as crianças que residem nos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A, deverão receber o medicamento por via oral. Na região Sul e Sudeste é indicado suplementação de 6 a 24 meses. Embora haja indicação para o uso, esta medicação ainda não está contemplada na REMUME.

Doses conforme descrito abaixo:

Idade	Dose dia
6 meses - 11 meses	100 000 UI (uma dose)
12 - 24 Meses	200 000 UI (uma vez a cada 6 meses)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

18.1.2.3 - FERRO

Está indicado iniciar suplementação com ferro profilático a partir dos 6 meses em **crianças sem fatores de risco para anemia ferropriva.**

Dose profilática: corrigir a dose do ferro a cada consulta. 1mg ferro elementar/kg/dia, o sulfato ferroso apresenta 1 mg ferro elementar/ gota, sendo assim 1 gota por kg/peso.

Lembrando que o sulfato ferroso deve ser dado **longe** das refeições ou leite, 30 min a 1 hora antes ou duas após a refeição, podendo oferecer com uma fruta ou um pouco de suco cítrico para melhor absorção do ferro.

Atenção: A suplementação de ferro e vitamina deve ser realizada mediante a receita médica ou do nutricionista.

Após a realização do hemograma feito entre 1 ano e 1 ano e 6 meses, avaliar a dose do ferro. Se, presença de anemia, tratar com dose adequada. Se paciente sem anemia, com ou sem deficiência de ferro, manter profilaxia com ferro até os 2 anos de idade.

18.1.3- HÁBITOS FISIOLÓGICOS

Avaliar diurese e evacuações.

18.1.4- SONO

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	18-48 meses
Média de horas de sono	12-13
Variação do sono em horas	12-14
Despertar noturno	0
Número de sonecas/ cochilos por dia	1
Duração de sonecas horas	1-2 cada
Local	Na própria cama 2-3 anos.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

18.1.5- DESENVOLVIMENTO



Fonte: <https://www.mojniemowlak.pl/korzystanie-z-nocnika/>

#15 A 18 MESES

- Aos 15 meses já caminha sozinho; rasteja escada acima;
 - Faz uma torre de dois cubos; faz linhas com giz de cera; consegue inserir bolas em uma na garrafa;
 - Segue comandos simples; pode nomear um objeto familiar (bola);
 - Aponta para o que deseja, abraça e beija os pais.
-
- Aos 18 meses corre, senta-se em uma cadeira pequena; sobe as escadas com uma das mãos; explora gavetas e cestos de lixo;
 - Faz torre de três cubos; inicia a rabiscar; copia linha vertical;
 - Vocabulário com dez palavras (média); nomeia fotos; identifica uma ou mais partes do corpo;
 - Alimenta-se sozinho; Busca ajuda quando está em apuros; pode reclamar quando molhado ou sujo.



Fonte: <https://neurodesenvolver.com/category/uncategorized/feed/>

ATENÇÃO AOS SINAIS DE ALERTA!

Se ao chegar aos 18 meses, a criança:

- Não consegue andar sem ajuda;
- Apenas aponta para demonstrar interesse;
- Não utiliza pelo menos seis palavras.

Esses sinais são norteadores para atendimento diferenciado.

18.1.6- IMUNIZAÇÃO

Avaliação de vacinas em campanha – gripe, vop, sarampo, covid.



Fonte: <https://www.ubatuba.sp.gov.br/noticias/dia-d-da-vacinacao/>

18.1.7- PREVENÇÃO DE ACIDENTES



Fonte: <https://noeh.com.br/acidentes-com-criancas/>

A criança nesta idade trocará os primeiros passos, cuidados com quinas, quedas. Atenção a pequenos objetos que poderão ser colocados na boca; atenção a tomadas, queimadura, afogamento.

18.1.8- ORIENTAÇÕES FINAIS

Orientar sobre alimentação; sobre eliminações fisiológicas; avaliar primeiros exames de rastreio de anemia ferropriva: Hemograma completo; Ferritina; Proteína C reativa (para identificar doença infecciosa, ideal não coletar exames de rastreio de anemia quando febril, processo de doença aguda).

19- CAPÍTULO XVI

19.1- CONSULTA 24 MESES (2 anos)

19.1.1- ALIMENTAÇÃO

Alimenta-se com talher; agarra o alimento com as mãos; apoia o copo com ambas as mãos; tem grande capacidade para mastigar os alimentos; os dentes molares iniciam seu aparecimento; apresenta sinais de fome combinando palavras e gestos para mostrar que quer determinados alimentos; conduz o responsável para onde estão os alimentos e sinaliza para eles; quando apresenta sinais de saciedade, movimenta a cabeça, fala que não quer, deixa a mesa, diverte-se com o alimento, joga-o fora.

19.1.2- SUPLEMENTAÇÃO

Encerrar suplementação de vitamina D e vitamina A se indicado.

Após a realização do hemograma feito entre 1 ano e 1 ano e 6 meses, avaliar a dose do ferro. Se presença de anemia, tratar com dose adequada. Se paciente sem anemia, com ou sem deficiência de ferro, manter profilaxia com ferro até os 2 anos de idade.

19.1.3- HÁBITOS FISIOLÓGICOS

Avaliar diurese e evacuações.

19.1.4- SONO

Padrões do sono e recomendações:

Atividades	18-48 meses
Média de horas de sono	12-13

Variação do sono em horas	12-14
Despertar noturno	0
Número de sonecas/ cochilos por dia	1
Duração de sonecas horas	1-2 cada
Local	Na própria cama 2-3 anos.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

19.1.5- DESENVOLVIMENTO



Fonte: [https://t1.gstatic.com/images?](https://t1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTAA6fwaUVKX5vbflp0_4PEUJNoC8Fv8vtNYb00T8371AnPObOb)

[q=tbn:ANd9GcTAA6fwaUVKX5vbflp0_4PEUJNoC8Fv8vtNYb00T8371AnPObOb](https://t1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTAA6fwaUVKX5vbflp0_4PEUJNoC8Fv8vtNYb00T8371AnPObOb)

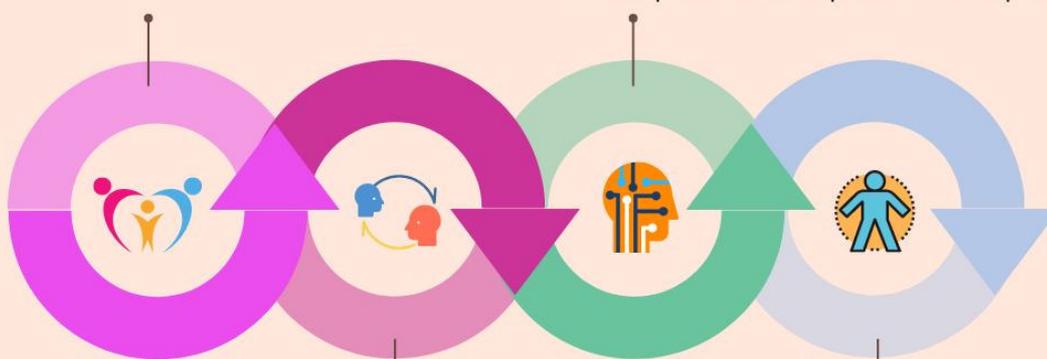
Marcos do Desenvolvimento - 24 meses

Social e Emocional

- Reconhece suas emoções
- Olha para seu rosto para ver como reagir em situações novas

Cognitivo

- Consegue usar uma mão para segurar um objeto e a outra para fazer algo diferente
- Tenta usar botões ou interruptores
- Brinca com mais de um brinquedo ao mesmo tempo, como colocar uma comida de brinquedo em um prato de brinquedo



Linguagem e Comunicação

- Aponta coisas em um livro quando você pergunta, por exemplo, "Onde está o urso?"
- Diz pelo menos duas palavras juntas, exemplo: "Mais leite"
- Aponta para pelo menos duas partes do corpo quando você pede para ele mostrar
- Usa mais gestos, além de acenar e apontar, exemplo: jogar um beijo

Desenvolvimento Físico e Motor

- Corre
- Chuta bola
- Sobe alguns degraus da escada
- Come com uma colher



Dra. Tatiana França
Pediatra - Neonatologia - Homeopatia

Fonte: <https://www.facebook.com/dratatianafrancapediatra/>

19.1.6- ATENÇÃO AOS SINAIS DE ALERTA

- Ao chegar aos 24 meses, a criança:
- Não consegue andar com destreza;
- Não imita ações ou palavras;
- Não sustenta contato visual;
- Utiliza poucas palavras;
- Não forma sentenças com duas palavras;
- Não obedece a comandos simples.

20- CAPÍTULO XVII

20.1- O PREMATURO

Quando um bebê nasce prematuramente, significa que ele nasceu antes das 37 semanas de gestação, podendo ser classificado de acordo com a idade gestacional ao nascer, sendo o prematuro limítrofe aquele nascido entre 36 e 37 semanas; moderado nascido entre 31 e 36 semanas e prematuro extremo aquele nascido entre 24 e 30 semanas de idade gestacional.



Idade materna é um dos fatores que pode contribuir para a prematuridade.



Cuidados pré-natais adequados podem ajudar na prevenção da prematuridade.



Mantendo um estilo de vida saudável durante a gestação também pode ajudar a prevenir a prematuridade.

Fonte: Gamma Ap (IA)

20.2- DIFICULDADES DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURA

20.2.1-PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO

Bebês prematuros podem ter problemas com o desenvolvimento físico e mental, e algumas vezes precisam de acompanhamento especializado.

20.2.2- COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS

A falta de desenvolvimento dos pulmões é uma das principais complicações para bebês prematuros. Eles precisam de suporte respiratório adequado.

20.3- MENOR RESISTÊNCIA ÀS INFECÇÕES

Bebês prematuros podem ter menor resistência a infecções, e muitas vezes precisam ficar internados em UTIs neonatais para receberem cuidados especializados.

A prematuridade é uma das principais causas de mortalidade infantil em todo o mundo, e pode ter um impacto significativo na saúde e no desenvolvimento dos bebês prematuros. No entanto, com o cuidado e o tratamento adequados, muitos bebês sobrevivem e crescem saudáveis, apesar dos desafios.

1 Cuidados pré-natais são importantes

Receber cuidados pré-natais adequados pode ajudar a prevenir a prematuridade.

2 Tratamento especializado é necessário

Bebês prematuros muitas vezes precisam de acompanhamento e tratamento especializado para terem um desenvolvimento saudável.

3 Apoio emocional é essencial

Tanto bebês quanto mães de bebês prematuros podem precisar de suporte emocional e cuidados psicológicos especiais.

Fonte: Gamma Ap (IA)

20.4- AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURA

Idade gestacional (I.G.): estimada a partir do primeiro dia do último período menstrual e/ou clinicamente pelos métodos de Capurro, Dubovitz ou Ballard. É expressa em dias ou semanas completas.

RN pré-termo (RNPT) – crianças nascidas até 36 semanas e 6 dias (258 dias) de gestação, segundo OMS (Organização Mundial de Saúde) ou nascidas até 37 semanas e 6 dias (256 dias).

RN a termo (RNT) – nascidas entre 37 e 41 semanas e 6 dias (ou seja, 259 e 293 dias) de gestação (OMS)

E nascidas entre 38 e 41 semanas e 6 dias (o que equivale a 266 e 293 dias).

RN pós-termo (RN pós-T) – nascidas com 42 semanas ou mais de gestação (294 dias).

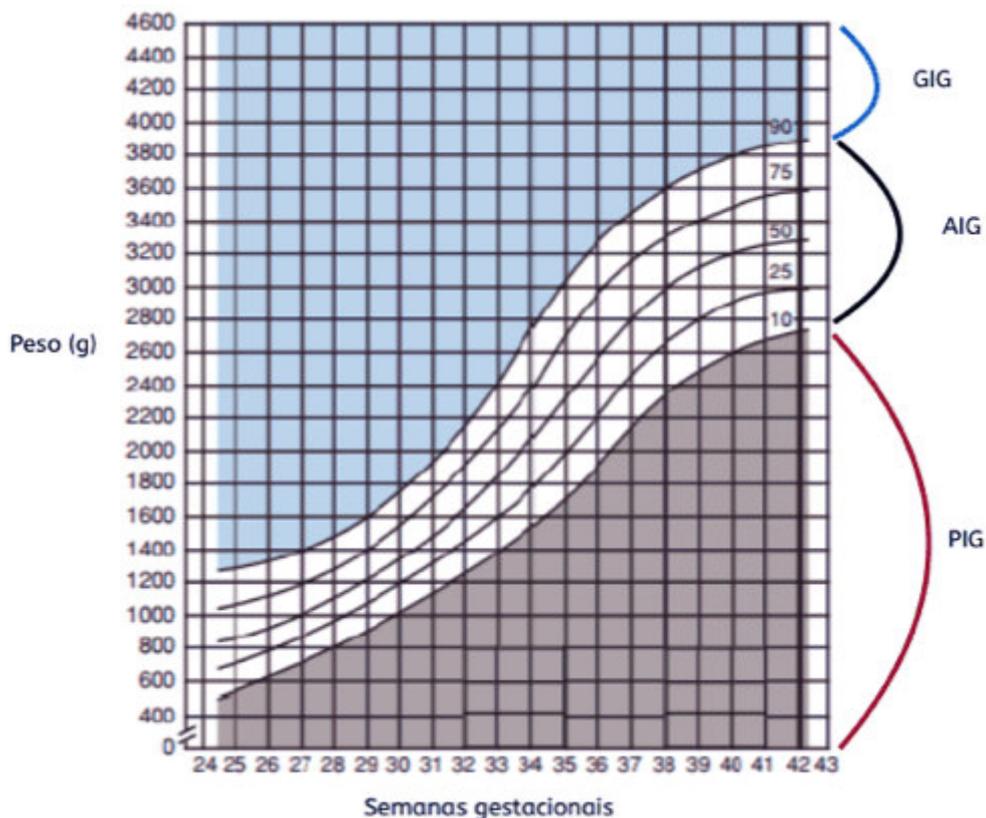
Peso ao nascimento (PN): é o primeiro peso obtido após o nascimento com a criança totalmente despida.

Baixo peso: todo RN com PN inferior a 2500g.

Muito baixo peso: RN com menos de 1500g.

Extremo baixo peso: RN com menos de 1000g.

Classificação do RN conforme peso e idade gestacional: considerando como referencial uma curva de crescimento intrauterino, os RN são classificados em: peso adequado para a idade (PAIG) – peso ao nascer entre os percentis 10 e 90. Peso pequeno para a idade gestacional (PPIG) – abaixo do percentil 10. Peso grande para a idade (PGIG) – acima do percentil 90. Essa classificação é importante, pois os RN PIG e RN GIG podem ter problemas associados ao crescimento intrauterino alterado.



Fonte: <https://www.slideshare.net/AbmAliHasan/introduction-of-neonatology>

As peculiaridades fisiológicas e anatômicas do RN o diferenciam de todas as outras faixas etárias. O mesmo ocorre com as técnicas para a obtenção da história e do exame físico dessas crianças. A pesquisa de informações para a estruturação da história clínica, assim como a realização do exame físico, muitas vezes, ocorre em situações distantes da ideal. Assim, é frequente a necessidade de se voltar a pesquisar as informações não conseguidas numa primeira abordagem.

20.5- IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA NASCIDA PREMATURO

Informações sobre o pai da criança, como seu nome, idade, escolaridade, local de trabalho e presença de doenças ou de hábitos inadequados como tabagismo, alcoolismo e uso de outras drogas. A identificação da mãe deverá conter, além das

mesmas informações já solicitadas sobre o pai, dados relacionados à estabilidade do relacionamento do casal, o endereço e telefone de contato. Registro do tipo sanguíneo dos pais, existência de consanguinidade entre pais e informações relativas a doenças, cirurgias e transfusões anteriores à gestação, que poderiam trazer implicações para o RN.

20.6- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Registrar o número de gestações, sua evolução (incluindo abortos e natimortos), tipo de parto, internações anteriores e diagnósticos; informações sobre o tempo de amamentação dos filhos anteriores; Sobre a gestação atual, registrar quando foi iniciado o pré-natal, número de consultas realizadas e qual o local (caso seja necessário o resgate de alguma informação), a data da última menstruação e a idade gestacional aferida por exame ultrassonográfico (o mais precoce); informações sobre o desenvolvimento fetal e eventuais malformações do feto; resultados dos exames sorológicos com o tipo de reação realizada, o título e a data; informações sobre vacinação, intervenções cirúrgicas, procedimentos, complicações, pesquisa de colonização por estreptococo do grupo B, medicamentos utilizados e hábitos durante a gestação.

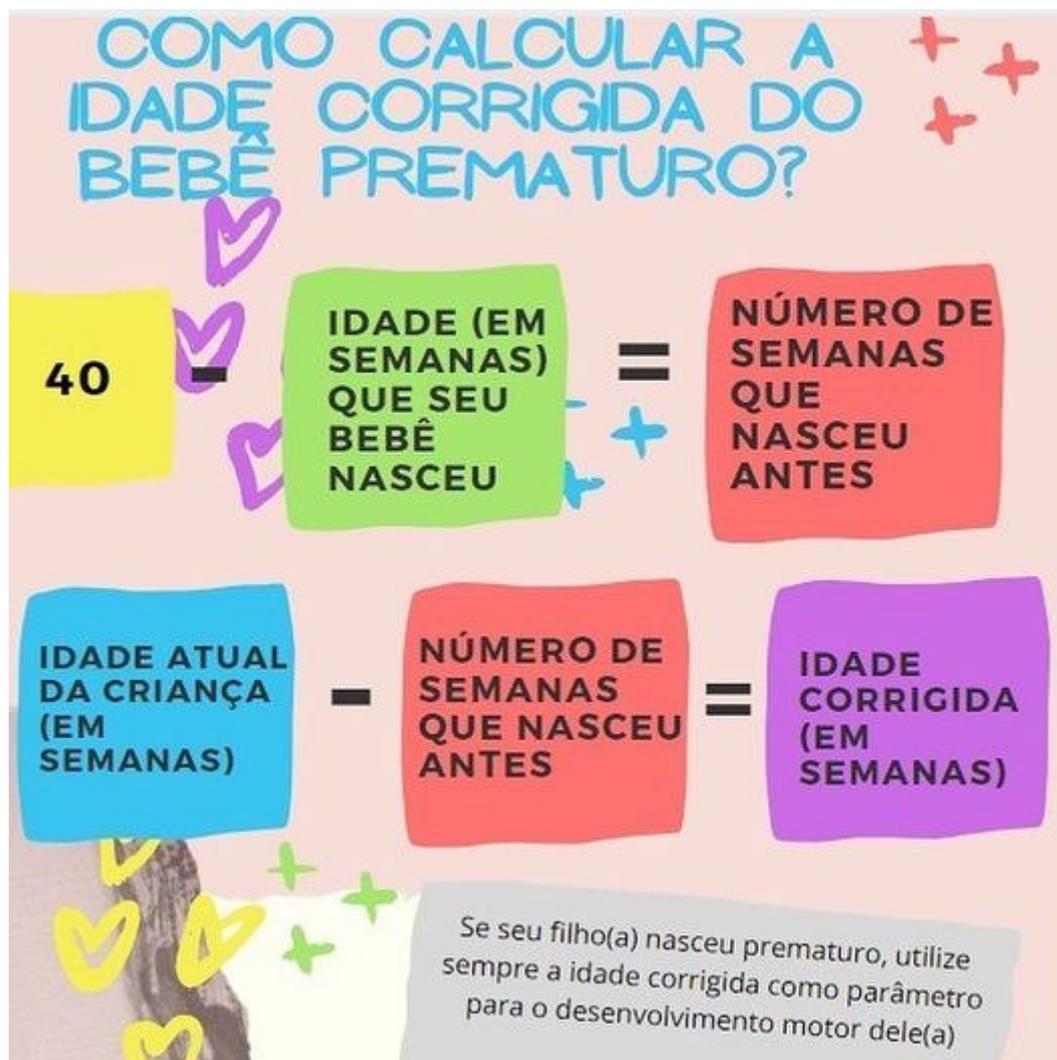
20.7- DADOS DO PARTO

Duração do trabalho de parto e da expulsão, a apresentação (cefálica, pélvica), as alterações no foco fetal e o tipo de parto, assim como sua indicação, caso operatório; o tempo de ruptura da bolsa e as características do líquido amniótico; a analgesia oferecida durante o trabalho de parto e o parto, detalhando-se as drogas, as doses e o tempo de aplicação antes do nascimento; as características da placenta (peso, presença de calcificações, condições do cordão, número de vasos sanguíneos e tempo para a ligadura do cordão).

20.8- CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

Horário de nascimento, sexo, gemelaridade, peso, comprimento, tempo da primeira respiração, do primeiro choro e momento de ligadura do cordão; os valores registrados na escala de Apgar ao 1º e 5º minutos; se foi submetida à aspiração das vias aéreas superiores, se recebeu oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal e drogas. Registrar se o bebê foi colocado em contato pele a pele com a mãe, por quanto tempo e se foi amamentado na sala de parto, registrando-se quando ocorreu a primeira mamada (Ex. aos 20 minutos de vida). Exame físico sumário do RN - esse exame é necessário a fim de determinar as condições respiratórias, cardiocirculatórias e malformações grosseiras. Essa avaliação global, inclusive da idade gestacional, permitirá ao profissional decidir qual o destino do RN, se unidade de alojamento conjunto, intermediária ou de cuidados intensivos.

20.9- IDADE CORRIGIDA



Fonte: [https://facebook.com/story.php?](https://facebook.com/story.php?story_fbid=114172213684184&substory_index=594771902290877&id=103926768042062&mibextid=Nif5oz)

story_fbid=114172213684184&substory_index=594771902290877&id=103926768042062&mibextid=Nif5oz

Importante ressaltar que para realização do esquema vacinal do RN prematuro, **NÃO SE FAZ** correção da idade, sendo o mesmo vacinado diante da idade cronológica.

20.10- EXAME FÍSICO DO PREMATURO

O exame físico do RN prematuro é semelhante ao exame do RN não prematuro, mas apresenta algumas particularidades que serão apresentadas abaixo:

20.10.1- PELE

No prematuro é mais comum ocorrer:

- RN pré-termo extremo possui pele muito fina e gelatinosa.
- É comum a presença de cianose de extremidades (acrocianose), que se apresentam frias ao toque.

20.10.2- LANUGO

É a denominação dada aos pelos finos que costumam recobrir a região do ombro e da escápula, encontrados de forma mais abundante nos RN prematuros; desaparecem em alguns dias.



Fonte: <https://ecoemotions5d.es/que-es-el-lanugo-del-feto/>

20.10.3- VÉRNIX

É um material gorduroso e esbranquiçado comum em RN prematuros entre 34 e 36 semanas, cujas funções primordiais são a proteção da pele e o isolamento térmico.



Fonte: <https://babies.constancezahn.com/a-importancia-do-vernix-para-o-recem-nascido/>

20.10.4- EQUIMOSE

São manchas comuns nos RN, sobretudo nos RN prematuros que sofrem teco traumatismo. Equimose situada na face tem aspecto de cianose localizada e é chamada de máscara cianótica ou equimótica, geralmente sem relevância clínica.

20.10.5- Icterícia

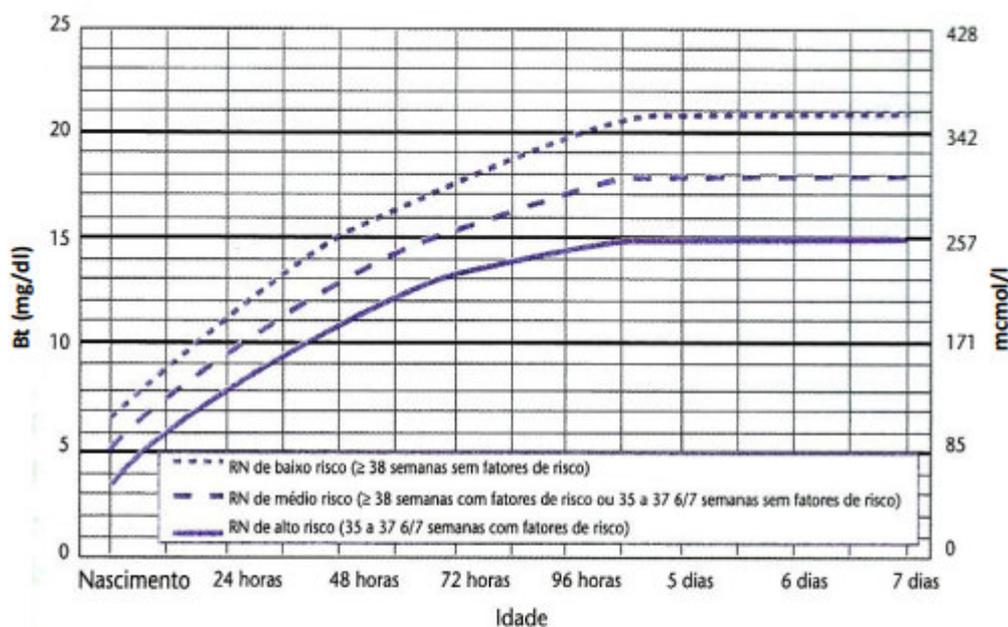
É um dos sinais clínicos mais comuns observados nos recém-nascidos (RNs), ocorrendo em 60% dos RN a termo e 80% dos RN pré-termo.



Fonte: <https://draleticiarubim.com.br/ictericia-neonatal/>

O nível de bilirrubina total (BT) costuma subir em RN a termo até um pico de 6-8mg/dl aos 3 dias de vida (porém nunca aparece no 1º dia de vida) e cai, podendo essa elevação ser até 12mg/dl. Em RNs pré termo o mesmo ocorre, porém, o pico pode ser de 10 a 12mg/dl no 5º dia de vida, podendo subir até >15mg/dl sem qualquer problema específico no metabolismo da bilirrubina.

Indicações de fototerapia de acordo com a Academia Americana de Pediatria, para RNs a termo ou pré-termo tardios (>35 semanas) saudáveis, a indicação se baseia na dosagem da BT sérica e sua plotação no normograma específico criado por Bhutani.



- **Em RNs pré-termo:**

- <1000g iniciar fototerapia se BT >5mg/dl;
- 1000 a 1500g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 7 e 9 mg/dl;
- 1500 a 2000g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 10 e 12mg/dl;
- 2000 a 2500g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 12 e 14 mg/dl.

Fonte: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/neonatalogia/ictericia_neonatal.pdf

20.11- TECIDO SUBCUTÂNEO

A prega cutânea é menor no prematuro. Crianças emagrecidas podem apresentar turgor frouxo. O turgor pastoso em RN está mais associado à desnutrição ao final da gestação, geralmente por insuficiência placentária. Em locais relacionados à apresentação fetal pode ser observado edema, especialmente nas pálpebras. Nos RN prematuros pode haver edema duro, em membros inferiores e na região genital, que regride em alguns dias (linfedema).

20.12- MUSCULATURA

O tônus muscular depende da idade gestacional; quanto mais próximo do termo, maior o tônus flexor.

20.13- EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

20.13.1- CRÂNIO

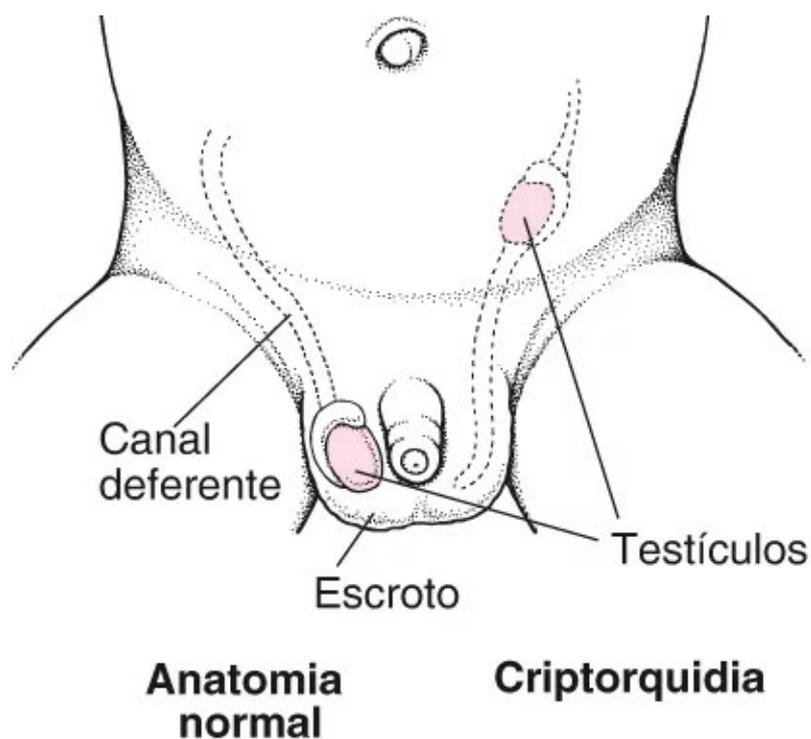
O craniotabes é uma zona de tábua óssea depressível, com consistência diminuída, comparada a uma bola de pingue-pongue, encontrada em RN normal, principalmente, no prematuro.

20.13.2- APARELHO RESPIRATÓRIO

A respiração do RN é do tipo costoabdominal. A FR normal varia de 40 a 60 movimentos por minutos com pausas respiratórias curtas (cerca de 5 segundos) nos RN prematuros. Configura-se apneia quando o tempo de parada respiratória é maior que 20 segundos ou menor, mas associada à cianose ou bradicardia. Verificar a presença de retração, estertores e diminuição do murmúrio vesicular.

20.13.3- APARELHO GENITURINÁRIO

- **Sexo masculino:** Palpar a bolsa escrotal e verificar a presença de testículos que podem encontrar-se também nos canais inguinais (comum em RN prematuro extremo). A distopia testicular é a ausência de testículos na bolsa escrotal ou canal inguinal. A presença de hidrocele não comunicante é frequente e se absorverá com o tempo. A fimose é fisiológica ao nascimento. Observar a localização do meato urinário: terminal (normal), ventral (hipospádia) ou dorsal (epispádia). Na presença de hipospádia associada a criptorquidia, solicitar cromatina sexual e cariótipo.



Fonte: <https://draleticiarubim.com.br/ictericia-neonatal/>

20.13.4- SISTEMA NERVOSO_

Observar atitude, reatividade, choro, tônus, movimentos e reflexos. Pesquisar os reflexos primitivos: moro, sucção, busca, preensão palmar e plantar, tônus do pescoço, extensão cruzada dos membros inferiores, endireitamento do tronco e marcha reflexa.

	Preensão palmar	De procura	Moro	Tónus assimétrico
Início (gestação)	28 semanas	32 semanas	28-32 semanas	35 semanas
Totalmente desenvolvido	32 semanas de gestação	36 semanas de gestação	37 semanas de gestação	1 mês após o nascimento
Duração	2-3 meses após o nascimento	Menos proeminente 1 mês após o nascimento	5-6 meses após o nascimento	6-7 meses após o nascimento

Fonte: Gamma APP



Fonte: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/reflexos-primitivos/>

21- CAPÍTULO XVIII

21.1- ALEITAMENTO MATERNO



Fonte: CORAMAS: Leite_materno_alimento_perfeito_para_dar_e_doar-2.pdf

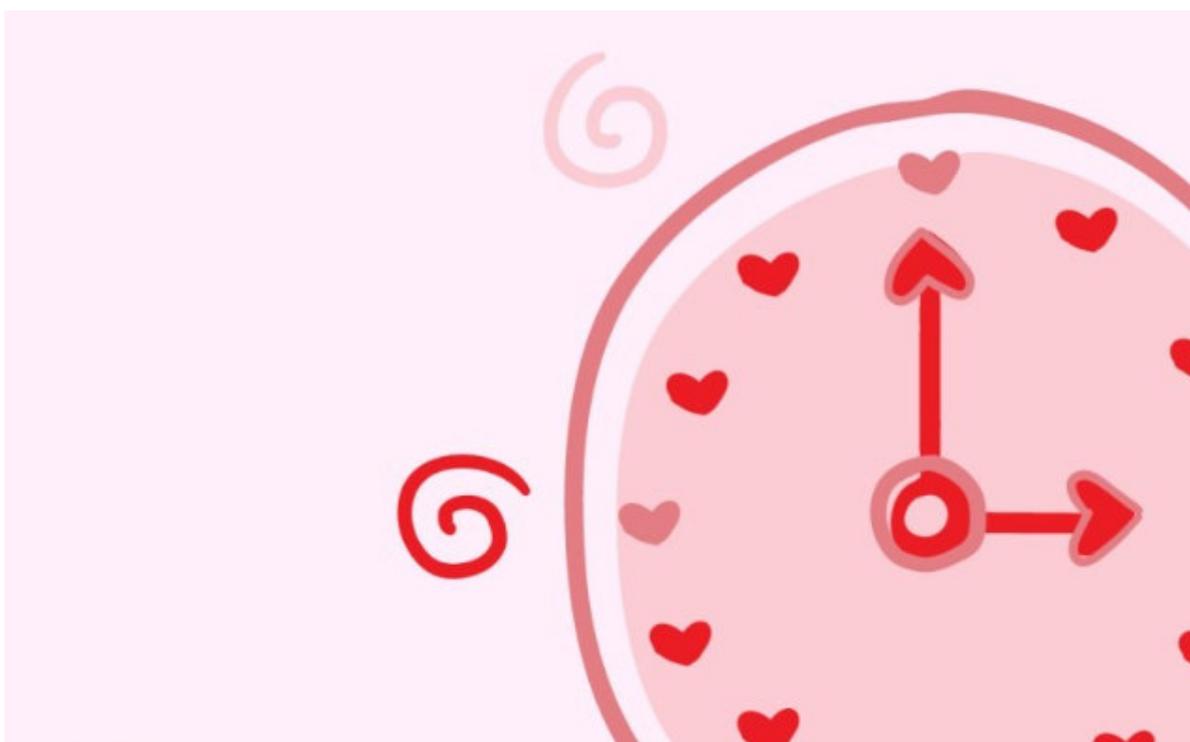
A recomendação atual é que a criança seja amamentada, quando possível, já na primeira hora de vida e por 2 anos ou mais, e nos primeiros 6 meses que ela receba somente o leite materno.

O aleitamento deve ser incentivado devido seus inúmeros benefícios como:

- Proteção da criança de infecções comuns enquanto ela estiver sendo amamentada, como diarreias, infecções respiratórias, otites, e, caso a criança adoça, a gravidade da doença tende a ser menor.
- Estimula o desenvolvimento do sistema imunológico e a maturação dos sistemas digestórios e neurológico;

- Auxilia na prevenção de problemas futuros na respiração, mastigação, fala, alinhamento dos dentes e na deglutição.
- Previne o aparecimento de doenças na vida adulta como asma, diabetes e obesidade.
- Estabelece vínculo com a mãe da troca de calor, cheiros, sons, olhares e toques.
- Auxilia na prevenção de algumas doenças da mãe, reduzindo as chances de desenvolver, no futuro, câncer de mama, de ovário e de útero e também diabetes tipo 2.
- É mais barato do que alimentar a criança com outros leites. Não exige preparo, com economia de tempo, água e gás.

21.2- LIVRE DEMANDA

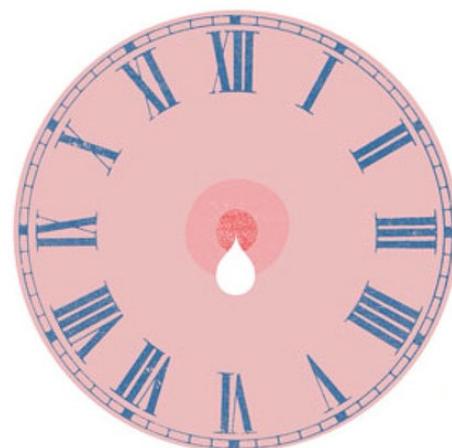


Fonte: <https://saracastroamamentacao.com/2021/01/como-podes-tirar-mais-leite-em-menos/>

Recomenda-se a livre demanda, no qual a criança que é amamentada não tenha restrições de horários e de tempo de permanência na mama. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de 8 a 12 vezes ao dia e com o

tempo ele mesmo vai aumentando os intervalos e fazendo o seu próprio horário de mamadas.

21.3- TEMPO DA MAMADA



Fontes:

<https://www.facebook.com/sospediatraonline/photos/a.734486866573082/852771351411299/?type=3>
e <https://pediatriadescomplicada.com.br/2018/06/20/pega-assimetrica-como-fazer-o-bebe-mamar-sem-dor/>

O tempo de cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros. O mais importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Dessa maneira, a criança recebe o leite do final da mamada, que é mais calórico, promovendo a sua saciedade e, conseqüentemente, maior espaçamento entre as mamadas. O esvaziamento das mamas é importante também para o ganho adequado de peso do bebê e para a manutenção da produção de leite suficiente para atender às demandas do bebê.

21.4- TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO ADEQUADA

Apesar de a sucção do recém-nascido ser um ato reflexo, muitas vezes a técnica de amamentar precisa ser ensinada, desta forma o profissional que está atendendo a mãe e a criança precisa realizar a observação da mamada com o objetivo de prevenir os problemas da amamentação.

A técnica de amamentação está adequada quando:

- Ponta do nariz encostado nas mamas.
- Nariz livre para respiração.
- O lábio inferior está virado para fora.
- Queixo encostado nas mamas.
- Vê-se pouco a aréola durante a mamada (mais a porção superior da aréola do que a inferior).
- A mama parece arredondada, não repuxada.
- As sucções são lentas e profundas: o bebe suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração).
- A mãe pode ouvir o bebe deglutindo.
- O corpo do bebe está voltado para o corpo da mãe (posição de barriga com barriga) e um dos braços está ao redor do corpo da mãe.
- A cabeça e o corpo do bebe estão alinhados.
- A mãe está confortável e relaxada, podendo acontecer nas posições sentadas, deitadas ou em pé.



Fonte: <https://www.centralnacionalunimed.com.br/viver-bem/pais-e-filhos/dor-ao-amamentar-quais-sao-as-causas-e-como-prevenir->

Caso se observe alguma das situações relacionadas a seguir, faz-se necessária reavaliação da técnica de amamentação:

- O bebê apresenta as bochechas encovadas durante a sucção ou realiza ruídos audíveis da língua.
- A mama da mãe está esticada/deformada durante a mamada ou os mamilos estão com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê larga a mama.
- A mãe apresenta dor durante a amamentação.

21.5- RELACTAÇÃO OU TRANSLACTAÇÃO



Fonte: <https://www.ufrgs.br/levi/translactacao/>

A relactação ou translactação são técnicas usadas para ajudar a mãe com dificuldade para amamentar. O funcionamento delas é bem parecido, sendo feito com o uso de uma sonda bem fininha. A relactação ocorre com fórmula infantil e a translactação com leite materno.

Indicado para pacientes com dificuldade de amamentação, seja por prematuridade, confusão de bicos, mamas que estão com baixa produção.

21.6- TÉCNICAS E MÉTODOS DE RELACTAÇÃO OU TRANSLACTAÇÃO

- Consultar um profissional da área pode fornecer informações e orientações personalizadas para implementar essas técnicas da maneira mais eficaz.
- Uso de dispositivos de alimentação: Existem vários dispositivos disponíveis, como copos de alimentação e sondas de lactação, que podem ser utilizados para realizar a relactação e a translactação.
- Estímulo à sucção: Utilizar técnicas como o *"finger feeding"* (conhecido como *amamentação pelo dedo ou técnica sonda-dedo*, o *papai* ou *outra pessoa consegue experimentar uma sensação semelhante a que a mãe sente enquanto o bebê está sugando o leite*) ou a ordenha para estimular a sucção do bebê e a produção de leite.

21.7- ORDENHA E ARMAZENAMENTO



Fonte:

<https://www.facebook.com/patricialetierepediatra/photos/a.194332064717172/776870563129983/?type=3>

21.8- DIFICULDADES E PROBLEMAS NA AMAMENTAÇÃO

Dificuldades	Orientações:
Demora na apojadura	Estimulação da mama com sucção frequente do bebê.
Dificuldade de sucção	<p>Recomenda-se fazer a retirada do leite do peito de forma manual ou com bomba, de 6 a 8 vezes ao longo do dia, e oferecer ao bebê o leite retirado no copo ou colher. Isso poderá ajudar na produção do leite materno até a criança passar a sugar melhor.</p> <p>Verificar se possui frênulo lingual curto que esteja interferindo com a amamentação.</p>
Mamilos planos ou invertidos	<p>Não é recomendado utilizar bicos de silicone; em vez disso, deve-se ajudar o bebê abocanhar o mamilo e a aréola e tentar diferentes posições para facilitar a pega. Se a mama estiver muito cheia, antes de iniciar a amamentação pode ser útil realizar massagem nas mamas e retirar um pouco de leite para a aréola ficar mais macia</p>
Mamilos doloridos e/ou com fissuras	<p>Pode-se massagear as mamas e retirar um pouco de leite antes da mamada, caso a mama esteja muito cheia e dificulte a pega. Para interromper a mamada e fazer com que o bebê solte a mama sem esticar o mamilo, deve-se introduzir com cuidado o dedo indicador ou mínimo da mãe no canto da boca do bebê. Se os mamilos já estiverem machucados, recomenda-se enxaguá-los com água limpa pelo menos uma vez ao dia a fim de evitar infecções.</p> <p>Iniciar a amamentação na mama não machucada ou menos machucada. Se a dor for intolerável para a mulher, pode-se suspender temporariamente a oferta de uma das mamas e retirar o leite do peito</p>

	<p>manualmente para prevenir outros problemas como ingurgitamento mamário, e/ou mastite.</p>
Ingurgitamento mamário	<p>Massagens com suaves movimentos circulares nas mamas e retirar um pouco de leite para facilitar a pega, de preferência manualmente, ou com bomba; usar sutiã de alças largas e firmes para maior suporte. Incentivar a livre demanda.</p>
Bloqueio de ductos lactíferos e Mastite	<p>Técnica de amamentação adequada e mamadas frequentes reduzem a chance dessa complicação, como também o uso de sutiã que não bloqueie a drenagem do leite e a restrição ao uso de cremes nos mamilos. Quando o bloqueio já aconteceu, mamadas frequentes, massagem, esvaziamento das mamas e utilização de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite do local, podem ajudar a resolver o problema.</p>
Hipogalactia	<p>Algumas medidas ajudam a aumentar a produção do leite, como melhorar o posicionamento e a pega, se necessário; aumentar a frequência das mamadas, inclusive durante a noite; oferecer as duas mamas quando for amamentar; massagear a mama durante as mamadas; retirar o leite que fica na mama, manualmente ou com bomba, após as mamadas; dar tempo para o bebê mamar bastante em um dos peitos antes de trocar para o outro; estimular a criança a sugar, fazendo carinho nos pezinhos, conversando com ela, retirando um pouco de sua roupa se ela estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente; evitar o uso de mamadeiras, chupetas e bicos de silicone; consumir dieta saudável; ingerir água em quantidade suficiente para matar a sede; repousar, sempre que possível.</p>
Hiperlactação	<p>Evitar retirar manualmente leite das mamas antes das mamadas e só fazer isso quando elas estiverem muito cheias, causando desconforto. Amamentar em apenas uma mama em cada mamada, retirando um pouco</p>

	<p>de leite da mama não usada, apenas para conforto da mulher. Não utilizar conchas, pois abafam as mamas e criam ambiente propício a fungos e bactérias. Colocar o bebê para mamar em uma posição mais verticalizada como a de cavaleiro, pois isso ajuda o bebê a ter mais controle sobre a mamada. Outra opção é a mulher ficar em uma posição mais deitada, ou de lado, em vez da tradicional sentada, pois, nessa situação, essas posições dificultam a ejeção do leite e, conseqüentemente, o fluxo diminui. Se o bebê engasgar ou largar o peito, esperar que ele se restabeleça antes de colocá-lo novamente para mamar. Em situações de muita produção, pode-se considerar doar o leite materno para um Banco de Leite Humano.</p>
--	---

Fonte: Adaptação do Guia alimentar para menores de 2 anos, 2019

21.9- CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS POR LEITE MATERNO

Crianças não amamentadas por leite materno requerem cuidados adicionais no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. Nestes casos preferencialmente é indicado a fórmula infantil, porém nos casos de impossibilidade financeira e caso a família opte pelo leite de vaca integral, é necessário fazer as orientações adequadas sobre diluição e introdução alimentar.

Na tabela abaixo apresenta o volume e frequência de leite a serem orientados para as crianças não amamentadas.

Idade	Volume	Número de refeições por dia
Até 30 dias	Entre 60 e 120ml	De 6 a 8
De 30 a 60 dias	Entre 120 e 150ml	De 6 a 8

De 2 a 4 meses	Entre 150 e 180ml	De 5 a 6
De 4 a 8 meses	Entre 180 e 200ml	De 2 a 3
Acima de 8 meses	200 ml	De 2 a 3

Fonte: BRASIL, CAB 33, 2012

21.10- FÓRMULAS INFANTIS E COMPOSTOS LÁCTEOS

1. Fórmulas infantis de partida (para lactentes do nascimento até seis meses)
2. Fórmulas infantis de seguimento (para lactentes a partir dos seis meses)
3. Fórmulas infantis de primeira infância (para crianças de um a três anos)
4. 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

DILUIÇÃO DE LEITE DE VACA

Diluição: É necessário fazer a diluição do leite vaca para **menores de 4 meses** devido ao excesso de proteína e eletrólitos que fazem sobrecarga renal.

A diluição diminui o ácido linoleico e densidade energética, sendo necessário o **acréscimo de 1 colher de chá de óleo** para cada 100 ml de leite.

Leite de vaca integral: 2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida

Exemplo:

70ml de leite + 30ml de água = 100ml;

100ml de leite + 50ml de água = 150ml;

130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Fonte: BRASIL, CAB 33, 2012

21.11- CONTRAINDICAÇÕES PARA AMAMENTAÇÃO

São poucas as contradições absolutas do aleitamento materno, quando existem, podem ser definitivas ou temporárias.

CONDIÇÕES	RECOMENDAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Infecção por HIV	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê
Infecção por HTLV1 E HTLV2	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê
Tratamento quimioterápico e radioterápico	Contraindicado	
Crianças com diagnóstico de Galactosemia, Fenilcetonúria, Síndrome da urina de xarope de bordo.	Contraindicado	

Vacina febre amarela	Contraindicação temporária	A mãe vacinada que esteja amamentando crianças abaixo de 6 (seis) meses de vida, tem como recomendação a suspensão do aleitamento materno por 10 (dez) dias.
Infecção herpética	Contraindicação temporária	Quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
Varicela	Contraindicação temporária	Se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta.
Doença de Chagas	Contraindicação temporária	Na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
Abscesso mamário	Contraindicação temporária	Até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.

<p>Drogas ilícitas: usuárias de drogas como cocaína, heroína e maconha</p>	<p>Contraindicação temporária</p>	<p>Mães que sejam usuárias regulares de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, anfetamina, ecstasy e outras) não devem amamentar seus filhos enquanto estiverem fazendo uso dessas substâncias.</p> <p>Usuárias ocasionais de ecstasy, anfetaminas ou cocaína. Estas, devem ser orientadas a suspender a amamentação, ordenhar e descartar o leite por um período de 24 a 36 horas após o uso da droga. Depois desse período pode-se reiniciar a amamentação.</p> <p>Quanto à maconha, uma vez que não há evidências suficientes sobre sua relação com o aleitamento materno e seus efeitos sobre a criança, sugere-se interromper a amamentação, ordenhar e descartar o leite por 24 horas, após o seu consumo. Depois desse período pode-se reiniciar a amamentação.</p>
<p>Uso de álcool</p>	<p>Não contraindica a amamentação</p>	<p>Sugere-se que a criança seja amamentada antes do consumo de bebidas alcoólicas, e espere 3 ou 4 horas após beber para amamentar novamente.</p>

TAMANHO DO ESTÔMAGO DE UM RECÉM-NASCIDO



Fonte: <https://pediatriadescomplicada.com.br/2020/03/23/estomago-do-recem-nascido-x-quantidade-de-leite/>

22- CAPÍTULO XIX



Fonte: <https://www.nutricionistajuliana.com.br/tag/nutricionista-infantil/>

22.1- INTRODUÇÃO ALIMENTAR

A definição do 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 o reflexo lingual. Manifesta excitação ao ver outra pessoa se alimentando, sustenta a cabeça e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita a mastigação.

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

A introdução alimentar além de ser essencial 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.

Para dar início a essa introdução vale seguir as orientações abaixo relacionadas:

- Colocar a criança sentada de forma a ficar com o tronco reto e sentar-se à sua frente para oferecer-lhe a refeição.
- Os alimentos devem ser cozidos em água suficiente para ficarem macios, ou seja, deve sobrar pouca água na panela
- O prato deve ter 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.
- Ofereça fruta no meio da manhã e no meio da tarde à criança.
- Recomenda-se que não sejam oferecidos 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 preciso peneirar ou bater os alimentos no liquidificador, basta amassá-los com o garfo e oferecê-los separadamente no prato.
- Em caso de recusa a determinado alimento, orientar oferecer novamente, em outras refeições. Algumas vezes, são necessárias de oito a dez tentativas para que a criança aceite o novo alimento. Variar a forma de preparo ajuda a aceitação.
- **É** importante respeitar os sinais de fome e saciedade.
- Se a alimentação da família for saudável, a comida da criança não precisa ser diferente. Em alguns casos, basta modificar a consistência.

- Para as famílias acostumadas a temperos muito picantes e ao uso de pimentas, uma boa solução é 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 precisa receber água.
- Deve ser oferecida em copo, xícara ou colher evitando uso de mamadeiras e 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.

22.2- Mães que vão retornar ao trabalho antes dos 6 meses

Antes do retorno ao trabalho:

- Manter o aleitamento materno exclusivo;
- Conhecer as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, freezer, horários).
- Praticar a ordenha do leite (de preferência manualmente) e congelar o leite para usar no futuro. Iniciar o estoque de leite 15 dias antes do retorno ao trabalho.
- Recomenda-se retirar o leite do peito e guardá-lo na geladeira, freezer ou congelador.
- A pessoa que cuidar da criança na ausência da mãe, poderá dar o leite retirado, oferecendo-o em copo, xícara ou colher, pois não é recomendado usar mamadeira, chuquinha ou similares para evitar confusão de bico.
- Para manter a produção do leite, dependendo do tempo que a mãe ficar longe da criança, é importante que ela retire o leite uma ou mais vezes, mesmo que não possa armazená-lo. Para crianças entre 4 e 6 meses: caso tenha pouca quantidade

de leite materno armazenado e não for suficiente para o período em que a mãe ficar distante, oferecê-lo e completar com fórmula infantil. Em caso de impossibilidade financeira da fórmula infantil orientar o leite de vaca e início da introdução alimentar dependendo do tempo que a mãe ficar longe da criança.



Fonte: Adaptado de: Philippi et al., 1999 e Guia alimentar para crianças menores de 2 anos, **Ministério da Saúde**, 2005.

GRUPOS DE ALIMENTOS	
Grupo das leguminosas	<p>Todos os tipos de feijão (branco, carioca, feijão-de-corda, feijão-fava, fradinho, mulatinho, preto, rajado, roxinho, vermelho) e também ervilha, grão-de-bico, soja e lentilha.</p>
Grupo dos cereais	<p>Arroz, arroz integral, aveia, centeio, milho, trigo, trigoilho (trigo para quibe), e os diferentes tipos de farinha nas mais diversas texturas e refinamentos, como fubá, flocão, amido de milho, farinha de trigo, entre outros.</p>

Grupo das raízes e tubérculos	Batatas: baroa (também chamada de mandioquinha, batata-salsa ou cenourinha-amarela), doce e inglesa, entre outras; cará; inhame e mandioca (conhecida também como aipim ou macaxeira).
Grupo dos legumes e verduras	Abóbora (ou jerimum), abobrinha, berinjela, beterraba, cenoura, chuchu, gueroaba, 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, de suíno (porco), cabrito, cordeiro, búfalo, aves, coelho, pescados, frutos do mar, ovos de galinha e de outras aves. Também inclui vísceras ou miúdos de animais (fígado bovino e de aves, estômago ou bucho, tripa, moela de frango) e outras partes internas de animais.
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.

22.3- Cardápio para Introdução Alimentar para as Crianças em Aleitamento Materno

Refeição	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	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. 			
	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

Quantidade aproximada:				
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: Adaptação do Guia alimentar para menores de 2 anos, (2019)

22.4- Cardápio para Introdução Alimentar 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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: Adaptação do Guia alimentar para menores de 2 anos, 2019

22.5- Cardápio para Introdução Alimentar para Crianças em uso de 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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: Adaptação do Guia alimentar para menores de 2 anos, 2019

22.6- Formas de oferecer as refeições e consistência

Idade	Consistência
A partir 6 meses	<p>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.</p> <p>Deixe que a criança use as mãos para segurar o alimento (método</p>

	BLW) ou uma colher de tamanho adequado para pegá-los.
--	---

**** O método **BLW**, significa desmame guiado pela criança. Refere-se a um tipo de introdução alimentar onde a criança pega com as mãos os alimentos e come por si só. Isso traz benefícios para sua coordenação motora, bem como auxilia no contato com a comida e ainda o vínculo familiar. Ele pode ser realizado quando se apresenta a alimentação complementar, que preferencialmente, deve acontecer por volta dos 6 meses de idade. No BLW, a criança se alimenta sozinha e sem talheres, o mesmo alimento da família. Mas para começar este método a criança deve conseguir se sentar sozinha e sem apoio, assim como firmar a cabeça e o pescoço, e agarrar bem os alimentos com as mãos, para levá-los até a boca. Nesse tipo de alimentação, a supervisão dos pais ou responsáveis deve existir, para que não ocorram engasgos e ainda verificar se a criança está saciada.

A figura a seguir traz a quantidade e consistência dos alimentos para diferentes faixas etárias. As refeições para crianças de 6, 8 e 12 meses estão servidas em almoço e jantar em pratos de sobremesa.



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

22.7- Doze Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável em Crianças menores de 2 anos

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 comer outros alimentos além do leite materno.

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

PASSO 6. Não oferecer alimentos ultraprocessados.

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

22.8 Lista de 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, pois pode conter esporos de *Clostridium botulinum*. O consumo do mel contaminado pode levar ao

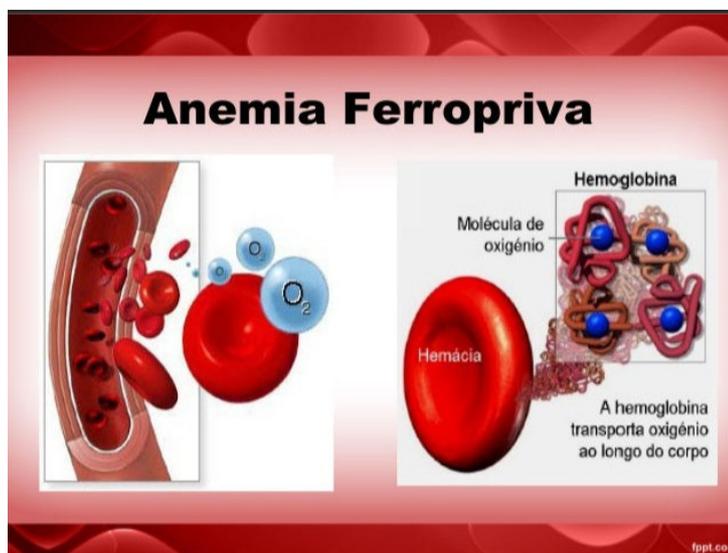
botulismo, devido às condições apropriadas no intestino da criança para germinação e produção da toxina.

- 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 a risco de engasgos.

*****Orientar os irmãos maiores a não oferecer .doces e industrializados

23- CAPÍTULO XX

23.1- ANEMIA FERROPRIVA



Fonte: www.slideshare.net/MAIQUELESANTANA/caso-clinico-anemia-ferropriva#8

Anemia é a condição na qual a concentração sanguínea de hemoglobina se encontra abaixo dos valores esperados (inferior a -2DP), tornando-se insuficiente para atender as necessidades fisiológicas.

A principal causa de anemia é a deficiência de ferro, estando associada a mais de 60% dos casos em todo o mundo. Anemia ferropriva ainda é uma doença que atinge prioritariamente às camadas socialmente menos favorecidas.

A anemia ferropriva é um problema nutricional de grande magnitude na população infantil, assim como obesidade e desnutrição. Na atualidade, é o principal problema nutricional em escala de saúde pública do mundo.

No Brasil, revisão sistemática publicada em 2009 encontrou prevalência de 53% de anemia ferropriva em crianças de 6 meses a 5 anos de idade, considerando como ponto de corte o nível de 11 g/dl de hemoglobina circulante (Jordão, Bernardi, Barros Filho, 2009). Em 2020 dados do relatório do Estudo Nacional de Alimentação

e Nutrição Infantil (ENANI) mostraram quedas na prevalência nacional de anemia, com nível de 18,9% entre os lactentes (Brasil,2020). Entretanto, em 2021, estudo de metanálise, que incluiu 134 publicações de 2007 a 2020, observou prevalência estimada de anemia de 33% em crianças brasileiras, saudáveis e menores de sete anos (Nogueira-de-Almeida, et al., 2021).

23.1.1- REPERCUSSÕES DA ANEMIA

A anemia ferropriva tem efeito deletério importante nas crianças por estarem em processo de desenvolvimento, podendo comprometer o desenvolvimento cerebral e levar a manifestações a longo prazo.

É importante a suplementação ferro profilático adequado das gestantes e crianças, rastreio adequado com hemograma e o tratamento precoce para evitar complicações desta doença.

A deficiência de ferro leva a repercussões importantes e deletérias de longo prazo no desenvolvimento de habilidades cognitivas, comportamentais, linguagem e capacidades motoras, principalmente crianças de baixo nível socioeconômico. Outras repercussões estão descritas a seguir.

23.1.1.1- Repercussão de anemia em crianças

- Cáries dentárias;
- Menor discriminação e identificação de odores;
- Alterações na imunidade;
- Alteração de paladar e apetite;
- Resposta alterada ao estresse metabólico e desenvolvimento audiovisual;
- Déficit cognitivo;
- A longo prazo pode trazer alteração comportamental, risco de violência, dificuldades sociais.

O déficit cognitivo é descrito como maior nas crianças anêmicas, porém não foi revertido com a suplementação precoce por períodos curtos (30 dias); sendo

necessário mínimo de 90 dias para serem identificados os efeitos positivos modestos na repleção das reservas de ferro.

23.1.2- DIAGNÓSTICO CLÍNICO

As manifestações clínicas da deficiência de ferro e anemia em crianças são inespecíficas, sendo difícil avaliação apenas pelas colorações de mucosas. Quando inicia sintomas alguns deles são a apatia, cansaço, irritabilidade, taquicardia e outros.

23.1.3- SINAIS E SINTOMAS DE DEFICIÊNCIA DE FERRO

- Palidez muco cutânea
- Apatia
- Cansaço
- Fraqueza
- Irritabilidade
- Sangramento de mucosa
- Perversão de apetite – comer terra, sabonete.
- Infecções de repetição
- Diminuição da tolerância ao exercício físico
- Respiração ofegante
- Taquicardia
- Dor nas pernas
- Unhas quebradiças
- Estomatite angular

23.1.4- EXAMES LABORATORIAIS

A depleção de ferro, primeiro estágio, é caracterizada por diminuição dos depósitos de ferro no fígado, baço e medula óssea e pode ser diagnosticada a partir da ferritina sérica, principal parâmetro utilizado para avaliar as reservas de ferro, entretanto, a concentração de ferritina é influenciada pela presença de doenças hepáticas e processos infecciosos e inflamatórios, devendo ser interpretada com cautela.

Idade	Ferritina (depleção das reservas corporais)
< 5 anos	< 12 µg/L

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

No segundo estágio (deficiência de ferro), são utilizados para diagnóstico a própria redução do ferro sérico, aumento da capacidade total de ligação da transferrina e a diminuição da saturação da transferrina.

Exame	Alteração deficiência de ferro
Ferro sérico	< 30mg/dl
Capacidade total de ligação da transferrina	>250-390µg/dl
Saturação da transferrina	<16%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

No terceiro estágio ocorre a anemia ferropriva (diminuição sanguínea da hemoglobina e hematócrito e alterações hematimétricas)

Idade	Hemoglobina	Hematócrito
6m – 5 anos	< 11g/dl	< 33%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Outras alterações em hemograma podem ocorrer como: leucopenia e plaquetose também podem ser indicativas. Os reticulócitos estão normais ou diminuídos (normal para crianças (valor relativo 0,5-2%, valor absoluto 25000-85000/mm³).

Solicitar exame de rastreio para anemia a partir dos 12 meses ou antes, se possuir fatores de risco, solicitar os seguintes exames:

- Hemograma completo;
- Ferritina
- Proteína C reativa (para identificar doença infecciosa, ideal não coletar exames de rastreio de anemia quando febril, processo de doença aguda).

23.1.5- PREVENÇÃO

- Ações de educação alimentar e nutricional;
- Estímulo ao acesso universal à alimentação adequada, ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade, de forma a aumentar o consumo de alimentos com fontes de ferro, bem como de alimentos que aumentam a biodisponibilidade e a absorção do ferro na introdução de alimentos complementares.
- A contraindicação de uso de leite de vaca *in natura*, não processado, em pó ou fluido antes dos 12 meses (limitação de consumo de 500ml/dia após os 12 meses) também é uma estratégia reconhecidamente protetora contra a deficiência de ferro.

- Estilos de vida optantes por regimes de alimentação restritos para o uso de carnes e alimentos fontes de ferro hemínico requerem igualmente acompanhamento nutricional adequado, com apoio de nutricionistas especialistas para garantir o consumo adequado de ferro e ou suplementação profilática sempre que necessário.
- Dentre as políticas nacionais que visam a prevenção da anemia ferropriva em crianças, cita-se a fortificação de alimentos, a estratégia NutriSus (oferta de sachês com 15 micronutrientes em pó para acréscimo às preparações da criança na rotina escolar), e a fortificação da água potável com ferro. A política nacional de fortificação de alimentos foi recentemente atualizada pela ANVISA, prevendo a fortificação com ferro das farinhas de trigo e milho (RDC n° 150 de 2017).

23.1.6- SUPLEMENTAÇÃO PROFILÁTICA DE FERRO

O Brasil também apresenta políticas para a suplementação do ferro desde 2005 (Programa Nacional de Suplementação de Ferro - PNSF), atingindo crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes e lactantes até o terceiro mês pós-parto com suplementação profilática com sulfato ferroso via oral.

Crianças devem ser suplementadas com sulfato ferroso conforme sua estratificação de risco para anemia:

- Crianças sem fatores de risco devem iniciar o ferro profilático a partir de 6 meses de idade e persistir até os 2 anos na dosagem de 1mg/kg/dia.
- Criança com fatores de risco (tabela abaixo) devem iniciar o ferro profilático a partir de 3 meses de idade até os 2 anos na dosagem de 1mg/kg/dia

23.1.7- FATORES DE RISCO

1. Baixa reserva materna

- Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas
- Dieta materna deficiente em ferro
- Perdas sanguíneas
- Não suplementação de ferro na gravidez e lactação

2. Aumento da demanda metabólica:

- Lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90)
- Meninas com grandes perdas menstruais
- Atletas de competição

Diminuição do fornecimento:

- Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida
- Aleitamento materno exclusivo prolongado (superior a seis meses)
- Alimentação complementar com alimentos pobres em ferro ou de baixa biodisponibilidade
- Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida
- Consumo de fórmula infantil com ferro de baixa biodisponibilidade
- Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista
- Ausência ou baixa adesão à suplementação profilática com ferro medicamentoso, quando recomendada

Perda sanguínea:

- Traumática ou cirúrgica;
- Hemorragia gastrintestinal (ex: doença inflamatória intestinal, polipose colônica, drogas anti-inflamatórias não esteroides, infecção por *Helicobacter pylori*, verminose – estrogiloides, necatur, ancilostoma – enteropatias/colites alérgicas, esquistossomose)
- Hemorragia ginecológica (menorragia, dispositivos intrauterinos)
- Hemorragia urológica (esquistossomose, glomerulonefrite, trauma renal)
- Hemorragia pulmonar (tuberculose, mal formação pulmonar, hemossiderose pulmonar idiopática, síndrome Goodpasture, etc)
- Discrasias sanguíneas
- Malária

Má absorção do ferro:

- Síndromes de má absorção (doença celíaca, doença inflamatória intestinal)
- Gastrite atrófica, cirurgia gástrica (bariátrica, ressecção gástrica)

- Redução da acidez gástrica (antiácidos, bloqueadores H₂, inibidores de bomba de prótons).

Avaliação da criança	Dose do ferro a iniciar com 30 dias	Dose do ferro de 1 anos a 2 anos.
Termo com < 2 500g	2mg/kg/dia	1mg/kg/dia
Prematuro > 1500g	2mg/kg/dia	1mg/kg/dia
Prematuro 1000g-1500g	3mg/kg/dia	1mg/kg/dia
Prematuro < 1000g	4mg/kg/dia	1mg/kg/dia

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

23.1.8- TRATAMENTO DE ANEMIA FERROPRIVA

O tratamento da anemia ferropriva é pautado na orientação nutricional para o consumo de alimentos fonte, e reposição de ferro - por via oral - com dose terapêutica de 3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar para crianças por mínimo de 2 meses. Devendo-se pedir exame laboratorial, reticulócitos e hemograma completo em 30 e 60 dias, e ferritina: 30 e 90 dias.

A suplementação deve ser continuada visando a reposição dos estoques de ferro, o que varia entre dois a seis meses ou até obtenção de ferritina sérica maior que 15µg/dL^{2,42,44} (ressalvando a importância de que o valor alcance os valores esperados entre 30 e 300µg/dl).

Dentre os diversos tipos de sais de ferro disponíveis para a suplementação destacam-se o sulfato ferroso, o fumarato ferroso e o gluconato ferroso.

Por sofrer influência dos componentes dietéticos, a suplementação com sais de ferro deve ser realizada longe das refeições, recomendando-se a tomada em jejum, 1 hora antes das refeições ou antes de dormir.

Apesar da eficácia, a adesão ao tratamento com sais ferrosos é geralmente baixa devido aos sintomas adversos frequentes (35% a 55%) e típicos da suplementação, como náuseas, vômitos, gosto metálico, pirose, dispepsia, plenitude ou desconforto abdominal, diarreia e obstipação.

Além dos sais ferrosos, os sais férricos e aminoquelatos - ferro polimaltosado, ferro aminoquelado, EDTA - também podem ser utilizados com melhor perfil de adesão, por padrão de absorção mais lento e fisiologicamente controlado, por não sofrerem alterações com a dieta, possui menos efeitos adversos (10% a 15%).

O ferro carbonila é a alternativa mais abundante em teor de ferro elementar (98%), com boa disponibilidade e efetividade, e menor taxa de efeitos adversos em relação aos sais ferrosos, porém mais do que os outros sais férricos. Diferentemente das demais alternativas, pode ter sua absorção diminuída por componentes da dieta, devendo ser administrado em jejum.

24- CAPÍTULO XXI

24.1- PUERICULTURA ODONTOLÓGICA



Fonte: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/156195>

A incorporação da promoção da saúde pelas equipes de saúde bucal desperta e desenvolve a qualidade de educador, indo além do modelo tradicional de diagnóstico e tratamento de lesões bucais. Inclui ainda o conhecimento dos aspectos

psicológicos, sociais, atitudes e expectativas da pessoa em relação à sua saúde, e especificamente à sua saúde bucal. Isso possibilita uma visão ampliada da cavidade bucal, indo além da prevenção de doenças e do tratamento restaurador, em uma perspectiva de cuidado contínuo e integral (BRASIL, 2012).

A maioria das doenças bucais, entre elas a cárie dental e a doença periodontal, tem como principais causas hábitos alimentares inadequados (ricos em sacarose e carboidratos ultraprocessados), higiene bucal deficiente, microbiota específica, falta de informação sobre riscos e agravos que acometem a cavidade bucal, e ausência ou insuficiência de fluoreto disponível na cavidade bucal. Todas essas causas podem ser trabalhadas e modificadas por meio de informações e educação em saúde, reduzindo e até mesmo evitando as mais diversas intercorrências que possam prejudicar a saúde bucal (BRASIL, 2012).

É papel da equipe multiprofissional conhecer as profundas transformações inerentes aos primeiros anos de vida do bebê garantindo no primeiro nível de assistência, principalmente o acesso (primeiro contato) por meio da consulta odontológica no pré-natal, e a partir disso dar continuidade da atenção, promovendo a longitudinalidade do cuidado. Além da oferta de serviços preventivos, diagnósticos, e tratamento das doenças, estabelecer a forma adequada para a resolução de problemas que surgirem, a fim de garantir também a integralidade do cuidado. Com isso podemos exercer juntamente os atributos derivados, por meio da atenção centrada no indivíduo e na orientação familiar, adaptando as orientações conforme as características culturais e necessidades da comunidade que esteja inserida. Portanto, além de encaminhar a criança para a consulta odontológica, toda a equipe de saúde deve estar apta a dar informações adequadas aos pais e aos cuidadores sobre a saúde bucal das crianças (PARANÁ, 2021).



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

As orientações sobre a saúde bucal do futuro bebê devem começar durante a gestação, nas consultas de assistência e promoção de saúde bucal da gestante. Destaca-se que no núcleo familiar a mãe exerce um papel importante, pois influencia os comportamentos alimentares e de higiene de seus filhos, além disso, a mulher neste período de gestação está mais aberta a adquirir conhecimento relacionado ao cuidado do bebê. Após o nascimento do bebê é importante que a mãe seja estimulada a levar a criança ao dentista para uma primeira avaliação (PARANÁ, 2021).

Agravos ocorridos durante os períodos pré, peri e pós-natal durante a mineralização dos dentes decíduos, aproximadamente entre a 13ª semana de vida intrauterina e o primeiro ano de vida da criança, podem resultar em defeitos do desenvolvimento do esmalte dentário (PARANÁ, 2021).



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

Idealmente a puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, entre 07 e 10 dias, sendo incentivada desde o pré-natal, na maternidade e também pelos ACS, durante a visita do puerpério. Mas na impossibilidade, segundo o Guia de Orientação para Saúde Bucal nos primeiros anos de vida, recomenda-se

que os pais levem seus filhos para a realização da primeira consulta odontológica nos primeiros seis meses de vida, preferencialmente até o terceiro mês por ser um período oportuno para orientações sobre aleitamento materno e hábitos de sucção nutritiva, não nutritiva e de higiene bucal. A consulta deverá ser realizada o mais precocemente possível quando alterações bucais forem observadas na avaliação do recém-nascido (PARANÁ, 2021).

Para estabelecer um bom vínculo, os profissionais das equipes de saúde bucal podem realizar o primeiro contato por meio de atividades em grupo (ex.: orientações aos pais e responsáveis e, em seguida, o exame clínico individual dos bebês), atendimento compartilhado (atendimento conjunto do médico ou enfermeiro com o dentista) ou consulta sequencial programada (programar o dia da consulta odontológica no mesmo dia e período da consulta de acompanhamento médico e de enfermagem, e/ou da vacinação) (PARANÁ, 2021).



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

O atendimento clínico pode ser realizado em macri ou através da técnica “joelho a joelho”. Nesta técnica, coloca-se a criança no colo do profissional, com o cuidador segurando nas mãos da criança, isso permite uma visualização eficaz da cavidade bucal da criança. Informe aos pais que a criança pode chorar e isso é esperado. O profissional deve estabilizar a cabeça com as mãos enquanto retrai o lábio para a profilaxia e em seguida o exame clínico, para o tratamento se houver necessidade,

conversar com os responsáveis sobre o melhor manejo de conduta conforme a necessidade (PARANÁ, 2021).

São objetivos dessa avaliação:

- Orientar a nutriz e apoiar a família para a amamentação; realizar o primeiro exame clínico bucal para avaliação da higidez dos rodets gengivais e a detecção de alguma anomalia (nódulos, pérolas e cistos) que na maioria das vezes desaparecem, mas que em alguns casos podem aumentar de tamanho, devendo ser observados até a sua involução. Também pode ocorrer de o bebê nascer com dentes (caso de dentes natais) ou vir a tê-los no primeiro mês (caso de dentes neonatais) (PARANÁ, 2021).
- Na primeira consulta, além do exame clínico, devem ser realizadas as recomendações e apoio ao aleitamento materno exclusivo. Também é importante orientar sobre hábitos de sucção não-nutritiva (ex: uso de chupeta e mamadeira), uso de açúcares, higiene bucal do bebê, uso de fluoretos e cárie na primeira infância, bem como sobre o acompanhamento odontológico nesse período.



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

O aleitamento materno é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento das estruturas do sistema estomatognático e das funções de sucção, respiração e deglutição. Cerca de vinte músculos orofaciais trabalham ativamente durante os movimentos realizados pela criança durante a extração do leite, proporcionando o amadurecimento oral, desenvolvimento da articulação temporomandibular (ATM), do

palato duro, da arcada dentária e da face. Além disso, é importante para otimizar o desenvolvimento da musculatura orofacial e do sistema estomatognático, os quais são responsáveis pela execução de funções orais de sucção, respiração, mastigação, deglutição, fonoarticulação e prevenção da má oclusão (BRASIL, 2012; CRO-PR, 2018; PARANÁ, 2021).

Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação. Por isso, torna-se imprescindível a avaliação do frênulo lingual preferencialmente antes dos trinta dias de vida do neonato.

Para a observação das características do frênulo lingual e avaliação da necessidade ou não de sua remoção deve-se seguir a Nota Técnica N° 24/2023-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS:

O Protocolo Bristol está baseado na avaliação de 4 elementos:

(1) aparência da ponta da língua: considerada uma das principais formas de avaliar a anquiloglossia. É frequentemente notada pelos pais e, por isso, pode ser útil para explicar à família a presença de anquiloglossia.

(2) fixação da extremidade inferior do frênulo: permite avaliar a presença de anquiloglossia quando sua aparência não é tão visível. Em geral, tem reflexo na aparência da língua com a boca bem aberta.

(3) elevação da língua: é de fácil observação durante o choro. Esse é o item que tem se mostrado mais difícil de avaliar e requer conhecimento do avaliador quanto ao grau de elevação da língua considerado normal para um recém-nascido.

(4) protusão da língua: se o bebê está dormindo e o avaliador é incapaz de provocar protrusão da língua, os pais deverão ser alertados para observar o quanto seu bebê pode projetar sua língua. Este item costuma ser o primeiro sinal de melhora observado pelos pais após a frenotomia.

Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT):

	0	1	2
Aparência da ponta da língua	Forma de coração	Pequena fenda/entalhada	Arredondada
Fixação da extremidade inferior do frênulo	Fixada no topo da gengiva	Fixada à face interna da gengiva	Fixada ao assoalho da boca
Elevação da língua com a boca aberta (durante o choro)	Elevação mínima da língua	Apenas as bordas se elevam até o meio da boca	Elevação completa da língua até o meio da boca
Protusão da língua	A ponta permanece atrás da gengiva	A ponta se estende sobre a gengiva	A ponta se estende sobre o lábio inferior

Ferramenta de Avaliação de anquiloglossia e bebês amamentados (TABBY)

	0	1	2	ESCORE
Qual é a aparência da ponta da língua?				
Onde está fixada a extremidade inferior do frênulo?				
Quanto a língua se eleva (durante o choro)?				
Quanto a língua se estende para a frente?				

As pontuações obtidas para os quatro itens do Protocolo Bristol são somadas e podem variar de 0 a 8. Escore 8 indica uma função normal da língua; escores 6 e 7 são considerados limítrofes e recomenda-se a abordagem "espere e siga", com suporte para amamentação (pega e posicionamento); escores 4 e 5 são considerados casos duvidosos e sugerem comprometimento da função da língua, que pode ou não ter efeito sobre a amamentação; e escores de 0 a 3 indicam redução mais severa da função da língua e potencial comprometimento da amamentação.

Ressalta-se que, independentemente do resultado da avaliação, é fundamental realizar o acompanhamento contínuo da amamentação na Atenção Primária à Saúde (APS).

Em caso de escore menor ou igual a 3 e interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual, sugere-se que uma nova avaliação da mamada e do frênulo lingual sejam realizados antes da alta hospitalar. Caso esse escore se mantenha e as dificuldades na amamentação sejam atribuídas diretamente à alteração no frênulo lingual (descartados outros fatores que justifiquem as dificuldades na amamentação), pode-se considerar a indicação de procedimento cirúrgico, embora a força de evidência seja baixa/insuficiente quanto à melhoria na amamentação e redução de dor nos mamilos após frenotomia. É importante levar em consideração a possibilidade de eventos adversos, tais como hemorragias e recidivas. O procedimento cirúrgico de frenotomia/frenectomia deverá ser realizado pelos profissionais habilitados para tal, sendo estes: médico clínico, médico cirurgião e cirurgião dentista.

24.2- Candidíase oral



Fonte: <https://bvsmms.saude.gov.br/sapinho-candidose-oral-candidiase-ou-moniliase/>

A Candidíase é uma infecção fúngica causada pela *Candida albicans*. Em bebês, a forma mais comum é a candidíase oral ou “sapinho”, como é mais conhecida popularmente. Esta infecção é caracterizada pelo aparecimento de placas branco-amareladas na cavidade bucal dos bebês, com aspecto de leite coagulado. Essas lesões são bem doloridas e costumam dificultar a alimentação. O fungo causador da candidíase vive normalmente no sistema digestivo dos indivíduos, em harmonia, sem causar nenhum sintoma. Porém, ele se manifestará em algumas situações como:

1. Imunidade baixa;
2. Imaturidade do sistema imunológico;
3. Deficiências nutricionais;
4. Utilização de antibióticos;
5. Diminuição na produção de saliva;
6. Higiene bucal precária;
7. Alterações hormonais;
8. Portadores de diabetes e HIV

Geralmente, acomete principalmente bebês de até 6 meses de vida, por apresentarem um sistema imunológico pouco desenvolvido. O fungo pode ser transmitido pela própria mãe através do parto normal (pelo contato com o canal vaginal, caso a mãe esteja com candidíase vaginal), durante a amamentação e,

principalmente, por algum objeto contaminado levado à boca (bicos de mamadeira, chupetas, mordedores ou brinquedos contaminados).

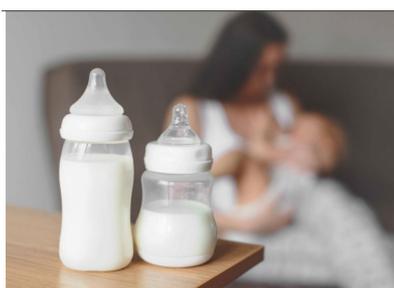
Essas lesões podem aparecer na língua, gengiva, palato, parte interna das bochechas e amígdalas, podendo ser confundidas com restos de leite na boca do bebê. É importante destacar que o leite some espontaneamente depois de algum tempo, ao contrário da candidíase.

Os sintomas mais comuns nos bebês são: febre acima de 38°C, dor (em alguns casos), irritabilidade, falta de apetite e dificuldade para deglutir, que podem ocasionar perda de peso.

Após avaliação clínica, é feito o diagnóstico e tratamento medicamentoso à base de antifúngicos, como a nistatina, em forma de líquido ou gel. O tratamento também inclui orientações de higiene bucal para o bebê, além de higienização da mama da mãe antes e após a amamentação para diminuir o risco de contaminação.

Para prevenção é importante sempre higienizar as mãos antes de entrar em contato com o bebê e evitar beijar na boca da criança. Além disso também manter limpos as chupetas, talheres, mamadeiras ou mordedores após o uso para evitar a colonização de fungos (UFPB, 2020).

24.3- Hábitos de sucção não-nutritiva



O uso de bicos artificiais é contraindicado.



Oferecer a chupeta ao invés do seio materno para acalmar o bebê não é recomendado, visto que pode resultar em episódios menos frequentes de aleitamento materno, seja pela saciedade neural, pelo cansaço muscular ou pela “confusão de bicos” (dinâmica muscular e mandibular diferenciada entre aleitamento materno e bicos artificiais) e por consequência levar à redução da produção de leite materno provocando o desmame precoce. A criança que mama no peito até os seis meses tem uma possibilidade menor de adquirir hábitos de sucção não nutritivos, como a sucção do dedo e da chupeta do que aqueles que são amamentados com a mamadeira. Pois, durante o uso da mamadeira, a boca se fecha, a língua é empurrada para trás e os músculos mastigatórios não são ativados, enquanto os músculos mentonianos e bucinadores estão em hiperatividade. Esta limitação muscular no uso da mamadeira restringe os movimentos mandibulares basicamente à elevação e ao fechamento, o que proporciona uma predominância pelo crescimento vertical da face. Nos casos de impossibilidade de aleitamento materno, bem como no início da alimentação complementar, os líquidos devem ser oferecidos em copos ou copinhos.(PARANÁ, 2021).

No caso da sucção digital, também conhecida como “chupar dedo”, é um reflexo normal do desenvolvimento da criança que aparece nos estágios iniciais da vida e desaparece durante o crescimento entre 1-3 anos de idade. É o hábito sem fim nutritivo mais frequentemente encontrado nas crianças. Geralmente o dedo escolhido é o polegar e essa sucção gera uma sensação prazerosa e satisfatória na criança e também satisfaz a necessidade de afeto. A dificuldade da remoção do hábito associada a fatores genéticos determinam a ocorrência, o tipo e a gravidade das alterações faciais, oclusais, fonéticas e musculares. Não se aconselha o uso de medidas drásticas como amarrar o dedo da criança, mas sim muito diálogo, cautela e ajuda de profissionais (UFPB, 2020).

24.4- Uso do copo



Fonte: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/156195>

As vantagens do uso do copo são: o bebê determina seu próprio consumo, referente ao tempo e a quantidade; os movimentos da língua e da mandíbula são similares ao da amamentação; estimula o desenvolvimento e a coordenação da respiração, sucção e deglutição; permite conhecer os gostos com a língua; estimula a secreção da saliva e da lipase, tornando a digestão do leite mais eficiente; precisa ser segurado e é possível haver troca de olhar; e é mais fácil manter limpo do que a mamadeira (CRO-PR, 2018).

24.5- Dieta



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

Os pais ou responsáveis pela criança devem ser orientados a evitar o consumo de açúcares livres, principalmente a sacarose, até os dois anos de idade. O açúcar

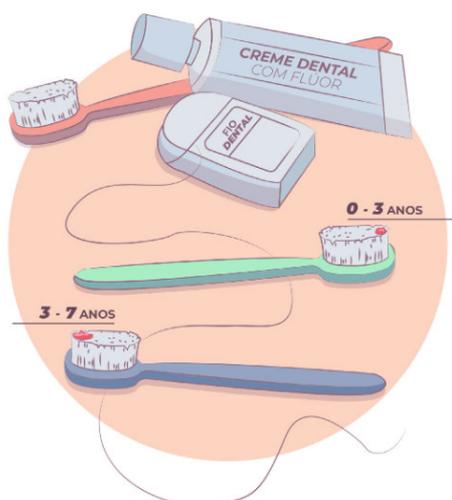
parece estar presente na dieta de grande parte de bebês alimentados com mamadeira. É importante discutirmos a respeito do potencial cariogênico dos líquidos/alimentos ofertados aos bebês por meio da mamadeira (PARANÁ, 2021).

O consumo frequente de açúcar apresenta correlação positiva com a prevalência de cárie em crianças de zero a 36 meses. Os pais e os cuidadores devem ser orientados a não colocar açúcar em frutas e sucos, possibilitando que a criança aprecie o sabor natural dos alimentos. A idade em que a criança começa a consumir açúcar é importante, pois a presença dele na alimentação, além de facilitar a implantação de uma microbiota cariogênica, influencia o padrão alimentar futuro, criando a necessidade de consumo cada vez mais frequente do referido produto (BRASIL, 2012).

Naturalmente, o dente possui uma película em sua superfície denominada de biofilme. Com o consumo de alimentos de grande potencial cariogênico, o biofilme tende a ficar mais viscoso, promovendo uma maior aderência bacteriana no dente, devido os microrganismos cariogênicos apresentarem maior afinidade pelos açúcares. Por isso, ao iniciar a introdução alimentar da criança, deve-se ter cuidado com as escolhas dos alimentos, já que eles influenciam no fortalecimento das estruturas dentárias antes e após a erupção dos dentes e no desenvolvimento da cárie, que pode trazer complicações mais sérias como a perda precoce do elemento dentário (UFPB, 2020).

A cárie compartilha fatores de risco comuns a outras doenças não transmissíveis associadas ao consumo excessivo de açúcar, como doença cardiovascular, diabetes e obesidade (PARANÁ, 2021). É importante salientar que as lesões de cárie progridem mais rapidamente na dentição decídua quando comparada à dentição permanente (PARANÁ, 2021).

24.6- Higiene Bucal



Fonte: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/view/>

A higiene bucal do bebê sem dentes pode ser orientada a ser realizada a partir dos 60 dias de vida em caso de aleitamento materno exclusivo, pois o leite materno possui imunoglobulinas importantes para o desenvolvimento do bebê mesmo na ausência de dentes. Após o bebê ter adquirido uma certa imunidade pode se instituir o hábito de higiene bucal, uma vez ao dia, inclusive para que a criança se acostume com o toque e a higiene da boca. Se estiver em aleitamento artificial deve se realizar a higiene desde os primeiros dias em situações específicas como a presença de resíduos lácteos na língua e bochechas. Para higiene é recomendado o uso de gaze ou a ponta de uma fralda de pano embebida com água filtrada ou fervida para higienizar os rodets gengivais superior e inferior, o palato e toda a mucosa da cavidade bucal (PARANÁ, 2021).

Escova Dental

Após o irrompimento dos primeiros dentes, por volta dos seis meses (pode ocorrer antes ou depois), a higiene bucal passa a ser obrigatória após cada alimentação e amamentação da criança. A higiene bucal deve ser realizada com escova infantil de cerdas macias, com tamanho da cabeça pequena de acordo com a idade da criança e cabo longo. O uso de dentífrico fluoretado (> 1.000 ppmF) deve ser usado de maneira adequada com a chegada dos dentes decíduos, variando de acordo com a idade. É importante que o dentista oriente os pais e responsáveis sobre o uso correto da escova e quantidade de pasta fluoretada (UFPB, 2020; PARANÁ, 2021).

Existem escovas disponíveis no comércio, adequadas para diferentes faixas etárias. As escovas devem apresentar boa empunhadura, ter cerdas macias com extremidades arredondadas e tamanho compatível com a cavidade bucal da criança.

Salienta-se que, quando do irrompimento do primeiro molar decíduo, por volta dos 14 meses de idade, os pais devem estar plenamente capacitados para realizar a limpeza com escova dental (CRO PR, 2018).

A frequência de escovação deve ser três vezes ao dia, sempre após as refeições principais. É válido ressaltar que a escovação da noite, antes de dormir, é a mais importante, pois durante o sono, o ambiente bucal está mais propenso ao desenvolvimento de lesões cariosas. A higienização deve ser supervisionada pelos pais/responsáveis até os 7 anos, especialmente enquanto a criança não tiver desenvolvido a habilidade manual para realizar os movimentos de forma eficaz. O incentivo e o ensinamento são uma construção diária para que esse momento seja agradável e faça parte da rotina do bebê (UFPB, 2020).

Dentifrício ou creme dental



Fonte: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/156195>

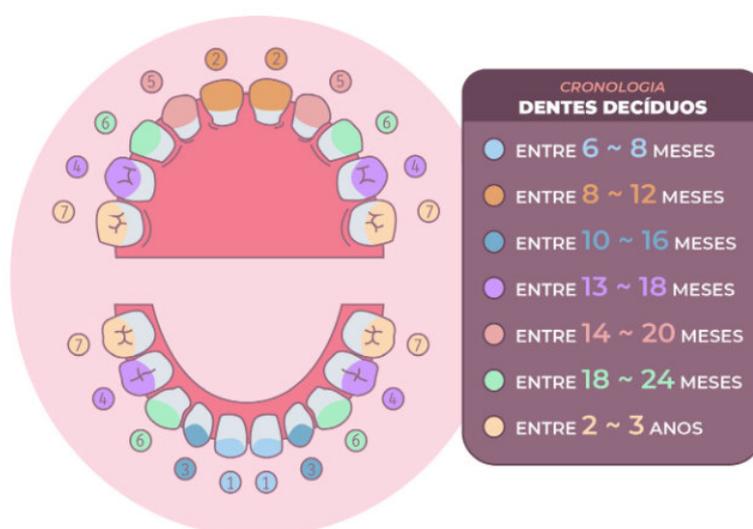
O uso de dentifrício fluoretado para prevenção da cárie está indicado a todas as crianças, sendo que a quantidade deve ser controlada. Antes dos 03 anos é recomendada a quantidade referente a um grão de arroz cru. No entanto, orientações para reduzir o risco de cárie dentária pelos profissionais de saúde

devem incluir além do aconselhamento sobre escovação adequada dos dentes da criança para controle da placa bacteriana, a recomendação para reduzir o consumo de açúcar da dieta. A criança que estiver em acompanhamento odontológico deverá receber orientações da equipe de saúde bucal de acordo com a sua necessidade (CRO-PR, 2018).

Fio dental

Os pais/responsáveis devem ser orientados a iniciar o uso do fio dental na criança a partir do irrompimento dos dentes, quando o contato entre os dentes for estabelecido. Os pais ou responsáveis devem realizar a higiene bucal da criança até que ela desenvolva habilidade motora para uma higiene adequada. Como a higiene dentária depende, além da habilidade motora, também da motivação é importante que os pais mantenham a supervisão ou que complementem a escovação até a adolescência (CRO-PR,2018).

24.7- Cronologia de erupção dentária



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

O nascimento dos primeiros dentes são muito marcantes no crescimento do bebê, seu aparecimento é um evento notado e valorizado pelos pais e/ou responsáveis. A cronologia e sequência de erupção dos dentes decíduos, chamados popularmente

de “dentes de leite”, são influenciados pela genética, variando entre as etnias (UFPB, 2020).

O mais comum é que os dentes decíduos comecem a irromper em torno dos 6 meses. Porém, é possível que haja retardo no irrompimento, o que não deve ser motivo de preocupação se ela acontecer até os 12 meses. Após um ano de idade da criança, se não ocorreu o irrompimento, é necessário investigar o caso, pois existe a possibilidade (rara) de ocorrer anodontia (ausência dos dentes). A dentição decídua estará completa por volta dos 36 meses com dez dentes na arcada superior e dez dentes na arcada inferior (BRASIL, 2012).

Deve-se explicar a importância dos dentes decíduos, como as principais funções:

- a) mastigar os alimentos, etapa importante para facilitar a digestão;
- b) auxiliar no crescimento e desenvolvimento adequado dos ossos e músculos da face;
- c) ajudar na pronúncia correta das palavras;
- d) contribuir para a melhor aparência da criança, permitindo um belo sorriso, o que poderá influenciar na sua autoestima;
- e) manter o espaço para os dentes permanentes que irão substituí-los no futuro, direcionando-os para que erupcionem em posição adequada (PARANÁ, 2021).

24.8- Sintomatologia do irrompimento dos dentes decíduos



Diversas alterações sistêmicas e locais têm sido relatadas como manifestações associadas ao irrompimento dental. Alguns estudos apontam que uma febrícula (até 37,7° C) e diarreia são fatores relacionados, embora poucos autores evidenciem tal associação. Outros estudos mostram que essas alterações sistêmicas não estão associadas diretamente com o irrompimento dos dentes, podendo estar relacionadas a uma coincidência ou uma infecção oportunista na mesma época. O comportamento choroso e irritadiço é comum nesta fase. Podem surgir lesões cutâneas na região perioral, relacionadas às mudanças da qualidade da saliva nesta fase, devido à maturação das glândulas salivares, aumentando a viscosidade da saliva, que dificulta sua deglutição. Assim, pode ocorrer escoamento da saliva não deglutida e esta umidade constante na pele sensível do bebê, ocasiona lesões cutâneas. Além da sintomatologia geral, o irrompimento dentário pode apresentar distúrbios locais, como inflamação gengival, eritema, prurido, irritação tecidual, cisto/hematoma de erupção e fibrose gengival (PARANÁ, 2021).

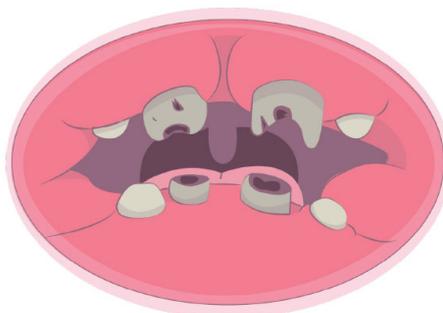


Fonte: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/156195>

Alguns métodos simples podem ser utilizados para minimizar estes sintomas como: oferecer bebidas e alimentos frios e/ou gelados, massagear suavemente a gengiva do bebê, oferecer alimentos duros (sem açúcar e de tamanhos adequados sem risco de engasgo) e mordedores gelados (colocá-los na geladeira durante 05 minutos antes de oferecê-los) (PARANÁ, 2021).

Outra opção é o uso de fitoterápicos, como a Camomila (*Matricaria chamomilla*), que apresenta ação antisséptica, cicatrizante e refrescante, promovendo alívio na sintomatologia. Massagear os rodets gengivais, com o preparo da infusão que deve ser refrigerada e embebida em uma gaze e descartada após 24 horas. Evitar o uso de produtos que tenham anestésicos locais em sua composição. Para descartar qualquer outra doença associada, quando o bebê apresentar febre (acima de 37,7o C) e diarreia, é recomendada a avaliação médica. Em todos os casos, o bebê deve ser avaliado e observado pelo dentista (PARANÁ, 2021).

24.9- Cárie precoce da infância (CPI)



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

É essencial que os profissionais de saúde que não são da área da saúde bucal, como a equipe de atenção primária, tenham conhecimento da cárie na primeira infância (CPI) como um problema de saúde pública que afeta bebês e crianças, famílias e comunidades. Os profissionais de saúde devem entender os principais fatores de risco para a CPI e como identificá-los, e devem reconhecer suas responsabilidades no trabalho contra a CPI (PARANÁ, 2021).

É importante destacar que, como na maioria das doenças não transmissíveis, tanto a causa quanto a prevenção são fortemente determinadas por fatores socioeconômicos, ambientais e sociais, conhecidos como determinantes sociais da saúde. A CPI é fortemente influenciada pelos comportamentos e práticas de saúde de crianças, famílias e cuidadores (PARANÁ, 2021).

Quando a amamentação não for possível e o uso da mamadeira se fizer necessário, os pais e os cuidadores devem ser orientados a não colocar açúcar no leite. Além de evitar o uso do açúcar, eles devem alimentar a criança sentada no colo, nunca deitada no berço, para evitar que ela durma com a mamadeira na boca, pois tal hábito pode ocasionar o desenvolvimento da CPI. Quando utilizada, a mamadeira deve ser limitada apenas como veículo para o aleitamento artificial. Não se recomenda oferecer chá ou suco no primeiro ano de vida e quando introduzi-los utilizar sempre o copo. Além disso, deve-se evitar utilizar a mamadeira para dormir ou durante a madrugada. Caso isso aconteça, a higiene bucal deve ser realizada (CRO-PR, 2018, PARANÁ, 2021).



Fonte: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/156195>

O uso de mamadeiras açucaradas à noite, associado à diminuição do fluxo salivar durante o sono, ocasiona o desenvolvimento de lesões de cárie. A saliva tem um importante papel de neutralização dos ácidos produzidos a partir do açúcar, devido à sua capacidade de funcionar como tampão. Lesões de cárie na infância também podem estar relacionadas ao uso prolongado de medicamentos que contêm sacarose. Medicamentos de formulação para uso pediátrico, especialmente xaropes, podem apresentar sacarose na sua composição e maior viscosidade, aumentando o risco de cárie, e os pais devem ser estimulados sobre hábitos de higiene bucal adequada após a administração da medicação. Especial atenção deve ser dada à higiene bucal da criança antes que ela durma (BRASIL, 2012).

De acordo com a literatura, os dentes dos bebês mais afetados pela cárie são os incisivos centrais e laterais superiores, molares inferiores, molares superiores e caninos superiores. A progressão da doença segue praticamente a sequência de erupção dos dentes decíduos, sendo que os incisivos inferiores são uma exceção, uma vez que geralmente são os primeiros dentes a irromperem e os últimos a serem afetados pela cárie. Isto se dá porque os incisivos inferiores são protegidos pela posição da língua durante o ato da sucção e pela quantidade de saliva na região (UFPB, 2020).

O primeiro sinal da cárie é uma manchinha branca no dente, que já precisa ser tratada para não aumentar e resultar em cavidades. O tratamento da cárie precoce da infância depende do seu tamanho, da idade e do comportamento da criança, assim como da cooperação dos pais/responsáveis (UFPB, 2020).

24.10- TRAUMATISMOS DENTÁRIOS



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

As lesões dentárias traumáticas representam uma ameaça à saúde das crianças e podem ser consideradas um problema de saúde pública negligenciado. Quedas da própria altura, colisões, brincadeiras e práticas esportivas são as causas mais comuns para os traumatismos dentários. Assim, atenção especial deve ser dada a faixa etária de um a dois anos de idade quando a criança aprende a engatinhar, andar, correr e interagir com o ambiente físico, aliada à falta de coordenação motora e falta de reflexo de proteção estabelecidos. Esses acidentes nunca devem ser menosprezados. Mesmo que aparentemente não tenha havido dano ao dente, uma

avaliação pelo dentista é recomendada assim que possível, pois no caso de bebês e crianças na primeira infância há a formação do dente permanente, que muitas vezes pode ser afetado.

Considerações especiais para traumatismo de dentes decíduos

Dependendo da faixa etária da criança, a realização do exame clínico e do tratamento é dificultada pela falta de cooperação e do medo, gerando uma situação estressante tanto para a criança quanto para os pais/cuidadores. Importante considerar que existe uma relação muito próxima entre o ápice do dente decíduo e o germe do dente permanente subjacente. Defeitos na formação dentária, dentes impactados e distúrbios de erupção na dentição permanente são algumas das sequelas que podem ocorrer após lesões dentárias traumáticas na dentição decídua e/ou osso alveolar. As intrusões e avulsões dentárias são associadas a defeitos de desenvolvimento do esmalte nos dentes permanentes. Para as intrusões e luxação lateral, deve-se considerar a direção do deslocamento da raiz em relação ao germe dentário permanente, e sempre que possível acompanhar a re-erupção espontânea do dente intruído, pois a extração dentária pode ocasionar mais danos ao germe dentário em desenvolvimento.

É essencial que os pais sejam orientados sobre a melhor forma de lidar com os sintomas agudos para evitar mais problemas. Lesões de intrusão, luxação lateral e fraturas radiculares podem causar dor intensa. O uso de analgésicos como ibuprofeno e / ou acetaminofeno (paracetamol) são recomendados.

Devido ao potencial de sequelas, os planos de tratamento devem ser estabelecidos visando minimizar riscos adicionais de danos ao desenvolvimento e erupção dos dentes permanentes. Portanto, NÃO é recomendado reimplantar um dente decíduo avulsionado.

A maturidade da criança e a capacidade de cooperar com a situação de emergência, o tempo para a esfoliação do dente decíduo e a oclusão, são fatores importantes que influenciam o plano de tratamento. Minimizar a ansiedade da criança é importante e abordagens que contribuem para o manejo comportamental são eficazes no gerenciamento de procedimentos agudos em situações de emergência. Sempre que possível evitar extrações dentárias, especialmente na consulta clínica

inicial ou em fase aguda, o que contribui para uma estratégia razoável de manejo comportamental.

É importante documentar que os pais foram informados sobre possíveis complicações no desenvolvimento dos dentes permanentes, principalmente após intrusão, avulsão e fraturas alveolares.

Quando for apropriado e a cooperação da criança permitir, as opções para a manutenção do dente decíduo devem ser consideradas. Os pais devem ser informados sobre as diferentes opções de tratamento, a melhor forma de minimizar o impacto da lesão na dentição permanente em desenvolvimento e a adesão às consultas de retorno para acompanhamento clínico e radiográfico (PARANÁ,2021).

24.11- ORIENTAÇÕES FINAIS

Durante o atendimento odontológico, os dados devem ser registrados no PEC - ESUS e na Caderneta de Saúde da Criança. Os retornos devem ser agendados conforme a avaliação de risco e atividade de cárie.

25- CAPÍTULO XXII

25.1- TEA (Transtorno do Espectro Autista)

A Academia Americana de Pediatria recomenda que toda a criança seja submetida a uma triagem para o TEA entre 18 e 24 meses de idade, que pode ser feito pela aplicação do M-CHAT (Anexo 1), Modified Checklist for Autism in Toddlers (MChat) é de uso livre, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos, desvios e atrasos do desenvolvimento. O M-Chat pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde e consiste em um questionário com 23 perguntas para pais de crianças de 18 a 24 meses, com respostas “sim” ou “não”, que indicam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA. Por se tratar de um instrumento de triagem e não de diagnóstico, nem todas as crianças que pontuam no M-CHAT serão diagnosticadas com TEA, ou vice-versa. No entanto, os resultados podem apontar para existência de outros transtornos de desenvolvimento, como, por exemplo, atraso da linguagem. Nos casos de escores positivos, ou de suspeita de atraso nos marcos do neurodesenvolvimento e na interação social, é fundamental o encaminhamento para avaliação especializada por médico especialista e equipe interdisciplinar. Do número total de questões, 14 foram desenvolvidas com base em uma lista de sintomas frequentes em crianças com autismo. Se a criança obtiver mais de 3 pontos oriundos de quaisquer dos itens, ela é considerada em risco para autismo. Se obtiver 2 pontos derivados de itens críticos (que são as questões 2, 7, 9, 13, 14 e 15) também é considerada em risco para autismo. As respostas pontuadas com “não” são: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21 e 23. As respostas pontuadas com “sim” são: 11, 18, 20, 22.

- Baixo Risco: pontuação de 0 a 2
- Poucas chances do paciente desenvolver o Transtorno do Espectro Autista e, assim, não são necessárias medidas de intervenção.
- Caso a criança tenha menos de 2 anos (24 meses), é necessário que o teste seja repetido.
- Moderado risco: pontuação de 3 a 7

- Nesse caso, é importante que a história da criança seja muito bem coletada, como o início dos sintomas.
- Alto risco: pontuação de 8 a 20
- Com essa pontuação, deve ser marcada uma consulta com o especialista. Com ele, será confirmado ou descartado o diagnóstico, e tomado o tratamento cabível

26- REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Deficiência de vitamina D em crianças e adolescentes. Departamento nutrologia, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Repelentes e outras medidas protetoras contra insetos na infância. Departamento dermatologia, 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Atualização sobre os cuidados com a Pele do Recém-Nascido. Departamento dermatologia, 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Hipovitaminose D em pediatria: recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção, Departamento de endocrinologia, 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Orientação: Os acidentes são evitáveis e na maioria das vezes, o perigo está dentro de casa! Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente, 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. O pediatra e a segurança dos ocupantes de veículos automotores. Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente. Departamento, 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de foto proteção na prática e adolescente. 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Caderneta de Saúde da Criança Instrumento e Promoção do Desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças. Departamento científico pediatria do comportamento e desenvolvimento, 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Campanha da Caderneta de Saúde da Criança: Instrumento de Promoção do Desenvolvimento de 0 e 2 meses de vida. Departamento científico pediatria do comportamento e desenvolvimento, 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Campanha da Caderneta de Saúde da Criança: Instrumento de Promoção do Desenvolvimento de 4 e 6 meses de vida. Departamento científico pediatria do comportamento e desenvolvimento, 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Campanha da Caderneta de Saúde da Criança: Instrumento de Promoção do Desenvolvimento de 6 e 9 meses de vida. Departamento científico pediatria do comportamento e desenvolvimento, 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Campanha da Caderneta da Criança - Avaliação do desenvolvimento de 9 e 12 meses de vida. Departamento científico pediatria do comportamento e desenvolvimento, 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Hiperbilirrubinemia indireta no período neonatal. Departamento neonatologia, 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Campanha da Caderneta da Criança - Instrumentos de vigilância e promoção do desenvolvimento: como avaliar e intervir entre 12 e 18 meses de vida. Departamento científico pediatria do comportamento e desenvolvimento, 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Campanha da Caderneta da Criança - Avaliação do desenvolvimento de 18 a 24 meses. Departamento científico pediatria do comportamento e desenvolvimento, 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Higiene do Sono. Departamento científico DE medicina do sono, 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Higiene do Sono: atualização 2021. Departamento científico DE medicina do sono, 2021

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Caderno de atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida. Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná. - Curitiba

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Estratificação de risco de crianças no Paraná. Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná- Curitiba, 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/ Ministério da Saúde. Secretaria de

Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Promoção à Saúde. Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. Saúde da criança. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021.

Moon RY, Carlin RF, Hand I, THE TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME AND THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. Pediatrics. 2022

LOSAPIO, MF, PONDE, MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2008;30(3):221-9.

LONDRINA PREFEITURA DO MUNICÍPIO. Autarquia Municipal de Saúde. Manual de saúde bucal.- Prefeitura do Município; Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade Janene Gonini, coordenadores. 1. ed. Londrina, PR. 2009.550p

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.272 p.: Il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

LONDRINA – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Guia de orientação para saúde bucal nos primeiros anos de vida / Coordenadoras: Leila Maria Cesário Pereira Pinto, Eliane Mara Cesário Pereira Maluf; Autores: Claudete Closs. [et al.]. - 2.ed.- Londrina: UEL, 2018. 32p.

PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE. Linha de Cuidado em Saúde Bucal – 3. ed. Curitiba: SESA,2021.159p

BRASIL.Nota técnica nº 11/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília: Diário Oficial da União.

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,2019

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,2019

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_cab_23.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CADERNETA DA CRIANÇA , 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/noticias/2021/e-obesidade-infantil>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. PROTEJA : Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil : orientações técnicas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 39 p.

World Health Organization. The global prevalence of anemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015. p43.

Jordão RE, Bernardi JLD, Barros Filho AA. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. Rev Paul Pediatr 2009;27(1):90-8.

BRASIL. Prevalência de anemia e deficiência de vitamina A entre crianças brasileiras de 6 a 59 meses: evidências do ENANI-2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/12/Relatorio-parcial-Micronutrientes_ENANI-2019.pdf Acessado em junho 2021

Nogueira-de-Almeida C, Ued F, Del Ciampo L, Martinez E, Ferraz, I, Contini A, et al. Prevalence of childhood anemia in Brazil: Still a serious health problem. A systematic review and meta-analysis. Pub Health Nutr. 2021;18:1-41. doi:10.1017/S136898002100286X.

BRASIL. Política Nacional de Atenção integral a criança. Orientações para implementações. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

SBP. Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica. Diretriz Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia, 2018.

Campos Jr D, Burns DAR, Lopez FA. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. Editora Manole – 3 edição , 2014.

SBP. Nem toda anemia microcística e hipocrômica é anemia ferropriva. Diretriz Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia, 2018

BRASIL.https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf

Portaria no 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

27- ANEXO I

M-CHAT

Anexo 1**Versão Final do M-CHAT em Português**

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho.	Sim	Não

28- ANEXO II

22/03/2023, 18:03

SEI/MS - 0032411731 - Nota Técnica



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária
Coordenação de Habilitação e Credenciamento da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 241/2023-COHC/CGFAP/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se de Nota Técnica explicativa com orientações sobre a solicitação de credenciamento ou habilitação, no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde.

2. ANÁLISE

2.1. A Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio do acesso às equipes e serviços, considera um universo de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde que visam um cuidado integral e longitudinal. O aumento da cobertura da APS considera o credenciamento ou habilitação de equipes, serviços e programas, para se adequarem à realidade da população e garantir o cuidado assistencial.

2.2. Neste sentido, o credenciamento/habilitação das equipes e dos serviços da APS encontra-se regulamentado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no tópico “6 – DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA”, no item “III - Do credenciamento”, do Anexo 1, do Anexo XXII, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da “Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização”.

2.3. Com a instituição das Portarias GM/MS nº 1.710, de 8 de julho de 2019, nº 3.119, de 27 de novembro de 2019; da Portaria GM/MS nº 804, de 14 de abril de 2020, de alteração do Anexo 1, do Anexo XXII, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017 nas disposições que tratam do credenciamento de equipes e serviços da APS; e a Portaria GM/MS nº 1.037, de 21 de maio de 2021, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios técnicos para a definição da ordem de prioridade da análise de solicitações de credenciamento de equipes, serviços e adesão aos programas de Atenção Primária à Saúde (APS), o fluxo de credenciamento passa a ser desburocratizado, tendo como objetivo agilizar a implantação dos serviços da APS, ampliar a autonomia do gestor municipal ou distrital para qualificação e expansão dos serviços, reforçar o papel do Plano Municipal ou Distrital de Saúde e Programação Anual de Saúde como documentos norteadores das políticas locais de Atenção Primária.

29- LISTA DE ABREVIATURAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Aleitamento Materno
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BLW	Baby Led-Weaning
BT	Bilirrubina Total
CPI	Cárie na primeira infância
DNTs	Doenças Não Transmissíveis
EDTA	Ethylenediaminetetraacetic acid
EIC	Espaços Intercostais
EOA	Emissões Otoacústicas Evocadas
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddler

MID	Membro Inferior Direito
MMII	Membros Inferior
PAIG	Peso Adequado para Idade Gestacional
PEATE	Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PGIG	Peso Grande para Idade Gestacional
PN	Peso ao nascer
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PPIG	Peso Pequeno para Idade Gestacional
PSE	Programa Saúde na Escola
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RN	Recém-Nascido
RNT	Recém-nascido a termo
RNPT	Recém-nascido pré termo
RN PÓS T	Recém-nascido pós termo
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde

UV

Ultravioleta

UTIs

Unidades de Terapia Intensiva