

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABREÚVA

**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DE
ENFERMAGEM**

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À
SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS**

FICHA TÉCNICA:

ANTONIO CARLOS MANGINI
PREFEITO DE CABREÚVA

NOEMI MEDEIROS BERNARDES
VICE-PREFEITA DE CABREÚVA

MAURÍCIO PAVANI
SECRETÁRIO DE SAÚDE

SABRINA FEDERSONI
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

CAROLINA MARINHO LESCANO
COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

ALINE SUELEM LEITE
COORDENADORA DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA

Elaborado por:

- Aline Suelem Leite
- Flávia de Araújo Collaço Guilger
- Melissa Nardini Vidilli

Aprovado por:

Coordenadora de Enfermagem da Atenção Básica

Secretário Municipal de Saúde

Sumário

1.	INTRODUÇÃO:.....	4
2.	TIPOS DE AGENDAMENTO:.....	4
3.	CAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO:.....	6
4.	CONSULTA DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS:.....	7
5.	PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO BÁSICA:	7
6.	ICTERÍCIA NEONATAL:	20
7.	EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL:	25
8.	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA:	28
9.	CONSULTAS SUBSEQUENTES:.....	31
10.	PREMATUROS:	38
11.	IMUNIZAÇÃO:	38
12.	PRINCIPAIS ACHADOS NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA:	39
13.	ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTA À SÍFILIS NA GESTAÇÃO	54
14.	SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM CRIANÇAS ASSINTOMÁTICAS:	54
15.	PROFILAXIA MEDICAMENTOSA:	56
16.	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:.....	61
17.	SAÚDE BUCAL	76
18.	PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS:.....	78
19.	VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA:.....	80

1. INTRODUÇÃO:

Esse protocolo visa apoiar a assistência integral à saúde da criança em todas as etapas do crescimento e desenvolvimento. Está baseado nas políticas nacionais desenvolvidas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, na busca de melhoria na vigilância em saúde e contribuição para a qualidade de vida do público dessa faixa etária.

Neste contexto, o Protocolo de Assistência Integral à Saúde da Criança de 0 a 2 anos tem como principal objetivo prover aos profissionais de enfermagem, segurança necessária para que atuem com autonomia e proporcionem à criança uma assistência qualificada e segura.

2. TIPOS DE AGENDAMENTO:

O cronograma de consultas prevê um acompanhamento dos menores de 2 anos com maior frequência e intervalos mais curtos, devido ao fato dessa faixa etária ser mais suscetível a intercorrências, com manifestações clínicas que podem se agravar rapidamente.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês). Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção, devem ser vistas com maior frequência.

Tabela 1- CRONOGRAMA DAS CONSULTAS – MÉDICAS E DE ENFERMAGEM – PARA CRIANÇAS DE RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO BÁSICA:

IDADE	CRITÉRIOS	EQUIPE
De 0 a 7 dias	Todas as crianças	Visita domiciliar realizada pelo médico, enfermeiro
1º Mês	Todas as crianças de puericultura	Médico
2º Mês	Todas as crianças de puericultura	Enfermeiro
4º Mês	Todas as crianças de puericultura	Médico
6º Mês	Todas as crianças de puericultura	Enfermeiro

Tabela 1- CRONOGRAMA DAS CONSULTAS – MÉDICAS E DE ENFERMAGEM – PARA CRIANÇAS DE RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO BÁSICA:

9 Meses	Todas as crianças de puericultura	Médico
12 Meses	Todas as crianças de puericultura	Enfermeiro
18 Meses	Todas as crianças de puericultura	Médico
24 Meses	Todas as crianças de puericultura	Enfermeiro

O agendamento da primeira consulta deverá ser realizado pela equipe da unidade de saúde (ACS ou enfermeiro durante visita). Os atendimentos subsequentes deverão ser agendados nas pós-consultas ou na recepção de acordo com o processo de trabalho da unidade de saúde, atendendo o cronograma proposto.

Os retornos de puericultura (RP) poderão ser mais frequentes, de acordo com a avaliação do profissional responsável pelo atendimento (principalmente para crianças de risco).

Deve-se garantir os retornos de puericultura (RP) para as crianças menores de 2 anos. As necessidades devem ser adaptadas ao número de pediatras ou médicos de família existentes na unidade de saúde, bem como férias, licenças, feriados, etc. A unidade de saúde deve garantir sempre a agenda para os casos novos de puericultura e a continuidade deste acompanhamento.

O número total de nascimentos da área de abrangência da unidade de saúde engloba todos os recém-nascidos, incluindo aqueles que utilizam a rede suplementar de saúde, ou seja, atendimento particular e/ou convênios de saúde. Para tanto, compete à unidade de saúde disponibilizar um número adequado de vagas respeitando as particularidades de sua clientela e suas necessidades.

É importante a realização de busca ativa dos casos faltosos de crianças menores de 12 meses, além de observar o acompanhamento adequado em consultas e retornos nos Ambulatórios de Especialidades. A busca ativa deverá ser realizada pelos ACS nas Unidades de Saúde da Família e pelos Técnicos de Enfermagem nas Equipes de Atenção Primária.

Competem as unidades de saúde: abrir as agendas dos enfermeiros no mesmo horário de funcionamento da Sala de Vacinas para facilitar o acesso e atendimento completo à família; caso existam faltosos na agenda diária, a mesma pode ser suprida por atendimentos eventuais.

3. CAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO:

É de suma importância que a equipe de APS esteja preparada para acolher e captar o recém-nascido (RN) logo após a alta hospitalar. Para garantir a captação precoce, os ACS devem se organizar para realizar o monitoramento diário das gestantes com data provável do parto próxima. Para tal monitoramento podem utilizar, além da visita domiciliar, estratégias de acompanhamento remoto (telefone e/ou WhatsApp). A maternidade da Santa Casa de Cabreúva também informa semanalmente à Secretaria Municipal de Saúde as puérperas que tiveram alta. Essa relação é enviada por e-mail às unidades de saúde. Toda equipe da atenção primária (técnicos e administrativos) deverão estar previamente orientados e organizados para repassar essa informação ao (a) enfermeiro (a) da equipe e ACS.

Uma vez no domicílio, a puérpera e o recém-nascido devem receber o contato do ACS e Técnico/Auxiliar em Enfermagem, no primeiro dia útil após a alta com o objetivo de:

- Verificar condições gerais da criança e da mãe;
- Agendar a visita domiciliar do profissional enfermeiro ou médico para a primeira semana de vida do RN.

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de RN na primeira semana de vida, e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a equipe de saúde e com a família a partir das necessidades evidenciadas, considerando os fatores de risco e de vulnerabilidade. Cabe lembrar que a visita domiciliar não é uma atividade exclusiva do ACS, mas sim de toda a **equipe**.

As equipes deverão estar organizadas para que o RN receba uma visita domiciliar do ACS acompanhado (a) por outro profissional técnico da equipe (médico (a), enfermeiro (a), na primeira semana de vida. Mesmo que a criança seja avaliada na UBS, a visita ainda deverá ser realizada, pois é a oportunidade de avaliar, além das condições da criança, o ambiente em que ela vive.

4. CONSULTA DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS:

A consulta de enfermagem consiste na avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento infantil (CD Infantil), estado nutricional, situação vacinal, social e psíquico da criança, terapêutica ou encaminhamento adequado. A Resolução do Cofen 159/1993 e Resolução 358/2009 tornam obrigatória a consulta de enfermagem com a Sistematização da Assistência em todos os níveis de assistência à saúde, sendo essa executada privativamente pelo enfermeiro (Decreto 94.406/87).

TUDO O ATENDIMENTO PRESTADO À CRIANÇA DEVE SER REGISTRADO NA CARTEIRA DE SAÚDE DA CRIANÇA, PREENCHIDO OS GRÁFICOS DE ACOMPANHAMENTO DE PESO, ALTURA, REGISTRO EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E INFORMADO AO CUIDADOR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA.

5. PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO BÁSICA:

O acolhimento do binômio mãe/recém-nascido, na primeira semana de vida do RN, é primordial para a promoção à saúde e prevenção de possíveis agravos. As políticas nacionais para o período neonatal ressaltam as ações do “5º Dia da Saúde Integral”, como “um momento privilegiado para detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê, de riscos e vulnerabilidades”.

Este momento é de extrema importância e deve se realizar o mais próximo possível da alta hospitalar. Neste período, a mãe e família precisam de apoio e orientações sobre o RN, cuidados habituais, imunização e amamentação.

É rotina que o primeiro atendimento do RN na APS aconteça em uma Consulta de Enfermagem, contudo, diante da indisponibilidade de atendimento pelo enfermeiro, a primeira consulta poderá ser agendada com o pediatra ou médico de saúde da família.

Nesta primeira consulta, deve-se acolher o binômio/família, com enfoque nas seguintes ações:

*Escuta qualificada, para o acolhimento das dificuldades e inseguranças da mãe, pai/cuidador, família;

*Coleta de dados/anamnese, com foco na identificação de vulnerabilidades e/ou situações de risco para a saúde do recém-nascido;

*Exame físico da mãe e da criança. Destaca-se a importância desta avaliação para a vigilância do crescimento e desenvolvimento. Ao aferir o peso do recém-nascido, deve-se comparar com o peso ao nascer. Considera-se fisiológica a perda de até 10% do peso em relação ao peso do nascimento, bem como a sua recuperação até o 15º. dia de vida;

*Incentivo ao aleitamento materno exclusivo e apoio para o seu manejo;

*Checar se os exames de triagem neonatal foram realizados na maternidade;

*Orientação a respeito da importância da imunização e programar o calendário vacinal, incluindo o agendamento da vacina BCG;

*Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;

*Orientar o retorno à atividade sexual e planejamento reprodutivo;

*Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho);

*Estimular o desenvolvimento da parentalidade;

*Identificar sinais de depressão puerperal;

*Diante da necessidade de realizar novas avaliações, deve-se agendar retornos da consulta de enfermagem e/ou solicitar interconsulta com o pediatra/médico de saúde da família, ou, ainda, antecipar a data da consulta médica;

*Enfatizar a importância do acompanhamento de saúde, lembrando as datas das demais consultas agendadas para a puérpera e para o RN.

5.1 ANAMNESE:

Na anamnese, deve-se considerar as condições do nascimento, que devem incluir o tipo de parto, local de parto, peso ao nascer, idade gestacional (IG), índice de APGAR, intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e os tratamentos realizados e os antecedentes familiares relevantes, ou seja, as condições de saúde dos pais e dos irmãos, o número de gestações anteriores e o número de irmãos.

O índice de Apgar – também reconhecido popularmente pelos pais como a “nota” que o bebê recebe logo após nascer – no quinto minuto entre 7 e 10 é considerado normal. Apgar 4, 5 ou 6 é considerado intermediário e relaciona-se, por exemplo, com prematuridade, medicamentos usados pela mãe, malformação congênita, o que não significa maior risco para disfunção neurológica. Índices de 0 a 3 no quinto minuto relacionam-se a maior risco de

mortalidade e leve aumento de risco para paralisia cerebral. No entanto, um baixo índice de Apgar, isoladamente, não prediz disfunção neurológica tardia.

Em todas as visitas domiciliares, é fundamental que o profissional de saúde saiba identificar sinais de perigo à saúde da criança. As crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves.

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

Sinais de Perigo:

- Recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar);
- Vômitos importantes (ela vomita tudo o que ingere);
- Convulsões ou apneia (a criança fica em torno de 20 segundos sem respirar);
- Frequência cardíaca abaixo de 100bpm;
- Letargia ou inconsciência;
- Respiração rápida (acima de 60mm);
- Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual);
- Febre (37,5°C ou mais);
- Hipotermia (menos do que 35,5°C);
- Tiragem subcostal;
- Batimentos de asas do nariz;
- Cianose generalizada ou palidez importante
- Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;
- Gemidos;
- Fontanela (moleira) abaulada;
- Secreção purulenta do ouvido;
- Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite);
- Pústulas na pele (muitas e extensas);
- Irritabilidade ou dor à manipulação.

5.2 EXAME FÍSICO DO RN:

As crianças recém-nascidas apresentam peculiaridades fisiológicas e anatômicas, que demandam um olhar diferente daquele empregado em todas as outras faixas etárias.

Para uma boa avaliação física deve-se sempre despir o bebê, à medida que for sendo executado o exame físico, utilizando a sequência céfalo-caudal.

QUADRO 2 -Tópicos para o exame físico do RN na Atenção Básica:

<p>INSPEÇÃO GERAL</p>	<p>Postura normal do RN: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados.</p> <p>Observar estado de vigília: estado de alerta, sono leve ou profundo, choro.</p> <p>Padrão respiratório: observar presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos.</p> <p>Estado de vigília do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro.</p> <p>Sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia.</p>
<p>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</p>	<p>Reflexos primitivos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro</p> <p>Postura de flexão generalizada (tônus normal) e lateralização da cabeça.</p>
<p>PELE</p>	<p>Avaliar presença de edema, palidez, cianose e presença de anomalias. A pele do RN normalmente está lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida.</p> <p>Afeções cutâneas mais comuns encontradas no RN sem gravidade semiológica: eritema tóxico neonatal, milium, mancha mongólica, miliária e hemangiomas.</p>
<p>CABEÇA</p>	<p>Observar formato e simetria do crânio.</p> <p>Observar e palpar tamanho e tensão das fontanelas</p> <p>Fontanela anterior (bregmática)- mede de 1cm a 4cm e fecha entre 9 e 18 meses.</p> <p>Fontanela posterior (lambdoide)- mede cerca de 0,5cm e costuma fechar por volta dos 2 meses; não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.</p> <p>Presença de Bossa serossanguínea e cefalematomas (mais delimitados que a bossa e envolvem mais lentamente);</p> <p>Medir perímetro cefálico.</p> <p>Avaliar integridade do couro cabeludo</p>
<p>FACE</p>	<p>Assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.</p>

<p>OLHOS</p>	<p>- Conjuntivas (presença de secreção purulenta); Estrabismo e nistagmo lateral (são comuns nessa fase e devem ser reavaliados). Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida.</p> <p>- As pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h.</p> <p>- Exame do reflexo vermelho (teste do olhinho) - Deve ser realizado no recém-nascido até três meses de idade para detecção precoce de catarata congênita.</p> <p>Verificar se o exame do reflexo vermelho foi realizado na maternidade.</p>
<p>NARIZ</p>	<p>Observar presença e aspecto da secreção (sífilis), pesquisar desvio de septo nasal.</p> <p>Observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima. Observar coloração da mucosa, condições dos cornetos e calibre das vias aéreas.</p>
<p>ORELHA E AUDIÇÃO</p>	<p>Checar triagem auditiva neonatal ("teste da orelhinha"); observar o tamanho, implantação e simetria.</p>
<p>BOCA E FARINGE</p>	<p>Observar integridade e coloração da mucosa oral, realizar inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palatos, tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias, gota pós-nasal e placas de secreção.</p> <p>Observar se há presença alterações morfológicas (fenda labial); úvula; tamanho da língua (macroglossia); Palato (fissura palatina); freio lingual.</p> <p>Checar "teste da linguinha";</p>
<p>PESCOÇO</p>	<p>Inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência e avaliar rigidez da nuca.</p> <p>Observar posição viciosa da cabeça (torcicolo congênito). O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica.</p>
<p>OLHOS</p>	<p>- Conjuntivas (presença de secreção purulenta); Estrabismo e nistagmo lateral (são comuns nessa fase e devem ser reavaliados). Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida.</p> <p>- As pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h.</p> <p>- Exame do reflexo vermelho (teste do olhinho) - Deve ser realizado no recém-nascido até três meses de idade para detecção precoce de catarata congênita.</p> <p>Verificar se o exame do reflexo vermelho foi realizado na maternidade.</p>

NARIZ	<p>Observar presença e aspecto da secreção (sífilis), pesquisar desvio de septo nasal.</p> <p>Observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima. Observar coloração da mucosa, condições dos cornetos e calibre das vias aéreas.</p>
ORELHA E AUDIÇÃO	<p>Checar triagem auditiva neonatal ("teste da orelhinha"); observar o tamanho, implantação e simetria.</p>
BOCA E FARINGE	<p>Observar integridade e coloração da mucosa oral, realizar inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palatos, tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias, gota pós-nasal e placas de secreção.</p> <p>Observar se há presença alterações morfológicas (fenda labial); úvula; tamanho da língua (macroglossia); Palato (fissura palatina); freio lingual. Checar "teste da linguinha";</p>
PESCOÇO	<p>Inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência e avaliar rigidez da nuca.</p> <p>Observar posição viciosa da cabeça (torcicolo congênito).</p> <p>O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica.</p>
TÓRAX	<p>Observar presença de assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal, palpar clavículas (presença de fraturas).</p> <p>Oriente a família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa.</p> <p>Verificar frequência respiratória, presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax. Padrão respiratório, auscultar procurando presença de sons respiratórios normais.</p> <p>Avaliação cardíaca: FC, possível presença de cianose, abaulamento precordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos, verificar os pulsos.</p>
ABDOME	<p>- Observe a respiração que é basicamente abdominal.</p> <p>Verificar alterações de forma, volume e abaulamento, presença de hérnias umbilicais e inguinais. Auscultar, percutir e realizar palpação superficial e profunda na região do fígado e rins, observar presença de dor e rigidez.</p> <p>- Ao auscultar o abdome, verifica-se que no RN os ruídos hidroaéreos são bem frequentes. Ruídos aumentados, que ocorrem nas situações de luta contra obstrução, ou ausência de ruídos são sinais preocupantes que indicam doença grave.</p> <p>- A eliminação de mecônio costuma ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas de vida</p> <p>Devem-se, ainda, inspecionar as condições do coto umbilical.</p>

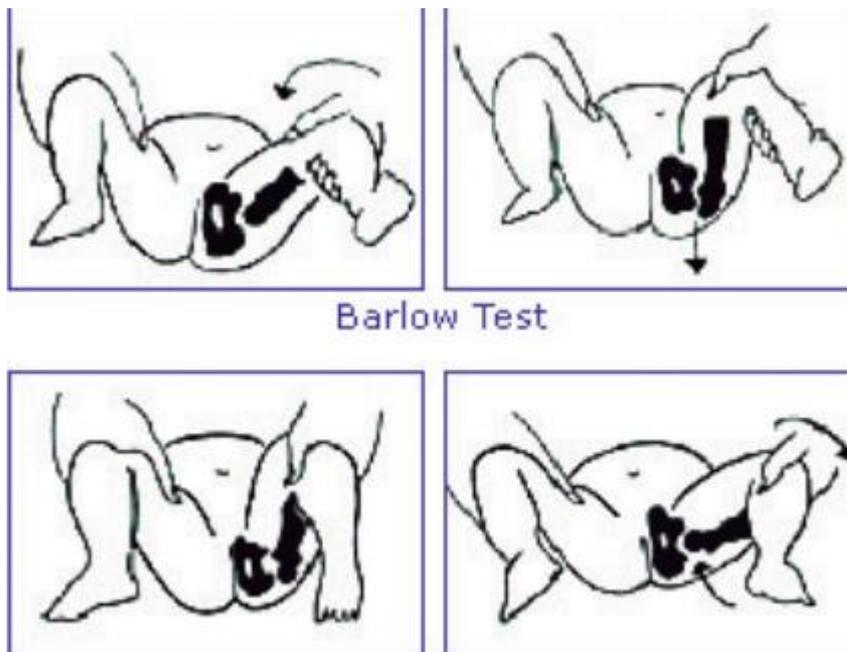
COLUNA VERTEBRAL	Examinar toda a coluna, especialmente a área lombo-sacral, percorrendo a linha média
GENITÁLIA	<p>O exame da genitália deve ser detalhado e sempre que possível com a presença de um dos pais ou de um auxiliar.</p> <p>Em Meninos: Realizar inspeção geral, palpação do canal inguinal para a detecção de massas ou testículo. O pênis normal de um RN mede de 2 a 3 cm. A glândula não costuma ser exposta, nem com a tentativa de retração do prepúcio, e o orifício prepucial é estreito. A visualização do meato urinário na extremidade da glândula nem sempre é possível. Existe a possibilidade de anormalidades na saída da uretra. Quando o orifício de saída se encontra na face ventral do pênis dá-se o nome de hipospádia e, quando na face dorsal, de epispádia. A bolsa escrotal é rugosa no RN a termo. Sua palpação permite verificar a presença dos testículos, assim como sua sensibilidade, tamanho e consistência. Os testículos do RN a termo são habitualmente encontrados dentro da bolsa escrotal. A não palpação dos testículos na bolsa pode significar criptorquidia, na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida.</p> <p>Em meninas: o tamanho dos grandes lábios depende do depósito de gordura e da idade gestacional da criança. Assim, nas crianças pré-termo pequenas podem ser quase inexistentes, e nas crianças a termo os grandes lábios chegam a recobrir totalmente os pequenos lábios. Afastados os grandes lábios, avalia-se o sulco entre os grandes e pequenos lábios, frequentemente recobertos de vérnix. Aderências de pequenos lábios são raras e requerem intervenção. Avaliar presença de secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida).</p>
ÂNUS E RETO	Permeabilidade anal, posição do orifício e presença de fissuras.
SISTEMA ORTEOARTICULAR	Membros superiores e inferiores, presença de pé torto, displasia evolutiva de quadril (realizar teste de Ortolani e Barlow).

Descrição da manobra de Ortolani e Barlow:

- **Manobra de Ortolani:** realizada com a criança em decúbito dorsal, segura-se os membros inferiores com os joelhos dobrados e quadris fletidos a 90° e juntos à linha média, a partir desta posição faz-se a abdução das coxas com leve pressão nos joelhos. Considera-se Ortolani positivo quando existe instabilidade coxo-femural, fazendo com que a cabeça do fêmur se encaixe no fundo do acetábulo, pode ser percebido nas mãos como um “click”.

- **Manobra de Barlow:** a coxa da criança é mantida em ângulo reto com o tronco, em posição de adução, será exercida força pelo joelho da criança em direção vertical ao quadril, em um esforço para deslocar a cabeça femoral do interior do acetábulo.

Figura 1 – Representação dos testes de Barlow e Ortolani



5.3. SINAIS VITAIS:

- *Frequência Respiratória: 40 - 60ipm
- *Frequência Cardíaca: 120-160bpm
- *Temperatura Axilar: 36,4°C e 37,5°C (não necessita aferição de rotina)

5.4. ANTROPOMETRIA:

- *Peso ao nascer;
- *comprimento
- *perímetro cefálico

5.5. DESENVOLVIMENTO SOCIAL E PSICO- AFETIVO:

Relacionamento mãe/cuidador e familiares com o bebê: como reagem às suas manifestações e a interação com eles. Observar se estimulam para o desenvolvimento de acordo com a faixa etária.

5.6. IDENTIFICAR CRIANÇAS EM SITUAÇÕES DE RISCO OU VULNERABILIDADE:

Há fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento saudável do recém-nascido, por isso é importante que o mesmo seja avaliado sob aspectos físicos e sociais. Indicamos que seja realizada uma avaliação inicial na primeira consulta e que seja repetida em todas as consultas subsequentes até os 2 anos de idade.

Destaca-se para a primeira consulta a avaliação referente ao aleitamento materno ausente ou não exclusivo, gestação gemelar, malformação congênita, ausência de pré-natal, mais que três filhos morando juntos, problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança, não realização de vacinas, atraso no desenvolvimento e suspeita ou evidência de violência, como situações de vulnerabilidade que demandam atenção especial.

A gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de ruptura e conflitos entre os pais quando descoberta a gestação, ruptura de laços familiares e luto, mãe em sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, genitores com dificuldades para assumir a parentalidade, ou seja, tornar-se pai e tornar-se mãe, e problemas múltiplos, como drogadição, pobreza, condições crônicas também configuram situações de vulnerabilidade familiar, que podem impactar na saúde da criança.

5.7. PROMOVER E APOIAR O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:

O momento da primeira consulta é propício para estimular o vínculo entre a criança e seus pais/família, esclarecer dúvidas e auxiliar no manejo da amamentação.

Estimule a amamentação, orientando a livre demanda e não prescreva suplementação desnecessária com outros leites.

5.8. ORIENTAÇÕES PARA O CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÕES:

É importante checar se a criança recebeu a primeira dose da vacina contra hepatite B e encaminhar para a sala de vacina, conforme rotina da unidade, para a aplicação da BCG.

5.9. ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE OS CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDO:

Algumas orientações são importantes e devem ser fornecidas aos pais, como, por exemplo:

BANHO DO RECÉM- NASCIDO:

O banho de imersão é o mais indicado, pois promove menor perda de calor e maior conforto ao bebê. Deve durar de 5 a 10 minutos, com a temperatura da água entre 37°C e 37,5°C.

A temperatura pode ser medida com um termômetro para banheiras ou pode-se colocar o antebraço do responsável na água e certificar se ela está morna.

Manter o RN enrolado em uma fralda de pano durante a imersão na água, desenrolando-o lentamente para realizar a higiene, é uma opção agradável, que mantém a estabilidade térmica e reduz o possível estresse do momento. Devem ser utilizados produtos de limpeza suaves, destinados à pele do bebê, que não alterem significativamente o pH fisiológico ácido da pele (entre 4,2 a 5,6). Logo após o banho, a pele deve ser gentilmente seca com uma toalha macia e limpa.

Os sabonetes líquidos infantis, especialmente os syndets (detergente sintético com pH mais ácido, para ser menos agressivo às peles delicadas), são os mais recomendados para uso na pele sensível do RN e lactentes, de forma a garantir a eficácia da barreira cutânea.

O shampoo não é essencial para o couro cabeludo, é uma questão de preferência pessoal ou cultural. As unhas devem ser mantidas limpas e curtas, e o corte feito em linha reta.

Os hidratantes podem ser utilizados, mesmo no período neonatal, de preferência após o banho, diariamente ou pelo menos 3 vezes na semana. A escolha do produto deve ser criteriosa para minimizar o risco de irritação, dando preferência aos destinados para esta faixa etária, hipoalergênicos e sem perfumes.

Não é necessário, nem recomendado, remover o vérnix caseoso (substância esbranquiçada e gordurosa, que recobre o RN), pois tem a função de proteção e hidratação da pele. Ele se desprenderá sozinho ao longo dos banhos do bebê.

Não se deve deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água.

TROCA DE FRALDAS:

Realizar a troca frequente das fraldas, aproximadamente de 5 a 6 vezes ao dia e não utilizar talcos.

A limpeza da área das fraldas pode ser feita com água morna e algodão, após a limpeza, a área deve ser secada suavemente, sem esfregar. A aplicação dos cremes de barreira (geralmente à base de óxido de zinco) determina a formação de uma película protetora que impedirá a ação das enzimas sobre a pele e limitará a fricção.

Os cremes de barreira devem ser utilizados sempre de forma a prevenir a dermatite de fraldas e não apenas quando já houver sinais de irritação local. Já os cremes contendo medicamentos como nistatina, corticosteróides e antibacterianos não devem ser usados de rotina, mas apenas quando houver evidência de infecção ou inflamação, preferencialmente evitando-se os produtos com associações.

A associação de medicamentos facilita a ocorrência de dermatite de contato e a aplicação várias vezes ao dia pode trazer complicações, inclusive Cushing, principalmente porque os corticosteróides presentes nestes produtos são de alta potência e utilizados em área sob oclusão, aumenta mais ainda a sua absorção.

HIGIENE NASAL:

Deve-se lembrar que bebês menores de 1 ano são respiradores nasais exclusivos, portanto a obstrução nasal pode atrapalhar a amamentação e a respiração da criança.

Recomenda-se o uso de SF0,9% para lavagem nasal de forma a prevenir essa intercorrência.

COTO UMBILICAL:

O cordão umbilical pode ser uma porta de entrada para bactérias, e a colonização bacteriana do cordão pode levar à onfalite, tromboflebite, celulite, fasciíte necrosante e tétano.

O coto mumifica entre o 3º e 4º dia e cai habitualmente entre o 6º e 15º dia de vida. A incidência de complicações vai depender das práticas pré-natais e perinatais, das diferenças culturais nos cuidados com o cordão umbilical e do local de parto. Estes diferentes contextos resultaram em distintas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), para o cuidado com o coto umbilical.

Para bebês nascidos em ambiente hospitalar ou em locais de baixa mortalidade neonatal a recomendação é que o coto umbilical seja mantido apenas limpo e seco, visto que o risco se torna baixo nestes ambientes. Para bebês nascidos em áreas de alta mortalidade neonatal, vivendo em ambientes com vulnerabilidade, sem saneamento básico adequado, acesso à produtos ou hábitos precários de higiene, é recomendado o uso tópico de álcool 70% no coto umbilical.

Diante das diversidades de território, cabe ao profissional responsável pela assistência avaliar o contexto, individualizando a orientação de usar ou não antisséptico no cuidado com o coto umbilical. Contudo é importante durante o atendimento de saúde realizar as seguintes orientações:

- *Higiene adequada das mãos antes de manipular o RN;
- *Manter o coto limpo e seco;
- *Não deixar fraldas ou faixas abafando a área;
- *Troca frequente de fraldas, mantendo-a dobrada abaixo do coto;
- *Não usar pomadas, talcos, moedas, café ou qualquer produto sem orientação profissional;
- *Em caso de indicação, realizar a limpeza do coto umbilical com cotonete embebido em álcool a 70% no sentido de dentro para fora, evitar que o álcool pingue ao redor da cicatriz umbilical ou outra região da pele;
- *Observar área com hiperemia, odor, saída de secreção purulenta e mau cheiro pelo coto.

POSIÇÃO PARA DORMIR:

A síndrome da morte súbita é uma das principais causas da morte de bebês com até 1 ano de vida e uma das maneiras de prevenir é colocando a criança para dormir de “barriga para cima” (posição supina), e não de lado ou de barriga para baixo.

Se o bebê está de barriga para cima e vomita, a tendência é tossir, e com isso chamar a atenção dos pais.

Evite agasalhar demais o bebê na hora de dormir, pois isso dificulta os movimentos e pode superaquecê-lo.

Deixe o berço livre de almofadas, travesseiros, “cheirinhos”, pelúcias e outros brinquedos, pois eles podem dificultar a respiração.

BANHO DE SOL:

Os RNs e lactentes possuem camada epidérmica mais fina e menor produção de melanina e, por isso, são mais suscetíveis aos danos da radiação ultravioleta à pele. Por estes motivos é contraindicado fazer banho de sol como medida terapêutica, mesmo para a icterícia fisiológica.

O sol foi a fonte original para a ideia da fototerapia, porém são necessárias várias horas de exposição ao sol para se conseguir uma efetiva redução da icterícia. A fototerapia, usando luz de comprimentos de onda e doses específicas, é considerada uma intervenção segura e eficaz para reduzir a hiperbilirrubinemia. A faixa azul é o comprimento de onda ideal para a foto isomerização da molécula de bilirrubina. Embora a luz solar inclua a faixa efetiva de comprimento de onda da luz azul, ela também contém a faixa prejudicial de luz ultravioleta, que aumenta o risco de queimaduras solares e de malignidades na pele. A exposição solar é a principal fonte de vitamina D, porém a exposição intencional e desprotegida, com o objetivo de suplementar a vitamina, não é recomendada. A suplementação de vitamina D é recomendada no Brasil para todo RN a termo, desde a primeira semana de vida até os dois anos de idade.

Atualmente, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) orienta evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção. Entre seis meses e dois anos de vida, o uso de filtros solares físicos/minerais deve ser incentivado. A designação de filtro solar “mineral” vem descrita na embalagem do produto. Ainda há controvérsia a respeito da contraindicação do banho de sol e sua importância para a síntese de paratormônio e desenvolvimento do tecido ósseo.

6. ICTERÍCIA NEONATAL:

A icterícia constitui-se em um dos problemas mais frequentes no período neonatal e apresenta-se como a coloração amarelada da pele, esclera e membranas mucosas, indicando aumento da bilirrubina sérica com acúmulo de bilirrubina nos tecidos. A hiperbilirrubinemia não conjugada é definida como bilirrubina indireta (BI) na concentração igual ou superior a 2mg/dL, enquanto a hiperbilirrubinemia conjugada é considerada se a bilirrubina direta (BD) foi superior a 1 mg/dL.

A manifestação clínica da hiperbilirrubinemia se desenvolve, geralmente, quando o nível ultrapassa 5 mg/dL e, na maioria das vezes, reflete uma adaptação, considerada fisiológica, do metabolismo da bilirrubina no período de transição fetal para a vida neonatal. Entretanto, algumas vezes, decorre de um processo patológico, podendo alcançar concentrações elevadas e ser lesiva ao cérebro, instalando-se o quadro de encefalopatia bilirrubínica, caso não haja uma intervenção terapêutica imediata e agressiva, pode evoluir para Kernicterus, que consiste na forma crônica da doença com sequelas neurológicas permanentes.

Classificação da hiperbilirrubinemia, de acordo com os níveis de bilirrubina:

- Significante: níveis de BT sérica ≥ 12 mg/dL- requer tratamento com fototerapia baseado na idade pós-natal e etiologia.
- Grave ou Severa: BT sérica ≥ 20 mg/dL ou qualquer nível de BT associado à presença de sinais de encefalopatia bilirrubínica aguda em fase inicial.
- Extrema: BT sérica ≥ 25 mg/dL ou qualquer valor de BT associado a sinais de encefalopatia bilirrubínica aguda inicial ou intermediária.

Nos últimos 20 anos um grande número de casos de hiperbilirrubinemia tem sido relatado em RN próximos ao termo (35-36 semanas) ou RN termo (37-41 semanas), que recebem alta hospitalar antes de 48 horas de vida sem acompanhamento adequado do estabelecimento da lactação e aleitamento materno.

A icterícia fisiológica decorre de limitações do metabolismo da bilirrubina, tanto pela sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito e a menor capacidade de captação hepática, como também pela conjugação e excreção hepática deficientes. A sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito sofre influência da produção e da circulação êntero-hepática aumentadas devido ao menor tempo de vida média das hemácias e à maior quantidade de hemoglobina do RN. A circulação êntero-hepática é determinada pela escassa flora intestinal e pela maior atividade da

enzima betaglicorunidade na mucosa do intestino, com conseqüente aumento e absorção da bilirrubina não conjugada pela circulação êntero-hepática e sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito. Outros fatores como a captação, a conjugação e a excreção hepáticas deficientes da bilirrubina, nas primeiras semanas de vida, corroboram para a manifestação clínica da icterícia fisiológica.

A hiperbilirrubinemia fisiológica caracteriza-se por nível de BT sérica que aumenta após o nascimento, atinge seu pico médio ao redor de 6 mg/dL no 3º dia de vida (com um valor máximo que não ultrapassa 12,9 mg/dL) e então declina em uma semana.

O aparecimento de icterícia antes de 24-36 horas de vida ou de níveis de BT ≥ 12 mg/dL, independentemente da idade pós-natal, alerta para a investigação dos fatores de risco para desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa em RN de termo e investigação etiológica.

Fatores de risco para desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa em RN >35 semanas de idade gestacional:

- Icterícia nas primeiras 24 horas de vida;
- Doença hemolítica por Rh (antígeno D – Mãe negativo e RN positivo), ABO (mãe O ou RN A ou B), antígenos irregulares (c, e, E, Kell, outros);
- Idade gestacional de 35 ou 36 semanas (independentemente do peso ao nascer);
- A dificuldade no aleitamento materno;
- A perda de peso $>7\%$ em relação ao peso ao nascer;
- Fatores étnico-raciais, como descendência asiática e familiares;
- Irmão com icterícia neonatal tratado com fototerapia;
- Presença de cefalo-hematoma ou equimoses;
- Clampeamento de cordão umbilical após 60 segundos do nascimento;
- RN de mães diabéticas insulínodpendentes;
- Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase;
- BT (sérica ou transcutânea) na zona de alto risco ($>$ percentil 95) ou intermediária superior (percentis 75 a 95) antes da alta hospitalar.

No entanto, nem todo quadro de icterícia neonatal é considerado normal. Muitas vezes, a hiperbilirrubinemia pode não ter origem no processo normal de metabolização da bilirrubina nos recém-nascidos, mas sim em alguma doença.

A icterícia neonatal deve ser melhor investigada quando ela tiver as seguintes características:

- Iniciar nas primeiras 24h do bebê;
- Apresentar concentrações sanguíneas de Bilirrubinas acima de 20 mg/dl;
- Demorar mais de 2 semanas para desaparecer (exceto em prematuros);
- Quando a bilirrubina direta também estiver muito elevada.

A hiperbilirrubinemia indireta prolongada, desde que afastadas doenças hemolíticas, deficiência de G-6-PD e hipotireoidismo congênito, pode ser decorrente da Síndrome da Icterícia do Leite Materno que é aparente desde a primeira semana de vida com persistência por duas a três semanas, podendo chegar ao 3º mês. Nessa síndrome chama atenção o bom estado geral do RN e o ganho de peso adequado.

Como a imensa maioria dos recém-nascidos melhora espontaneamente da icterícia, o tratamento só é indicado nos casos mais graves.

A dificuldade no aleitamento materno, quando ocorre de forma inadequada ou insuficiente, é outro fator importante para o desenvolvimento da hiperbilirrubinemia significativa na primeira semana de vida devido ao aumento da circulação êntero-hepática da bilirrubina e à sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito.

Hiperbilirrubinemia indireta em RN com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas:

A hiperbilirrubinemia indireta é encontrada praticamente em todos os RNs pré-termo abaixo de 35 semanas, sendo a icterícia na primeira semana de vida mais intensa e tardia do que a do RN a termo, com concentrações de BT entre 10 e 12 mg/dL no quinto dia.

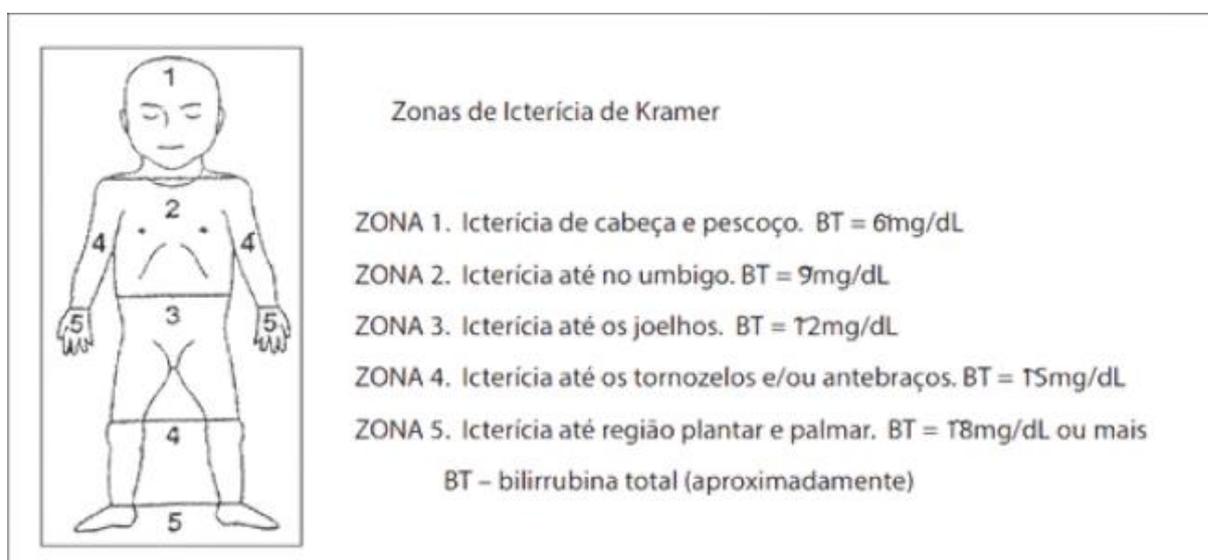
Quadro Clínico:

A icterícia apresenta progressão craniocaudal e pode ser detectada visualmente por meio da digitopressão na pele do RN. É classificada de acordo com cinco zonas de Kramer (zonas dérmicas), a saber: presença de icterícia na cabeça e pescoço (zona 1) está associada a valores de BI que variam de 4 a 8 mg/dL, da cabeça até a cicatriz umbilical (zona 2) corresponde a valores desde 5 até 12 mg/dL, até os joelhos e cotovelos (zona 3) podem apresentar BI superior

a 15 mg/dL, nos braços, antebraços e pernas (zona 4) e nas mãos e pés (zona 5). Quanto maior o número de áreas atingidas, maiores os níveis séricos de bilirrubina.

A visualização da icterícia depende, além da experiência do profissional, da pigmentação da pele do RN e da luminosidade, sendo subestimada em peles mais pigmentadas e em ambientes muito claros, e prejudicada em locais com pouca luz. Apenas a estimativa clínica não é suficiente para avaliar os RNs com BI >12 mg/dL. Nesses neonatos recomenda-se a dosagem rotineira da bilirrubina sérica, conforme quadro para avaliação de icterícia, de acordo com zona de Kramer.

Figura 2- Avaliação de icterícia de acordo com a zona de Kramer



Manual AIDPI Neonatal. Ministério da Saúde, 2014

Conduta terapêutica:

A fototerapia é o tratamento mais utilizado para baixar os níveis de bilirrubina. O recém-nascido é colocado sob uma luz azul fluorescente que age quebrando a molécula de bilirrubina depositada na pele em pedaços, facilitando a sua excreção na urina e nas fezes. Em alguns casos raros há a necessidade de associar ao tratamento à exsanguineotransfusão (EST) e por vezes ao uso individualizado da imunoglobulina padrão endovenosa.

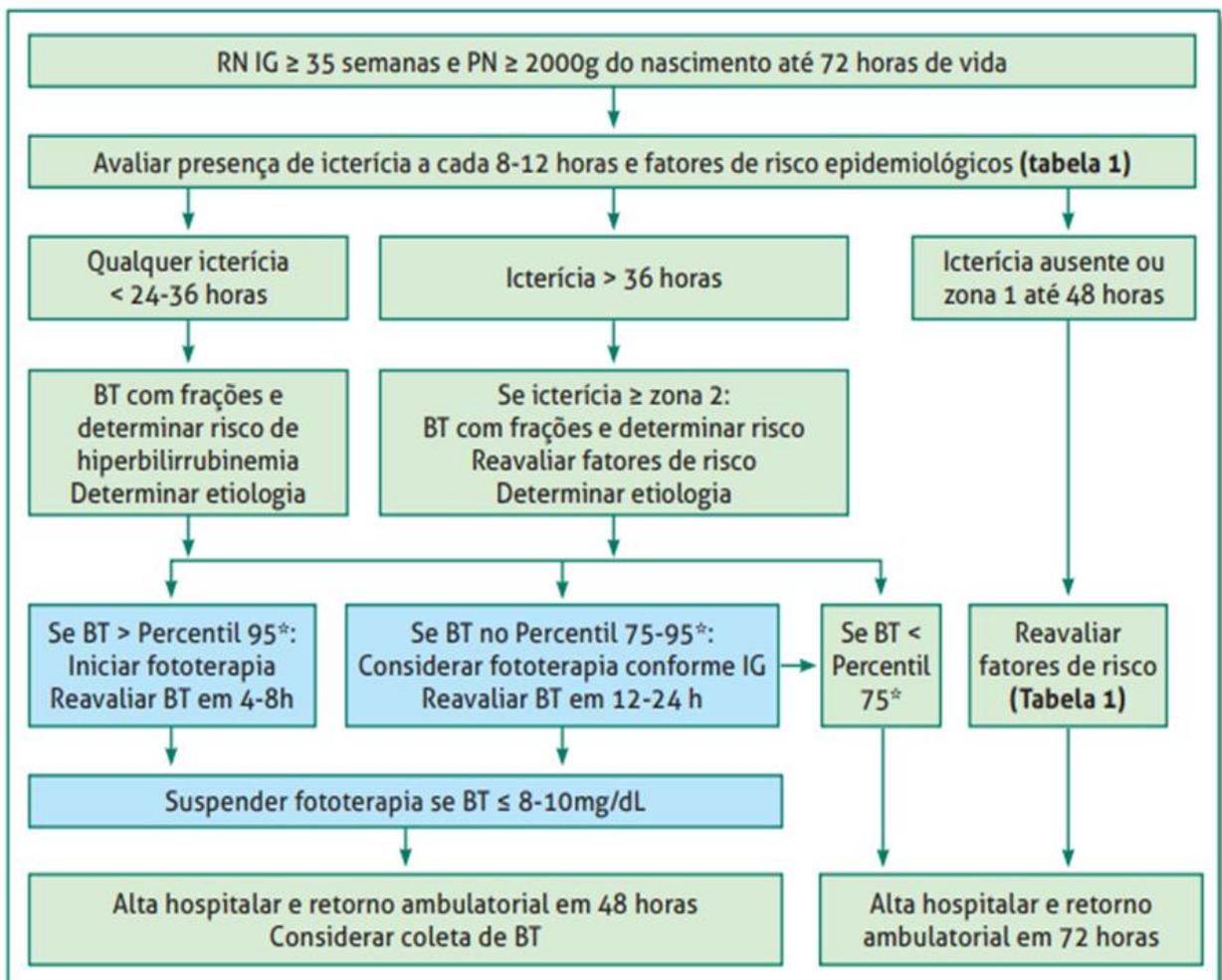
Fluxograma para atendimento do recém-nascido icterício na Atenção Primária à Saúde:

Para seguimento do Fluxograma deve-se:

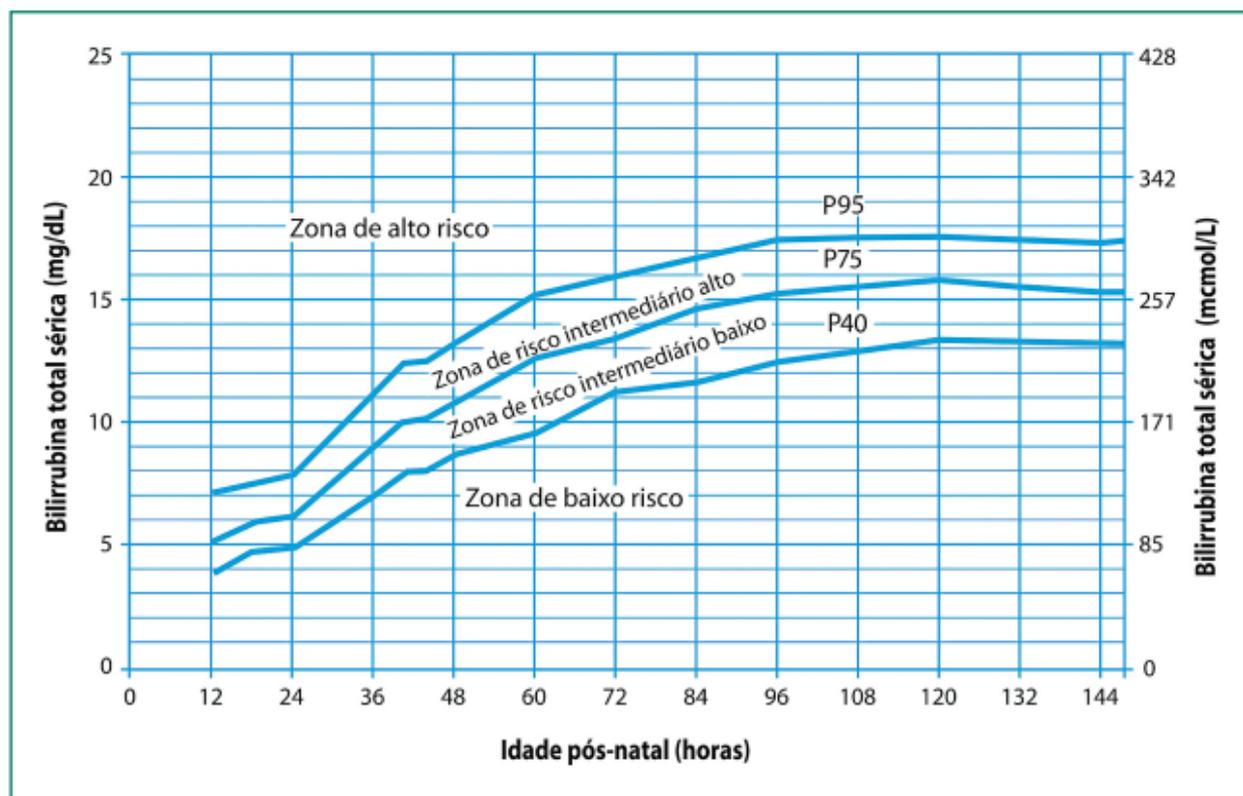
- Coletar história completa com antecedente obstétrico e condições de nascimento;
- APGAR;
- Peso nascimento;
- Tipagem sanguínea da mãe, do RN, coombs direto e indireto;
- Peso da alta, peso atual (calcular % perda ponderal);
- Perguntar sobre dificuldade na amamentação;
- Lesões em mamas;
- Irmãos com necessidade de fototerapia.

Fluxograma 1: Atendimento do recém-nascido icterício na Atenção Primária à Saúde:

Manejo da hiperbilirrubinemia indireta em RN com 35 ou mais semanas de gestação na primeira semana de vida.



Nomograma com percentis 40, 75 e 95 de bilirrubinemia sérica total, segundo a idade pós-natal em horas, em RN ≥ 35 semanas e peso ao nascer ≥ 2.000 g.



7. EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL:

7.1- TESTE DO REFLEXO VERMELHO - “TESTE DO OLHINHO”

É um teste simples, rápido e indolor, que consiste na identificação de um reflexo vermelho que aparece quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê. O Teste do Olhinho pode detectar qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma congênito e outros problemas. O diagnóstico precoce pode possibilitar o tratamento no tempo certo e garantir o desenvolvimento normal da visão. A recomendação é que o Teste do Olhinho seja feito pelo médico logo que o bebê nasce.

Se isso não acontecer, o teste deve ser feito logo na primeira semana de vida do bebê, na consulta de acompanhamento médico. Diante de um exame alterado, o médico deverá encaminhar ao oftalmologista.

7.2. TESTE PARA CARDIOPATIA CONGÊNITA CRÍTICA - "TESTE DO CORAÇÃOZINHO"

A cardiopatia congênita é a malformação congênita mais comum e ocorre em 1% dos recém-nascidos vivos e correspondem a cerca de 10% dos óbitos infantis e a mortalidade aumenta em 30% se a doença não é diagnosticada ao nascimento. Nesse sentido, a aferição da oximetria de pulso de forma rotineira em recém-nascidos aparentemente saudáveis com idade gestacional maior do que 34 semanas tem se mostrado um instrumento de rastreamento de elevada especificidade (99%) e moderada sensibilidade (75%) para detecção precoce das cardiopatias.

O Teste do Coraçãozinho consiste em medir a oxigenação do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro de pulso no membro superior direito e membro inferior do bebê entre 24 e 48h de vida. Caso algum problema seja detectado, a criança deverá ser encaminhada para avaliação clínica especializada cardiológica, bem como para realização de exames mais específicos (ecocardiograma) visando ao diagnóstico definitivo. O teste pode ser realizado em recém-nascidos que nasceram fora do ambiente hospitalar, utilizando-se um oxímetro portátil com sensor neonatal adequado e deverá ser interpretado da mesma maneira dos exames realizados intra-hospitalar.

7.3. TESTE AUDITIVO - "TESTE DA ORELHINHA":

O teste é feito, preferencialmente, entre 24h e 48h de vida do bebê e identifica possíveis problemas auditivos no recém-nascido.

Desde 2010 é determinado por lei que nenhuma criança saia da maternidade sem ter feito o teste, que é gratuito. As crianças nascidas fora do ambiente hospitalar devem fazê-lo antes de completarem 3 meses de vida. O Teste da Orelhinha é realizado com o bebê dormindo, em sono natural, é indolor e não machuca, não precisa de picadas ou sangue do bebê, não tem contraindicações e dura em torno de 10 minutos.

O teste deve ser feito nas maternidades. Se não for realizado na maternidade, a criança deverá ser encaminhada para a Unidade Básica de Saúde e, posteriormente, encaminhada à atenção especializada em saúde auditiva para a realização do diagnóstico, exames, concessão do aparelho auditivo, reabilitação e acompanhamento.

7.4. TESTE DA LINGUINHA:

Anquiloglossia é uma anomalia congênita que ocorre quando uma pequena porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento, permanece na face ventral da língua. Dessa forma, a anquiloglossia caracteriza-se por um frênulo lingual anormalmente curto e espesso ou delgado, que pode restringir em diferentes graus os movimentos da língua. A espessura, elasticidade e o local de fixação do frênulo na língua e no assoalho da boca podem variar amplamente na anquiloglossia. Assim, ela pode ser classificada em leve ou parcial (condições mais comuns) e grave ou completa, uma condição rara em que a língua está fundida com o assoalho da boca. A equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista) da Unidade de Saúde deverá realizar a avaliação da mamada e identificar se existe dificuldade na amamentação associada à anquiloglossia.

Recomenda-se a utilização da Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual:

*Aparência da ponta da língua;

*Fixação do frênulo na margem gengival inferior;

*Elevação da língua

7.5. EXAME DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA (TESTE DO PEZINHO):

A triagem biológica neonatal, ou “teste do pezinho” busca identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno para intervenção adequada, de modo a garantir o tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas com as doenças investigadas nesta triagem.

O teste do pezinho é realizado através da coleta de amostra de sangue capilar, obtida por meio de punção com lanceta apropriada, da pele na região calcânea do recém-nascido. A amostra de sangue é depositada em papel-filtro. O período oportuno para a coleta desta amostra é entre o 3º ao 5º dia de vida do RN. Neste período, a criança já pôde ingerir quantidade adequada de proteínas, o que confere maior segurança para analisar o metabolismo da fenilalanina. O período também permite a dosagem adequada de hormônio estimulante da

tireoide (TSH), para detecção de hipotireoidismo congênito. Em caráter de exceção, ou seja, para que não se perca o tempo oportuno para a realização do teste em decorrência de finais de semana e feriados prolongados, é possível realizar a coleta da amostra, após as 48 horas de vida do RN, mas nunca antes.

Durante a coleta do pezinho, é preferível que o RN seja amamentado no seio materno, visto que esta medida pode amenizar o desconforto causado pelo procedimento.

Deve-se principal atenção para a coleta do teste do pezinho em casos de crianças prematuras ou com internação prolongada ao nascimento. É importante questionar se a coleta foi realizada na maternidade. Se não foi, encaminhar para a coleta na unidade de saúde, imediatamente, aguardar o retorno do resultado e anotar no prontuário e na caderneta da criança. Ressalta-se que a prematuridade, o uso de corticoide pela mãe menos de 15 dias antes do parto e a transfusão sanguínea demandam coletas extras.

8. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA:

Há fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento saudável do recém-nascido, por isso é importante que o mesmo seja avaliado com estratificação de risco (baixo, médio e alto). Indicamos que a avaliação inicial com estratificação de risco ocorra na primeira consulta de caso novo de puericultura com enfermeiro e seja repetida em todas as consultas subsequentes até os 2 anos de idade.

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia Materno Infantil, estabelece critérios para garantir o cuidado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer. A identificação dos Recém-nascido (RN) de risco habitual, intermediário e de alto risco ao nascer possibilita oferecer cuidados diferenciados para essas crianças.

O conhecimento do risco da criança proporcionará ao profissional a tomada de decisão quanto à necessidade de maior frequência de consultas e atendimento compartilhado com outros serviços da rede como Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.

CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

***RISCO HABITUAL:**

Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.

- *APGAR > 7 no 5º minuto;
- *Peso ao nascer $\geq 2.500\text{g}$ e $< 4.000\text{g}$;
- * Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas.
- *Triagem neonatal com resultado normal;
- *Vacinação em dia;
- *Adequado crescimento;
- *Adequado desenvolvimento.

*** RISCO INTERMEDIÁRIO**

- *Baixo peso 2.000 a 2.500g;
- *Prematuridade tardia: 35-36 semanas.
- *Criança sem realização de triagem neonatal;
- *Desmame antes do 6º mês de vida;
- *Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou declínio e/ou ca-rências nutricionais; Sobrepeso;
- *Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado;
- * Cárie precoce;

*** FATORES SOCIOFAMILIARES:**

- *Mãe adolescente (menor que 18 anos);
- * Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo;
- *Mãe sem suporte familiar;
- *Chefe da família sem fonte de renda;
- *Mãe com menos de 4 consultas pré-natal;
- *Mãe com antecedente de um filho nascido morto;
- *Mãe com história de exantema durante a gestação;
- *Óbito de irmão menor que 5 anos;
- *Gravidez e ou criança manifestada indesejada;
- *Mãe com depressão pós-parto;

*Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica;

*Pais com dependência de álcool e outras drogas;

*Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;

*Indícios de violência doméstica;

* Recém-nascidos ou crianças abrigadas ou acolhidas.

***ALTO RISCO**

*Peso ao nascer ($\leq 2.000\text{g}$) e $> 4.000\text{ Kg}$;

*Asfixia perinatal e/ou Apgar ≤ 6 no 5º minuto;

* Prematuridade ≤ 34 semanas;

*RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: dependendo da sua etiologia esta pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento;

*Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão;

*Infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;

*Malformações congênitas (doença genética, cromossomopatias) e doenças metabólicas com repercussão clínica;

* Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal.

*Três ou mais internações nos últimos 12 meses;

*Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária; Sinais evidentes de violência;

*Desnutrição grave

*Obesidade;

*Intercorrências repetidas com repercussão clínica.

A equipe de APS, no âmbito da saúde da criança, pode organizar o processo de trabalho com a oferta de uma atenção equânime e integral que depende da estratificação de risco e da presença de vulnerabilidade.

9. CONSULTAS SUBSEQUENTES:

Desde o primeiro atendimento, a família deve ser estimulada a comparecer a todas as consultas e ressaltar a importância do acompanhamento rotineiro de puericultura, para a saúde da criança

9.1 ANAMNESE:

Durante anamnese o profissional deve anotar identificação tanto do paciente quanto do acompanhante da criança na consulta, história familiar e social, antecedentes obstétricos, condições de nascimento, queixas, diário alimentar, hábitos evacuatórios e urinários, descrição de sono, anotar queixas de desenvolvimento ou relacionamento familiar ou escolar e descrever a condição vacinal.

9.2 EXAME FÍSICO:

O profissional deve realizar exame clínico/físico completo, considerar o crescimento e desenvolvimento da criança, embasado no Gráfico de Crescimento e nos Marcos de Desenvolvimento (descritos a seguir, neste capítulo) e observar se a criança apresenta sinais de alerta: recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, bradicardia, taquipnéia, letargia ou inconsciência, atividade reduzida, febre, hipotermia, cianose ou palidez importante, icterícia, gemidos, fontanelas abauladas, secreção purulenta do ouvido, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta, pústulas na pele, irritabilidade ou dor à manipulação e identificar os reflexos principais.

Durante as consultas de puericultura, o profissional deverá realizar as devidas orientações com planos de cuidado e orientar prevenção de acidentes.

9.3 SINAIS VITAIS DA CRIANÇA:

A seguir, estão apresentados os valores de referência para os Sinais Vitais em pediatria, de acordo com a idade:

Quadro 3- Frequência Cardíaca de acordo com a idade:

FREQUÊNCIA CARDÍACA NORMAL	
IDADE	VARIAÇÃO
RN a 1 ano	De 100 a 160bpm
De 1 a 3 anos	De 95 a 150bpm

Quadro 4- Frequência Respiratória de acordo com a idade:

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA NORMAL	
IDADE	VARIAÇÃO
RN a 1 ano	De 30 A 60ipm
De 1 a 3 anos	De 24 a 40ipm

9.4 VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:

A avaliação do crescimento e desenvolvimento são atividades fundamentais para a puericultura e direcionam a conduta a ser adotada.

Em cada consulta, deve-se realizar a coleta dos dados antropométricos da criança: medir comprimento, peso e perímetro cefálico, sendo que este último deve ser medido até 2 anos. Tais dados antropométricos devem ser colocados em curvas de referência de acordo com a idade e sexo. Para fins de lançamento dos dados antropométricos de crianças prematuras nas curvas da Caderneta de Saúde da Criança é recomendável utilizar a idade corrigida do RN pré-termo. Para colocação dos dados nas curvas, considera-se o “nascimento” quando a criança atinge 40 semanas de idade pós-concepcional, após o 2º ano de vida, essa correção não é mais necessária.

Evolução e crescimento do Perímetro Cefálico esperado

1º E 2º MÊS DE VIDA	3º E 4º MÊS DE VIDA	3º E 4º MÊS DE VIDA	3º E 4º MÊS DE VIDA
2cm por mês	1,5cm por mês	0,5cm por mês	0,3cm por mês

Evolução e crescimento

1º SEMESTRE DE VIDA	2º SEMESTRE DE VIDA	1º ANO DE VIDA
15cm	10cm	25cm/ano
2º ANO DE VIDA	3º E 4º ANOS DE VIDA	ATÉ O INÍCIO DA PUBERDADE
10 a 12cm/ano	7cm/ano	5 a 6 cm/ano

A verificação das medidas de peso e altura da criança, em relação à idade, com base no Escore, define as seguintes categorias para o peso:

SOBREPESO	ADEQUADO	BAIXO	MUITO BAIXO
peso nos scores Z acima de +2	peso nos scores $Z \geq -2$ e 2	peso nos scores $Z \geq -3$ e < -2	peso nos scores $Z < -3$

9.5 MARCOS DO DESENVOLVIMENTO:

O acompanhamento do desenvolvimento da criança objetiva sua promoção, proteção e detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida. Os estádios de desenvolvimento cognitivo são sequenciais, a criança vai crescendo e se desenvolvendo de acordo com os estímulos por ela recebidos.

A identificação precoce de problemas (como atraso no desenvolvimento, atraso de fala, dificuldade de interação social, dificuldade de aprendizado) é essencial para o estímulo precoce e propiciar a criança o adequado tratamento.

Para a vigilância do desenvolvimento da criança é importante atentar para a faixa etária e verificar a presença dos marcos do desenvolvimento ou habilidades (P = marco presente, A = marco ausente,

NV = marco não verificado). Ao final de cada faixa etária, a criança deve ter atingido os marcos previstos. Caso ainda não tenha alcançado algum marco da faixa etária dela, analise a faixa etária anterior e verifique se a criança cumpre os marcos da faixa etária anterior. Sempre pergunte aos cuidadores o que eles acham do desenvolvimento da criança e valorize estas informações. As orientações quanto à estimulação adequada a cada faixa etária são muito importantes.

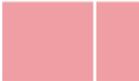
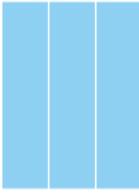
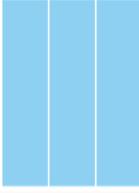
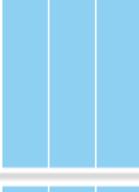
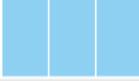
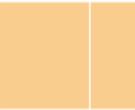
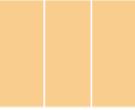
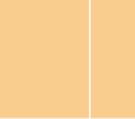


Marcos do Desenvolvimento do nascimento aos 6 meses

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES					
		0	1	2	3	4	5
Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.						
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.						
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.						
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.						
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.						
Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.						
Abre as mãos	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.						
Emite sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa.						
Movimenta os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.						
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir que a mãe o faça.						
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Está deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.						
Emite sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eee, etc), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).						
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.						
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.						
Leva objetos a boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva a boca.						
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.						
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.						

Marcos do Desenvolvimento dos 6 meses a 1 ano e meio

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES															
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17				
Brinca de esconde-achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.																
Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para que a criança segure. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.																
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papá", "dadá", "mamã". Se não o fizer, pergunte a mãe se o faz em casa.																
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para que ela segure e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.																
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça a mãe para estimulá-la.																
Faz pinça	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela o pegue. Observe se ao pegá-lo ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.																
Produz "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.																

Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.	
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja por meio do choro, podendo ser através de palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.	
Coloca blocos na caneca	Coloque três blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, através de demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.	
Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.	
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.	
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.	
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.	
Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.	
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.	

Marcos do Desenvolvimento de 1 ano e meio a 3 anos e meio

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES											
		18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
Tira a roupa	Observe se criança é capaz de remover alguma peça de roupa, tais como: sapatos que exijam esforço para sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considerar informação do acompanhante.	█											
Constrói torre de três cubos	Observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.	█											
Apona 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar duas de um grupo de cinco figuras.	█											
Chuta bola	Observe se a criança chuta a bola sem apoiar-se em objetos.	█											
Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça de roupa tais como: calcinha, cueca, meias, sapatos, casaco, etc.	█											
Constrói torre de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar seis cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.	█											
Frases com 2 palavras	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado que indique uma ação, tais como: "quer água", "quer papai", "chuta bola". Considere a informação do acompanhante.	█											
Pula com ambos os pés	Observe se pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.	█											
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.	█											
Imita o desenho de uma linha	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos 5 cm de comprimento.	█											
Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, tais como: "quem mia?" "quem late?", "quem fala?", "quem galopa?"	█											
Arremessa bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.	█											
Veste uma camiseta	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir sua camiseta e/ou casaco sem botão ou zíper, sem ajuda.	█											
Move o polegar com a mão fechada	Demonstre para a criança e observe se ela é capaz de mover o polegar para cima em sinal de "OK" ou "legal" ou "tudo bem", com uma ou ambas as mãos.	█											
Compreende 2 adjetivos	Verifique se a criança é capaz de compreender dois adjetivos. Pergunte: "O que você faz quando está com fome?", "O que você faz quando está com frio?", "O que você faz quando está cansado?". Verifique se suas respostas são coerentes, tais como: "Eu como", "Eu visto casaco", "Eu vou deitar", etc.	█											
Equilibra-se em cada pé 1 segundo	Após demonstração, verifique se a criança consegue equilibrar-se em um pé só, sem apoiar-se em nenhum objeto, pelo menos um segundo, dando-lhe três tentativas. Repita com o outro pé.	█											

10. PREMATUROS:

Correção da Idade Gestacional:

A idade de todo prematuro deve ser corrigida para o termo, sendo considerado o feto de 40 semanas, por exemplo: um bebê nascido com 35 semanas e com 2 meses de vida – sua idade cronológica é 2 meses, mas sua idade corrigida é de 3 semanas (2 meses = 8 semanas; faltavam 5 semanas para completar 40, restaram 3 semanas). O perímetro cefálico deve ser corrigido até 1 ano e meio. O peso e o DNPM até 2 anos. A altura deve ser corrigida até 3 anos e meio. Estes limites de idade se baseiam na época em que a diferença devido a prematuridade passa a não ter mais importância. Anotar no cartão da criança de acordo com a idade corrigida.

11. IMUNIZAÇÃO:

A Caderneta de Vacinação deve ser verificada sempre que a criança comparecer à unidade de saúde. Quando houver necessidade, deve-se encaminhar para a regularização vacinal.

É direito da criança e adolescente ser vacinada em qualquer Unidade Básica de Saúde, mesmo que fora da área de abrangência de seu endereço. Deste modo, a criança ou adolescente que comparecer a qualquer sala de vacina não deve ser dispensada, sem a devida regularização vacinal.

Quando a criança estiver na sala de vacina, o profissional responsável pelo atendimento deverá ficar atento quanto aos retornos e consultas da puericultura e orientar o responsável. Caso tenha alguma queixa ou dificuldade por parte do responsável pela criança, este deverá ser encaminhado à avaliação da equipe de saúde da unidade.

Todas as maternidades (públicas e particulares) do município realizam a aplicação da 1ª dose da vacina contra a Hepatite B. É importante se atentar a essa informação, observar o registro na caderneta de vacina, e proceder ao registro da dose no sistema.

CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO:

As vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização são direito de todos e estão disponíveis gratuitamente na Rede Municipal de Saúde.

Devido ao fato de as vacinas possuírem inúmeros aspectos técnicos e o calendário vacinal sofrer alterações com certa frequência, optou-se por colocar apenas o link referentes ao calendário vacinal neste documento:

<mailto:https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>

12. PRINCIPAIS ACHADOS NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA:

12.1 ANEMIA:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define anemia como uma hemoglobina (Hb) < 12 g/dL em crianças de 12 a 14 anos, < 11,5 em crianças de 5 a 11 anos e < 11 g/dL em crianças de 6 meses a 5 anos.

A anemia por deficiência de ferro é a mais comum do mundo e pode instalar-se em qualquer indivíduo que não receba os nutrientes adequados na dieta. Pode ser causada também por dificuldades na absorção, devido carência nutricional e parasitoses intestinais.

Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro heme (origem animal, sendo mais bem absorvido) e ferro não heme (encontrado nos vegetais). São alimentos fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. São alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha.

Como o ferro não heme possui baixa biodisponibilidade, recomenda-se a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (como: laranja, acerola, limão e caju), os ricos em vitamina A, disponível em frutas (como: mamão e manga) e as hortaliças (como: abóbora e cenoura).

Principais sinais e sintomas: palidez (palmar, conjuntiva ocular e oral), dificuldade de concentração/memorização, irritabilidade e alteração do apetite. Inspeção a palma da mão da criança mantendo-a aberta, caso a observe pálida, a criança será identificada por palidez palmar leve, se for grande a intensidade que pareça branca, a palidez palmar será considerada grave.

Associe a cor da palma da mão da criança com a cor da palma da mão de sua mãe ou de uma pessoa da mesma raça.

Em lactentes, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento de anemia com hemograma no primeiro ano de vida, de acordo com o Programa Nacional de Suplementação

de Ferro. Os órgãos internacionais propõem que não há evidências sólidas para recomendação de rastreamento de anemia por deficiência de ferro em crianças. Este protocolo sugere que o hemograma pode ser solicitado e/ou avaliado por médico ou enfermeiro, para crianças de risco conforme quadro abaixo.

RISCO	SOLICITAR HEMOGRAMA	COLETAR HEMOGRAMA	AVALIAR HEMOGRAMA
Crianças que não receberam suplementação de ferro adequadamente	10 meses	11 meses	12 meses
Prematuros saudáveis e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG)	12 meses	15 meses	16 meses
Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, ferro-penia materna grave durante a gestação (Hb < 8), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas)	6 meses	7 meses	8 meses
	12 meses	15 meses	16 meses
Vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente), baixa ingestão de frutas e verduras, infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos)	20 meses	23 meses	24 meses

A avaliação clínica não é suficiente para detecção de casos precocemente, uma vez que os sinais clínicos se tornam visíveis apenas depois da condição instalada ou quadro de deficiência já intenso, com consequências graves e de longa duração. Assim, o diagnóstico precoce é fundamental para a aplicação de tratamentos eficazes. Os exames laboratoriais de rotina para diagnóstico e para a profilaxia da anemia são preferencialmente o hemograma completo (com parâmetros hematimétricos), contagem de reticulócitos e ferritina.

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, por apresentar forte correlação com o ferro armazenado nos tecidos. Entretanto, a concentração de ferritina é influenciada pela presença de doenças hepáticas e processos infecciosos e inflamatórios, devendo ser interpretada com cautela.

A contagem dos reticulócitos se relaciona à eritropoiese, uma vez que o volume de hemoglobina presente nos reticulócitos representa o volume de ferro disponível para a eritropoiese e é um indicador precoce da anemia ferropriva e déficit de hemoglobinização.

Em casos de necessidade, para diagnóstico diferencial ou naqueles não resolvidos com o tratamento habitual, outras provas de avaliação podem ser realizadas, como a dosagem do ferro sérico, transferrina, zincoprotoporfirina eritrocitária, capacidade total de ligação do ferro, entre outros. No entanto, estes exames detectam apenas a fase de deficiência de ferro e não a de depleção.

Uma vez realizado o diagnóstico da anemia ferropriva, o tratamento deve ser estabelecido de forma correta e emergencial, com o melhor sal disponível, com controle adequado e pelo tempo necessário. Medidas de avaliação de hemograma associado ao PCR (para descartar infecção e inflamação) e da ferritina, são propostos como exames iniciais.

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.

Investigação/tratamento de anemia ferropriva na consulta de enfermagem:

- Palidez palmar leve e/ou Hb de 10 a 11g/dl:

- Realizar orientação nutricional para o consumo de alimentos fonte;
- Reposição de ferro - por via oral - com dose terapêutica de 3 a 6mg/kg/dia de ferro elementar para crianças, fracionado ou em dose única, por seis meses ou até reposição dos estoques corporais confirmados pela normalização da Hb, VCM, HCM, ferro sérico, saturação da transferrina e ferritina sérica.

A efetividade do tratamento deve ser checada com hemograma e reticulócitos após 30 a 45 dias do início do tratamento, quando se espera que exista melhora dos níveis de reticulócitos e aumento da Hb em pelo menos 1,0 g/dL.

- Palidez palmar grave e/ou Hb<8g/dl:

- Encaminhar para consulta médica.

12.2. ACHADOS DE PELE:

12.2.1 ESCABIOSE:

É uma doença dermatológica e altamente infecciosa, cujo agente etiológico é o *Sarcoptes scabiei*.

O macho se aloja nos folículos pilosos e, sem penetrar na epiderme, fecunda a fêmea e morre. A fêmea fecundada penetra na camada córnea, cava um túnel de trajeto linear ou sinuoso, onde, a partir do segundo dia deposita os ovos (em média três por dia) e morre 10 dias após. Cerca de três a quatro dias após a postura, os ovos eclodem, liberam as larvas, que retornam à superfície da pele para se alojar nos folículos pilosos e completar seu ciclo evolutivo.

O número de fêmeas durante a infestação é em média 12 no adulto e 20 na criança, resultando nesse número de túneis ou galerias.

A transmissão acontece através do contato interpessoal prolongado ou com roupas e objetos contaminados de uso recente. A escabiose ou “sarna” humana não é transmitida por cães e gatos.

As manifestações clínicas mais comuns são:

- Pruridos que são mais intensos no período noturno.
- Lesões cutâneas eritematosas, polimorfas, micropápulas e vésico-pápulas, a maioria com pequenas crostas no alto e são mais comuns entre os dedos das mãos e através das mãos e podem se estender para punhos (face anterior), coxas, região periumbilical, nádegas, axilas, cotovelo e couro cabeludo. O dorso e a cabeça são poupados.

Imunodeprimidos e pacientes com síndrome de Down podem apresentar lesões mais exuberantes, com crostas disseminadas e hiperkeratose devido ao grande número de ácaros (sarna norueguesa).

Lactentes apresentam quadro atípico, com vesículas em face, pescoço, palmas e plantas. As lesões nodulares ocorrem em áreas cobertas do corpo, como axilas, regiões inguinais, pênis e bolsa escrotal.

O diagnóstico geralmente é clínico, pela visualização das lesões.

*** Cuidados:**

- *Manter precaução até 24 horas após o tratamento.
- *Lavar roupas e objetos pessoais em temperatura mínima de 55°C.
- *Tratar pessoa infectada e contatos ao mesmo tempo.

*** Tratamento:**

*Via tópica – Loção cremosa de permetrina 5%- indicado a partir dos dois meses de idade.

O produto deve ser aplicado na pele limpa, seca e fria. Se o paciente tiver tomado um banho quente antes do tratamento, deve-se aguardar que a pele se resfrie antes de aplicar o produto. Massageie o produto na pele, desde a cabeça até a sola dos pés prestando-se atenção especial entre os dedos das mãos e dos pés, sob as unhas das mãos e dos pés, pulsos, axilas, nádegas e parte externa do órgão genital. Não aplicar sobre membranas mucosas, ou próximo dos olhos. Após a aplicação, roupas limpas devem ser vestidas.

O produto deve ser removido, através de lavagem com água depois de 8 a 14 horas. Bebês devem ter o couro cabeludo, nuca e têmporas tratadas. Orientar o cuidador a não passar a medicação nas mãos dos bebês para evitar o risco de colocarem a medicação na boca e nos olhos.

Os pacientes podem apresentar prurido persistente após o tratamento. Isto raramente é sinal de falha no tratamento e não é uma indicação para a reaplicação do produto.

*Via oral: Ivermectina - 0,2mg/kg (crianças acima de 15 kg e/ou >5 anos)

Formulação de Ivermectina cp 6mg:

Peso entre 15 a 24 kg – ½ comprimido dose única

Peso entre 25 a 35 kg – 1 comprimido dose única

Peso entre 36 a 50 kg – 1 ½ comprimido dose.

A ivermectina está indicada para quadros mais intensos e para a sarna norueguesa.

O tratamento, tópico ou sistêmico, deverá ser repetido após sete dias. Anti-histamínicos por via oral e corticoides tópicos melhoram a reação granulomatosa e o prurido que persistem depois do tratamento. Caso haja infecção secundária, indicar antibioticoterapia tópica ou sistêmica.

Para crianças menores de 2 meses, o medicamento de escolha é o enxofre a 6%, em vaselina ou creme (sob manipulação).

12.2.2. PEDICULOSE:

É a infestação por parasitas (piolhos) que acomete a cabeça (*Pediculus humanus capitis*), o corpo (*Pediculus humanus corporis*), ou a área genital (*Phthirus pubis*), sendo a pediculose da cabeça a mais comum na infância.

Afeta todos os grupos socioeconômicos, predomina em meninas, mas não é influenciada pelo comprimento dos cabelos ou por lavagens e escovações.

A transmissão é pelo contato direto com cabelos de pessoas infestadas (“cabeça com cabeça”) e, com menor frequência, com roupas, acessórios de cabelo, chapéus e outros objetos de uso pessoal.

O parasita vive em média quatro a seis semanas e a sua fêmea põe até 140 ovos (lêndeas) que aderem firmemente aos fios, a cerca de 4mm do couro cabeludo. Em torno de sete a nove dias os ovos eclodem, tornam-se maduros em uma semana e perfuram o couro cabeludo para sugar o sangue várias vezes ao dia.

As crianças em fase escolar são as mais sujeitas a infestações e se não forem tratadas, podem apresentar prejuízo no desempenho escolar e na saúde (coceira, noites mal dormidas) e, em casos mais graves, a anemia provocada pelo parasita.

O diagnóstico é feito pela visualização de piolhos adultos no couro cabeludo ou lêndeas nos fios. Lêndeas mortas não indicam infestação ativa.

Tratamento:

São utilizados os mesmos medicamentos usados na escabiose, porém a Permetrina emulsão ou loção 1% é o suficiente para tratamento tópico (couro cabeludo). Pode ser utilizada a partir dos dois meses de idade e com segurança na gestação. Lavar os cabelos com shampoo, sem condicionador e secar com uma toalha. Aplicar o produto nos cabelos quase secos e em todo o couro cabeludo, inclusive na nuca e atrás das orelhas. Deixar agir por 10 minutos e enxaguar com água morna. Não lavar o cabelo pelas próximas 24 a 48 h após a aplicação do produto. O mesmo tratamento deve ser repetido no nono dia, porque nenhum tratamento é 100% ovicida. Deve-se fazer a retirada manual das lêndeas, com pente fino, a cada 2 a 3 dias, até a sua completa remoção. Esse processo pode ser realizado no cabelo úmido com auxílio de vinagre diluído em água ou em condicionador.

O tratamento sistêmico com ivermectina (200 µg/Kg em dose única) é reservado para os casos sem resposta ao tratamento tópico.

Além de tratar a criança parasitada, o tratamento farmacológico deve ser estendido a familiares e comunicantes e complementado com outras ações:

1. Lavar com água quente (acima de 50°C) as roupas e utensílios pessoais de tecido usados nas últimas 48 horas e secar em máquinas nas configurações mais altas de calor;
2. Pentear o cabelo molhado com pente fino.

Prevenção:

- Evitar o compartilhamento de roupas, toalhas, acessórios de cabelo, chapéus e outros objetos de uso pessoal.
- Evitar contato direto com cabelos de pessoas infestadas (“cabeça com cabeça”);
- Manter pentes e escovas de cabelos contaminados submersos em água quente por 10 minutos para matar os piolhos presentes nesses utensílios.

12.2.3. DERMATITE DE FRALDAS:

Acomete a região da pele da criança que tem contato com as fraldas. O ambiente oclusivo da área de fralda favorece a interação complexa de fatores potencialmente prejudiciais à pele. São fatores que violam a integridade da pele:

- *Hidratação excessiva;
- *Atrito;
- *Exposição frequente e prolongada a urina e fezes;
- *Aumento do pH- que determina maior atividade das enzimas fecais e maior permeabilidade da pele.
- *Alterações na microbiota.

Os três tipos mais comuns de dermatite da área das fraldas são a dermatite por atrito, dermatite de contato por irritante primário e a candidíase perineal.

- **Dermatite por atrito ou friccional:**

É a forma clínica mais prevalente e afeta a maioria dos bebês em algum momento do uso das fraldas. Acomete as áreas de maior fricção: superfície interna das coxas, genitália, nádegas e abdômen. As lesões são eritemato-descamativas e aumentam e diminuem rapidamente.

- **Dermatite de contato por irritante primário:**

O contato com enzimas proteolíticas das fezes, irritantes químicos dos sabonetes e lenços umedecidos, detergentes e outras substâncias tóxicas, associados à umidade e ao calor excessivo do local, são fatores desencadeantes.

A manifestação clínica pode ser leve com eritema localizado, moderada, com eritema mais intenso e pápulas, e grave, com intenso eritema, maceração, pápulas, pústulas e exulcerações (Dermatite de Jacquet).

São medidas preventivas para dermatite de fraldas:

- *Troca frequente das fraldas;
- * Limpeza da área da fralda deve ser suave com algodão e água e não esfregar para evitar atrito;
- *Limpeza suave usando produtos formulados adequadamente para pele infantil durante o banho;
- *Uso de lenços umedecidos com pH fisiológico;
- *Exposição da pele ao ar;
- *Uso profilático de cremes de barreira para proteger a pele.
- * Não remover toda a camada de creme de barreira se não houver resíduos
- *Corticosteroides e nistatina não devem ser utilizados como prevenção.

Tratamento:

O manejo da dermatite de fraldas é direcionado à manutenção da área limpa e seca e à limitação da irritação e maceração.

- *Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;
- *Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
- * Uso de fraldas superabsorventes;
- * O uso de produtos com medicamentos na sua composição, só devem ser utilizados se infecção confirmada clínica ou laboratorialmente.

*Quando o processo inflamatório é importante, pode estar indicado o uso de corticóides tópicos de baixa potência, por um período curto de tempo, uma vez que a absorção do medicamento é bastante aumentada pela oclusão e hidratação proporcionadas pela fralda.

*Como a desidratação da área das fraldas é rápida, ou seja, 5 minutos após a retirada das mesmas o grau de hidratação da pele já atinge os valores normais, deve-se aguardar algum tempo antes da colocação da fralda seca a fim de diminuir a hiperhidratação acumulativa entre as trocas.

* Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

- **Candidíase:**

Trata-se de infecção fúngica que acomete a área de fralda, principalmente nos menores de 12 meses da vida. Apresenta eritema intenso, bem delimitado, com pápulas ou vesículas satélites. Pode ser candidíase primária ou secundária quando complicar uma dermatite de fraldas por irritante (candidíase secundária).

A cavidade oral deve ser examinada quando existem lesões no períneo e a presença de lesões esbranquiçadas na mucosa oral confirmam o diagnóstico de candidíase.

O tratamento consiste:

- Uso de nistatina ou miconazol creme,
- Limpeza suave e frequente.
- Se existirem lesões na cavidade oral deve-se associar a nistatina solução oral.

- **Dermatite de contato alérgica:**

Apesar de não ser considerada uma causa comum de dermatite de fraldas, sua incidência vem aumentando. É desencadeada pelo contato com produtos das fraldas descartáveis (aditivos de borracha, resina adesiva) e substâncias químicas (especialmente fragrâncias e conservantes) presentes em emolientes, pomadas e lenços umedecidos.

Uma vez que a substância é identificada e removida do uso, as lesões podem persistir por 2 a 4 semanas após a sua descontinuação.

Tratamento:

- * Corticosteroides tópicos de baixa potência por 3 a 5 dias.
- * **Sinais de alerta que indicam investigar e/ou procurar atendimento médico:**
 - A dermatite não está melhorando mesmo após os cuidados descritos;
 - Presença de vesículas, bolhas, descamação ou exulceração;
 - Hematomas ou evidências de sangramento na área;

- Sintomas sistêmicos: febre, perda de peso, prostração e dor;
- A erupção acomete outras regiões do corpo.

12.2.4. Miliária (brotoeja):

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, apresenta-se devido ao calor excessivo e umidade ou a substâncias que podem obstruir os poros, tais como cremes, talcos ou óleos.

Orientações de cuidados:

- *Usar roupas leves;
- *Lavar as roupas novas antes de usá-las e evitar amaciantes, talcos, cremes e perfume;
- *Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes com ph fisiológico (4,2-5,6);
- *Orientar que se evite o contato de barba com a pele da criança;
- *Retornar a unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

12.3 ACHADOS GASTROINTESTINAIS:

10.3.1. CONSTIPAÇÃO:

As manifestações clínicas variam com a idade da criança. As características das fezes podem apresentar diferenças entre elas. Enquanto algumas evacuam fezes em cíbalas (“bolinhas duras” como fezes de cabrito) e com dificuldade, outras evacuam fezes volumosas a cada 5 a 7 dias.

Recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo podem ter um longo período (até 10 dias) sem evacuações, uma vez que o seu intestino está se adaptando ao novo alimento (leite materno) e desenvolvendo o peristaltismo. Já em lactentes, após o desmame ou a transição para a alimentação complementar, pode-se observar a eliminação, com dor ou dificuldade, de fezes ressecadas não muito volumosas. É importante saber que, em lactentes em aleitamento natural exclusivo, não devem receber tratamento para constipação, pois uma situação fisiológica ocorre quando eliminam fezes amolecidas e volumosas sem dificuldade/dor em intervalo de tempo maiores.

Cuidados para crianças acima de 6 meses:

- *Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã, farináceos);
- *Oferecer alimentos ricos em fibras (verduras, mamão, laranja, ameixa);
- *Aumentar a ingestão hídrica;

*Orientar exercícios físicos e massagem abdominal.

12.4 DIARREIA

Situação caracterizada pela perda de água e eletrólitos e consequente aumento do volume e da frequência das evacuações e, na diminuição da consistência das fezes, apresenta, em algumas vezes, muco e sangue (disenteria).

Avaliar a criança de acordo com os critérios abaixo para classificação do PLANO DE ATENDIMENTO:

OBSERVE	A	B	C
Estado Geral	Bem, alerta	Irritado, inquieto	Comatoso, hipotônico
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normalmente sem sede	Sedento, bebe rápido	Bebe mal, não é capaz de beber
EXPLORE			
Sinal de prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais que 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente
DECIDA	Sem sinais de desidratação	Sem sinais de desidratação	Sem sinais de desidratação
TRATE	USE PLANO A	USE PLANO B	USE PLANO C

Plano A (hidratação em domicílio)

Orientar pais ou responsáveis a: Dar mais líquido do que o habitual em casa, para prevenir a desidratação. A criança deve tomar líquidos caseiros (água, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica. Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição. Continuar o aleitamento materno. Se a criança não mamar na mãe, continuar com o leite habitual. Levar ao serviço de saúde, se a criança não melhorar em 7 dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo:

- *piora da diarreia;
- *recusa de alimentos;
- *vômitos repetidos;
- *febre;

*muita sede;

*sangue nas fezes.

Terapia de reidratação oral (Prescrição médico/enfermeiro):

IDADE	QUANTIDADE DE SRO APÓS EVACUAÇÃO DIARRÉICA	QUANTIDADE DE SRO PARA LEVAR PARA O DOMICÍLIO
menores de 1 ano	50 a 100ml	1 envelope por dia
1 a 10 anos	100 a 200 ml	2 envelopes por dia
maiores de 10 anos	Tudo que quiser	4 envelopes por dia

Plano B (reidratação na Unidade de Saúde)

Sempre que possível, pesar a criança e seguir os seguintes passos:

*Administrar Sais de Reidratação Oral (SRO). A quantidade de solução ingerida dependerá da sede da criança. O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. A orientação inicial é que a criança deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas.– Observar o paciente na unidade durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral.

*Durante a reidratação, reavaliar o paciente. Usar os sinais supracitados para avaliação do estado de hidratação da criança. Se não apresentar sinais de desidratação, retorne ao Plano A. Caso continue desidratada, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar. Se a criança evoluir para desidratação com choque, passar para o Plano C (a seguir).

*Aproveitar a permanência do responsável no serviço de saúde para ensinar a: reconhecer os sinais de desidratação; preparar e administrar o SRO; praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar.

*As crianças que estiverem em estado de desidratação deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa. Encaminhar para Unidade de Pronto Atendimento na proximidade de fechamento da Unidade Básica para continuidade do tratamento da criança.

Plano C (reidratação intravenosa na Unidade de Saúde)

Pesar a criança e solicitar avaliação médica de urgência para iniciar terapia intravenosa que também deve ser iniciada se a criança não tolerar ingestão de SRO. O médico deverá

prescrever Soro Fisiológico 0,9% 20ml/Kg em 2h e referenciar para Unidade de Pronto Atendimento.

12.5 CÓLICA DO RECÉM- NASCIDO/ LACTENTE:

A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e regride por si mesmo, antes do sexto mês de vida. Traduz em choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatos, abdome rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem duração de 3 horas, por pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida. Orientar:

- *Reduzir estímulos sonoros e luminosos;
- *Colo dos pais por período mais prolongado;
- *Abraço/contenção/enrolamento;
- *Massagem abdominal;
- *Correções de postura durante a amamentação que reduzem a aerofagia;
- *Decúbito ventral supervisionado;
- *Compressa abdominal morna;
- *Banho morno (balde) para promover relaxamento.

12.6 MONILÍASE ORAL:

É causada pelo fungo *Candida Albicans*, naturalmente presente na boca. Seu aumento leva ao desenvolvimento da candidíase oral, que se caracteriza pelo aparecimento de placas brancas com aspecto grumoso, exsudativas, viscosa, sobre a língua, a mucosa oral, o palato e outras superfícies da cavidade oral.

A candidíase oral acomete adultos e crianças e também pode ser conhecida por “sapinhos”. Como consequência, podem surgir a esofagite e suas complicações, como a disfagia, dificuldades com a alimentação da criança e odinofagia.

O tratamento recomendado é 1,0 ml de Nistatina Suspensão Oral 100.000UI/ ML que pode ser prescrito por médico ou enfermeiro. O uso é diário, sendo aplicado 4 vezes ao dia (6/6h), na mucosa oral por no mínimo sete dias, podendo se estender até no máximo por 14 dias.

Deve-se realizar antes a higiene oral com água bicarbonatada (1 xícara de chá com água fervida e já fria e 1 colher de chá de bicarbonato de sódio, aguardar 10 minutos e, então, aplicar a solução de nistatina, metade em cada região da mucosa oral.

O tratamento deve ser mantido por 48 horas após o desaparecimento dos sintomas.

Pode ser utilizada em crianças de qualquer idade.

Orientações de cuidados:

*Remover, quando possível, bicos de mamadeiras, chupetas, mordedores e outros. Caso não seja possível suspende-los ou lavá-los com água e sabão e ferver por 15 minutos;

*Evitar beijar a criança próximo aos lábios;

*Lavar sempre as mãos antes e após contato com a criança, antes e após higienizar as mamas.

*Tratar mãe;

*Agendar retorno após 2 dias.

12.7 GRANULOMA UMBILICAL:

É uma causa comum de atraso na cicatrização da ferida umbilical.

O umbigo costuma cair ao redor de sete dias e deixar em seu lugar uma ferida. No começo pode exsudar um pouco, mas logo seca e epitelize, ao mesmo tempo em que “afunda” pela retração progressiva dos cordões fibrosos dos vasos fetais. Entre o 12º e o 15º dia já se acha constituído, seco e com sua forma característica.

O granuloma trata-se de uma formação de cor vermelho vivo, por vezes branca, situada no fundo da fossa umbilical, de tamanho variável. Produz secreção serosa que pode infectar. Mantém presente uma umidade local, podendo ser causa de queixa materna em relação a um umbigo úmido. Podemos aguardar o período neonatal (28 dias) para sua resolução espontânea.

Caso persista além desse período, o tratamento com nitrato de prata está indicado.

Tratamento: Aplicar o bastão ou solução de nitrato de prata a 10% no fundo da lesão duas vezes ao dia até a cicatrização. O procedimento deve ser realizado pelo médico.

12.8 HÉRNIA UMBILICAL:

A hérnia umbilical é um achado frequente no lactente. Geralmente está ausente ao nascer, vindo a aparecer somente entre o primeiro e o segundo mês de vida. Costuma aumentar

de tamanho antes de desaparecer espontaneamente por volta do 4º mês. Como não há risco de complicações, a cirurgia corretiva só é feita após o 3º ou 4º ano de vida, por motivos puramente estéticos. O uso de cintos, faixas, moedas e botões não tem nenhuma indicação, já que não modifica a evolução natural da hérnia.

12.9 ACHADOS EM VIA AÉREA SUPERIOR:

12.9.1 TOSSE:

As crianças comumente apresentam episódios de tosse no decorrer de seu crescimento e desenvolvimento. A tosse isolada e inespecífica e as possíveis causas da mesma, na maioria das vezes, são diferentes em crianças. Ela é um reflexo fisiológico importante, ajuda a expulsar secreções e partículas

aspiradas pelas vias aéreas. Apesar do amplo diagnóstico diferencial para tosse em crianças, são imprescindíveis a identificação da causa e o tratamento adequado.

Avaliar sinais e sintomas de perigo:

- 1- Febre > 38°C
- 2- História pregressa de asma ou “bronquite”
- 3- Frequência respiratória elevada *

Informe à mãe sobre quando retornar imediatamente: qualquer sinal geral de perigo, piora do estado geral, aparecimento ou piora da febre ou dificuldade para respirar e respiração rápida.

- Se estiver tossindo há mais de 3 semanas é necessária avaliação médica.
- Em < 6 meses: aumentar a oferta de Leite materno
- Em > 6 meses: aumentar a oferta de líquidos
- Seguimento em 5 dias se não melhorar.

12.9.2 OBSTRUÇÃO NASAL:

Recomenda-se o uso de SF0,9% para lavagem nasal. Enfermeiros podem prescrever soro fisiológico 0,9%, 2 a 5 ml em cada narina em >1 ano, antes de cada mamada ou sempre que necessário.

Em bebês menores de 1 ano, utilizar soro fisiológico 0,9%, duas gotas em cada narina, sempre que necessário.

13. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTA À SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A transmissão vertical da espiroqueta do *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, pode acontecer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna, e pode resultar em consequências à saúde do conceito, com um amplo espectro de manifestações clínicas, além de prematuridade, aborto, natimorto.

Pela gravidade das consequências desta infecção, e o impacto na saúde pública, o acompanhamento de crianças com sífilis congênita ou expostas à sífilis demandam acompanhamento próximo.

Toda Criança identificada com sífilis congênita deve ser acompanhada com prioridade pela equipe de Atenção Primária, além do acompanhamento na Pediatria de alto risco. Deve realizar puericultura mensal, verificado as coletas de sangue para o VDRL e administração das doses de penicilina, se prescritas pelo médico.

14. SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM CRIANÇAS ASSINTOMÁTICAS:

14.1 HEMOGRAMA:

Não há, até o momento, estudos sobre um delineamento adequado para avaliar o impacto (a eficácia ou a efetividade) do rastreamento de anemia em crianças assintomáticas. Existem apenas estudos que associam a anemia a desfechos morbidos. Diante disso, não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação de ferro para a prevenção.

Recomenda-se o rastreamento sistemático para anemia apenas para crianças de risco, conforme está descrito no quadro abaixo:

Classificação das crianças conforme a idade, a presença de fatores de risco para anemia e a conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento

CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
GRUPO 1 (COM MENOS DE 12 MESES)	
A. Crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	A. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro.	B. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
C. Prematuros saudáveis e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG).	C. 2mg/kg/dia após 1 mês de vida por 2 meses. Depois, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Solicite hemograma aos 15 meses.
D. Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, ferropenia materna grave durante a gestação (Hb < 8), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas).	D. 2 a 4mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se o resultado do exame for normal, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Se houver anemia, mantenha a dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia deve ser feita aos 15 meses.
Grupo 2 (de risco para maiores de 24 meses)	
Dieta pobre em ferro: vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente) e baixa ingestão de frutas e verduras. Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos).	Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos).

14.2 EXAMES DE FEZES E EXAMES DE URINA (URINA I):

Não há documentação científica que comprove que a realização rotineira dos citados exames em crianças assintomáticas tenha qualquer impacto em sua saúde.

O profissional de saúde deve estar atento para manifestações inespecíficas em crianças pequenas, tais como febre, irritabilidade, vômitos, diarreia e desaceleração do crescimento pôndero-estatural, que podem estar relacionadas à infecção urinária.

O exame parasitológico de fezes pode ser realizado em crianças que vivam em áreas de maior prevalência de parasitoses intestinais. De qualquer modo, devem ser estimuladas medidas preventivas contra verminoses (como uso de calçados, lavagem e/ou cocção adequada dos alimentos, lavagem das mãos antes das refeições, manutenção de unhas curtas e limpas, boa higiene pessoal e proteção dos alimentos contra poeira e insetos).

14.3 PERFIL LIPÍDICO:

Recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) de crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl. O rastreamento deve ser realizado a partir dos 2 anos de idade, a cada 3 a 5 anos.

15. PROFILAXIA MEDICAMENTOSA:

15.1 SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO:

A anemia por deficiência de ferro é a mais comum das carências nutricionais, com maior prevalência em crianças, principalmente nos países em desenvolvimento. Aquelas com idade entre 6-24 meses apresentam risco duas vezes maior para desenvolver a doença do que aquelas entre 25-60 meses.

Após o nascimento, observa-se uma fase de elevada velocidade de crescimento, e, em uma criança a termo, as reservas adquiridas durante a gestação serão utilizadas durante os primeiros 4 a 6 meses de vida. O leite materno possui pequena quantidade de ferro, mas de alta biodisponibilidade, com uma utilização elevada quando na ausência de outros fatores dietéticos, não sendo necessária a suplementação de ferro durante o aleitamento materno exclusivo. Após

o esgotamento da reserva, o organismo depende do ferro exógeno (dietético) para evitar o aparecimento de anemia.

As carnes e alguns órgãos, como o fígado, apresentam alta densidade e biodisponibilidade de ferro. Alguns vegetais também apresentam quantidades razoáveis de ferro, porém sua biodisponibilidade é menor.

Os elevados requerimentos fisiológicos de ferro na primeira infância tornam a criança especialmente vulnerável à anemia por deficiência de ferro durante os dois primeiros anos de vida. Neste sentido, atenção especial deve ser dada ao período de amamentação e à posterior fase de introdução de alimentos complementares, quando deverá ocorrer a introdução oportuna, correta e apropriada dos alimentos ricos em ferro e em outros micronutrientes igualmente necessários ao crescimento e ao desenvolvimento adequado da criança.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, a política de fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional constituem o conjunto de estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia por deficiência de ferro no País.

Recomendações quanto a suplementação de ferro:

Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes SEM fator de risco.

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 180 dias de vida até o 24º mês de vida

. Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes com fator de risco.

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, independentemente do tipo de alimentação	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2.500 g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros com peso superior a 1.500 g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1.000 g	4 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros que receberam mais de 100 mL de concentrado de hemácias durante a internação	Devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente

Os principais fatores de risco de anemia ferropriva para crianças e adolescentes são:

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.

. Aumento da demanda metabólica:

- Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500g);
- 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 baixo teor de ferro ou quantidade insuficiente;
- 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 gastrointestinal (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).

A suplementação profilática com ferro pode ocasionar o surgimento de efeitos colaterais em função do uso prolongado. Os principais efeitos são: vômitos, diarreia e constipação intestinal. É fundamental que as famílias sejam orientadas quanto à importância da suplementação, bem como sejam informadas sobre a dosagem, periodicidade, efeitos, tempo de intervenção e formas de conservação, para que a adesão seja efetiva, garantindo a continuidade e o impacto positivo na diminuição do risco da deficiência em ferro e de anemia entre crianças.

15.2 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D:

A deficiência de vitamina D é um dos distúrbios nutricionais mais frequentes em todo o mundo, estimando-se que 1 bilhão de pessoas sofram de insuficiência ou deficiência dessa vitamina. A vitamina D está envolvida na regulação de mais de 1.000 genes, o que sugere que possa ter um papel em muitos outros processos fisiológicos. Estudos epidemiológicos apontam para ações extra esqueléticas da vitamina D, sugerindo que sua deficiência possa se associar a diabetes mellitus tipo 1, asma, dermatite atópica, alergia alimentar, doença inflamatória intestinal, artrite reumatoide, doença cardiovascular, esquizofrenia, depressão e variadas neoplasias (mama, próstata, pâncreas, cólon).

Por ausência de consenso na literatura em relação à exposição solar segura e necessária para se atingir concentrações séricas adequadas de vitamina D em lactentes, a suplementação medicamentosa profilática é sempre recomendada, sendo:

- Para recém-nascidos a termo- suplementação medicamentosa profilática de 400 UI de vitamina D/dia (2 gotas), a partir da primeira semana de vida até os 12 meses,

e de 600 UI/dia (3 gotas) dos 12 aos 24 meses, inclusive para lactentes em aleitamento materno exclusivo, independentemente da região do país;

- Para recém-nascidos pré-termo, recomenda-se suplementação profilática oral de vitamina D (400 UI/dia), que deve ser iniciada quando o peso for superior a 1500 g e houver tolerância plena à nutrição enteral;

IDADE	RECOMENDAÇÃO
0 a 12 meses	400UI/dia
12 a 24 meses	600UI/dia

16. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:

16.1 ALEITAMENTO MATERNO:

O leite materno é um alimento completo e é recomendado para as crianças até os 2 anos de idade ou mais. Até os 6 meses de idade, deve ser o único alimento, sem a oferta de nenhum outro alimento, como água, chás e sucos.

Apesar de a amamentação ser a forma natural de as mulheres alimentarem as crianças pequenas, é necessário tempo para a mulher e a família se adaptarem às rotinas e aos cuidados com o novo bebê. Cada experiência de amamentação é única, diferente para cada filho e para cada mulher. Amamentar nem sempre é fácil, principalmente nos primeiros dias após o nascimento e para as mães de primeira viagem. Exige paciência, informação e apoio.

As vantagens do aleitamento materno são:

- **Nutricionais:** é um alimento fisiologicamente perfeito para o bebê; a maioria das mulheres produz leite em quantidade e qualidade adequada às necessidades do seu bebê (o leite de mães de prematuros é diferente daquelas de bebês de termo). Colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição energético-proteica e conseqüentemente a mortalidade infantil
- **Imunológicas:** protege a criança contra infecções, principalmente do aparelho digestivo, pois retarda a exposição da criança a possíveis contaminações alimentares em ambientes desfavoráveis. Diminui também a probabilidade de processos alérgicos decorrentes da exposição precoce às proteínas do leite de vaca;

- Psicológicas: estabelece relação afetiva mãe-filho positiva;
- Econômicas: representa economia real (em compra de leite em pó, esterilização da água e utensílios pela fervura, gasto com gás de cozinha, etc.);
- Planejamento Familiar: ajuda no espaçamento de nova gravidez, mas é falho em alguns casos após os 2 meses, de modo que é preciso orientar a mãe para usar outros métodos contraceptivos.

Além do conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno, as mulheres devem ser orientadas sobre técnicas de amamentação durante o pré-natal, durante a hospitalização do parto e assim que chegarem da maternidade.

Amamentar não deve doer se a pega e posição estiverem adequadas.

ORIENTAÇÕES SOBRE POSIÇÕES PARA AMAMENTAR:

Existem diversas posições para a mulher amamentar: pode ser sentada, recostada, deitada ou em qualquer outra posição que seja agradável, familiar e mais adequada para a mulher e para o bebê no momento

SINAIS DE “BOA PEGA”:

- Mão em forma de “C” e não em tesoura;
- A boca está bem aberta;
- O lábio inferior voltado para fora;
- O queixo toca o seio;
- Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo;
- Pega toda a aréola, não apenas o mamilo.

Importante:

- Dar tempo suficiente para o bebê sugar em uma mama antes de passar para a outra, caso a criança deseje continuar mamando.
- Amamentar sempre que a criança pedir (em livre demanda).
- Não usar chupetas e mamadeiras:

Sugar em uma mamadeira pode confundir a criança, pois a maneira que ela suga o peito é diferente da forma de sugar a mamadeira, independentemente do seu tipo de bico. Sugar a mamadeira é mais fácil, a criança faz menos esforço e, se ela tentar sugar o peito da mesma

maneira que ela suga a mamadeira, o leite pode não sair tão facilmente, e isso pode frustrá-la e levá-la, inclusive, a recusar o peito.

A criança que usa chupeta também tende a mamar menos tempo no peito. Qualquer tipo de chupeta pode causar deformações na boca e mau alinhamento dos dentes e provocar problemas na fala, na mastigação e na respiração.

Para auxiliar no tratamento das lesões mamilares, o município de Cabreúva disponibiliza a laserterapia, o serviço está disponível no Centro de Especialidades (CEM). As puérperas podem ser encaminhadas pelas enfermeiras da unidade de referência após avaliação, sendo necessário contato prévio com serviço para agendamento.

16.2 RECOMENDAÇÕES PARA CRIANÇAS EM USO DE LEITE DE VACA:

As crianças que por algum motivo não recebem leite materno devem preferencialmente receber fórmula infantil, que é um produto mais adequado à criança do que o leite de vaca. Porém, muitas famílias não possuem condições financeiras de adquirir a fórmula infantil e acabam optando pela oferta do leite de vaca, em pó ou líquido. Antes dos 4 meses de idade, o leite de vaca precisa ser modificado, pois possui quantidades excessivas de proteínas, sódio, potássio e cloro e quantidades insuficientes de vitamina A, D e C.

O consumo regular do leite de vaca integral por crianças menores de 1 ano pode também acarretar a sensibilização precoce da mucosa intestinal dos lactentes e induzir neles a hipersensibilidade às proteínas do leite de vaca, predispondo-os ao surgimento de doenças alérgicas e de micro-hemorragias na mucosa intestinal, o que contribui ainda mais para o aumento da deficiência de ferro. Os sistemas digestório e renal dos lactentes são imaturos, o que os torna incapazes de lidar com alguns metabólitos de alimentos diferentes do leite humano.

Na diluição de 2/3 ou 10% (42 calorias), há deficiência de energia e ácido linoleico. Então, para melhorar a densidade energética, a opção é preparar o leite com 3% de óleo (1 colher de chá = 27 calorias). O carboidrato fica reduzido, mas a energia é suprida e não é necessária a adição de açúcares e farinhas, que não são aconselhados para crianças menores de 24 meses. Portanto, até a criança completar 4 meses, o leite diluído deve ser acrescido de óleo, ou seja, 1 colher de chá de óleo para cada 100ml. Após o bebê completar 4 meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança

receberá outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

Para as crianças não amamentadas, deve-se oferecer água nos intervalos entre as refeições de leite.

Orientar o responsável para preparar cada refeição láctea próxima à hora de oferecê-la à criança, sobretudo se não possui refrigerador. E nunca oferecer à criança sobras de leite da refeição anterior.

**Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas,
de acordo com a idade**

IDADE	VOLUME	NÚMERO DE REFEIÇÕES POR DIA
ATÉ 30 dias	ENTRE 60 A 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	200ml	De 2 a 3

Preparo do leite de vaca integral em pó: primeiro, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária. Veja a seguir as quantidades do leite em pó integral para cada volume final do leite reconstituído.

Reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses Leite em pó integral:

- 1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida.
- 1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida.
- 2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida.
- Preparo do leite em pó: primeiro, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

Leite integral fluído:

- 2/3 de leite fluído + 1/3 de água fervida.
- 70ml de leite + 30ml de água = 100ml.

• 100ml de leite + 50ml de água = 150ml.

• 130ml de leite + 70ml de água = 200ml

16.3 ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA DE 6 MESES A 2 ANOS:

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria somente a partir dos 6 meses deve-se iniciar a alimentação complementar, pois é nesse período que o bebê consegue sentar, sustentar a cabeça, o tronco e perder o reflexo de esticar a língua para mamar, o que levaria a empurrar a colher para fora. Ele passa a ser mais curioso e abre a boca mais facilmente para provar novas coisas. Além da questão da maturação motora e cognitiva.

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos apresenta recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida, recomendando-se apresentar a ela a maior diversidade possível de alimentos saudáveis. Para isso, é importante conhecer os diferentes tipos de alimentos. O Guia Alimentar para a População Brasileira classifica os alimentos em 4 categorias, segundo a extensão e o propósito do seu processamento: alimentos in natura ou minimamente processados; ingredientes culinários processados; alimentos processados; e alimentos ultraprocessados.

Alimentos e seu processamento:

1) Alimentos in natura ou minimamente processados:

Os alimentos in natura são obtidos diretamente das plantas ou dos animais e não são alterados após deixar a natureza. Os alimentos minimamente processados passam por alguma modificação, como limpeza, remoção de partes indesejáveis, divisão, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento ou processos semelhantes que não envolvam a adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou qualquer outra substância ao alimento original.

Ex: Feijões (leguminosas), Cereais, macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; Raízes e tubérculos – batata, mandioca e outras raízes e tubérculos in natura ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados; Legumes e verduras, etc.

❖ **Alimentos in natura ou minimamente processados devem ser a base da alimentação da criança e de toda família, ou seja, a maior parte dos alimentos consumidos devem ser desse grupo.**

2) Ingredientes culinários processados:

São produtos usados para preparar as refeições. São fabricados pela indústria a partir de substâncias que existem em alimentos in natura.

Ex: sal de cozinha; açúcar branco, cristal, demerara, mascavo, de coco, melado e rapadura, mel de abelha, manteiga, óleo de soja, azeite de oliva, vinagres, etc.

❖ **Devem ser usados com moderação para temperar e preparar os alimentos in natura ou minimamente processados. Os açúcares, melado, rapadura e mel não devem ser oferecidos para crianças menores de 2 anos.**

3) Alimentos processados:

São alimentos elaborados a partir de alimentos in natura, porém, geralmente adicionados de sal ou de açúcar (ou outro ingrediente culinário) para durarem mais ou para permitir outras formas de consumo.

Ex: conservas de legumes, de verduras, de cereais ou de leguminosas; extrato ou concentrado de tomate (com açúcar e sal); castanhas com sal ou açúcar; carnes salgadas; peixe conservado em óleo ou água e sal, queijos, pães, etc.

❖ **Alimentos processados podem ser consumidos em pequenas quantidades e eventualmente. Para crianças, somente podem ser oferecidos queijos e os pães feitos com farinha de trigo refinada ou integral, leveduras, água e sal.**

4) Alimentos ultraprocessados:

São formulações produzidas industrialmente por meio de diversas técnicas e etapas de processamento e levam muitos ingredientes, muitos deles de uso industrial exclusivo e pouca ou nenhuma quantidade de alimentos in natura ou minimamente processados.

Ex: refrigerantes; pós para refresco; bebidas adoçadas prontas para o consumo, “salgadinhos de pacote”, sorvetes, chocolates, balas e guloseimas em geral, gelatinas em pó; pães doces, de forma, para hambúrguer ou hot dog, biscoitos, bolos e misturas para bolo, “cereais matinais” e “barras de cereais”, iogurte com sabores e tipo petit suisse, etc.

❖ **Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.**

16.4 ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS AMAMENTADAS:

AOS 6 MESES:

<p>Senta com pouco ou nenhum apoio. Diminui o movimento de empurrar com a língua os alimentos para fora da boca. Mastiga. Surgem os primeiros dentes.</p>	
<p>Sinais de fome: chora e se inclina para frente quando a colher está próxima, segura a mão da pessoa que está oferecendo a comida e abre a boca.</p> <p>Sinais de saciedade: vira a cabeça ou o corpo, perde interesse na alimentação, empurra a mão da pessoa que está oferecendo a comida, fecha a boca, parece angustiada ou chora.</p>	
<p>O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.</p>	<p>Café da manhã – leite materno</p>
	<p>Lanche da manhã – fruta e leite materno</p>
	<p>Almoço: É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes 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 à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada — de 2 a 3 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.</p>
	<p>Lanche da tarde — fruta e leite materno</p>
	<p>Jantar — leite materno</p>
	<p>Antes de dormir — leite materno</p>
<p>Consistência - Os alimentos devem ficar separados e bem amassados com garfo, e não devem ser liquidificados nem peneirados. 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>	

ENTRE 7 E 8 MESES:

Senta sem apoio. Pega alimentos e leva à boca. Surgem novos dentes.	
Sinais de fome: inclina-se para a colher ou alimento, pega ou aponta para a comida. Sinais de saciedade: come mais devagar, fecha a boca ou empurra o alimento. Fica com a comida parada na boca sem engolir.	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.	Café da manhã – leite materno
	Lanche da manhã e da tarde – fruta e leite materno
	Almoço e jantar: É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes 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 à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta Quantidade aproximada — de 3 a 4 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.
Consistência - Ofereça alimentos menos amassados do que antes ou bem picados, de acordo com a aceitação da criança.	

ENTRE 9 E 11 MESES:

Engatinha ou anda com apoio. Faz movimentos de pinça com a mão para segurar pequenos objetos. Pode comer de forma independente, mas ainda precisa de ajuda. Dá dentadas e mastiga os alimentos mais duros.

Sinais de fome: aponta ou pega alimentos, fica excitada quando vê o alimento. Sinais de saciedade: come mais devagar, fecha a boca ou empurra o alimento. Fica com a comida parada na boca sem engolir.

<p>O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.</p>	<p>Café da manhã – leite materno</p>
	<p>Lanche da manhã e da tarde – fruta e leite materno</p>
	<p>Almoço e jantar: É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes 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 à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta Quantidade aproximada — de 4 a 5 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.</p>
	<p>Antes de dormir – leite materno</p>

Consistência – A criança já pode receber alimentos picados na mesma consistência dos alimentos da família. As carnes podem ser desfiadas.

ENTRE 1 E 2 ANOS DE IDADE:

<p>Anda com algum ou nenhum auxílio. Come com colher. Segura o alimento com as mãos. Segura o copo com ambas as mãos. Apresenta maior habilidade para mastigar. Os dentes molares começam a aparecer.</p>	
<p>Sinais de fome: combina palavras e gestos para expressar vontade por alimentos específicos, leva a pessoa que cuida ao local onde os alimentos estão, aponta para eles. Sinais de saciedade: balança a cabeça, diz que não quer, sai da mesa, brinca com o alimento, joga-o longe.</p>	
<p>O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.</p>	<p>Café da manhã - Fruta e leite materno ou - Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e leite materno ou - Raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) e leite materno</p>
	<p>Lanche manhã – fruta e leite materno</p>
	<p>Almoço e jantar: É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes 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 à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta Quantidade aproximada — de 5 a 6 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.</p>
	<p>Lanche da tarde Leite materno e fruta ou Leite materno e cereal (pães caseiros, pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/ macaxeira, batata-doce, inhame)</p>
	<p>Antes de dormir – leite materno</p>
<p>Consistência – Ofereça os alimentos em pedaços maiores e na mesma consistência da comida da família.</p>	

É desaconselhável que a criança seja alimentada enquanto anda e brinca pela casa. Outros atrativos, como televisão, celular, computador ou tablet podem distraí-la, gerando desinteresse pela comida. Quando a criança come utilizando essas distrações, por mais que pareça estar se alimentando melhor, ela come de forma automática, sem prestar atenção ao alimento e, muitas vezes, pode comer em excesso.

Se a criança estiver sendo amamentada, não é recomendado dar outro leite ou fórmula infantil porque esses alimentos são desnecessários e podem desestimular a criança a mamar no peito.

Água é um alimento essencial para hidratar a criança. Ela deve ser dada a partir do momento em que novos alimentos além do leite materno são incluídos na rotina da criança.

No início, a criança deverá receber a comida amassada com garfo. Em seguida, deve-se evoluir para alimentos picados em pedaços pequenos, raspados ou desfiados, para que a criança aprenda a mastigá-los. Não ofereça preparações líquidas e nem use liquidificador, mixer ou peneira.

A criança pode e deve, desde o início, ser alimentada com a comida da família, que deve ser preparada com óleo vegetal em pequena quantidade, temperos naturais (como cebola, alho, salsa, coentro e demais ervas e especiarias) e com uma quantidade mínima de sal.

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

Apesar de o mel ser um produto natural, não é recomendado oferecer esse alimento à criança menor de 2 anos. São dois os motivos: o mel contém os mesmos componentes do açúcar, o que já justifica evitá-lo. Além disso, há risco de contaminação por uma bactéria associada ao botulismo.

Os utensílios utilizados devem ser adequados à idade e feitos de material resistente. A colher deve ser de tamanho que caiba na boca da criança e líquidos devem ser ofertados em copos.

Verificar se a comida não está muito quente provando-a no prato com uma colher diferente da colher da criança. Caso precise esfriá-la, mexer com a colher. Evitar soprar, pois os micro-organismos que estão na boca podem passar para a comida.

A criança deve estar sentada, com uma postura reta, em um local confortável e seguro. Ou seja, sem estar inclinada para trás, sem riscos de queda e suficientemente livre para movimentar os braços e o corpo.

Desde as primeiras refeições é importante estimular a criança a ser participativa na hora de se alimentar, interagir com ela, olhando e conversando. Crianças gostam de desafios e de atividades que testem suas habilidades. Nessa fase, pode acontecer um pouco de bagunça e de sujeira. Mas, em pouco tempo, a criança estará comendo sozinha e dando menos trabalho na hora da refeição.

A criança pode gostar do alimento na primeira vez que o experimenta ou pode precisar provar o alimento várias vezes até se familiarizar com ele. Caretas não significam que a criança não esteja gostando do alimento, mas somente que é um sabor novo, diferente do que estava acostumada (por exemplo, o leite materno). Algumas crianças precisam provar mais de oito vezes um alimento para gostar dele.

É importante estabelecer uma rotina de alimentação para a criança e para a família. A criança deve ser habituada a ter intervalos regulares entre as refeições, mas sem rigidez de horários.

Quando novos alimentos começam a fazer parte da alimentação, as fezes da criança, que antes eram amolecidas e amareladas, ficam mais parecidas com as do adulto. Como ela está aprendendo a mastigar, é comum encontrar pedaços de feijões, legumes, verduras e frutas nas fezes, devido à grande quantidade de fibras nesses alimentos. Essas mudanças são normais e não devem ser motivo de preocupação.

As papinhas industrializadas não devem ser oferecidas para crianças, porque têm textura que não favorece o desenvolvimento da mastigação e são compostas por diferentes alimentos misturados no mesmo potinho, o que dificulta a percepção dos diferentes sabores.

Se a alimentação da família for saudável, a comida da criança não precisa ser diferente da comida da família. Essa prática facilita o dia a dia de quem cozinha e faz a criança se acostumar com a alimentação da família.

A melhor maneira de saber se a quantidade de alimentos consumida está adequada é avaliar o crescimento. O peso e a altura na curva de crescimento devem ser acompanhados por profissionais de saúde e registrados na Caderneta da Criança. Se o crescimento e o

desenvolvimento estiverem de acordo com o esperado, é sinal de que a alimentação está adequada.

16.5 ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS QUE NÃO ESTÃO SENDO AMAMENTADAS EXCLUSIVAMENTE:

As crianças não amamentadas requerem cuidados adicionais no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. A idade da oferta de novos alimentos e o tipo de alimento a ser ofertado para crianças poderá ser diferente dependendo se ela ainda recebe um pouco de leite materno ou se não é mais amamentada e recebe fórmula infantil ou leite de vaca.

Na impossibilidade de relactação, a recomendação é a de que as crianças recebam fórmula infantil. O uso de leite de vaca antes de 9 meses não é recomendado, mas é considerado em função do elevado consumo na população brasileira e deve ser avaliado.

Atenção! Existem produtos chamados “compostos lácteos” que não devem ser confundidos com fórmulas infantis nem com leite de vaca integral. 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. Os compostos lácteos têm embalagens e rótulos muito parecidos com os das fórmulas infantis ou leite de vaca.⁷

Crianças menores de 6 meses que não estão sendo amamentadas:

	Menores de 4 meses	Entre 4 e 6 meses
Se tiver pouco leite materno	Oferecer o leite materno que tiver armazenado e complementar com fórmula infantil.	Oferecer o leite materno que tiver armazenado e complementar com outros alimentos, de acordo com o tempo de ausência da mãe e avaliação sobre o desenvolvimento da criança.
Se não tiver leite materno	Oferecer a fórmula infantil	Oferecer outros alimentos que podem ser fruta, almoço, jantar e/ou fórmulas infantis e outros leites, dependendo do tempo em que a mãe se ausentar e do desenvolvimento da criança e da sua aceitação pelos demais alimentos.

Crianças menores de 2 anos que não estão sendo amamentadas recebendo 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	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou leite de vaca integral e cereal (pães caseiros, processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim, batata-doce, inhame)
Lanche da manhã	Fruta			
Almoço	É recomendado que tenha: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes 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. Se a criança aceitar, pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta			
Quantidade aproximada	De 2 a 3 colheres de sopa no total	De 3 a 4 colheres de sopa no total	De 4 a 5 colheres de sopa no total	De 5 a 6 colheres de sopa no total
Lanche da tarde	Fórmula infantil e fruta	Fórmula infantil e fruta	Leite de vaca integral e fruta	Igual ao café da manhã
Jantar	Fórmula infantil	Igual ao almoço	Igual ao almoço	Igual ao almoço
Ceia	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

Crianças menores de 2 anos que não estão sendo amamentadas recebendo Leite de Vaca:

	Aos 4 meses	Entre 5 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã	Leite de vaca diluído	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta OU leite de vaca integral e cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) OU raízes e tubérculos (aipim/batata doce/inhame).
Almoço	É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.		
Quantidade	2 a 3 colheres de sopa no total.	Entre 5 e 6 meses - 2 a 3 colheres de sopa no total. Entre 7 e 8 meses - 3 a 4 colheres de sopa no total. Entre 9 e 11 meses - 4 a 5 colheres de sopa no total.	Aproximadamente 5 a 6 colheres de sopa no total.
Lanche da tarde	Leite de vaca diluído e fruta	Leite de vaca integral e fruta	Igual ao café da manhã
Jantar	Leite de vaca diluído	Igual ao almoço	Igual ao almoço
Ceia	Leite de vaca diluído	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

16.6 DESVIOS NUTRICIONAIS:

Sobrepeso ou obesidade:

- Verifique a existência de erros alimentares, identifique a dieta da família e oriente a mãe ou o cuidador a administrar à criança uma alimentação mais adequada, de acordo com as recomendações para uma alimentação saudável para a criança.

- Verifique as atividades de lazer das crianças, como o tempo em frente à televisão e videogame, estimulando-as a realizar passeios, caminhadas, andar de bicicleta, praticar jogos com bola e outras brincadeiras que aumentem a atividade física.

- Realize a avaliação clínica da criança.

- Solicite Avaliação com Pediatra e com Nutricionista da rede.

Baixo peso para a idade:

- Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame.

- Oriente a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade.

- Trate as intercorrências clínicas, se houver.

- Encaminhe a criança para o serviço social, se isso for necessário.

Se a criança não ganhar peso, e tiver abaixo da linha de risco, solicite avaliação pediátrica e com Nutricionista da rede.

- Oriente o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.

17. SAÚDE BUCAL

Há grande variabilidade individual, considerada normal, na cronologia de erupção dos primeiros dentes chamados de “leite” ou decíduos.

Alguns bebês já nascem com dentes (chamados natais) ou vem a tê-los no primeiro mês (caso de dentes neonatais), eles precisam ser extraídos, pois sua inserção é apenas na gengiva, e outros ainda poderão ser totalmente desdentados até um ano de idade. Após um ano de idade da criança, se não ocorreu a erupção, é necessário investigar o caso, pois existe a possibilidade (rara) de ocorrer anodontia (ausência dos dentes).

Outro aspecto de normalidade que pode ser observado em bebês são cistos ou hematomas de erupção, que se caracterizam por manchas arroxeadas no rebordo alveolar (gengiva) previamente ao irrompimento dos dentes.

A língua do bebê deve ser avaliada em relação ao freio lingual e caso haja a detecção da necessidade de frenectomia deve ser encaminhado pela equipe especializada.

O fato de picos febris ou diarreia não estar diretamente relacionado com a erupção dos dentes de leite, como prediz a cultura popular, tais sintomas podem ser referentes ao hábito da criança levar a mão e objetos contaminados à boca por conta do desconforto nos rodetes gengivais durante esse período, porém é recomendado procurar um médico, pois tais acontecimentos podem estar relacionados a outro motivo para o adoecimento da criança.

Anestésicos tópicos podem ser indicados ocasionalmente para diminuir desconfortos da erupção dos dentes, porém devem ser evitados, pois poderão causar a anestesia da orofaringe, dificultando o reflexo de deglutição e o aumento do risco de aspiração.

A boca do bebê deve ser limpa, após cada mamada e/ou refeição com a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada.

Por volta dos 18 meses aparecem os molares decíduos, devendo-se iniciar a higiene da boca com escova de dentes e creme dental friccionando cuidadosamente o dente, dando uma atenção especial para a quantidade de creme dental, essa higienização deve ser realizada diariamente. O uso do fio dental está indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia.

Aos 36 meses, deve estar completa a dentição decídua, que consta de 10 dentes superiores e 10 inferiores.

Uma das principais doenças bucais, a cárie dentária, quando ocorre em crianças menores de 3 anos, torna-se um importante alerta de risco, pois há maior probabilidade de que as crianças desenvolvam cárie na dentição decídua e também na dentição permanente.

A síndrome da cárie de mamadeira tem por característica o fato de se associar ao uso de chupetas adoçadas, além de estar também associada ao uso incontrolado e irrestrito do aleitamento, principalmente no turno da noite. Atualmente, a cárie é vista não só como resultado de um comportamento alimentar inadequado, mas também de supertolerância e negligência por parte dos pais, que muitas vezes não têm conhecimento das consequências de suas ações.

Crianças que são amamentadas possuem menor probabilidade de desenvolver lesões de cárie do que aquelas que utilizam aleitamento artificial.

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, no suco ou no chá dos bebês. 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 cárie precoce da infância.

Alimentos, com alto teor de açúcares, devem ser evitados pois, além de servirem como precursores para aumento do risco de sobrepeso, obesidade e diabetes, estão diretamente relacionados com o quadro clínico de cárie de mamadeira, de difícil tratamento e controle, sempre que possível, após a alimentação, deve ser realizada a higienização da boca do bebê para evitar.

Hábitos de sucção de chupeta, dedo e mamadeira podem se manifestar durante essa fase de desenvolvimento da criança, contudo os pais ou responsável devem ser orientados quantos aos riscos de alteração no desenvolvimento da oclusão e do sistema estomatognático.

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja feita entre o nascimento do primeiro dente (geralmente aos 6 meses) e os 12 meses de idade.

18. PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS:

18.1 SUFOCAÇÃO:

- Nunca use talco; ajuste o colchão com cuidado para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros.

- Evite o contato da criança com peças pequenas (clipes, botões, agulhas, moedas, anéis, brincos, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos). Utilize brinquedos grandes e inquebráveis, respeitando a faixa etária indicada pelo Inmetro.

- Afaste a criança, de papéis de bala, sacos plásticos, cordões e fios.

18.2 QUEDA:

- Proteja o berço e o cercado com grades altas, com no máximo 6 cm entre elas; não deixe a criança sozinha em cima de móveis, nem sob os cuidados de outra criança.

- Coloque redes de proteção ou grades nas janelas que possam ser abertas; Coloque barreira de proteção nas escadas e janelas; proteja os cantos dos móveis.

- Certifique-se de que o tanque de lavar roupas e pias (lavatórios) estão bem fixos, para evitar que caiam e machuquem a criança, caso elas se pendurem ou se apõem neles.

Intoxicação:

- Nunca dê à criança remédio que não tenha sido receitado pelo médico. Nunca deixe a criança com acesso ao local dos medicamentos, todos devem ser administrados por um adulto.

- Mantenha produtos de limpeza (água sanitária, detergente) e/ou medicamentos fora de alcance da criança, colocando-os em locais altos e trancados. Evite o acesso a produtos como venenos (para ratos, formigas, mosquitos, moscas) e produtos inflamáveis (álcool e removedor de esmalte).

18.3 QUEIMADURAS E CHOQUE ELÉTRICO:

- Cerque o fogão com uma grade; use as bocas de trás; deixe os cabos das painéis voltadas para o centro do fogão; mantenha a criança longe do fogo, do aquecedor e do ferro elétrico. Não deixe chá/café recém preparados sobre mesas com toalhas que a criança possa puxar e o líquido cair sobre ela.

- Coloque protetores nas tomadas; evite fios elétricos soltos e ao alcance das crianças.

- Não deixe a criança brincar com fogueiras e fogos de artifício (bombinha, produtos inflamáveis, fósforo, etc.)

18.4 AFOGAMENTO:

- A criança não deve ficar sozinha perto de baldes, tanques, vasos, cacimbas, poços e piscinas.

- Ensine a criança a nadar. Mesmo que elas saibam nadar não é seguro deixálas sozinhas em piscinas, lagos, rios açude e especialmente o mar.

18.5 ACIDENTES DE TRÂNSITO:

- A criança nesta idade deve ser transportada no bebê conforto ou conversível – cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante (CTB).

19. VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA:

Considerando que a APS é a principal porta de entrada da população, precisa-se atentar para os casos envolvendo crianças em situação de violência, que possam chegar até os profissionais nos atendimentos de rotina da unidade.

Todos os profissionais que atendem crianças e adolescentes precisam estar aptos para identificar sinais de alerta que venham a ser informados pela vítima, sejam eles verbais ou não. Pois a identificação é considerada fundamental para o ato de notificar, tornando-se imprescindível que os profissionais saibam identificar os indícios que possam sugerir a ocorrência de violências:

A violência tem consequências potencialmente traumáticas para aqueles que a vivem diretamente. A investigação dos fatos, nesse caso, deve ficar a cargo das instituições responsáveis por esse tipo de trabalho, e não dos profissionais que ali estão para prestar cuidados à pessoa atendida. Deve-se utilizar da neutralidade, se não for possível, a empatia.

Quanto ao seguimento na rede o conselho tutelar é o órgão do sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente, deve ser acionado em todas as situações suspeitas de violência através de aviso por maus tratos contra criança ou adolescente. Este deve ser encaminhado via e-mail para o endereço eletrônico do conselho tutelar do município, além da notificação SINAN- Formulário violência interpessoal/autoprovocada, que deve ser encaminhada a Vigilância epidemiológica.

Atendimentos de rotina:

- Realizar o acolhimento da demanda da consulta, anamnese e realizar exame físico/clínico completo no corpo da criança, independente da demanda principal.
- Se identificar lesões antigas ou recentes abordar sobre os achados: A relação temporal está correta? As lesões são compatíveis com algum tipo de violência? Houve retardo na busca de auxílio? Há coerência entre a história e o exame físico?
 - Relatar exame físicos e achados em prontuário;
 - Orientar familiares que o atendimento minucioso faz parte dos protocolos de atendimento à saúde da criança, atenção e proteção à criança conforme legislações vigentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica 33: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, Brasília, 2012.
 - 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (versão resumida). Brasília, 2021.
- Ministério da Saúde – Manual AIDPI Neonatal, 4ª edição. Brasília, 2013.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 - 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças diarreicas agudas. Ministério da Saúde. Brasília, 20 de dezembro de 2022.
 - 5- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Deficiência de vitamina D em crianças e adolescentes. Documentos Científicos. Rio de Janeiro: SBP, 2014. Disponível em: . Acesso em Abril de 2024.
 - 6- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Atualização sobre os Cuidados com a Pele do Recém-Nascido. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: SBP, n. 1, 12 p, 2021. Disponível em: [22978c-DocCient-Atualiz sobre Cuidados Pele do RN.indd \(sbp.com.br\)](#) Acesso em Abril de 2024.
 - 7- PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. Protocolo de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança de Baixo Risco Na Atenção Primária à Saúde. 2ª ed. Ponta Grossa. 2022.

- 8- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento em Saúde. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança. Ribeirão Preto. 2023.
- 9- Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos de Nutrologia e Hematologia. Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica! Atualização: Destaques, 2021. Disponível em [23172c-Diretrizes-Consenso sobre Anemia Ferropriva.pdf](#). Acessado em abril de 2024.
- 10- . Ministério da Saúde. Caderneta da Criança. Passaporte da Cidadania. Brasília: Editora MS, 6ª. ed. Brasília/ DF, 2023. Disponível em: [Caderneta da Criança — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](#) . Acesso em: Abril 2024.
- 11- Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Hiperbilirrubinemia Indireta no Período Neonatal: Atualização:2019-2021. Disponível em:https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23176c-MO_Hiperbilirrubinemia_indireta_periodo_neo.pdf. Acessado em abril de 2024.