



PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS

Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação da Atenção Básica

GUIA MUNICIPAL DE PUERICULTURA

versão 2

Poços de Caldas – MG

2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS

Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação da Atenção Básica

GUIA MUNICIPAL DE PUERICULTURA

versão 2

Protocolo elaborado com intuito de orientação profissional na realização de ações de puericultura no município de Poços de Caldas, visando ser um guia para a promoção da atenção integral à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde.

Poços de Caldas – MG

2024

GUIA MUNICIPAL DE PUERICULTURA

Elaboração:

Andréa Luísa Ribeiro – Enfermeira da ESF.

Cristiane Campos Bittencourt Junqueira – Médica da ESF.

Flávia Linhares Martins – Médica Pediatra de apoio à ESF.

Helaíse Maria da Silva – Dentista da ESF

Sandra Aparecida de Almeida – Nutricionista da E-multi.

Colaboração:

Camila Ferreira Bacelar Donato – Coordenadora da Atenção Primária.

Heloísa de Moura Lessa Barroso – Apoiadora da Atenção Primária.

Miriam de Fátima Cioffi Ayres – Apoiadora da Atenção Primária.

Aprovação:

Thiago de Paula Mariano – Secretário de Saúde de Poços de Caldas.

Versão 2:

Atualizada em março de 2024

Sumário

| | |
|---|----|
| 1. Introdução..... | 8 |
| 1.1 Caderneta da criança: instrumento valioso na consulta..... | 8 |
| 2. A consulta de puericultura..... | 8 |
| 2.2 Particularidades da primeira consulta do recém-nascido..... | 13 |
| 2.2.1 Exame físico na primeira consulta do recém-nascido..... | 13 |
| 2.2.3 Testes de triagem neonatal..... | 19 |
| 2.3 Modelo de consulta, anamnese, preenchimento e lançamentos no PEC..... | 21 |
| | 22 |
| 3. Crescimento..... | 23 |
| Peso por idade: meninas..... | 24 |
| Peso por idade: meninos..... | 24 |
| Comprimento / estatura por idade: meninas..... | 25 |
| Comprimento / estatura por idade: meninos..... | 25 |
| IMC por idade: meninas..... | 26 |
| IMC por idade: meninos..... | 26 |
| Perímetro cefálico por idade: meninas..... | 27 |
| Perímetro cefálico por idade: meninos..... | 27 |
| 3.1 Prematuridade..... | 28 |
| As curvas da menina pré-termo..... | 29 |
| As curvas do menino pré-termo..... | 30 |
| 4. Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) para cada faixa etária e comportamento..... | 31 |
| Instrumento de avaliação do desenvolvimento integral da criança..... | 32 |
| 4.1.1 Marcos do DNPM por faixa etária..... | 33 |
| 4.2 Transtorno do Espectro Autista..... | 34 |
| 4.2.1 M-CHAT-R/F..... | 36 |
| 4.2.2 Gabarito M-CHAT-R/F..... | 37 |
| 4.3 A importância da estimulação precoce..... | 37 |
| 4.3.1 Fluxo de Encaminhamentos para intervenção..... | 38 |
| a) Encaminhamento à fonoaudiologia..... | 38 |

| | |
|---|----|
| b) Encaminhamentos para a Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência | 39 |
| c) Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i | 39 |
| d) Referência da criança de risco à pediatria | 40 |
| 5. Vacinação | 43 |
| 5.1 Calendário vacinal | 44 |
| 6.1 Aleitamento Materno | 46 |
| 6.1.1 Manejo do aleitamento materno | 46 |
| 6.1.2-Posição para a amamentação | 47 |
| 6.1.3. Pega correta | 48 |
| 6.1.4 Principais intercorrências ou complicações durante a amamentação | 48 |
| 6.1.5 Ordenha e armazenamento do leite materno | 53 |
| 6.1.6 Relactação e Translactação | 55 |
| 6.1.7- Amamentação e uso concomitante de medicações e outras substâncias | 56 |
| 6.1.8 Contraindicações expressas para o aleitamento materno | 57 |
| 6.1.9. Direitos da mãe relacionados à amamentação | 58 |
| 6.2. Crianças não amamentadas | 58 |
| 6.2.1 Fórmula infantil | 59 |
| 6.2.2 Leite de vaca integral modificado | 59 |
| 6.2.1 Fornecimento de fórmulas infantis pela PMPC | 60 |
| 6.3 Alimentação Complementar | 62 |
| 6.3.1 Sinais de Prontidão | 63 |
| 6.3.2 Alimentação complementar de bebês a partir do 6º mês de vida | 64 |
| 6.3.3 Considerações importantes sobre a alimentação infantil | 66 |
| 7. Saúde bucal | 68 |
| 7.1 A primeira consulta odontológica (aos 6 meses de vida) | 68 |
| 7.2 Higiene Bucal | 70 |
| 7.3 Consulta de prevenção (aos 1 ano e 6 meses de vida) | 70 |
| 8. Suplementação de micronutrientes | 71 |
| 8.1 Suplementação de Ferro | 71 |
| 8.2 Exposição solar, uso de filtro solar e suplementação de Vitamina D | 73 |
| 8.3 Suplementação de vitamina C | 74 |

| | |
|---|----|
| 8.4 Suplementação de micronutrientes na criança prematura..... | 74 |
| 9. Exames de rotina..... | 77 |
| 9.1 Exame de urina/urocultura..... | 77 |
| 9.2 Exame parasitológico de fezes..... | 77 |
| 9.3 Hemograma e cinética de ferro..... | 77 |
| 9.4 Perfil lipídico..... | 79 |
| 10. Sífilis congênita..... | 80 |
| 10.1 Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no momento do parto..... | 82 |
| 10.2 Tratamento da sífilis congênita no período neonatal..... | 83 |
| 10.3 Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal..... | 83 |
| 10.4 Fluxograma para notificação de sífilis congênita, segundo situação de definição de caso para vigilância epidemiológica no Brasil..... | 84 |
| 11. Atividade física e uso de telas..... | 85 |
| 12. Prevenção de acidentes..... | 88 |
| 13. Atendimento à criança vítima de violência..... | 93 |
| Referências..... | 98 |

1. Introdução

Este protocolo foi elaborado com intuito de orientação profissional para realização de ações de puericultura no município de Poços de Caldas, visando a uniformização e humanização na promoção da atenção integral à saúde da criança na Atenção Básica à Saúde. Uma ótima puericultura a todos!

1.1 Caderneta da criança: instrumento valioso na consulta

A Caderneta da Criança é um importante instrumento de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança nas consultas de rotina, e uma potente ferramenta de diálogo entre os profissionais da saúde, assistência social, educação e famílias. A última atualização da caderneta tem a característica de ser INTERSETORIAL

É dever dos profissionais o correto registro de informações para o acompanhamento da criança, na Caderneta da Criança e no Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC.

Para consultar as cadernetas (BRASIL, 2022) na íntegra, acesse os links abaixo:

- Caderneta da criança (menino):
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_5.ed.pdf
- Caderneta da criança (menina):
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_5.ed.pdf

2. A consulta de puericultura

Segue uma sequência prática para a consulta de puericultura, centrada na família, através da avaliação de, pelo menos, os seguintes tópicos:

1. Crescimento;
2. Desenvolvimento e Comportamento;

3. Esquema vacinal;
4. Aleitamento materno e alimentação;
5. Suplementação de vitaminas e micronutrientes;
6. Saúde bucal;
7. Prevenção da violência e avaliação da vulnerabilidade social familiar;
8. Estímulo à atividade física e uso de telas;
9. Prevenção de acidentes;
10. E outros.

E lembre-se sempre de HABILITAR O CAMPO “PUERICULTURA” no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), para o correto preenchimento no sistema, além do preenchimento da Caderneta da Criança:

Habilitar campos de



2.1 Calendário de consultas

| Frequência mínima de consultas: do pré-natal aos 2 anos | |
|---|--|
| Consulta ZERO – 3º trimestre de gestação | Enfermeiro ou médico (consulta individual ou em grupo). Orientações sobre o que é puericultura, acompanhamento na unidade e triagem neonatal. |
| 1ª visita – ACS. | Visita domiciliar do ACS. Preferencialmente até o quinto dia de vida, NÃO ultrapassando a primeira semana do nascimento. O ACS deverá se atualizar do nascimento e situação familiar; orientando sobre os serviços ofertados pela ESF. Poderá ser visita compartilhada com enfermeiro ou não. |
| 1ª semana de vida | Enfermeiro. Preferencialmente até o 5º dia de vida, não ultrapassando sete dias após o nascimento. Além do cumprimento do roteiro de consulta, deverá proceder à coleta dos testes de triagem neonatal. |
| 15 dias de vida* (para crianças em situação de vulnerabilidade social e/ou problemas com ganho de peso e/ou dificuldades no aleitamento materno). | Enfermeiro. Foco: fortalecimento da amamentação, cuidados gerais com RN, puerpério. |
| No primeiro mês de vida. | Psicólogo. Foco: binômio mãe / filho. Suporte psicológico e rastreio de disfunções psicológicas no pós-parto. Sugere-se encontros de mulheres em pós-parto mediado pelos profissionais da equipe e do E-multi. |
| 1 mês | Médico. Foco: roteiro de consulta + fortalecimento da amamentação. |

| | |
|---|--|
| 2 meses | Enfermeiro. Foco: roteiro de consulta + fortalecimento da amamentação. |
| 3 meses | Médico. Foco: roteiro de consulta + fortalecimento da amamentação. |
| 4 meses | Nutricionista. Foco: orientações acerca de aleitamento materno exclusivo ou ordenha e armazenagem de leite materno. Orientações quanto ao retorno ao trabalho e direitos trabalhistas relativos à amamentação, quando for o caso. Observação: o retorno ao trabalho é uma das principais causas de desmame. |
| 5 meses* (para crianças em situação de vulnerabilidade social e/ou problemas com ganho de peso e/ou dificuldades no aleitamento materno). | Enfermeiro. Foco: roteiro de consulta + fortalecimento da amamentação. |
| 6 meses | Médico e Nutricionista (Consulta compartilhada ou individual). Foco: aleitamento materno, introdução alimentar, roteiro de consulta. |
| Por volta do 6º mês de vida | Odontologia Consulta do primeiro dentinho. |
| 7 meses* (para crianças em situação de vulnerabilidade social e/ou problemas com ganho de peso e/ou dificuldades no aleitamento materno). | Enfermeiro. Foco: roteiro de consulta + fortalecimento da amamentação. |
| 9 meses | Médico e Nutricionista (Consulta compartilhada ou individual). Marco desenvolvimento e mudança da consistência da dieta |

| | |
|---|--|
| 1 ano | Enfermeiro e Nutricionista (Consulta compartilhada ou individual). Roteiro de consulta e desenvolvimento. |
| 1 ano e 3 meses* (para crianças em situação de vulnerabilidade social e/ou problemas com ganho de peso e/ou dificuldades no aleitamento materno). | Médico. Roteiro de consulta. |
| 1 ano e 6 meses | Enfermeiro. Roteiro de consulta. |
| | Aplicação do M-Chat. Profissional de saúde |
| | Consulta odontológica. |
| 2 anos | Médico. Roteiro de consulta. |

Obs.: As consultas marcadas com * não estão recomendadas no calendário padrão de consultas do Ministério da Saúde, mas está recomendada nas situações especiais descritas. **A puericultura não se restringe até os dois anos de idade, devendo a ESF criar estratégia de atendimento para a primeira infância e adolescência.**

Outras considerações:

1. A qualquer momento que detectado alterações no crescimento ou atraso de desenvolvimento, as consultas de puericultura poderão ter seus intervalos reduzidos;
2. As Unidades devem alinhar as agendas dos profissionais da equipe básica da ESF, dos profissionais do E-multi e da equipe de saúde bucal, a fim de cumprimento do calendário mínimo apresentado;
3. A apresentação da caderneta da criança e conferência da situação vacinal é **obrigatória**. Além do médico e do enfermeiro, o técnico de enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde – ACS devem participar deste processo, principalmente na conferência e registro no PEC;

4. A equipe da ESF, principalmente o ACS, deverá proceder à busca ativa das crianças faltosas à puericultura.

2.2 Particularidades da primeira consulta do recém-nascido

- Perguntar sobre e observar criança amamentando, além de questionar sobre os aspectos puerperais da mãe. Manter postura positiva em relação à amamentação e mostrar-se aberto e disponível para acolher demandas e dúvidas;
- Registrar toda a anamnese e exame físico no PEC, além das informações sobre: idade gestacional ao nascimento, tipo de parto, Apgar, peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer;
- Avaliar os fatores de risco existentes no PEC e ficar vigilante em consultas subsequentes se presentes;
- Observe e avalie o relacionamento e afeto da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: com quem respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê, e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo para o DNPM.

2.2.1 Exame físico na primeira consulta do recém-nascido

Tabela 1 –Exame físico na primeira consulta do recém-nascido

| Tópicos do exame físico | Ações específicas |
|-------------------------|---|
| Antropometria | Avaliar peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico (PC). Consideram-se normais tanto uma perda de peso do nascimento de até 10% na primeira semana de vida, quanto a recuperação do peso de nascimento até 15º dia de vida. O PC < z-2 ou > z+2 pode estar relacionado a doenças neurológicas (microcefalia/hidrocefalia) o que exige encaminhamento para avaliação especializada. |
| Estado geral | Avalie a postura e tônus do recém-nascido (normal: |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>extremidades fletidas, mãos fechadas e o rosto para um dos lados). Avalie o estado de vigília (alerta e o choro). Identifique se há sinais de desidratação ou hipoglicemia: pouca diurese, má ingestão, hipoatividade, letargia.</p> |
| <p>Pele</p> | <p>Observar a presença de edema, palidez, cianose ou icterícia (veja sessão seguinte específica para icterícia). O vernix caseoso é uma substância graxenta e esbranquiçada que recobre e lubrifica a pele do bebê: não intervir. O corpo absorve a maior parte nas primeiras 24 h do nascimento. Lanugem são pelos finos que cobrem as costas e os ombros dos bebês e que desaparecem em algumas semanas. Eritema tóxico neonatal são erupções benignas, autolimitadas, que iniciam nas primeiras 72 horas de vida e são caracterizadas por lesões maculares eritematosas, vesículas, pápulas e pústulas, rodeadas de um halo eritematoso e que migram de localização. Pode acometer toda a pele exceto palmas e plantas. Desaparecem em uma semana. A miliária são lesões observadas em climas quentes. Acomete tronco, pescoço, axilas e dobras de pele, sobre a forma de pequenas vesículas, pápulas ou pústulas causadas por obstrução dos ductos excretores das glândulas sudoríparas. Pode ser dos tipos: miliária cristalina com bolhas pequenas e transparentes; miliária rubra com pápulas avermelhadas ou miliária pustulosa, com pústulas grandes. Orientar uso de roupas leves e de algodão e permitir ventilação da pele.</p> |
| <p>Face e crânio</p> | <p>Verifique se há aparência sindrômica, assimetrias, malformação ou deformidades. Verifique se presença de bossa serossanguínea ou cefalematoma. Examine as fontanelas: a fontanela anterior fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas,</p> |

| | |
|------------------------------|--|
| | abauladas ou deprimidas. |
| Olhos, orelhas, boca e nariz | Conjuntivites: as pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24 h a 48 h. Na presença de secreção purulenta deve ser realizado o diagnóstico diferencial da conjuntivite química com conjuntivite bacteriana. Estrabismo é comum nesta fase. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. A idade ideal para o encaminhamento se não melhora é a partir dos 4 meses. Observe a implantação das orelhas, o tamanho e a simetria entre elas. Na boca, observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o freio lingual, a coloração dos lábios e palpe o palato. |
| Pescoço | Avalie a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária fisioterapia ou avaliação especializada para correção cirúrgica. |
| Tórax | Avalie a assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Oriente a família sobre a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observe possíveis sinais de sofrimento respiratório (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). Conte a frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120bpm e 160bpm. Observe a possível presença de cianose ou sopros cardíacos. Verifique também os pulsos periféricos. |
| Abdome | Observe a respiração, que é basicamente abdominal e deve estar entre 40 e 60 irpm. Observe a forma do abdome e a distensão. Diagnostique a presença de hérnias umbilical ou |

| | |
|------------------------|---|
| | <p>inguinal. Diagnostique também a presença de diástase dos retos abdominais. Verifique o coto umbilical: se a região umbilical estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência.</p> |
| Genitália, ânus e reto | <p>Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para avaliação do cirurgião pediátrico. O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele, que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança (diferencie de hérnia pelo exame físico através da transiluminação da bolsa escrotal). A fimose é fisiológica ao nascimento e deve ser realizada conduta expectante. Orientar não intervir ou realizar retração, a fim de não machucar e gerar cicatrizes e aderência. A resolução costuma ser espontânea a medida que a criança cresce. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes ao nascimento. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica (“menstruação”), devido à passagem de hormônios maternos, que se resolvem espontaneamente. Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras ou assaduras.</p> |
| Sistema osteoarticular | <p>Examine os membros superiores e inferiores, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| | desde posicional (corrigido espontaneamente) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas. Verifique a presença de displasia do quadril realizando o teste de Ortolani. Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média. |
| Avaliação neurológica | Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O tônus normal é de semiflexão generalizada. Observe os reflexos primitivos que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio, e anote no PEC, conforme figura abaixo. |

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2013)

Marcos de desenvolvimento

| ^ 15 primeiros dias | | |
|-------------------------|---|--|
| Apoio plantar |  | <input type="button" value="Ausente"/> <input type="button" value="Presente"/> |
| Sucção |  | <input type="button" value="Ausente"/> <input type="button" value="Presente"/> |
| Preensão palmar |  | <input type="button" value="Ausente"/> <input type="button" value="Presente"/> |
| Preensão dos artelhos |  | <input type="button" value="Ausente"/> <input type="button" value="Presente"/> |
| Reflexo cutâneo-plantar |  | <input type="button" value="Ausente"/> <input type="button" value="Presente"/> |
| Reflexo de Moro |  | <input type="button" value="Ausente"/> <input type="button" value="Presente"/> |
| Reflexo tônico-cervical |  | <input type="button" value="Ausente"/> <input type="button" value="Presente"/> |

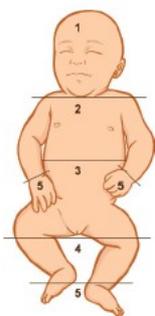
Fonte: PEC (2023).

2.2.2 Avaliação da icterícia no recém-nascido

Deve-se utilizar as Zonas de Kramer para avaliar a icterícia, em luz natural. A icterícia por hiperbilirrubinemia indireta apresenta progressão cefalocaudal.

RECOMENDA-SE A INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL* NA PRESENÇA DE ICTERÍCIA A PARTIR DA TRANSIÇÃO DA ZONA 2 PARA 3 DE KRAMER!

ATENTE-SE TAMBÉM PARA OS FATORES DE RISCO PARA HIPERBILIRRUBINEMIA PARA A TOMADA DE DECISÃO!**



Zona 1. Icterícia de cabeça e pescoço (BT = 6mg/dl)

Zona 2. Icterícia até no umbigo (BT = 9mg/dl)

Zona 3. Icterícia até os joelhos (BT = 12mg/dl)

Zona 4. Icterícia até os tornozelos e/ou antebraço (BT = 15mg/dl)

Zona 5. Icterícia até região plantar e palmar (BT = 18mg/dl ou mais)

* Referenciar com encaminhamento para a maternidade de nascimento no mesmo dia da avaliação para investigação laboratorial e avaliação da necessidade de fototerapia a partir da transição da zona 2 para zona 3 de Kramer.

** Icterícia nas primeiras 24-36h após o nascimento, incompatibilidade materno-fetal Rh ou ABO, IG < 35 semanas, aleitamento materno com dificuldade ou perda de peso > 7%, presença de cefalo-hematoma ou equimoses, filhos de mães diabéticas, icterícia prolongada maior do que 14 dias (diferenciar aumento de bilirrubina direta ou indireta).

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

- Diminuir em 2mg/dL o nível de indicação de fototerapia se doença hemolítica (Rh, ABO, outros antígenos), deficiência de G-6-PD, asfíxia, letargia, instabilidade na temperatura, sepse, acidose ou albuminemia <3g/dL.
- Iniciar fototerapia de alta intensidade e monitorar os níveis em intervalos específicos, nas seguintes condições: BT entre 17 e 19 mg/dL e dosar BT após 4-6 horas; BT entre 20 e 25 mg/dL e dosar BT em 3-4 horas; BT >25 mg/dL e dosar BT em 2-3 horas, enquanto material de EST é preparado.
- Se houver indicação de EST, iniciar imediatamente a fototerapia de alta intensidade, repetir a dosagem de BT em 2-3 horas e reavaliar a indicação de EST.
- A EST deve ser realizada imediatamente se houver sinais de encefalopatia bilirrubínica ou se BT 5 mg/dL acima dos níveis referidos.

Obs.: O banho de sol não é recomendado como medida terapêutica, pois, embora a luz solar inclua a faixa efetiva de comprimento de onda da luz azul, ela também contém a faixa prejudicial de luz ultravioleta. (SBP, 2021).

2.2.3 Testes de triagem neonatal

1. **Teste do Pezinho:** deve ser realizado, preferencialmente, no 3º dia de vida. Atualmente o Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais (PTN - MG), em parceria com a NUPAD, realiza a triagem para oito doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase, toxoplasmose congênita e defeito da beta oxidação dos ácidos graxos. Foi iniciada em 30 de janeiro de 2024, a inclusão das doenças atrofia muscular espinhal (AME), síndrome da imunodeficiência combinada grave (SCID) e agamaglobulinemia XLA.

Para mais informações, acesse: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/topicos-em-saude/>

2. **Teste do olhinho (reflexo vermelho):** realizado na maternidade e deve ser repetido na atenção básica aos 4, 6, 12 meses e na consulta de 2 anos de idade. Segundo parecer técnico 001-2016, disponibilizado no portal do COFEN o enfermeiro poderá também proceder à realização do teste do reflexo vermelho,

DESDE QUE tenha tido treinamento e possua habilitação técnica necessária. Sendo detectada alteração no “teste do olhinho”, o profissional médico/enfermeiro deverá encaminhar o RN ao oftalmologista;

3. **Teste do coraçãozinho (oximetria de pulso):** realizado na maternidade, a oximetria é realizada no MSD comparativa à oximetria de qualquer um dos MMII. A SpO₂ deverá estar acima de 95% e a diferença entre a oximetria dos membros não deverá exceder 3%;
4. **Teste da Orelhinha:** obrigatório desde 2010, a ser realizado na maternidade de nascimento da criança. Em caso de bebês que nasceram na maternidade da Santa Casa de Poços de Caldas pelo SUS, a orientação para o agendamento do exame é: entregar cópia da seguinte documentação no setor de Egresso da Santa Casa, localizado na rua Maranhão, 191 (junto ao setor de ortopedia → CPF e cartão do SUS da mãe, comprovante de residência, CPF e cartão do SUS do recém-nascido e telefone de contato. Para mais informações: (35) 3729-6121.
5. **Teste da linguinha:** obrigatório desde 2014, a ser realizado na maternidade. Observa a anquiloglossia e a necessidade de intervenção a ser realizada pelo profissional médico / dentista.
6. **Teste de Ortolani:** deve ser realizado pelo profissional da ESF, conforme recomendado no roteiro do exame físico do recém-nascido.

2.3 Modelo de consulta, anamnese, preenchimento e lançamentos no PEC.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS
UNIDADE DE SAÚDE Psf Vila Menezes

AVALIAÇÃO

RECEBO BEBÊ, SOB DEMANDA AGENDADA, COM ATRASO, PARA CONSULTA DE PUERICULTURA E COLETA DO TESTE DO PEZINHO.

NASCIDO ÀS 39+2 SEMANAS, APGAR 9/9, DE PARTO CESÁRIO ELETIVO, PESANDO 3058G, MEDINDO 47CM, PC: 34 CM.
VACINADO PARA HEPATITE B.
NÃO VACINADO PARA BCG.
MÃE NÃO ADERENTE AO PRÉ-NATAL ADEQUADAMENTE.
ALTA EM 10/12/2023, PESANDO 2895G.

EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.

AO EXAME FÍSICO:

CRIANÇA NORMOCORADA, DORMINDO, EUPNEICA, BEG.

FONTANELAS NORMOTENSAS.
MUCOSAS CORADAS E HIDRATADAS.

AUCS. CARD: BRNF, 2T, SS.
AUSC. PULM: MV+, SEM RA.
AUSC. ABD: RHA +.

ABDOME INOCENTE.
COTO UMBILICAL EM PROCESSO DE MUMIFICAÇÃO LIMPO E SECO.

FIMOSE FISIOLÓGICA TENSA 3+/4+.
TESTICULOS PRESENTES BILATERALMENTE.
ÂNUS PERFURADO.

ORTOLANI NEGATIVO.

REFLEXOS PRIMITIVOS CONSERVADOS.

ALOCO EM SEIO MATERNO: PEGA ADEQUADA, BOA PRODUÇÃO DE LEITE.
COLHO PEZINHO SOB CÓD: PPK 00192, EM MID, SEM INTERCORRÊNCIAS.

ENCAMINHO À PUERICULTURA DA EMULTI.
PRESCRIÇÃO DE VITAMINA D.

ORIENTAÇÕES GERAIS.

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento

CIAP2 A98 - MEDICINA PREVENTIVA / MANUTENÇÃO DA SAÚDE

PLANO

RETORNO EM 30 DIAS, COM MÉDICO.
À E-MULTI.

Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados

SIGTAP 0301010269 - AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO NA PUERICULTURA

Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados

SIGTAP 0301010277 - AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA PUERICULTURA

SIGTAP 0201020050 - COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL

Atestados

Não foram emitidos atestados neste atendimento

Exames solicitados

Não foram solicitados exames neste atendimento.

Medicamentos prescritos

AD-TIL 10.000 + 50.000 - Uso contínuo
02 gotas, a cada 1 dia

Orientações

Não foram emitidas orientações neste atendimento

Encaminhamentos

Encaminhamentos especializados

Eletivo

CONSULTA EM NUTRIÇÃO

CID10 Z01 - OUTROS EXAMES E INVESTIGAÇÕES ESPECIAIS DE PESSOAS SEM QUEIXA OU DIAGNÓSTICO RELATADO

Eletivo

CONSULTA EM PSICOLOGIA

CID10 Z01 - OUTROS EXAMES E INVESTIGAÇÕES ESPECIAIS DE PESSOAS SEM QUEIXA OU DIAGNÓSTICO RELATADO

Compartilhamento de cuidado

Não foram solicitados compartilhamentos de cuidado neste atendimento.

DESFECHO

Procedimentos administrativos (SIGTAP)

0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO)

PICs / Racionalidade em saúde

Não foram realizadas PICs e / ou Racionalidade em saúde neste atendimento.

Conduta

Agendamento para nasf e retorno para consulta agendada

REGISTROS ANTERIORES

Vacinação

Hepatite B - DOSE | Data de aplicação: 08/12/2023
Fabricante: BUTANTAN | Lote: WVX22508 | Observações: SANTA CASA. FABIANA.

3. Crescimento

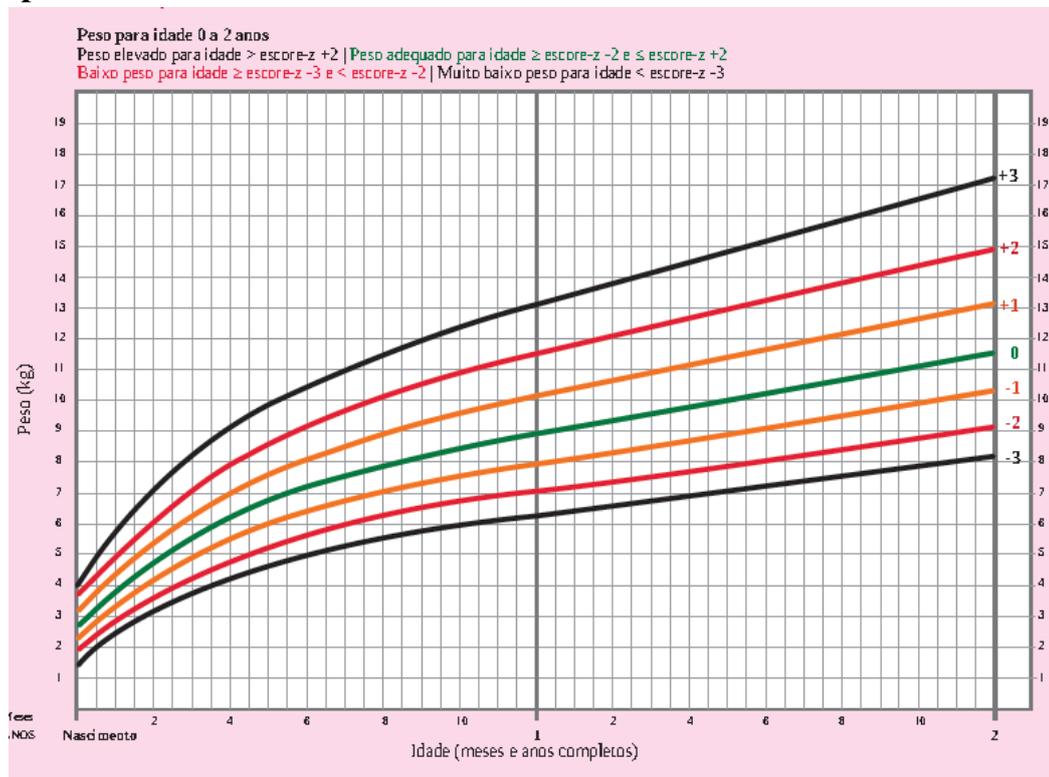
O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico nos gráficos do perímetro cefálico, do peso, do comprimento ou da estatura e do índice de massa corporal (IMC) da criança na Caderneta da Criança. O Índice de Massa Corporal (IMC) para idade expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura (comprimento ou altura).

As crianças menores de dois anos devem ser medidas deitadas (comprimento). Crianças com dois anos ou mais devem ser medidas em pé (estatura). Existe uma diferença de 0,7cm entre a estatura da criança medida deitada e em pé.

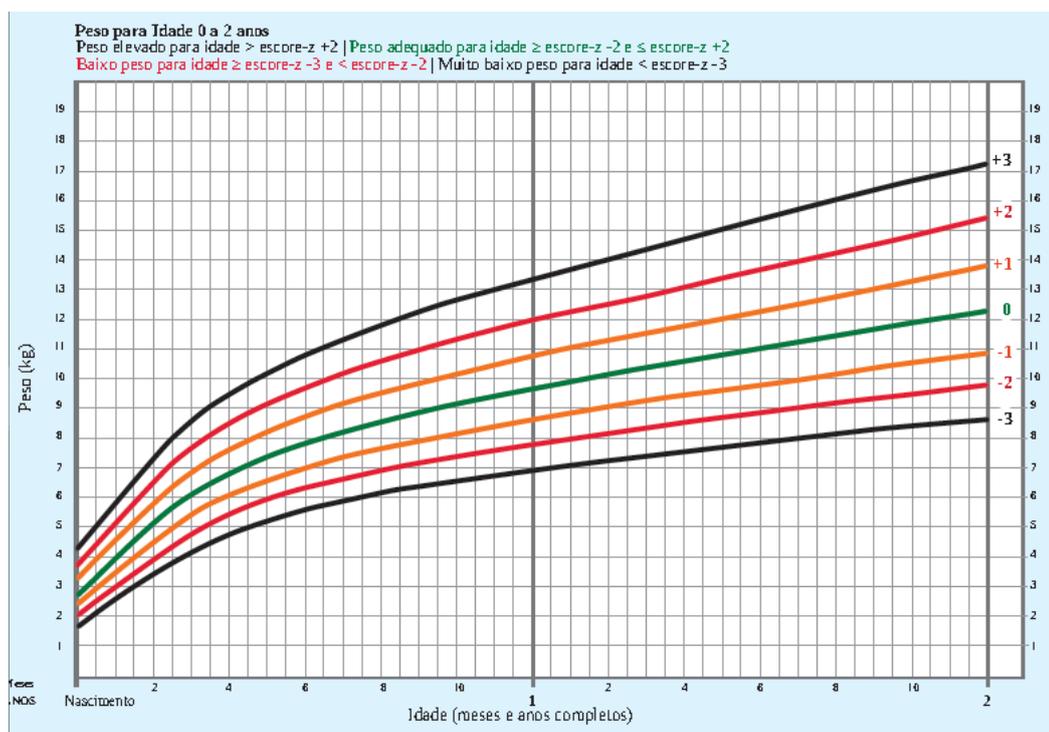
Qualquer mudança rápida que desvie a curva da criança para cima ou para baixo, ou então um traçado horizontal, devem ser investigados. Os traçados que se desviam muito e que cruzam uma outra linha podem indicar risco para a saúde da criança.

As páginas a seguir contêm os gráficos – Ministério da Saúde (2022), com seus respectivos desvios-padrão, para a avaliação do peso, comprimento/estatura, IMC e perímetro cefálico de recém-nascidos termo:

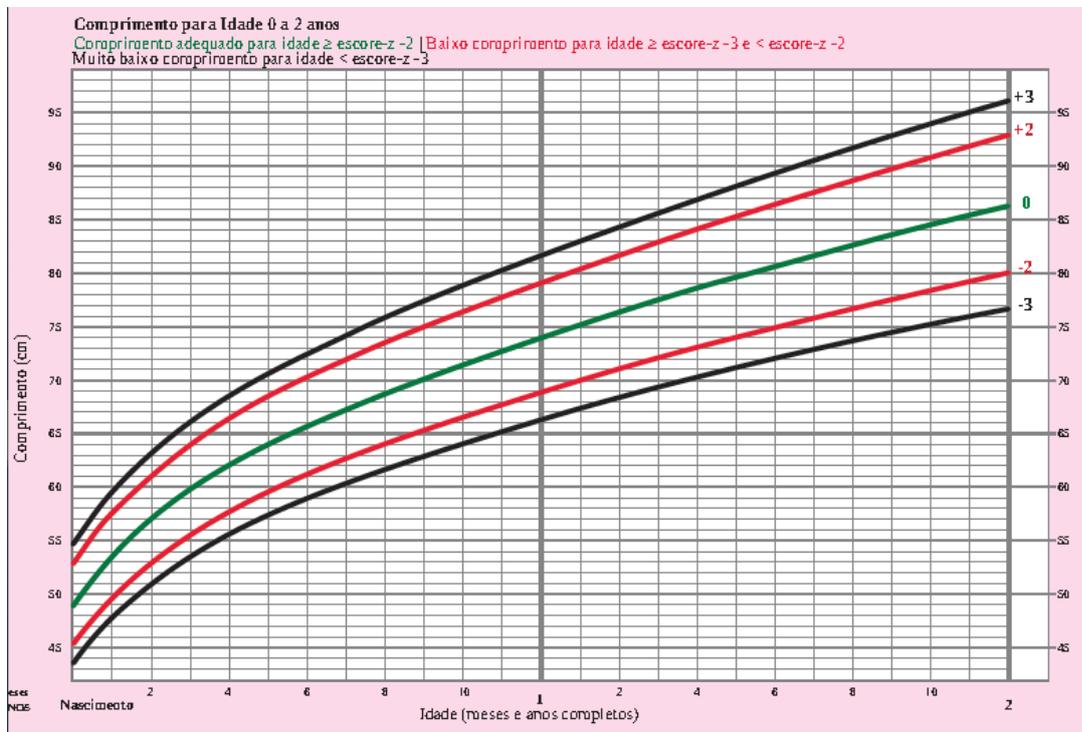
Peso por idade: meninas.



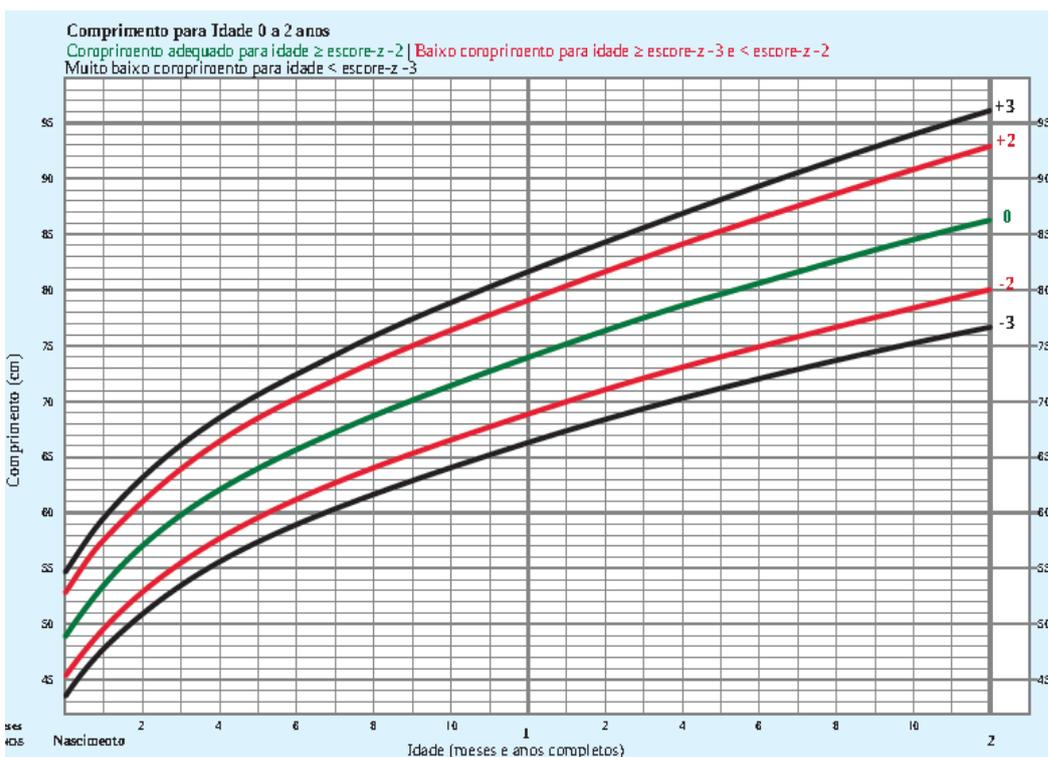
Peso por idade: meninos.



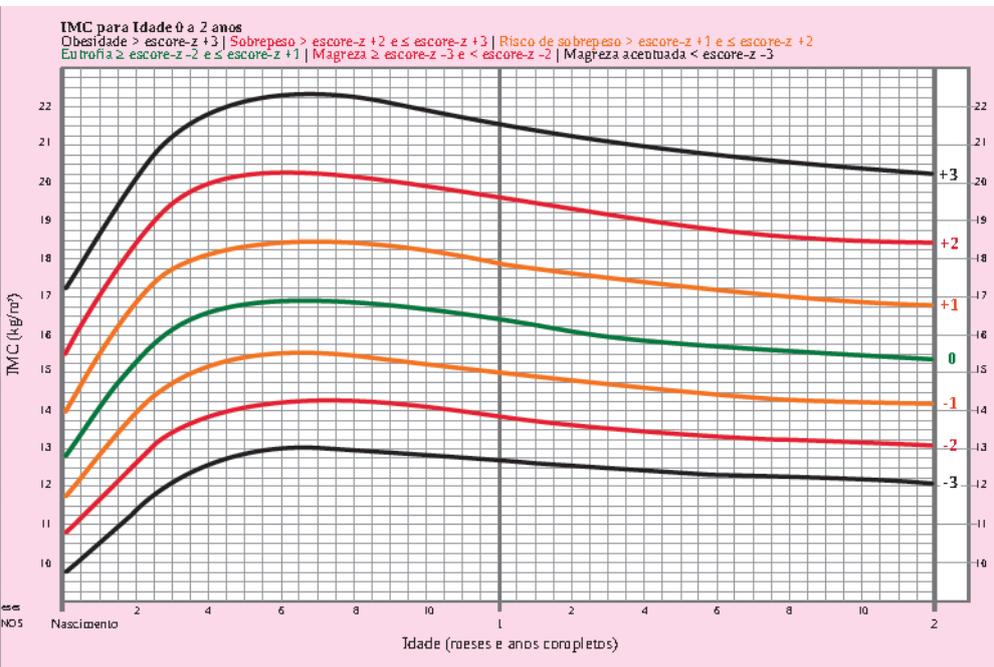
Comprimento / estatura por idade: meninas.



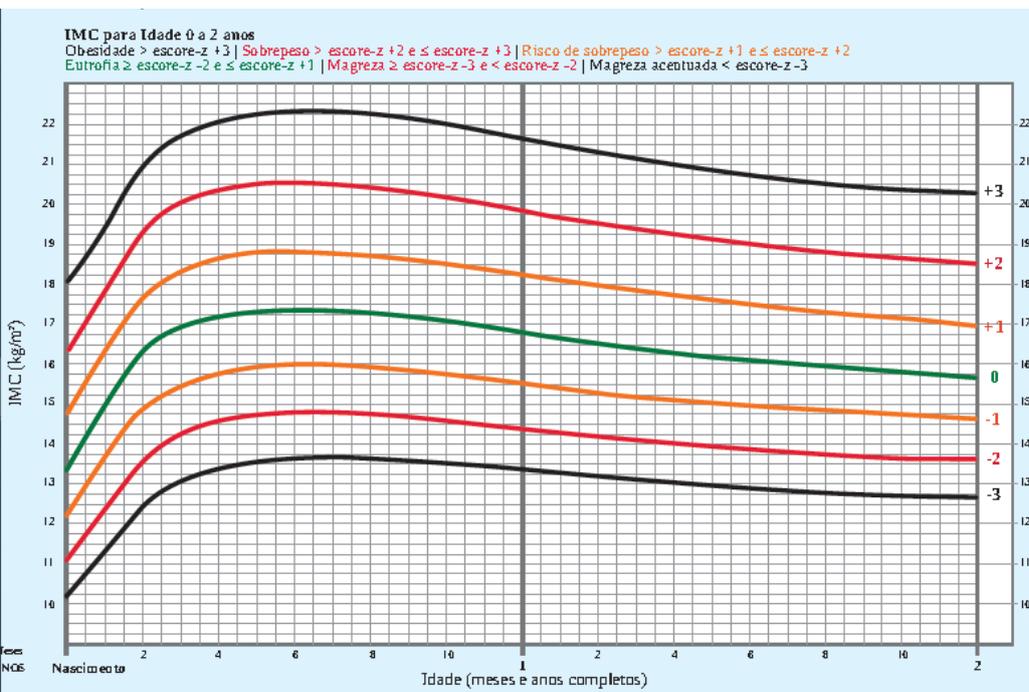
Comprimento / estatura por idade: meninos.



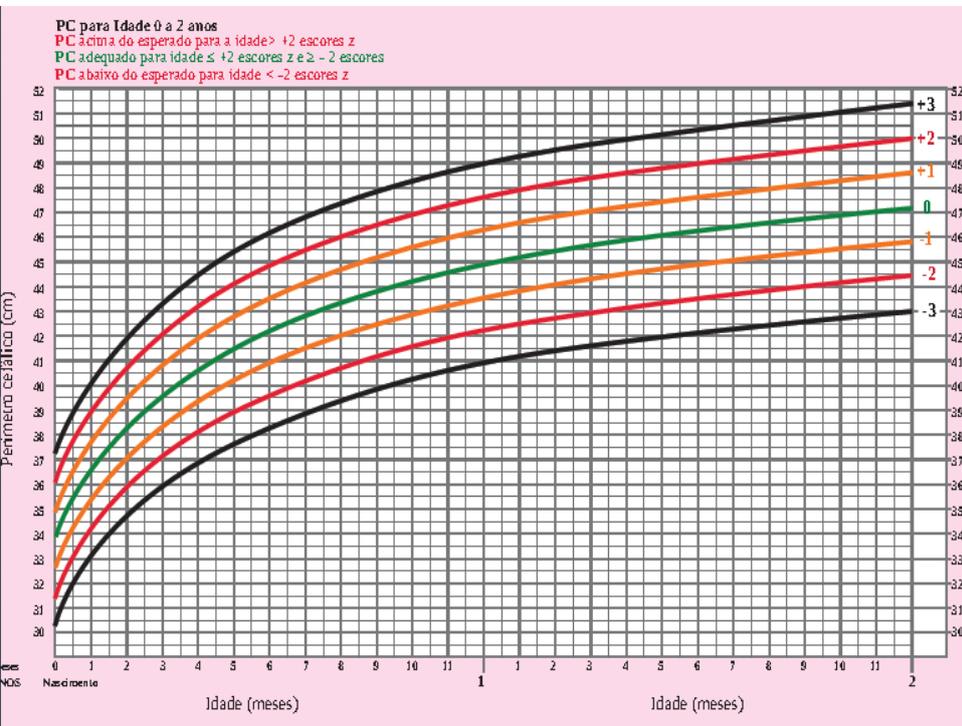
IMC por idade: meninas.



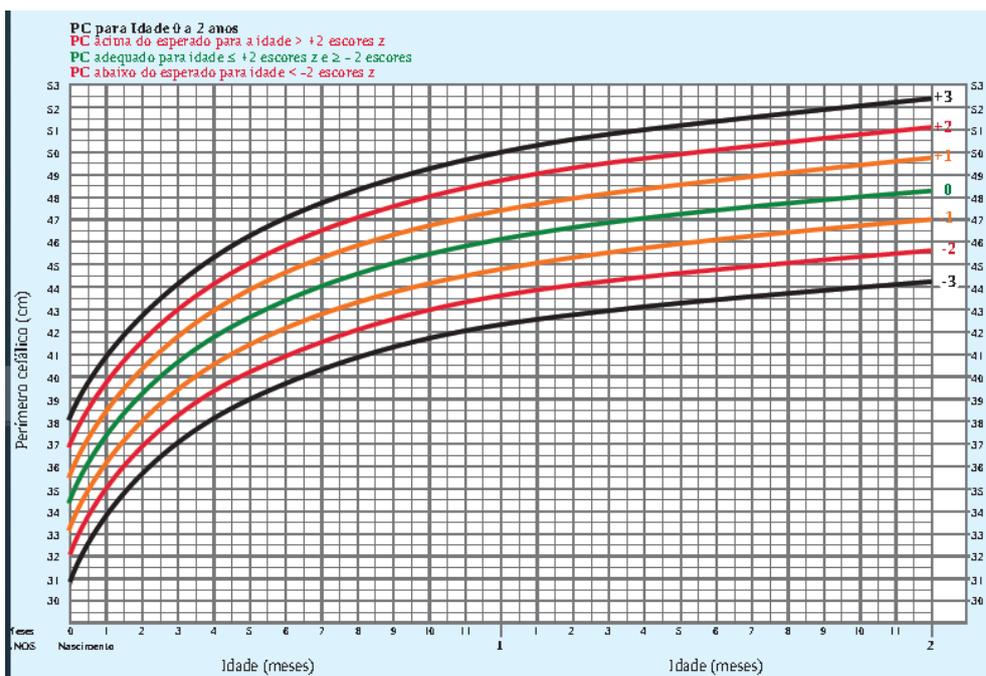
IMC por idade: meninos.



Perímetro cefálico por idade: meninas



Perímetro cefálico por idade: meninos



3.1 Prematuridade

- Corrigindo a idade do prematuro: a idade corrigida, também designada idade pós-concepção, traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade. RUGOLO (2005).
- Considerando que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, deve-se descontar da idade cronológica do prematuro das semanas que faltaram para sua idade gestacional atingir 40 semanas, ou seja, idade corrigida = idade cronológica - (40 semanas - idade gestacional em semanas). RUGOLO (2005).
- Corrigir idade até os 24 meses de vida.

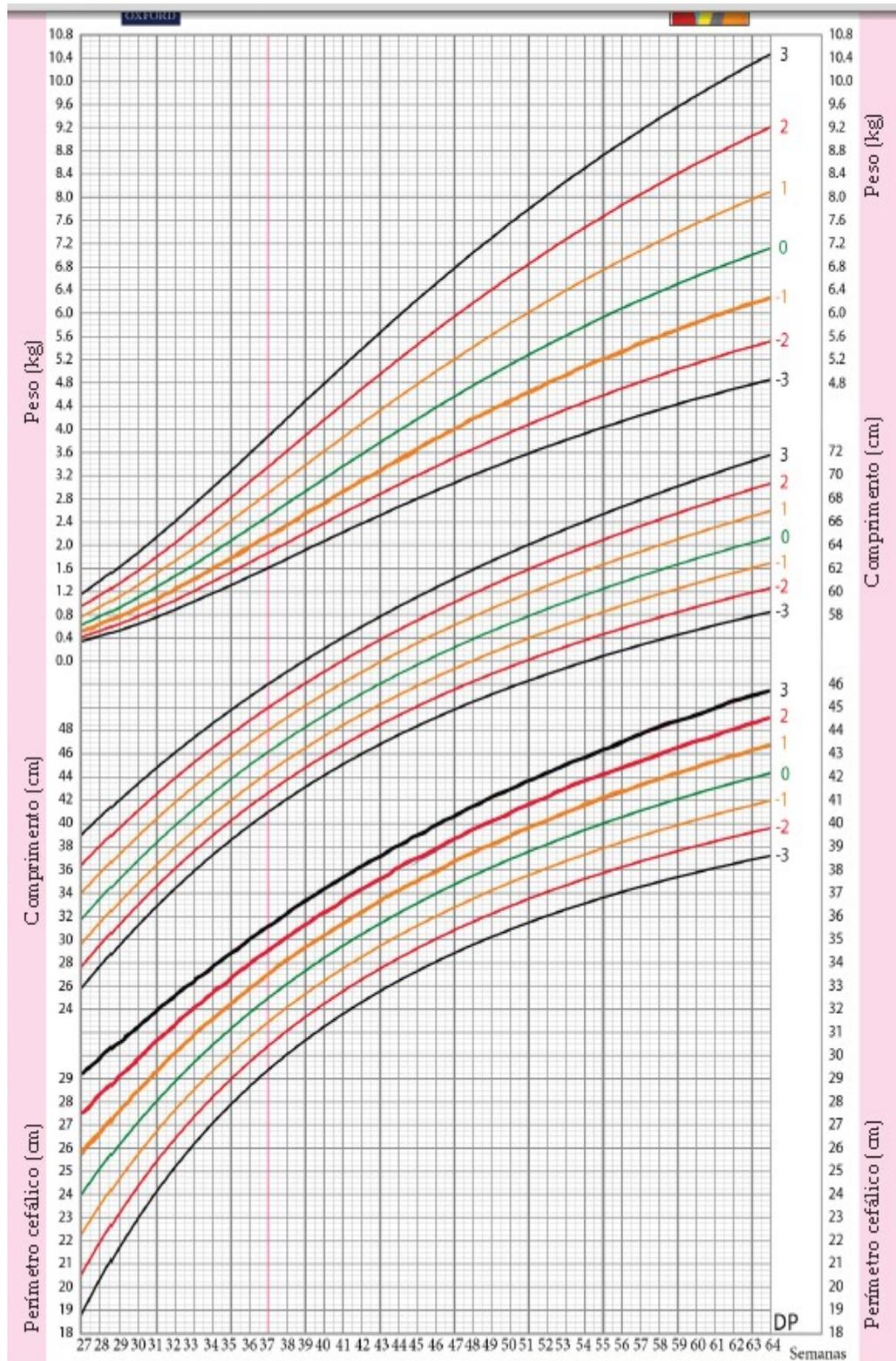
Exemplo:

| Data nascimento | Data consulta | IG ao nascimento | Idade biológica | Idade corrigida |
|------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| 11/01/2017 | 25/01/2017 | 35s 02d | 14 dias | 37s 02d |
| 04/04/2017 | 06/06/2017 | 34s 00d | 63 dias | 21 dias |
| 03/09/2017 | 16/10/2017 | 36s 03d | 43 dias | 25 dias |

Observações:

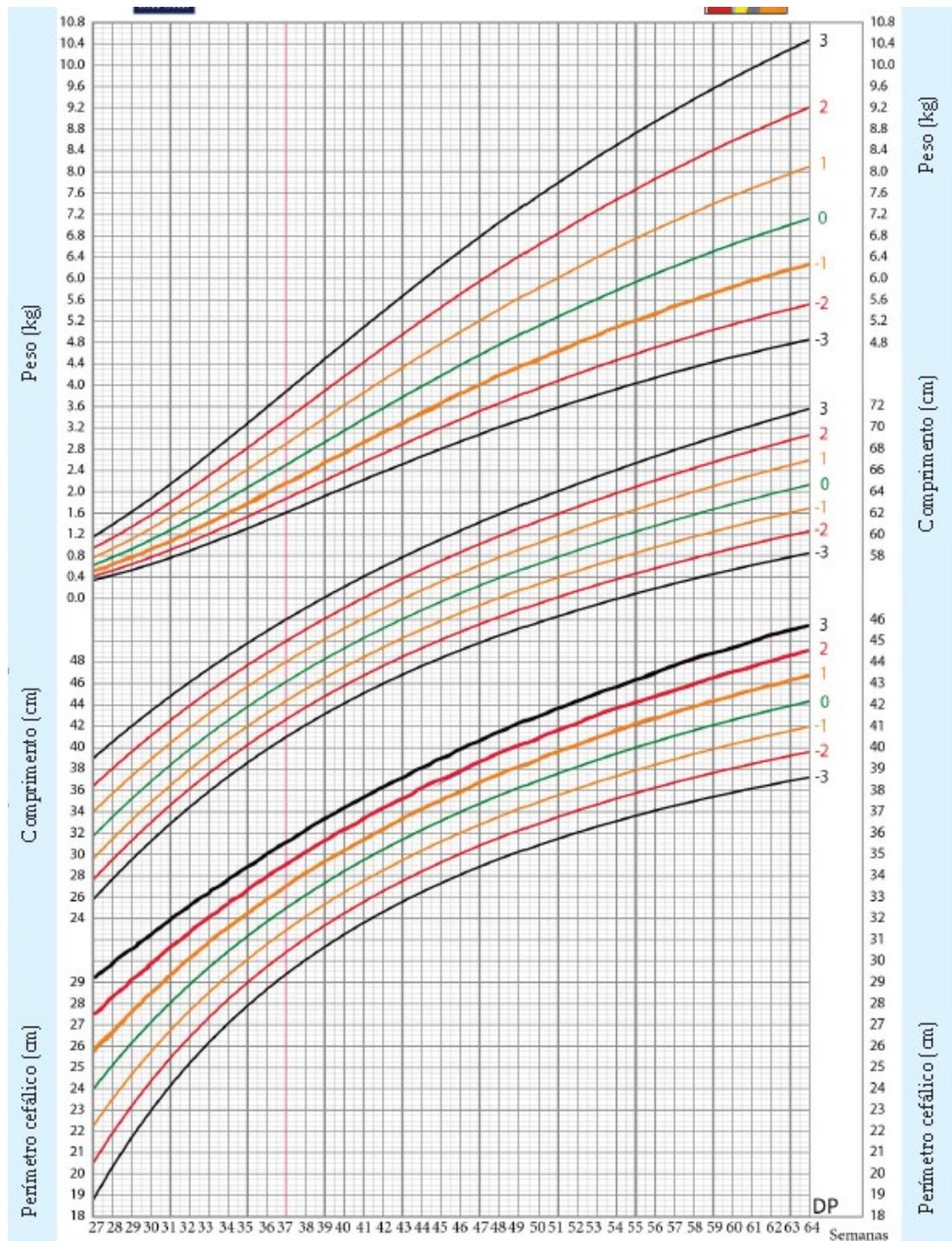
1. Considera-se prematuras as crianças nascidas até 36 semanas e 6 dias de gestação.
2. Considerar a idade corrigida para avaliação antropométrica.

As curvas da menina pré-termo



Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

As curvas do menino pré-termo



Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

4. Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) para cada faixa etária e comportamento

A avaliação deve ser feita periodicamente, seguindo as instruções de como pesquisar o marco do desenvolvimento por faixa etária.

Lembrar sempre de investigar pelo menos as seguintes áreas:

- **Motricidade ampla (grosseira);**
- **Motricidade fina;**
- **Linguagem;**
- **Avaliação psicossocial;**
- **Avaliação sensorial.**

Caso aconteça falha em alcançar algum marco, deve-se antecipar a consulta seguinte, e iniciar uma investigação quanto ao ambiente em que a criança vive e a sua relação com os familiares. O objetivo inicial é orientar a família a estimular a criança, com foco em atividades que a ajudem a superar as dificuldades observadas.

A persistência de atrasos do desenvolvimento por mais de duas consultas (ou ausência do marco no último quadro sombreado), indica a necessidade de encaminhar a criança para um serviço de maior complexidade e estimulação precoce neuropsicomotora, essenciais ao prognóstico favorável.

Atente-se também para associar as medidas de perímetro cefálico na vigilância do DPNM, conforme recomendação do Ministério da Saúde:

Instrumento de avaliação do desenvolvimento integral da criança

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

| DADOS DE AVALIAÇÃO | CLASSIFICAÇÃO | CONDUTA |
|---|--|--|
| <p>Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores; ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*; ou Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p> | <p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento. |
| <p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos). ou Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p> | <p>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias. |
| <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p> | <p>DESENVOLVIMENTO ADEQUADO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes. |

* Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado.

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

4.1.1 Marcos do DNPM por faixa etária

Ativando os campos de Puericultura no PEC, ele abre as abas de DNPM esperado para cada faixa etária, conforme exemplo abaixo:

Marcos de desenvolvimento

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 15 primeiros dias ● ● ● ● ● ● ● ● | <input type="checkbox"/> 1º mês ● ● ● ● |
| <input type="checkbox"/> 2º mês ● ● ● ● | <input type="checkbox"/> 3º e 4º mês ● ● ● ● |
| <input type="checkbox"/> 5º e 6º mês ● ● ● ● | <input type="checkbox"/> 7º ao 9º mês ● ● ● ● |
| <input type="checkbox"/> 10º ao 12º mês ● ● ● ● | <input type="checkbox"/> 13º ao 15º mês ● ● ● ● |
| <input type="checkbox"/> 16º ao 18º mês ● ● ● ● | <input type="checkbox"/> 19º ao 24º mês ● ● ● ● |

Marcar presente ou ausente no PEC cada uma das áreas correspondentes (motricidade ampla, fina, linguagem ou social), de acordo com a faixa etária correspondente da criança que está sendo atendida:

^ 3º e 4º mês

Responde ativamente ao contato social ⓘ

Alcançado com * 00 anos e 3 meses

Segura objetos ⓘ

Alcançado com * 00 anos e 3 meses

Emite sons, ri alto ⓘ

Alcançado com * 00 anos e 3 meses

Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços ⓘ

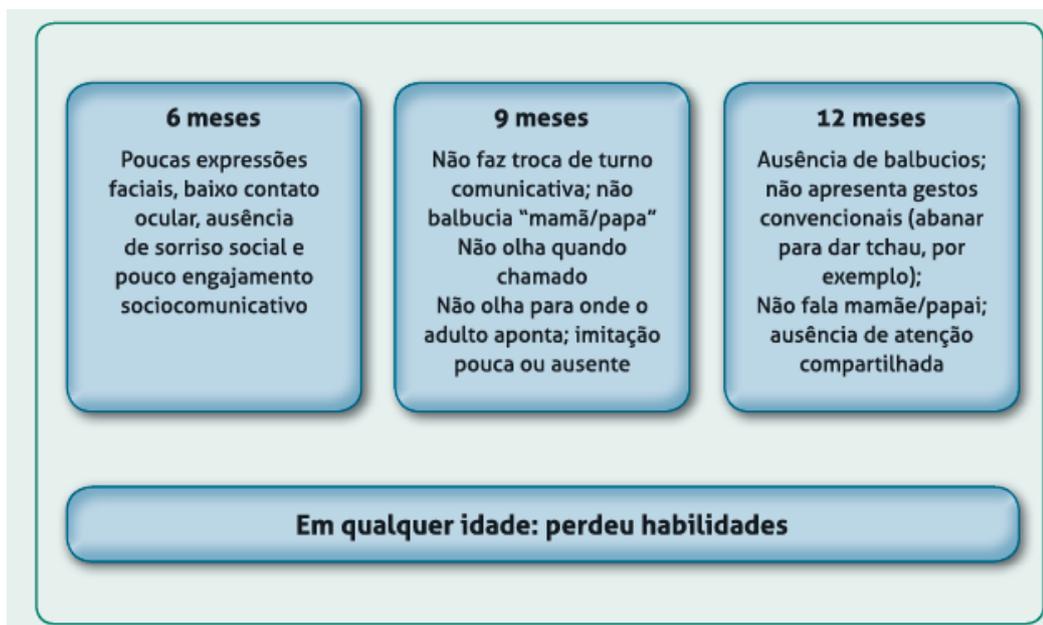
Alcançado com * 00 anos e 3 meses

4.2 Transtorno do Espectro Autista

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades (BRASIL, 2021).

Esses sintomas configuram o núcleo do transtorno, mas a gravidade de sua apresentação é variável. O TEA tem origem nos primeiros anos de vida, mas sua trajetória inicial não é uniforme. Em algumas crianças, os sintomas são aparentes logo após o nascimento. Na maioria dos casos, no entanto, os sintomas do TEA só são consistentemente identificados entre os 12 e 24 meses de idade (SBP, 2019).

São sinais de alerta para TEA (SBP, 2019):



Cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a tarefa de identificação de sinais iniciais de alterações no desenvolvimento, durante as consultas de rotina da criança, buscando identificar sinais precoces de desenvolvimento atípico e suspeita de TEA (BRASIL, 2021).

O profissional de saúde deve aplicar a escala **M-CHAT-R**, instrumento que auxilia na identificação de pacientes com idade **entre 16 e 30 meses** com possível TEA.

O Ministério da Saúde promulgou em maio de 2017, a Lei 13.438, que torna obrigatória a aplicação em todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de um instrumento que avalie risco para o desenvolvimento psíquico.

O M-CHAT-R é um teste de triagem e não de diagnóstico e seu principal objetivo é de aumentar ao máximo a sensibilidade, ou seja, detectar o maior número de casos possíveis de suspeita de TEA (SBP, 2019).

O Ministério da Saúde desenvolveu uma Linha de Cuidado para crianças com TEA que detalha a abordagem nos diversos níveis de atenção e possui também orientações para as famílias:

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/>.

4.2.1 M-CHAT-R/F

Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)TM

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

| | | | |
|----|--|-----|-----|
| 1 | Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?) | Sim | Não |
| 2 | Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo? | Sim | Não |
| 3 | O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?) | Sim | Não |
| 4 | O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas) | Sim | Não |
| 5 | O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?) | Sim | Não |
| 6 | O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?) | Sim | Não |
| 7 | O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua) | Sim | Não |
| 8 | O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?) | Sim | Não |
| 9 | O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo) | Sim | Não |
| 10 | O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?) | Sim | Não |
| 11 | Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você? | Sim | Não |
| 12 | O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?) | Sim | Não |
| 13 | O seu filho anda? | Sim | Não |
| 14 | O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele, ou vestindo a roupa dele? | Sim | Não |
| 15 | O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?) | Sim | Não |
| 16 | Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando? | Sim | Não |
| 17 | O seu filho tenta fazer você olhar para ele? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "óh mãe!") | Sim | Não |
| 18 | O seu filho compreende quando você pede para ele fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")? | Sim | Não |
| 19 | Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele olharia para seu rosto?) | Sim | Não |
| 20 | O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos) | Sim | Não |

Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)TM. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

4.2.2 Gabarito M-CHAT-R/F

As respostas Sim/Não são convertidas em passa/falha. A tabela que se segue, regista as respostas consideradas “**Falha**” para cada um dos itens do M-CHAT-R:

| | | | |
|---------|----------|----------|----------|
| 1 - NÃO | 6 - NÃO | 11 - NÃO | 16 - NÃO |
| 2 - SIM | 7 - NÃO | 12 - SIM | 17 - NÃO |
| 3 - NÃO | 8 - NÃO | 13 - NÃO | 18 - NÃO |
| 4 - NÃO | 9 - NÃO | 14 - NÃO | 19 - NÃO |
| 5 - SIM | 10 - NÃO | 15 - NÃO | 20 - NÃO |

Fonte: ROBINS, 2018

Ao final do questionário, o profissional terá um resultado indicando baixo risco, risco moderado ou alto risco, e qual a recomendação conforme o risco (ROBINS, 2018):

- **BAIXO RISCO:** pontuação total é de 0-2, não é necessário acompanhamento. Se a criança for menor do que 24 meses ao teste, repetir o M-CHAT-R aos 24 meses de idade e manter a vigilância.
- **RISCO MODERADO/ALTO RISCO:** pontuação total maior/igual a de 3, deve-se encaminhar a criança imediatamente para avaliação especializada, conforme a recomendação da Junta Reguladora.

4.3 A importância da estimulação precoce

Os primeiros anos de vida têm sido considerados críticos para o desenvolvimento das habilidades motoras, cognitivas e sensoriais. É neste período que ocorre o processo de maturação do sistema nervoso central sendo a fase ótima da plasticidade neuronal. Tanto a plasticidade quanto a maturação dependem da estimulação.

A plasticidade neural fundamenta e justifica a intervenção precoce para bebês que apresentem risco potencial de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Isso

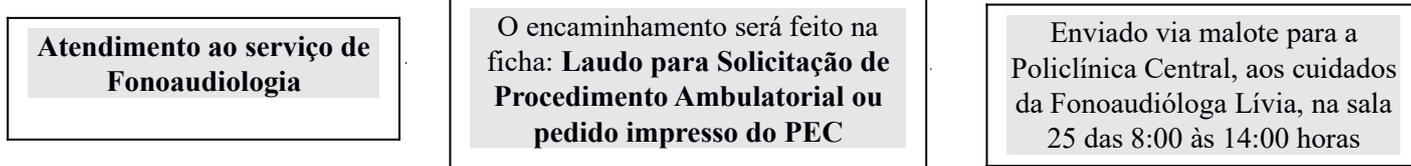
porque é justamente no período de zero a três anos que o indivíduo é mais suscetível a transformações provocadas pelo ambiente externo.

A estimulação precoce tem, como meta, aproveitar este período crítico para estimular a criança a ampliar suas competências, tendo como referência os marcos do desenvolvimento típico e reduzindo, desta forma, os efeitos negativos de uma história de riscos (BRASIL, 2016).

4.3.1 Fluxo de Encaminhamentos para intervenção

a) Encaminhamento à fonoaudiologia

O atendimento à fonoaudiologia para as crianças seguirá o seguinte fluxo, conforme Instrução Normativa 05/2023- Poços de Caldas:



O que deve estar devidamente preenchido na ficha:

1- Dados da Unidade da Saúde

2- Dados do paciente: Necessário preencher todos os campos desse item

3- Procedimento: Necessário descrever a necessidade da avaliação e contar CID, além da quantidade de sessões para cada área tratada (máximo 20 sessões) .

A solicitação deve ser feita pelo profissional médico da rede SUS, constando data, carimbo e assinatura.

A Fonoaudiologia que entrará em contato com o paciente.

b) Encaminhamentos para a Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

O encaminhamento para a Junta Reguladora deverá seguir as recomendações da Instrução Normativa 20/2023.

A Junta Reguladora tem como objetivo organizar o atendimento das pessoas com deficiência, fazendo a ponte entre as entidades e os serviços públicos de saúde. Analisam os casos e verificam a possibilidade de atendimento nas Unidades da ADEFIP, APAE, AADV , TARSO DE COIMBRA e até o encaminhamento para outros municípios. O fluxo de encaminhamento se dará por meio de protocolo/malote, encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde.

Destaca-se a documentação necessária para o encaminhamento:

- Xerox do Cartão Nacional do SUS (CNS);
- Xerox do Registro Geral (RG) / Certidão de nascimento para menores de idade;
- Xerox do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Xerox do Registro Geral (RG) / Xerox do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Responsável;
- Xerox do comprovante de endereço no nome do titular do documento, e/ou responsável pelo menor;
- Encaminhamento médico ORIGINAL com CID especificando a doença;
- Relatório escolar detalhado (creche ou escola);
- Carteirinha de vacinação;
- Telefone de contato.

c) Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i

O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi Despertar constitui um serviço de atenção diária destinado a crianças e adolescentes que apresentam

prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes como psicoses, neuroses graves, acolhimento e condução das vítimas de abuso sexual e vítimas de tentativa de suicídio.

Faixa etária: de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias

Funcionamento - Funciona como regulador da porta de entrada da rede assistencial de saúde mental às crianças e adolescentes no âmbito do município. Permanecerão em atendimento no serviço aqueles que apresentarem os perfis do público-alvo.

Endereço: Av. Doutor David Benedito Ottoni, 794, Jardim dos Estados. Telefone: (35) 9 8403-4548 Email: capsijpocosdecaldas@gmail.com

Acolhimento: O acolhimento funciona como porta aberta e é uma ferramenta que tem por objetivo receber, atender e escutar os sujeitos, sendo realizado por profissionais de nível superior.

Horário: acontece todos os dias, de segunda a sexta-feira, de 9:00hs às 11:00hs pela manhã, e das 13:00hs às 16:00hs no período da tarde.

Obs.: Os usuários em crise são acolhidos a qualquer momento dentro do horário de funcionamento, independente se encaminhado ou demanda espontânea.

Principais transtornos atendidos:

- Transtornos globais do desenvolvimento/Transtornos do desenvolvimento psicológico: Transtorno desintegrativo da infância.
- Outros transtornos globais do desenvolvimento.
- Transtornos psicóticos e do humor: Esquizofrenia, paranoia (transtorno delirante persistente), transtornos graves do humor.
- Transtornos relacionados à violência sexual: Vítimas de estupro, vítimas de pedofilia.
- Transtornos alimentares: Bulimia, anorexia.

d) Referência da criança de risco à pediatria

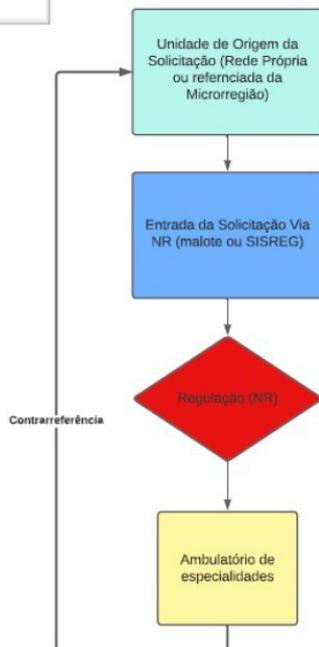
Quais crianças (consideradas de risco) encaminhar?

- Crianças egressas da UTI Pediátrica – Necessário apresentar relatório de alta hospitalar;
- Crianças com doenças gastrointestinais crônicas com repercussão nutricional (diarreia crônica, doença celíaca, atresia das vias biliares cirroses, alergias e intolerâncias alimentares, doença do refluxo gastroesofágico);
- Crianças com doenças respiratórias crônicas, 2 (dois) ou mais episódios de pneumonia comprovado por exame (raio-x) e com histórico de internação nos últimos 12 (doze) meses;
- Crianças com asma persistente moderada não controlada e persistente grave conforme definição do caderno de atenção básica, bebê chiador – mais de 3 (três) episódios de broncoespasmo em 60 dias, sem melhora ao tratamento adequado – Necessidade de interconsulta com Atenção Primária com periodicidade de no mínimo 45 dias de intervalo entre as consultas;
- Crianças com alterações renais crônicas, com destaque para (hidronefrose, hematúria persistente por mais de 60 (sessenta) dias – macro ou microscópica com ou sem hipertensão arterial; infecção urinária recorrente – comprovada por exames de urocultura sem resposta ao tratamento instituído, síndrome nefrótica;
- Crianças com alterações endócrinas (diabetes mellitus, distúrbios da tireoide);
- Crianças com quadro de obesidade (grau I com comorbidade) e/ou desnutrição (moderada a severa);
- Crianças de 0 a 6 anos com atraso em seu desenvolvimento global a despeito de uma estimulação adequada;
- Crianças com hipertensão arterial.

Fluxo de referência:



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Saúde
Controle e Avaliação



Linhas de cuidados prioritárias :

- I – pré-natal de alto risco (PNAR);
- II – criança de risco;
- III – propedêutica do câncer de colo de útero;
- IV – propedêutica do câncer de mama;
- V – hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) de alto e muito alto risco;

Fluxograma de encaminhamentos, referência e contrarreferência aos serviços.

5. Vacinação

Conferir as vacinas conforme calendário do **PNI vigente à época da consulta** e FAZER A TRANSCRIÇÃO CORRETA DAS VACINAS NO PEC, de acordo com o modelo abaixo:

| | | | | | |
|--|---|------------------------|--------------------|---------------------|--------------|
| Folha de rosto | SOAP | Histórico | Vacinação | Cadastro do cidadão | Agendamentos |
| Calendário vacinal completo | | Outros imunobiológicos | | | |
| Adicionar transcrições de caderneta | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mostrar calendário nacional completo | | | | | |
| Doses/imunobiológicos/vacinas para COVID - 19 COVID | | | | | |
| BCG | ÚNICA 1 aplicação 24/05/2023 | | | | |
| Hepatite B | DOSE 1 aplicação 03/05/2023 | 1ª DOSE | 2ª DOSE | 3ª DOSE | REV |
| Pentavalente | 1ª DOSE 2 meses | 2ª DOSE 4 meses | 3ª DOSE 6 meses | | |
| DTP | 1º REFORÇO 15 meses | 2º REFORÇO 4 anos | | | |
| VIP | 1ª DOSE 2 meses | 2ª DOSE 4 meses | 3ª DOSE 6 meses | | |
| VOP | 1º REFORÇO 15 meses | 2º REFORÇO 4 anos | | | |

Obs.: Ficar alerta para as vacinas preconizadas como META PELO PREVINE BRASIL.

META: 95%.

Eventos adversos possíveis à vacinação - O que fazer?

- Fazer a notificação;
- Avaliar caso a caso a necessidade de avaliação com enfermeiro ou médico;

- Para as reações graves, encaminhar ao serviço de urgência.

5.1 Calendário vacinal

Fonte: SBIN, 2024.

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|--|--|---|--|--|--|---|
| V | Vacina COVID-19* | Formas graves e óbitos por covid-19, causada pelo SARS-CoV-2 | RNA mensageiro (RNAm) de cadeia simples, codificando a proteína S (spike) do coronavírus 2 (SARS-CoV-2) | 3 doses | - | 1ª dose: 6 meses 2ª dose: 7 meses 3ª dose: 9 meses | 4 semanas após 1ª dose 8 semanas após 2ª dose | 4 semanas após 1ª dose 8 semanas após 2ª dose |
| | Febre Amarela (VFA - atenuada) | Febre Amarela | Vírus vivo atenuado | Uma dose | Reforço | Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade | - | 30 dias |
| | Sarampo, caxumba, rubéola (SCR - atenuada) (Triplíce viral) | Sarampo, Caxumba e Rubéola | Vírus vivo atenuado | 2 doses | - | 12 meses | - | 30 dias |
| He (HB - rec) | Sarampo, caxumba, rubéola e varicela (SCRV - atenuada) (Tetraviral) | Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela | Vírus vivo atenuado | Uma dose (2ª dose da triplice viral e 1ª de varicela) | - | 15 meses | - | - |
| Poliomielite 1, 2 | Hepatite A (HA - inativada) | Hepatite A | Vírus inativado | Uma dose | - | 15 meses | - | - |
| Poliomielite 1 e 3 | Difteria, Tétano e Pertussis (DTP) | Difteria, Tétano e Coqueluche | Toxoides diftérico e tetânico purificados + bactéria da coqueluche (célula inteira) inativado e purificada | 3 doses (Considerar doses anteriores) | 2 reforços | 1ª reforço: 15 meses após 3ª dose 2ª reforço: 4 anos de idade | 1ª reforço: 9 meses após 3ª dose 2ª reforço: 3 anos após 1ª reforço | 1ª reforço: 6 meses após 3ª dose 2ª reforço: 6 meses após 1ª reforço |
| Rotavírus huma | Difteria e Tétano (dT) | Difteria e Tétano | Toxoides diftérico e tetânico purificados | 3 doses (Considerar doses anteriores com penta e DTP) | A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos | A partir dos 7 anos | 60 dias | 30 dias |
| (DTP/HA) | Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 - recombinante)** | Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) | Antígeno recombinante da proteína L1 os vírus 6, 11, 16 e 18 do HPV | 2 doses | - | 09 e 10 anos (meninas e meninos) | 2ª dose: 6 meses após 1ª dose | 2ª dose: 6 meses após 1ª dose |
| Pneumocóc (VPC 10) | Pneumocócica 23-valente (VPP 23 - polisacarídica) | Meningites bacterianas, Pneumonias, Sinusite e outros. | Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos de pneumococos | 2 doses | Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a PCV 10 | A partir de 5 anos para os povos indígenas. A 2ª dose deve ser feita 5 anos após a 1ª dose | 5 anos | 3 anos |
| Meningocóc | Varicela (VZ - atenuada) | Varicela (Catapora) | Vírus vivo atenuado | Uma dose (Corresponde a 2ª dose da varicela) | - | 4 anos | - | 30 dias |

6. Aleitamento materno e alimentação complementar

6.1 Aleitamento Materno

O aleitamento materno deve ser mantido de maneira exclusiva até o sexto mês de vida do bebê, em livre demanda, sem necessidade de ofertar nenhum outro alimento e/ou bebida (chá, água, fórmulas infantis, frutas, etc.) até essa idade.

6.1.1 Manejo do aleitamento materno

Para um adequado manejo do aleitamento materno, inicialmente o profissional de saúde deve se atentar a três aspectos:

- 1) OBSERVAR A MÃE AMAMENTAR A CRIANÇA;
- 2) Observar e auxiliar quanto ao posicionamento do bebê e da mãe e quanto à pega correta;
- 3) Observar como a mãe conduz sozinhas as orientações dadas;
- 4) Deve-se orientar a mãe sobre a frequência das mamadas, as quais ocorrerão de acordo com a demanda do bebê. Além disso, é importante explicar sobre o tamanho do estômago do bebê;
- 5) Entre o terceiro e o quinto dia após o nascimento, acontece a apojadura (“descida do leite”). É preciso ficar atento em relação o manejo correto da mama nessa fase, bem como fazer o esvaziar dessa mama para que não haja redução na produção do leite materno, bem como intercorrências como ingurgitamento mamário, entre outras.

Os principais estímulos para a produção do leite materno são o esvaziamento da mama e a sucção que o bebê faz. Por isso, é extremamente importante que a pega do bebê seja verificada desde as primeiras mamadas e, se necessário, corrigida já nos primeiros dias de vida da criança. Além disso, o aleitamento materno em livre demanda e a amamentação noturna são muito importantes para o sucesso da amamentação.

6.1.2-Posição para a amamentação

A posição da mãe e do bebê influenciam no ato de amamentar, podendo interferir na pega da criança e no conforto de ambos durante o processo. A melhor posição é a que a mãe e o bebê se sintam o mais confortável possível.

ATENÇÃO! O bebê deve estar com a cabeça e o tronco alinhados, com o corpo devidamente apoiado e com o rosto voltado para o seio da mãe.

A seguir encontram-se algumas posições que podem facilitar a amamentação:

DIFERENTES POSIÇÕES PARA AMAMENTAR



Fonte: Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (BRASIL, 2021)

6.1.3. Pega correta

Para que uma pega correta aconteça, é necessário que a mãe esteja orientada para que seu filho não fique com o pescoço recurvado sobre o tronco. Assim, é preciso observar se a cabeça do bebê e o tronco encontram-se alinhados, com o devido apoio, bem como o rosto do bebê deve estar de frente para o seio da mãe.

Durante a amamentação, o bebê suga não só o mamilo, mas uma parte da aréola do seio materno, de maneira que na parte inferior da mama sobre menos espaço livre entre o lábio do bebê e a aréola do que na parte superior, conforme a seguir:

PEGA CORRETA



Fonte: Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (BRASIL, 2021)

6.1.4 Principais intercorrências ou complicações durante a amamentação

| Intercorrência | Manejo | Quem faz |
|---|--|--------------------------|
| Bebê que não suga ou tem sucção fraca (atentar para o ganho de peso do recém-nascido) | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a ordenha frequente ao longo do dia para garantir a continuidade da produção do leite; • Suspender o uso de chupeta ou mamadeira, se existir; • Estimular o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole (curto período); • Oferecer o leite ordenhado em | Equipe multiprofissional |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| | <p>colher ou copo;</p> <p><u>Atenção:</u> crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, <i>porém não há contraindicação para o aleitamento materno, via de regra.</i></p> | |
| Demora para a apojadura (“descida do leite”) | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar que com algumas mulheres, a apojadura pode se demorar um pouco mais para acontecer, especialmente após o parto cesárea; • Estimular a autoconfiança da mãe; • Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha; • A nutrição suplementar do recém-nascido pode ser necessária. Porém, isso deve ocorrer de maneira temporária, estimulando e priorizando o aleitamento materno exclusivo. | Equipe multiprofissional |
| Dor nos mamilos/ fissuras | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema; • Manter os mamilos secos; • Não utilizar nas mamas quaisquer produtos como sabão, álcool, pomada, creme, etc.; • Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio; • Ordenhar manualmente antes da mamada. | Equipe multiprofissional |
| Mamilos planos | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar que esta condição pode | Equipe multiprofissional |

| | | |
|------------------------|---|--------------------------|
| ou invertidos | <p>dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico” com a aréola;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para amamentar; • Ensinar manobras que auxiliam a aumentar os mamilos, como compressas frias e sucção por 30 a 60 segundos, com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml cortada na parte estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada; • Manter a ordenha para garantir a produção do leite e oferecer em copinho ou colher para a criança. | |
| Ingurgitamento mamário | <ul style="list-style-type: none"> • Ordenha de alívio antes da mamada; • Massagens delicadas ou shaking, com movimentos circulares; • Mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos; • Uso de sutiã com alças largas e firmes; • Compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas, após esvaziamento da mama. | Equipe multiprofissional |
| | | |

| | | |
|---------------------------|--|-------------------------|
| Candidíase (monilíase) | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem ser tratados simultaneamente. Manifesta-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhadas, brilhante com fina descamação. Na criança, aparecem placas brancas na região oral; • O tratamento inicial da mãe é tópico, após cada mamada, com nistatina líquida por 14 dias. Tratar também a criança; • Orientar manter os mamilos secos, expor à luz alguns minutos no dia; • Chupetas são fontes importantes de reinfecção. Desestimular o uso em qualquer caso. | Enfermeiro(a)/médico(a) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Caso o tratamento seja ineficaz, recomenda-se a prescrição via oral de fluconazol, 150 mg/dia, por 14 a 18 dias, ou cetoconazol, 200 mg/dia, por 10 a 20 dias. | Médico(a) |
| | | |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| <p>Mastite (Caso não haja regressão do quadro com o tratamento em 48 horas, considerar a possibilidade de abscesso e avaliação especializada)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmento da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana; • A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras; • Não suspender o aleitamento; • Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha; • Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada; • Se dor ou febre, orientar dipirona, 500-1.000 mg, VO, 6/6 horas, OU paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, OU ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas. | <p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p> |
|---|---|--------------------------------|

| | | |
|--|--|-----------|
| | <p>Opções terapêuticas (antibioticoterapia):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefalexina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias; - Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas – 10 dias; - Amoxicilina + ácido clavulânico (500 mg/125 mg), VO, 8/8 horas – 10 dias; - Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias, em pacientes alérgicas aos demais medicamentos. | Médico(a) |
|--|--|-----------|

Fonte: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) – adaptado.

6.1.5 Ordenha e armazenamento do leite materno

A ordenha pode ser necessária em algumas situações, sendo a principal dela a volta ao trabalho.

O “Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos”, atualizado em 2019, possui todas as orientações detalhadas referentes ao processo de ordenha, armazenamento e oferta do leite materno. As principais recomendações estão descritas a seguir:

- 1) Armazene preferencialmente o leite materno em um frasco de vidro com tampa plástica ou utensílio próprio para este fim, devidamente higienizado e armazenado a cada ordenha;
- 2) A ordenha pode ser feita de maneira manual ou com auxílio de bomba de sucção;
- 3) Massageie a mama suavemente com as pontas dos dedos ou com a palma da mão;
- 4) Posicione o recipiente em que será coletado o leite materno próximo à mama;

- 5) Se a ordenha for feita de forma manual, faça um “C” com os dedos de uma mão, coloque o polegar perto da aréola na parte de cima do seio. Os outros dedos devem sustentar a mama pela parte de baixo;
- 6) Firme os dedos e empurre a aréola para trás em direção ao próprio corpo. Apertar suavemente um dedo contra o outro, sem deslizá-los na aréola, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair;
- 7) Mude a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas;
- 8) Alternar a mama quando o fluxo de leite diminuir, repetindo a massagem e o ciclo várias vezes.
- 9) Evitar falar/conversar durante o procedimento da ordenha.

Informações para o armazenamento do leite ordenhado:

- 1) De maneira geral, o frasco com o leite retirado deve ser guardado no congelador ou freezer (até 15 dias) ou na geladeira (até 12 horas);
- 2) Vedar bem o recipiente contendo o leite e anotar a data da retirada e horário da ordenha;
- 3) Quando o leite de ordenhas diferentes forem armazenados em um mesmo frasco, a validade será a data da primeira coleta.
- 4)

Informações de como ofertar o leite ordenhado para o bebê:

- 1) Se o leite estiver congelado, descongelar no próprio frasco em banho-maria, com o fogo apagado. O leite materno não deve ser fervido e nem aquecido no micro-ondas;
- 2) Agitar suavemente o frasco para misturar bem o leite;
- 3) Transfira o leite aquecido para o recipiente em que será oferecido ao bebê, preferencialmente em copinho ou colher;
- 4) Acomodar a criança em uma posição adequada e ofertar o leite materno;
- 5) Caso ao final da mamada, ainda reste uma certa quantidade de leite que esteve em contato com a boca do bebê, deve ser feito o descarte do mesmo;
- 6) Uma vez descongelado o leite materno, o mesmo não deve ser congelado novamente.

ATENÇÃO! Em nenhum momento deve ser estimulado o uso de mamadeiras, bicos e/ou chupetas. Qualquer um desses dispositivos interfere direta e negativamente na amamentação, visto que a forma com que ele suga o seio materno é completamente diferente da forma com que ele acessa a mamadeira, bicho ou chupeta, causando o que chamamos de “confusão de bico”.

Se durante o atendimento profissional for verificado que a criança faz uso de algum desses dispositivos, este deve ser desestimulado após devidas orientações à mãe e/ou família.

6.1.6 Relactação e Translactação

Quando a mãe apresenta dificuldades relacionadas à pega correta do bebê e/ou produção reduzida do leite, de maneira temporária podem ser utilizadas algumas técnicas que ajudem a estimular a produção do leite e o ajuste da pega correta.

Entre essas técnicas encontram-se a relactação e a translactação, conforme descritas a seguir.

- a) **Relactação:** processo pelo qual pode ser ofertada uma fórmula infantil através de uma sonda junto ao seio materno, de maneira que a criança faça a sucção da mama e estimule a produção do leite materno.
- b) **Translactação:** processo pelo qual há a oferta do próprio leite materno ordenhado, através do uso de uma sonda também junto ao seio, de maneira que a criança faça a sucção da mama e mantenha o estímulo da produção do leite materno.
- c) **Oferta do leite materno em copinho ou colher:** forma mais adequada de ofertar o leite materno ordenhado ou fórmula infantil como forma de complemento (quando necessário), de maneira a não provocar a “confusão de bico”. O leite deve ser colocado em um copinho com bordas lisas (copo de dose, por exemplo) ou em colher, em quantidade pequena para ser oferecido aos poucos para o bebê.

Como fazer a relactação/translactação:

Existem kits próprios para a relactação/translactação, mas estes podem ser adaptados com os materiais disponíveis na Unidade de Saúde ou em casa, tais como sonda uretral ou sonda nasogástrica nº 4, copo, seringa ou mamadeira.



- 1) Coloque o leite materno ou o artificial em um frasco (copo, seringa ou mamadeira);
- 2) Coloque uma das pontas da sonda no frasco;
- 3) A outra ponta deve ser fixada com micropore ou esparadrapo junto ao mamilo da mãe, porém sem ultrapassá-lo, de maneira que o bebê consiga ter acesso e sugar esse leite. Cuidado para não ficar a sonda em cima da aréola, bem como posicione a sonda em uma posição em que o bebê a alcance pelo lábio superior;
- 4) Posicione o frasco em altura levemente acima das mamas;
- 5) Posicione o bebê no peito, observando a pega da aréola e da sonda;
- 6) Vá interrompendo o fluxo do leite, dobrando a sonda, a cada três minutos, em média, de maneira a simular o fluxo natural das mamas.
- 7) Lave e higienize adequadamente todos os materiais que foram utilizados. O material que é reutilizável, como o copo ou a mamadeira, devem ser fervidos por 15 minutos antes de ser feito o procedimento;
- 8) A sonda pode ser reutilizada lavando-a com seringa e água filtrada.

6.1.7- Amamentação e uso concomitante de medicações e outras substâncias

São poucos os medicamentos e substâncias que impedem o aleitamento materno. Para saber quais são, podem ser utilizadas duas referências fáceis para consulta por qualquer profissional de saúde. São elas:

- a) **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias:** material elaborado e atualizado em 2014 pelo Ministério da Saúde, disponível de maneira online, ([09_0670_M.indd \(saude.gov.br\)](#)) este manual contém um grande número de me-

dicações e seus possíveis riscos e contraindicações de uso concomitante ao aleitamento materno;

- b) Site <http://e-lactancia.org/> : site recomendado pela Organização Mundial de Saúde como guia para consulta sobre o uso de substância associadas ao aleitamento materno.

O uso de cigarro e a ingestão de bebidas alcoólicas devem ser desencorajados durante o período de amamentação.

6.1.8 Contraindicações expressas para o aleitamento materno

Raros são os casos em que o aleitamento materno deve ser contraindicado. São eles:

- a) Mãe infectada pelo HIV;
- b) Mãe infectada pelo HTLV 1 e HTLV 2;
- c) Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (consultar site: <http://e-lactancia.org/>);
- d) Lactente com diagnóstico de galactosemia clássica;
- e) Consumo de drogas de abuso.

Há alguns casos em que a interrupção pode ser necessária, porém de forma temporária:

- a) Mãe com herpes simples ou herpes Zoster com lesão ativa na mama (a amamentação deve ser mantida na mama sadia);
- b) Mãe com varicela e com lesões há cinco dias antes ou até dois dias após o parto;
- c) Mãe com doença de Chagas em fase aguda da doença ou com presença de sangramento mamilar evidente;
- d) Mãe com varicela e com lesões há cinco dias antes ou até dois dias após o parto.

6.1.9. Direitos da mãe relacionados à amamentação

| |
|---|
| I. Receber orientações e aconselhamento sobre amamentação |
| II. Para as que possuem vínculo de trabalho formal com carteira assinada e / ou contribuem para o INSS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ter licença maternidade de 120 dias ou mais. Para as mães adotivas a duração da licença varia conforme a idade da criança adotada. 2. Ter ampliado a licença maternidade para 180 dias, no caso de empresa privada que tenha aderido à lei da empresa cidadã ou se servidora pública de órgão que ofereça essa ampliação. 3. Ter estabilidade no emprego até 5 meses após o parto. 4. Ter dois períodos de meia hora por dia para amamentar até os 6 meses de idade durante sua jornada de trabalho, podendo ser mantido por mais tempo conforme recomendação médica caso a saúde do bebê exigir. |

6.2. Crianças não amamentadas

Crianças não amamentadas necessitam de um acompanhamento mais minucioso do seu crescimento e desenvolvimento. Para que esses bebês se alimentem, há alternativas que devem ser escolhidas junto da família, de acordo com a realidade socioeconômica encontrada.

A primeira escolha deverá ser, se possível, a oferta de fórmula infantil, de acordo com a idade do bebê. Se isso não for possível, o leite de vaca integral poderá ser ofertado, desde que esteja adaptado/modificado para a idade da criança.

Crianças menores de quatro meses devem receber o leite de vaca integral modificado, a fim de não receber uma sobrecarga de nutrientes além do que o bebê tem maturidade para receber.

As diferenças existentes entre a oferta de fórmula infantil e leite de vaca integral estão descritas a seguir. Cabe ao profissional de saúde orientar sobre o uso, bem como avaliar a necessidade de suplementação de micronutrientes, conforme for o caso.

6.2.1 Fórmula infantil

- Adequar o produto de acordo com a idade da criança:
 - *Fórmula infantil de partida*: até cinco meses e 29 dias;
 - *Fórmula de seguimento*: a partir de seis meses.
- Observar o quadro clínico da criança e a existência de alguma patologia para a indicação da fórmula;
- Atentar para o preparo correto, de acordo com as orientações existentes na embalagem do produto;
- Orientar quanto aos cuidados de higiene durante o preparo da fórmula;
- O preparo da fórmula deve ser feito, preferencialmente, momentos antes da oferta do bebê. Caso seja necessário preparar para oferta posteriormente, esse prazo não deve exceder duas horas entre o preparo e a oferta;
- Crianças em uso de fórmula infantil, se seguida a devida reconstituição do produto, não necessitam da oferta de água além da que já é utilizada no preparo da fórmula.

6.2.2 Leite de vaca integral modificado

- O leite de vaca deve ser ofertado sempre em sua forma integral;
- Deve ser modificado até a criança completar quatro meses de vida, conforme o quadro abaixo:

| Quantidade de leite de vaca integral <u>fluido</u> | Quantidade de água tratada, filtrada e/ou fervida | Quantidade de óleo |
|---|--|---|
| 2/3 de leite fluido | 1/3 de água | 1 colher (chá) de óleo para cada 100 mL |
| 100 mL de leite fluido | 50 mL de água | 1 e ½ colher (chá) de óleo |

- Não deve ser feito acréscimo de nenhum outro componente que não os descritos acima;
- Caso a mãe e a família optem pela utilização de leite de vaca integral em pó, antes fazer a modificação do leite conforme citado anteriormente, o leite em pó deve ser reconstituído para somente depois ser feita modificação conforme orientação anterior;
- Caso a criança receba o leite materno modificado, deve ser ofertada água potável, filtrada e/ou fervida em pequena quantidade nos intervalos entre as mamadas;
- Após completar quatro meses, o leite de vaca não necessita de modificação, devendo ser ofertado em sua forma fluida e integral.

ATENÇÃO! O profissional de saúde deve se atentar para o esquema de suplementação de micronutrientes nos casos em que o bebê está sendo alimentado com leite de vaca, conforme esquema descrito em seção própria para este fim.

6.2.1 Fornecimento de fórmulas infantis pela PMPC

O fornecimento de fórmulas infantis é destinado a casos específicos, de acordo com protocolo próprio para este fim.

As prescrições de fórmula infantil para fornecimento pela PMPC são de exclusividade do profissional nutricionista da atenção básica, não sendo aceitas as prescrições de nenhum outro profissional.

O fluxo para atendimento e prescrição de fórmula infantil, se for o caso, se dará da seguinte maneira:

Avaliação inicial por profissional do SUS

(enfermeiro, médico, pediatra, alergista)

Encaminhamento ao nutricionista, contendo:

Descrição pormenorizada do quadro (idade, histórico de evolução de peso, dados sobre aleitamento materno, etc);

Diagnóstico médico (quando houver alguma patologia, como APLV, por exemplo).

Agendamento e avaliação do nutricionista**Prescrição da fórmula infantil**

(se estiver dentro os critérios para tal)

O fornecimento de fórmulas infantis se dará somente nas seguintes ocasiões:

- Alergia à proteína do leite de vaca (**mediante avaliação e relatório de médico do SUS, com descrição dos sinais e sintomas e/ou exames específicos que comprovem o diagnóstico**);
- Mãe infectada pelo HIV;
- Mãe infectada pelo HTLV 1 e HTLV 2;
- Lactente com diagnóstico de galactosemia clássica;
- Casos em que haja necessidade de *interrupção temporária da amamentação (com possibilidade de fornecimento também temporário, se necessário)*:
 - Mãe com herpes simples ou herpes Zoster com lesão ativa na mama;
 - Mãe com varicela e com lesões há cinco dias antes ou até dois dias após o

parto;

- Mãe com doença de Chagas em fase aguda da doença ou com presença de sangramento mamilar evidente;

Há outros casos em que a dispensação de fórmulas infantis pode ocorrer como complementação temporária, pelo prazo de 30 dias. São eles:

- Lactente nascido com menos de 2500g e com classificação atual de escore Z igual a -2 para Peso/Idade;
- Lactente prematuro e com classificação atual de escore Z igual ou inferior a -2 para Peso/Idade;
- Lactente em recuperação nutricional pós-alta hospitalar, devendo ser especificado o motivo da internação;
- Lactente com baixo ganho de peso (inferior a 15 gramas/dia, por período superior a sete dias), cujo acompanhamento seja feito por, pelo menos, três semanas.

ATENÇÃO! Os casos que sejam caracterizados como demandas sociais deverão ser encaminhados ao CRAS, CREAS ou outra instância competente, visto que o protocolo de dispensação de fórmulas infantis atende **somente demandas de saúde**.

6.3 Alimentação Complementar

A fase da introdução alimentar é decisiva para a formação dos hábitos alimentares da criança, os quais poderão influenciar o consumo alimentar até a vida adulta.

Desde o início da introdução alimentar, **são os alimentos in natura e os minimamente processados que devem fazer parte da alimentação do bebê**, de maneira a *evitar ao máximo qualquer contato das crianças com alimentos processados e ultraprocessados, principalmente até que ela complete dois anos*.

De maneira geral, a introdução alimentar se inicia a partir dos seis meses de idade para bebês em aleitamento materno exclusivo ou em uso de fórmulas infantis. Bebês alimentados com leite de vaca integral modificado podem iniciar a introdução alimentar aos quatro meses de vida, desde que bem indicado, avaliado e com segurança.

Para todos os casos, é de extrema importância que se verifiquem os sinais de prontidão do bebê, os quais estarão descritos na sequência, sempre respeitando os sinais de saciedade da criança durante a oferta dos alimentos.

6.3.1 Sinais de Prontidão

Os sinais de prontidão são considerados os aspectos comportamentais que demonstram um bom desenvolvimento motor, o que é de extrema importância para o início da oferta de alimentos.

Esses sinais devem ser observados para que somente com a presença deles a introdução alimentar possa se iniciar de maneira segura.

Os principais sinais de prontidão do bebê que devem ser observados para o início da alimentação complementar são:

- Sustentação tronco-cervical: o bebê consegue se manter sentado sozinho ou com quase nenhum apoio, com sustentação do pescoço, sem tombar;
- Movimento de pinça: o bebê consegue pegar e segurar objetos com a mão;
- Levar objetos à boca;
- Demonstrar interesse pelos alimentos e curiosidade quando vê outras pessoas comendo algo;
- Reflexo de protusão da língua diminuído ou ausente.

Independente da idade do bebê, a introdução alimentar acontece de maneira gradativa, conforme a aceitação da criança. Além disso, sob nenhuma hipótese, o aleitamento materno deve ser descontinuado.

A forma de introdução dos alimentos deverá ser escolha da mãe e/ou responsáveis da criança, cabendo a eles decidirem se a introdução será assistida, pelo método BLW (*Baby Led Weaning*, também conhecido como desmame guiado pelo bebê) ou de forma mista. Especialmente o profissional nutricionista está apto para orientar e dar o suporte necessário durante esse processo.

Os alimentos oferecidos ao bebê devem fazer parte da rotina familiar. Conforme as instruções detalhadas que estão contidas no Guia Alimentar para Crianças Brasileira Menores de 2 anos, **os alimentos jamais devem ser liquidificados, batidos em mixer e/ou passados em peneira, preparados com o mínimo de sal e somente com a**

utilização de temperos naturais. O referido Guia Alimentar fornece todas as outras orientações pertinentes para a fase da introdução alimentar.

ATENÇÃO! Com a introdução alimentar, o bebê necessita de água, que deverá ser oferecida em pequenas porções durante os intervalos entre as refeições. Ofereça a água preferencialmente em copinhos, xícara ou colher, evitando assim o uso de mamadeiras e quaisquer bicos artificiais.

6.3.2 Alimentação complementar de bebês a partir do 6º mês de vida

| Ao completar 6 meses | Entre 7 e 11 meses | Entre 1 e 2 anos |
|--|--|--|
| <p>Café da manhã:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leite materno OU leite artificial | <p>Café da manhã:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leite materno OU leite artificial | <p>Café da manhã: leite materno e fruta <u>ou</u> leite materno e cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame)</p> |
| <p>Lanche da manhã:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fruta e leite materno OU leite artificial | <p>Lanche manhã:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fruta e leite materno OU leite artificial | <p>Lanche manhã:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fruta e leite materno OU leite artificial |
| <p>Almoço:</p> <p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; | <p>Almoço:</p> <p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; | <p>Almoço:</p> <p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. OBS: Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta, preferencialmente fonte de vitamina C. | - 1 alimento do grupo das carnes e ovos. OBS: Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta, preferencialmente fonte de vitamina C. | - 1 alimento do grupo das carnes e ovos. OBS: Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta, preferencialmente fonte de vitamina C |
| Lanche da tarde: - Fruta e leite materno OU leite artificial | Lanche manhã: - Fruta e leite materno OU leite artificial | Lanche da tarde: - Leite materno e fruta <u>ou</u> leite materno e cereal (pães caseiros pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame) |
| Jantar: - Leite materno OU leite artificial | Jantar: - Igual ao almoço | Jantar: - Igual ao almoço |
| Antes de dormir: - Leite materno OU leite artificial | Antes de dormir: - Leite materno OU leite artificial | Antes de dormir: - Leite materno OU leite artificial |

Volume / frequência de refeições lácteas ofertadas para crianças não amamentadas

| Idade | Volume | Número de refeições por dia |
|------------------|-------------------|-----------------------------|
| Até 30 dias | Entre 60 e 120ml | De 6 a 8 |
| De 30 a 60 dias | Entre 120 e 150ml | De 6 a 8 |
| De 2 a 4 meses | Entre 150 e 180ml | De 5 a 6 |
| De 4 a 8 meses | Entre 180 e 200ml | De 2 a 3 |
| Acima de 8 meses | 200ml | De 2 a 3 |

Fonte: BRASIL, 2010 (com adaptações).

Observações:

- A criança em uso de leite de vaca integral, deve ser avaliada individualmente, a partir dos 4 meses de vida, a fim de verificar os sinais de prontidão e a introdução alimentar antes dos seis meses de vida;
- Apesar das orientações da rotina e horários, a criança em aleitamento materno deve continuar recebendo o leite em livre demanda até 1 ano de idade.
- O volume de fórmula infantil sugerido é para uma orientação inicial de forma generalista; os parâmetros devem ser ajustados individualmente, conforme as necessidades da criança.

6.3.3 Considerações importantes sobre a alimentação infantil

A introdução alimentar é etapa essencial para o desenvolvimento dos hábitos alimentares adequados da criança. Porém, mesmo após os dois anos de idade, é necessário que a oferta de alimentos in natura e minimamente processados sejam predominantes nas refeições das crianças.

De acordo com o “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos”, existem doze passos para uma alimentação saudável, os quais estão descritos a seguir:

- 1) Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses;
- 2) Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses;
- 3) Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas;
- 4) Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno;
- 5) Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade;
- 6) Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança;
- 7) Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família;

- 8) Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família;
- 9) Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição;
- 10) Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família;
- 11) Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa;
- 12) Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Para auxiliar as famílias no processo alimentar dos bebês e das crianças, sugere-se a indicação dos seguintes conteúdos, inclusive para as famílias:

- Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, elaborado pelo Ministério da Saúde e atualizado em 2019, disponível gratuitamente pela internet;
- Playlist “Comida de bebê”, disponível no youtube a partir do link: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLx-RfqJiTFaqacH6bqqua1wWcUOAuL0PE>

A alimentação adequada e saudável garante o suporte nutricional necessário ao crescimento e desenvolvimento das crianças. Além disso, a predominância de alimentos in natura e minimamente processados na rotina alimentar previne o surgimento de outras condições de saúde que podem se refletir até a vida adulta.

Entre os anexos, encontram-se alguns materiais para auxílio e orientação das famílias no que se refere à alimentação infantil.

7. Saúde bucal

As orientações em saúde bucal devem ser de conhecimento de todos os profissionais que realizam a puericultura.

7.1 A primeira consulta odontológica (aos 6 meses de vida)

A primeira consulta odontológica deve ser realizada aos seis meses de vida, ou anterior se ocorrer a primeira erupção dentária antes desse período. Deverá ser realizada avaliação bucal e orientações básicas sobre:

1. A importância dos dentes decíduos: a partir do momento que a família sabe da importância, ela se torna mais consciente da importância de mantê-los e dos cuidados;
2. Erupção dentária (nascimento dos dentes) e suas repercussões:
 - O mais comum é que os dentes decíduos (de leite) comecem a irromper na cavidade bucal em torno dos seis a oito meses de idade e, aos 30 meses de vida, a criança apresente todos os dentes decíduos irrompidos (Tabela 1);
 - A cronologia e a sequência de erupção são bastante variáveis;

Sequência e cronologia de erupção dos dentes decíduos em meses

| Dentes | Inferiores | Superiores |
|---------------------------|------------|------------|
| Incisivos centrais | 8 meses | 10 meses |
| Incisivos laterais | 13 meses | 11 meses |
| Primeiros molares | 16 meses | 16 meses |
| Caninos | 20 meses | 19 meses |

Fonte: CORRÊA, 2017.

- A erupção dentária é um processo fisiológico, portanto os sinais e sintomas (edema local, avermelhamento gengival, dor, desconforto, salivação aumentada, estado febril, diarreia leve, sono agitado, falta de apetite e irritação) não

são intensos e logo desaparecem. Quando estes estão exacerbados (como febres superiores a 38°C), os pais deverão procurar o médico, pois podem ser distúrbios que apareceram coincidentemente neste período devido à febre originada de alguma infecção, gripes ou resfriados que estão por vir;

- Cistos de erupção/hematoma de erupção são manifestações locais que na maioria das vezes ocorre remissão espontânea, não sendo necessária nenhuma intervenção.
 - Alternativas para aliviar o desconforto causado pela erupção: utilizar mordedores gelados, resfriados em geladeiras; massagear suavemente a gengiva do bebê; oferecer bebidas e alimentos frios e/ou gelados (sem açúcar).
3. A importância do aleitamento materno no desenvolvimento facial com interferência positiva nas funções de mastigação, deglutição e fonação;
 4. A importância da alimentação saudável na prevenção de cárie (malefícios do açúcar);
 5. Os pais devem ser orientados a não colocar açúcar e achocolatado ao leite devido ao aumento do risco de cárie;
 6. O uso da mamadeira e chupeta:
 - Deve-se desestimular o hábito, visto que o padrão de sucção da mama é diferente do padrão de sucção de bicos artificiais. O uso leva a “confusão de bico” e, conseqüentemente, pode atrapalhar o aleitamento materno;
 - Pode também acarretar alterações bucais como más oclusões e alterações no padrão de deglutição, na fala e respiração;
 - Instalado o hábito, deve-se estimular a retirada da chupeta e mamadeira o quanto antes para prevenir as alterações bucais e possibilitar sua reversão natural;
 - Substituir o uso da mamadeira por copos o mais cedo possível;
 - Alertar aos pais do risco cariogênico do uso de mamadeira noturna sem a posterior higienização oral (cárie de acometimento precoce).

7.2 Higiene Bucal

- Não se higieniza a cavidade oral da criança que NÃO teve erupção dentária e que tenha o aleitamento materno exclusivo. O leite materno possui anticorpos que protegem a boca do bebê;
- A higiene oral deverá ser feita a partir da erupção do primeiro dente decíduo. Na criança sem dentes, a saliva tem papel autolimpante da cavidade bucal.
- Recomenda-se utilizar a escova dental infantil (tamanho de acordo com a idade, cerdas macias/extramacias) com pasta de dente fluoretada (com no mínimo 1.000 ppm de flúor), em pequena quantidade (equivalente a um grão de arroz – até que a criança aprenda a cuspir);
- Frequência: 2x ao dia (uma vez pela manhã e uma vez à noite antes de dormir/após a última refeição);
- Os pais devem ser orientados quanto à necessidade de higienização bucal da criança após a ingestão de medicamentos, como, por exemplo, antibióticos, com potencial cariogênico;

7.3 Consulta de prevenção (aos 1 ano e 6 meses de vida)

Nessa consulta, deverá ser realizada a avaliação bucal e a realização de procedimento, se necessário. Deverá ser realizada também as orientações básicas sobre:

- Reforçar a importância da higienização oral (por volta desse período, os molares decíduos erupcionam e tem-se o aumento dos sítios de retenção de biofilme dental);
- Reforçar a importância da alimentação saudável na prevenção de cárie;
- Orientar que a responsabilidade da higiene bucal na infância é dos responsáveis/pais. O adulto responsável deve realizar a escovação até que a criança tenha habilidade motora plena para escovar sozinha (7-8 anos pela literatura). Após essa idade, a criança pode escovar os dentes sozinha, mas sempre com a supervisão de um adulto responsável;
- Definir os intervalos das próximas consultas de manutenção preventiva de acordo com a necessidade da criança.

8. Suplementação de micronutrientes

Embora as deficiências de micronutrientes possam ocorrer ao longo da vida, gestantes e crianças menores de 2 anos estão entre os grupos mais susceptíveis e podem ter repercussões em sua saúde e nutrição (BRASIL, 2022).

Reforçando que é papel do profissional essa orientação e há um espaço específico para anotações da suplementação de ferro e micronutrientes na Caderneta da Criança (BRASIL, 2021).

8.1 Suplementação de Ferro

A Organização Mundial de Saúde recomenda a suplementação diária de ferro como uma intervenção de saúde pública para a prevenção da deficiência de ferro e anemia em lactentes e crianças de 6 a 24 meses, e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) contempla todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes e mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto atendidas na Atenção Primária à saúde (BRASIL, 2022).

O esquema de administração da suplementação profilática de sulfato ferroso, para crianças a termo, está apresentado a seguir:

Recomendação de Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso*

| SITUAÇÃO/PÚBLICO | IDADE | DOSE |
|---|---|------------|
| Recém-nascido a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo | Do 6° ao 24° mês de vida, ou a partir da introdução alimentar | 1mg/kg/dia |
| Recém-nascido a termo, peso adequado para a idade gestacional, em uso de fórmula infantil | Do 6° ao 24° mês de vida, ou a partir da introdução alimentar | 1mg/kg/dia |
| Recém-nascido a termo, peso adequado para a idade gestacional, | Do 4° ao 24° mês de vida | 1mg/kg/dia |

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| em uso de leite de vaca | | |
| Recém-nascido a termo, com baixo peso ao nascimento (PN < 2500g) | De 30 dias de vida ao 24º mês de vida | 2 mg/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida até 1 ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia até 2 anos de vida. |

*Apesar da nova recomendação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (BRASIL, 2022), com esquema de suplementação de ferro com ciclos intermitentes, com intervalos de pausa, optou-se por manter nesse protocolo a recomendação anterior de suplementação, com recomendação contínua dos 6 meses de vida aos 24 meses, devido à má adesão e à população de risco atendida pelas ESF.

Observações:

- Em casos de diagnóstico de anemia, o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia definida pelo profissional de saúde responsável;
- As crianças que apresentem doenças que cursam por acúmulo de ferro, como doença falciforme, talassemia e hemocromatose, devem ser acompanhadas individualmente para que seja avaliada a viabilidade do uso do suplemento de sulfato ferroso;
- 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;
- Para todas as famílias que tenham crianças, deve-se aproveitar a oportunidade para reforçar as recomendações para uma alimentação adequada e saudável e promover o aleitamento materno;
- Com o objetivo de repor as reservas corporais maternas, conforme a PNSF todas as mulheres até o terceiro mês pós-parto devem ser suplementadas com ferro (40 mg ferro elementar = 1 comprimido) e **ESSA PRÁTICA DEVE SER REFORÇADA COM AS MÃES NAS AÇÕES DE PUERICULTURA.** Em casos de anemia já diagnosticados o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica.

8.2 Exposição solar, uso de filtro solar e suplementação de Vitamina D

- **PROTEÇÃO SOLAR:** Apesar de, reconhecidamente, a exposição solar ser a principal fonte de vitamina D, a exposição intencional e desprotegida, com o objetivo de suplementar a vitamina, não é recomendada, pois está associada ao aumento do risco de câncer de pele no futuro. É importante reforçar que 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. É aceitável o uso, nesta faixa etária, de produtos que contenham uma combinação de filtros físicos e químicos, normalmente designados como “baby”. Os filtros “infantis/químicos” podem ser utilizados a partir dos 2 anos de vida (SBP, 2021).
- **SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D:** o leite humano possui quantidade insuficiente para suprir as necessidades do lactente (1 litro = 20 a 40 UI), e, apesar de vivermos em um país tropical, a poluição ambiental, a neblina, o inverno, o hábito de manter as crianças vestidas e dentro de casa aumentam o risco de deficiência. Assim, para garantir o aporte adequado desta vitamina, **A SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D É RECOMENDADA NO BRASIL PARA TODO RN, DESDE A PRIMEIRA SEMANA DE VIDA ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE, MESMO PARA CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**, conforme tabela abaixo:

Recomendação de Suplementação de Vitamina D

| IDADE | DOSE |
|--------------------|-----------------|
| 7 DIAS – 1 ANO | 400 UI* por dia |
| 1 - 2 ANOS DE VIDA | 600 UI* por dia |

*A maioria das apresentações de vitamina D comercialmente disponíveis apresentam 200UI por gota. Portanto, recomenda-se o uso de 2 gotas de 7 dias de vida até 1 ano, e 3 gotas de 1 a 2 anos de vida.

8.3 Suplementação de vitamina C

Diante da impossibilidade de ser oferecido o aleitamento materno, o profissional de saúde deve orientar a mãe quanto à utilização de fórmula infantil. Se for o caso do uso de leite de vaca, a correção da suplementação de vitamina C (BRASIL, 2012) deve ser realizada, com 1 gota/Kg de peso do bebê, até a introdução alimentar.

Após a introdução alimentar, a oferta de fruta com vitamina C in natura é suficiente para o suprimento dessa vitamina. Deve-se preferir a fruta, em vez do suco natural. Exemplos de frutas ricas em vitamina C: laranja, limão, caju, lima, acerola, abacaxi, kiwi, goiaba, tomate etc. Outros alimentos fonte: pimentão vermelho, pimentão verde, brócolis, repolho (BRASIL, 2012).

8.4 Suplementação de micronutrientes na criança prematura

A introdução da suplementação com ferro e vitaminas ACD, além do zinco, no bebê prematuro já deve ser iniciada desde o período neonatal. Assim, a criança prematura deverá receber:

- SULFATO FERROSO A PARTIR DE 30 DIAS DE VIDA;
- POLIVITAMÍNICO CONTENDO VITAMINAS A, C, D E ZINCO OU ESSAS VITAMINAS E MINERAIS SEPARADAMENTE A PARTIR DO 7º DIA DE VIDA.

A quantidade do ferro ofertada varia com o peso de nascimento, conforme orientações da tabela abaixo (SBP, 2012):

Recomendação de Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso em bebês prematuros

| SITUAÇÃO/PÚBLICO | IDADE | DOSE |
|--|---------------------------------------|--|
| Recém-nascido prematuro, com peso ao nascimento > 1500g | De 30 dias de vida ao 24º mês de vida | 2 mg/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida até 1 ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia até 2 anos de vida. |
| Recém-nascido prematuro, com peso ao nascimento entre 1000-1500g | De 30 dias de vida ao 24º mês de vida | 3 mg/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida até 1 ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia até 2 anos de vida. |
| Recém-nascido prematuro, com peso ao nascimento < 1000g | De 30 dias de vida ao 24º mês de vida | 4 mg/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida até 1 ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia até 2 anos de vida. |

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

Polivitamínicos em solução oral, disponíveis para compra no mercado, contendo vitaminas A, C, D e Zinco, devem ser prescritos, em geralmente 12 gotas/dia, a depender da apresentação.

No caso de impossibilidade da compra e adesão, as vitaminas devem ser prescritas separadamente. As exigências de vitamina D são influenciadas pelo conteúdo ao nascimento, que depende da duração da gestação e do status da vitamina D materna. A vitamina D participa na absorção do cálcio em nível intestinal e renal. **A suplementação de 400 UI de vitamina D (2 gotas)** parece ser suficiente (SBP, 2012). Mas alguns fatores, como terapia com anticonvulsivante, devem ser avaliados individualmente, pois tem sido associados com metabolismo aumentado da vitamina D.

Como por exemplo Atil 4 gotas/ dia (para suprir as necessidades da vitamina A), Vitamina C em 3 gotas/dia (SBP, 2012) e o Zinco com suplementação diária de 5 mg de zinco, desde quando o bebê ATINGE 36 SEMANAS DE IDADE CORRIGIDA E MANTIDA ATÉ O BEBÊ ATINGIR SEIS MESES DE IDADE CORRIGIDA. O sulfato de zinco é encontrado em formulações (10 mg/ml) e adicionado à oferta alimentar.

9. Exames de rotina

9.1 Exame de urina/urocultura

Conforme recomendações do Ministério da Saúde e da SBP, o pedido de rotina em crianças assintomáticas **NÃO É RECOMENDADO**.

O profissional de saúde deve estar atento para manifestações específicas de sintomas urinários em crianças maiores, e também manifestações inespecíficas em crianças pequenas, tais como febre, irritabilidade, vômitos, diarreia e desaceleração do crescimento pômbero-estatural, que podem estar relacionadas à infecção urinária (BRASIL, 2012).

9.2 Exame parasitológico de fezes

Conforme recomendações do Ministério da Saúde, o pedido de rotina em crianças assintomáticas **NÃO** tem documentação científica. Seguindo orientações da OMS, não é recomendado o rastreamento individual para parasitoses em crianças assintomáticas, já que o custo deste é de quatro a dez vezes maior do que o tratamento em si (SBP, 2020). Assim, a solicitação de exame parasitológico de fezes deve ser individualizada de acordo com a epidemiologia e clínica do paciente.

Adicionalmente, o Brasil, a partir de 2016, saiu da situação endêmica de helmintíases transmitidas pelo solo, **NÃO NECESSITANDO** mais de administração em massa de medicações anti-helmínticas periodicamente (quimioterapia preventiva) (SBP, 2020).

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 (BRASIL, 2012).

9.3 Hemograma e cinética de ferro

A recomendação da SBP é realizar a investigação laboratorial de anemia e deficiência de ferro (hemograma e ferritina), com ou sem sinais clínicos de anemia, AOS 12 MESES DE VIDA PARA TODAS AS CRIANÇAS, considerando a alta prevalência de anemia (33-53%) nas crianças brasileiras, conforme tabela abaixo:

Exames mínimos a serem solicitados aos 12 meses de vida

| Exame | Avaliação |
|-----------|--|
| Hemograma | Avaliação da Hb, dos índices hematimétricos (VCM, HCM, RDW) e da morfologia dos glóbulos vermelhos |
| Ferritina | Marcador da fase de depleção dos estoques. Lembrar que a ferritina é uma proteína de fase aguda. |

Fonte: SBP, 2021.

Fora dessa faixa etária, a investigação deve ser prontamente realizada baseada na suspeita clínica pelo exame físico e na presença de fatores de risco, conforma abaixo exposto, especialmente na ausência de profilaxia adequada com ferro (SBP, 2021).

Principais fatores de risco de anemia ferropriva para crianças e adolescentes

| Baixa reserva materna | Aumento de demanda metabólica | Diminuição do fornecimento |
|--|---------------------------------------|---|
| Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas | Prematuridade | Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida |
| Dieta materna deficiente em ferro | Baixo peso ao nascer | Alimentação complementar com alimentos pobres em ferro |
| Perdas sanguíneas | Meninas com grandes perdas menstruais | Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida |
| Não suplementação de | Atletas de competição | Ausência ou baixa adesão à |

| | | |
|------------------------------|--|------------------------|
| ferro na gravidez e lactação | | suplementação de ferro |
|------------------------------|--|------------------------|

Fonte: SBP, 2021.

9.4 Perfil lipídico

O Ministério da Saúde e a SBP não recomendam o pedido de lipidograma para crianças menores de 24 meses.

Recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos) como triagem universal em crianças entre 9 e 11 anos, independente do risco (SBP, 2020).

Em crianças entre 2 e 8 anos de idade, a recomendação é realizar o lipidograma nos pacientes cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres), cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl ou crianças que apresentem outros fatores de risco cardiovascular, como hipertensão, diabetes melito, tabagismo passivo ou obesidade. Nessas situações, o rastreamento deve ser realizado a cada 3 a 5 anos (BRASIL, 2012; SBP, 2020).

10. Sífilis congênita

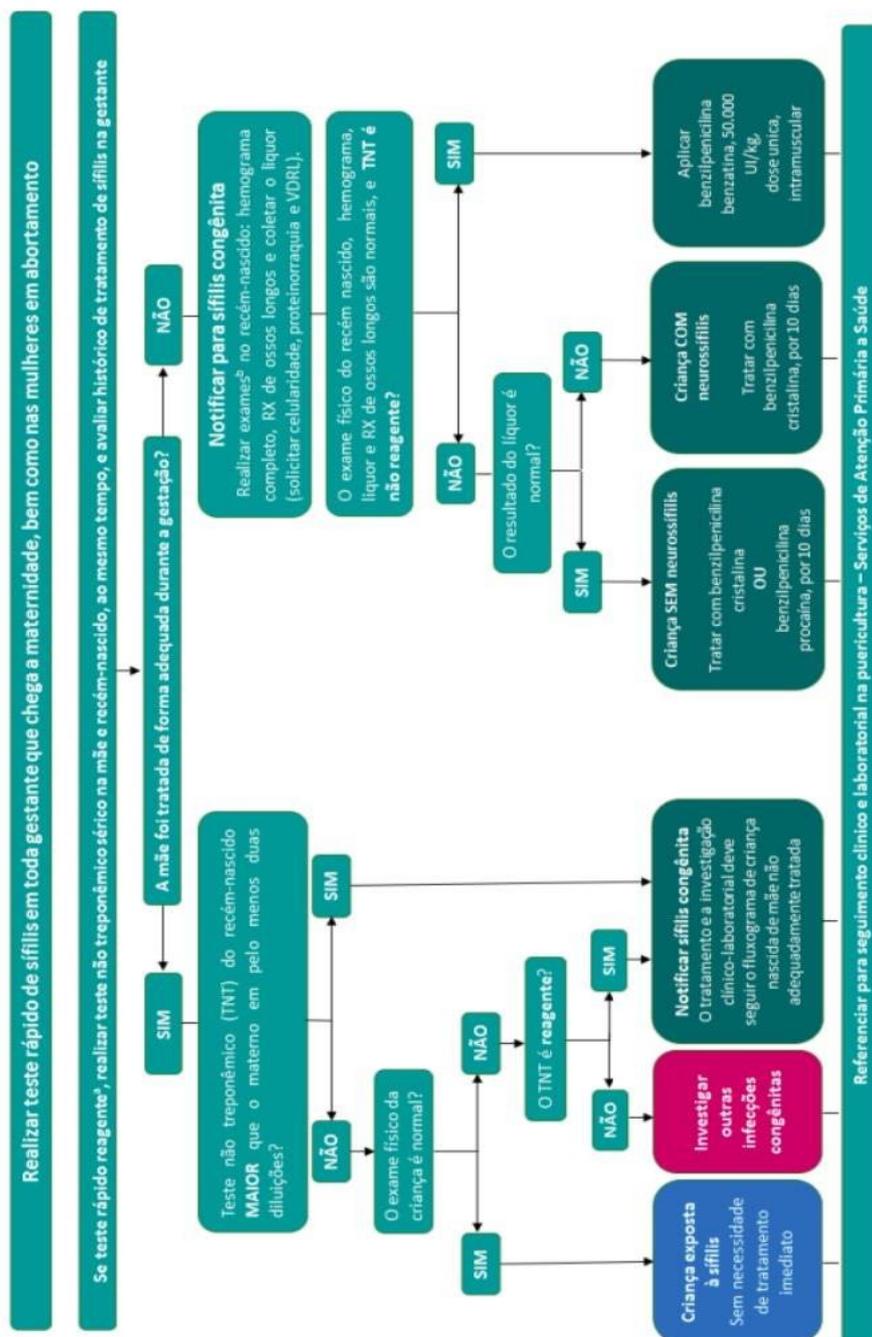
- É essencial garantir o seguimento clínico e laboratorial, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, de TODAS as crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita, pelo menos até os 18 meses de idade, na perspectiva de que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento realizado na maternidade.
- O seguimento clínico das crianças expostas ou com sífilis congênita deve ser realizado com consultas na rotina da puericultura: 1ª semana de vida e nos meses: 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses, com retorno para checagem de exames, se for o caso.
- Deve ser realizado o seguimento laboratorial das crianças expostas ou com sífilis congênita com teste não treponêmico (VDRL) nos meses: 1, 3, 6, 12 e 18 meses. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.
- É importante a realização de teste treponêmico após os 18 meses de idade, especialmente em crianças que não preencheram critério para tratamento, na maternidade. Na ocorrência de resultado reagente, estas crianças devem ser investigadas, tratadas e notificadas.
- A sífilis congênita pode trazer complicações para a criança, sendo importante que os casos sejam avaliados por especialistas no seguimento pós-neonatal, a cada seis meses, durante dois anos. As avaliações são necessárias para detectar alterações oftalmológicas (coriorretinite, glaucoma, atrofia óptica, ceratite intersticial), audiológicas (perda auditiva sensorial) e neurológicas (atraso no desenvolvimento psicomotor).
- No caso de alteração do líquido cefalorraquidiano na maternidade, deve-se repetir a punção lombar a cada 6 meses até a normalização bioquímica, citológica e sorológica.
- Todas as crianças que preencherem o critério de sífilis congênita devem ser notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

- As crianças expostas DEVEM ser notificadas aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização para o monitoramento do seguimento, entretanto, recomendamos não incluir no Sinan.
- Toda gestante com diagnóstico de sífilis deve ser notificada durante o pré-natal. Caso o diagnóstico tenha ocorrido no momento do parto ou no pós-parto, a maternidade/casa de parto deve notificar as parturientes/puérperas com sífilis. Também devem ser notificadas na maternidade/casa de parto as que tiveram o diagnóstico no pré-natal, mas sem registro de notificação.

Observações:

1. A criança com sífilis congênita confirmada ou em investigação deve ser referenciada ao ambulatório de pediatria de alto risco do município.
2. O encaminhamento se dará via malote, ao setor de regulação.
3. O seguimento pelo ambulatório de pediatria de alto risco NÃO exclui o acompanhamento da ESF.

10.1 Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no momento do parto.



Fonte: Adaptado do DCCI/SVS/MS.

Legenda: TNT = Teste não treponêmico em sangue periférico.

^aRealizar TNT em sangue periférico em todos recém-nascidos de mãe com teste rápido e/ou TNT reagente no momento do parto, independentemente de tratamento prévio realizado.

^bRealizar outros exames laboratoriais quando necessários (por exemplo: glicemia, bilirrubinas, transaminases etc).

10.2 Tratamento da sífilis congênita no período neonatal

| ESQUEMA TERAPÊUTICO | INTERVALO ENTRE AS DOSES | DURAÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--|--|---------|--|
| Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa (IV) | 12/12h (crianças com menos de 1 semana de vida) e de 8/8h (crianças com mais de 1 semana de vida)* | 10 dias | Crianças COM ou SEM neurosífilis |
| Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular (IM) | 1 vez por dia | 10 dias | Crianças SEM neurosífilis É necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose. |
| Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular (IM) | dose única | | Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal, exames complementares normais (líquor, RX de ossos longos, hemograma etc) e teste não treponêmico NÃO REAGENTE ao nascimento. |

*Intervalo de 12/12 h até o 7º dia de vida, passando para 8/8h a partir do 8º dia de vida até completar 10 dias de tratamento. Recém-nascido entre o 8º e o 28º dia de vida inicia o tratamento com intervalo entre as doses de 8/8h por 10 dias.

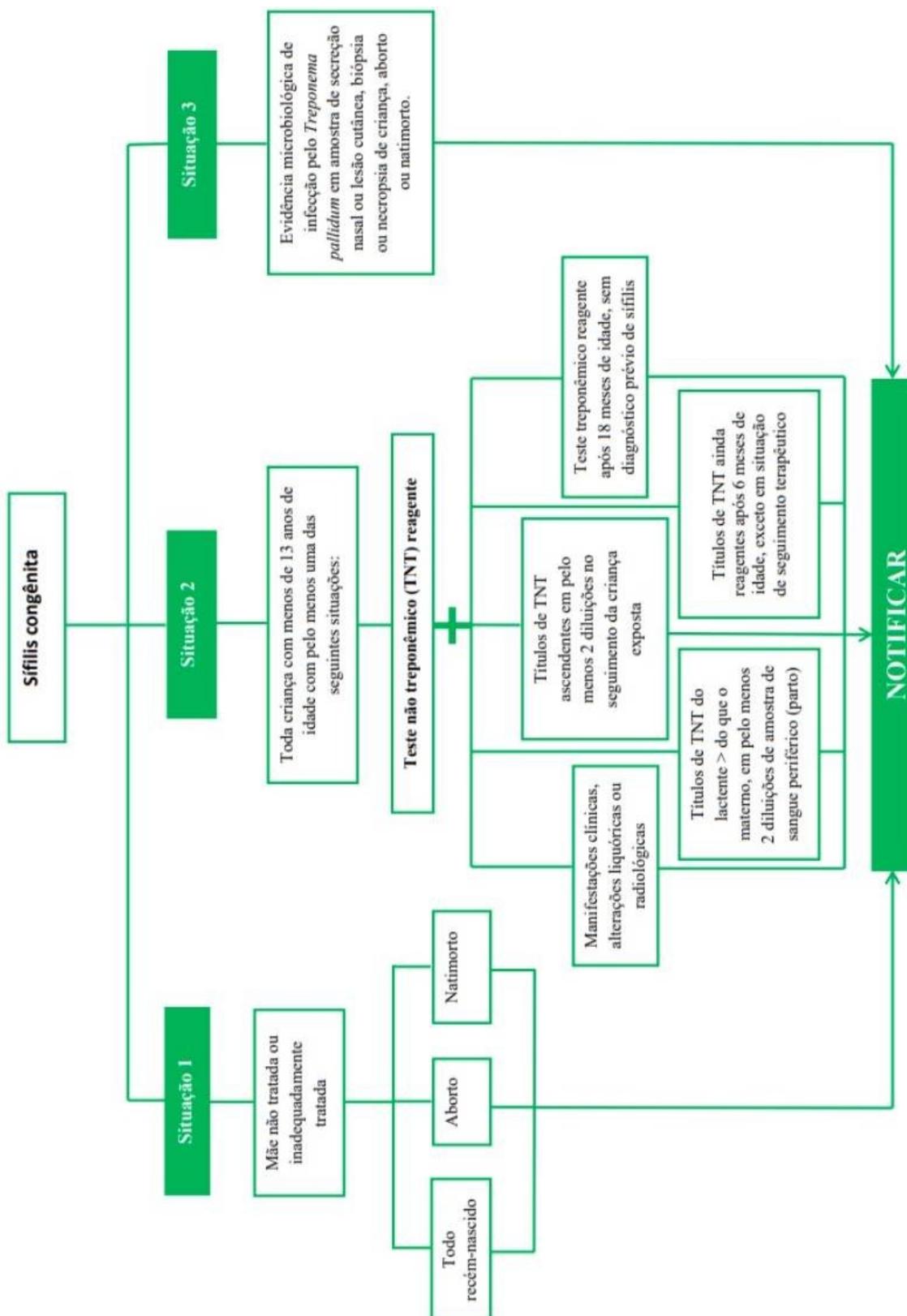
- Tratamento realizado em ambiente hospitalar, quando se trata de penicilina potássica e/ou procaína.

10.3 Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal

| ESQUEMA TERAPÊUTICO | INTERVALO ENTRE AS DOSES | DURAÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--|--------------------------|---------|----------------------------------|
| Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa (IV) | 4/4h a 6/6h | 10 dias | Crianças COM ou SEM neurosífilis |

- Tratamento realizado em ambiente hospitalar, quando se trata de penicilina potássica e/ou procaína.

10.4 Fluxograma para notificação de sífilis congênita, segundo situação de definição de caso para vigilância epidemiológica no Brasil.



11. Atividade física e uso de telas

A obesidade na infância e adolescência é considerada uma pandemia. A obesidade durante a infância e adolescência tem consequências adversas sobre a mortalidade precoce e morbidade física na idade adulta a curto e longo prazo (SBP, 2017).

Evidências indicam que a atividade física durante a infância e a adolescência pode contribuir para o enfrentamento da obesidade. Ser fisicamente ativo todos os dias é importante para a promoção da saúde integral de crianças e adolescentes. É fundamental que as atividades sejam prazerosas e adequadas ao estado individual de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente, e durante a consulta orientações devem ser realizadas e sugeridas, conforme a idade:

| | |
|---|---|
| <p>Crianças de 0 a 2 anos de idade</p> | <p>Bebês devem ser incentivados a serem ativos, mesmo que por curtos períodos, várias vezes ao dia, em atividades da rotina diária, como movimentar os membros, engatinhar, rolar, saltar, pular.</p> <p>Crianças dessa faixa etária não devem permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos, como passear de carro ou ficar no carrinho de bebê. Devem ser fisicamente ativas por pelo menos 180 minutos por dia.</p> |
| <p>Crianças de 3 a 5 anos de idade</p> | <p>Crianças dessa faixa etária devem acumular pelo menos 180 minutos de atividade física de qualquer intensidade distribuída ao longo do dia, incluindo uma variedade de atividades em diferentes ambientes e que desenvolvam a coordenação motora, como brincadeiras ativas, andar de bicicleta, atividades na água e jogos com bola.</p> <p>A partir dos três anos de idade atividades físicas estruturadas, como natação, danças, lutas, esportes coletivos, entre outras, também</p> |

| | |
|--|--|
| | podem ser paulatinamente incluídos. Comportamentos sedentários devem ser fortemente evitados. |
| Crianças e adolescentes de 6 a 19 anos de idade | <p>Crianças e adolescentes dessa faixa etária devem acumular pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, ou seja, aquelas que fazem a respiração acelerar e o coração bater mais rápido, tais como pedalar, nadar, brincar em um playground, correr, saltar e outras atividades que tenham, no mínimo, a intensidade de uma caminhada. Atividades de intensidade vigorosa, incluindo aquelas que são capazes de fortalecer músculos e ossos, devem ser realizadas em, pelo menos, três dias por semana. Para a população pediátrica essas atividades podem ser não estruturadas, como brincadeiras que incluam saltos, atividades de empurrar, puxar e apoiando/suportando o peso corporal. Atividades de flexibilidade envolvendo os principais movimentos articulares devem ser realizadas pelo menos três vezes por semana. Crianças e adolescentes devem ser encorajados a participar de uma variedade de atividades físicas agradáveis e seguras que contribuam para o desenvolvimento natural, tais como, caminhadas, andar de bicicleta, praticar esportes diversos, se envolver em jogos e brincadeiras tradicionais da comunidade em que estão inseridas. Estas atividades melhoram os aspectos físico, emocional e social. Comportamentos sedentários devem ser evitados.</p> |

Orientações a respeito do uso de telas também devem ser realizadas durante a consulta, conforme tabela abaixo:

Recomendação do uso de telas

| Idade | Recomendação |
|---|--|
| Crianças de 0 a 2 anos de idade | Recomenda-se que o tempo de telas seja ZERO. |
| Crianças de 3 a 5 anos de idade | Comportamentos sedentários devem ser fortemente evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado em 2 horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor. |
| Crianças e adolescentes de 6 a 19 anos de idade | Comportamentos sedentários devem ser fortemente evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado em 2 horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor. Porém, este limite não deve levar em consideração o tempo destinado ao uso de computador para realização de tarefas escolares. |

Fonte: SBP, 2017

12. Prevenção de acidentes

Durante as consultas de puericultura, reservar um tempo para orientar as famílias sobre formas de prevenção de acidentes e da necessidade de uma supervisão contínua de um adulto, lembrando que grande parte dos acidentes ocorrem em casa, evitando sequelas graves e mortes precoces.

Para cada fase da infância, um cuidado especial!

| Do nascimento aos 6 meses | |
|----------------------------------|--|
| Sufocação | <ul style="list-style-type: none"> • Evite enfeites de cabelos e cordoes; • Afaste a criança de papéis de bala, sacos plásticos cordoes e fios; • Evite contato das crianças com peças pequenas, utilize brinquedos apropriados para idade com selo do INMETRO; • Cuidado para não cobrir o rosto com excesso de cobertores, almofada; |
| Quedas | <ul style="list-style-type: none"> • Proteja o berço e o cercado com grades altas; • Não deixar criança sozinha em cima de moveis; • Não deixe a criança sob o cuidado de outra criança. |
| Intoxicação | <ul style="list-style-type: none"> • Evite automedicação, observe validade dos remédios. |
| Queimaduras | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar temperatura do banho (ideal 37 c); verificar antes a temperatura do leite ofertado (para fórmulas ou LVI); evite tomar ou preparar bebidas quentes com criança no colo. |
| Afogamento | <ul style="list-style-type: none"> • Nunca deixe a criança sozinha na banheira e nem próxima ao tanque piscinas, poços. |

| | |
|--------------------------------|--|
| | Mesmo pouca água pode causar acidentes! |
| Acidentes no transporte | <ul style="list-style-type: none"> Transportar criança no bebê conforto ou no conversível, cadeira levemente inclinada, no banco de trás voltado para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante. |



Fonte: Detran, 2022.

| | |
|---|---|
| Dos 6 meses aos 2 anos | |
| Cuidados redobrados nessa fase, criança estará mais ativa e curiosa! | |
| Quedas e ferimentos | <ul style="list-style-type: none"> Instale barreiras de proteção nas escadas e redes/grades nas janelas; verificar se estão bem fixos pias e tanques, evitando acidentes caso se pendurem. |
| Envenenamento | <ul style="list-style-type: none"> Manter produtos de limpeza e medicamentos fora do alcance da criança; Não utilizar embalagens de bebidas para colocar produtos de limpeza e inflamáveis (querosene); manter longe de venenos e produtos inflamáveis. |
| Queimaduras | <ul style="list-style-type: none"> Restrinja o acesso da criança na cozinha; No fogão, use as bocas de trás e os cabos das |

| | |
|--|--|
| | <p>panelas voltados para o centro;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter longe do forno, ferro de roupa, aquecedor; evite fios elétricos soltos na casa; • Coloque protetores nas tomadas. |
|--|--|

Dos 2 aos 4 anos

A criança está mais independente mas ainda não percebe os perigos ao seu redor!

| | |
|---|--|
| Acidentes com animais domésticos | <ul style="list-style-type: none"> • Evitar contato com animais desconhecidos e supervisionar quando estiverem próximos aos animais domésticos em especial quando estiverem se alimentando. |
| Queimaduras | <ul style="list-style-type: none"> • Não deixar crianças perto de fogo, fogueiras e fogos artificiais; manter longe do fogão, ferro elétrico. • Manter produtos inflamáveis como álcool, querosene e fósforo longe das crianças. • Sempre mantenha as crianças longe de armas de fogo. |
| Biossegurança | <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão quando estiver circulando na rua segurando pelo pulso e não permitir brincadeiras em garagens e outros locais perto de ruas e rodovias. • Em caso de acidentes com materiais de limpeza, medicamentos e outras substâncias tóxicas, procurar urgentemente um serviço de saúde, chamar o samo 192, ou ligar no centro de informação toxicológica discar 0800-722-6001 e guarda a embalagem do produto para obter informações. |
| Afogamento | <ul style="list-style-type: none"> • Nunca deixar criança sozinha dentro ou perto de água seja piscina, lago, mar, balde ou banheira. Supervisão de um adulto o tempo todo mesmo que saibam nadar! |
| Acidentes de | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar se o transporte escolar segue as leis de trânsito. |

| | |
|-----------------|---|
| trânsito | <ul style="list-style-type: none"> No carro, criança de 1 a 4 anos deve ser transportada em uma cadeira especial, com cinto de segurança de três pontos que deve ser colocado no banco de trás, conforme a orientação do fabricante. |
|-----------------|---|

Dos 4 aos 6 anos

- Mantenha os mesmos cuidados anteriores, converse sempre sobre as situações de perigo, mesmo que ele esteja mais confiante, ainda precisa da supervisão de um adulto.
- Usar equipamento de proteção ao andar de bicicleta, patins ou skate.
- No carro, devem usar os assentos de elevação com cinto de segurança de três pontos no banco traseiro.
- Não deixar brincar em lajes, varandas e terraços sem grades de proteção.
- Ao andar na rua, manter a criança do lado de dentro da calçada, protegida dos veículos pelo corpo do adulto.

Dos 6 aos 9 anos

A criança já quase independente o que aumenta a necessidade de proteção e supervisão de suas atividades fora de casa. Conversar com a criança sobre os perigos no dia a dia a que está exposta pedindo atenção quando se expor a situações de riscos.

Choques elétricos

- Não deixe soltar pipa, papagaio, arraia onde há fios elétricos .risco de choque de alta-tensão !! não permita uso de produtos para deixar mais cortante a linha da pipa, evitando graves acidentes com ela e com outras pessoas.

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>Acidentes de trânsito</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Após os 7 anos e meio, as crianças devem sentar-se no banco de trás , usando o cinto de segurança de três pontos o uso de assento de elevação deverá ser obrigatório ate atingir 1,45 m de altura, pela nova lei 14.071/20. • Somente crianças de mais de 10 anos e que já tenham atingido 1,45 m de altura podem sentar-se no banco da frente , sempre usando o cinto de segurança .(lei 14071/20) • Para andar na garupa de motocicleta , pela nova lei de trânsito, a idade sobe de 7 para 10 anos de idade sempre usando capacete sempre. Multa gravíssima para quem não cumprir a nova lei! |
|-------------------------------------|--|

Adolescentes

- Já tem o pensamento organizado, mas as pressões sociais somadas a onipotência, o maior tempo longe de casa, aliado ao uso de bebidas alcoólicas podem levar a perder o controle. Uma boa conversa e o acompanhamento da família pode evitar situações desastrosas.
- Perigos nessa fase: atropelamento, afogamento, desastres de automóveis, quedas de bicicletas, homicídios, suicídios, intoxicação por abusos de drogas e na escola, fraturas e lacerações nas praticas esportivas.
- Oriente as famílias a lerem a caderneta da criança que contém todas essas informações, buscar sites de orientações sobre segurança para as famílias, retirar duvidas com seu médico de família e ou pediatra e promover uma cultura de segurança com as famílias e suas comunidades.

13. Atendimento à criança vítima de violência

a. Tipos de Violência

| | |
|------------------------------|--|
| Violência Física | Uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou outras pessoas, com o objetivo de ferir ou provocar dano. |
| Violência Sexual: | Ato ou jogo sexual, hetero ou homossexual, cujo agressor tem como intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração. |
| Violência Psicológica | Forma de submissão da criança por meio de agressões verbais, humilhação, discriminação, depreciação, responsabilização excessiva, indiferença ou rejeição. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus tratos, esse tipo de violência é muito difícil de ser identificada, apesar de muitas vezes estar associada às demais formas de violência. |
| Negligência | Ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social. Pode caracterizar-se pela omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as condições adversas do meio ambiente (como frio ou calor), não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. |
| Bullying | Forma de violência praticada particularmente nas escolas e incrementada pelos meios virtuais de comunicação, como a internet, principalmente por meio das redes sociais e pela telefonia celular. O termo bullying compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, adotadas por um ou mais indivíduos, causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder. |
| Exploração sexual | Envolve uma relação de mercantilização, onde o sexo é fruto de uma troca, seja financeira de favores ou presentes. Crianças ou adolescentes são tratados como objetos sexuais. Em boa parte dos casos, existem intermediários ou agenciadores |

| | |
|--------------------------------|--|
| | que lucram com a intermediação da relação sexual com a vítima. |
| Síndrome de Münchhausen | Ocorre quando um parente, quase sempre a mãe, de forma persistentemente ou intermitentemente produzem (fabrica, simula, inventa), de forma intencional, sintomas em seu filho, fazendo que este seja considerado doente, ou provocando ativamente a doença, colocando-a em risco e numa situação que requeira investigação |

12.2 Como identificar caso de violência?

Apresenta-se quadro que possibilita a identificação de violência ou maus tratos e alterações comportamentais de crianças que podem sugerir uma situação de violência e que frequentemente representam a demanda do atendimento nos serviços de saúde.

O que está colorido pode indicar sinal da violência na faixa etária.

| SINAIS DA VIOLÊNCIA | Crianças | | |
|---|---------------------|-------------------|-------------------|
| | Até 11 meses | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos |
| Choros sem motivo aparente | | | |
| Irritabilidade frequente, sem causa aparente | | | |
| Olhar indiferente e apatia | | | |
| Tristeza constante | | | |
| Demonstrações de desconforto no colo | | | |
| Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites | | | |
| Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes | | | |
| Distúrbios de alimentação | | | |
| Enurese e encoprese | | | |
| Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala | | | |
| Distúrbios do sono | | | |
| Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento | | | |
| Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico | | | |
| Afecções de pele frequentes, sem causa aparente | | | |
| Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola | | | |
| Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade | | | |
| Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações | | | |
| Pesadelos frequentes, terror noturno | | | |
| Tiques ou manias | | | |
| Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas | | | |
| Baixa autoestima e autoconfiança | | | |
| Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio | | | |
| Problemas ou déficit de atenção | | | |
| Sintomas de hiperatividade | | | |
| Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes | | | |
| Equimoses, escoriações, hiperemia, mordeduras, incisões com arma branca e lesões em genitália | | | |

Fonte: Adaptação da Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde

IMPORTANTE: Muitos itens acima podem ser provenientes de outras patologias ou condições. Antes de classificar uma situação de violência é necessário analisar e realizar o levantamento da história de vida para conhecer a situação familiar e da rede de apoio social, o grau de vulnerabilidade e risco que a criança está sujeita e discutir com todos os profissionais da equipe para uma melhor conduta. Além de manter contato constante com as redes de apoio e de proteção social do município

13.3 E como atuar frente a situação de violência?

Atenção:

Realizar a notificação obrigatória dos casos suspeitos ou confirmados de violência. A notificação pode ser da responsabilidade da equipe que assiste a criança, ou pelos serviços especializados. Fazer um relatório e encaminhar ao Conselho Tutelar.

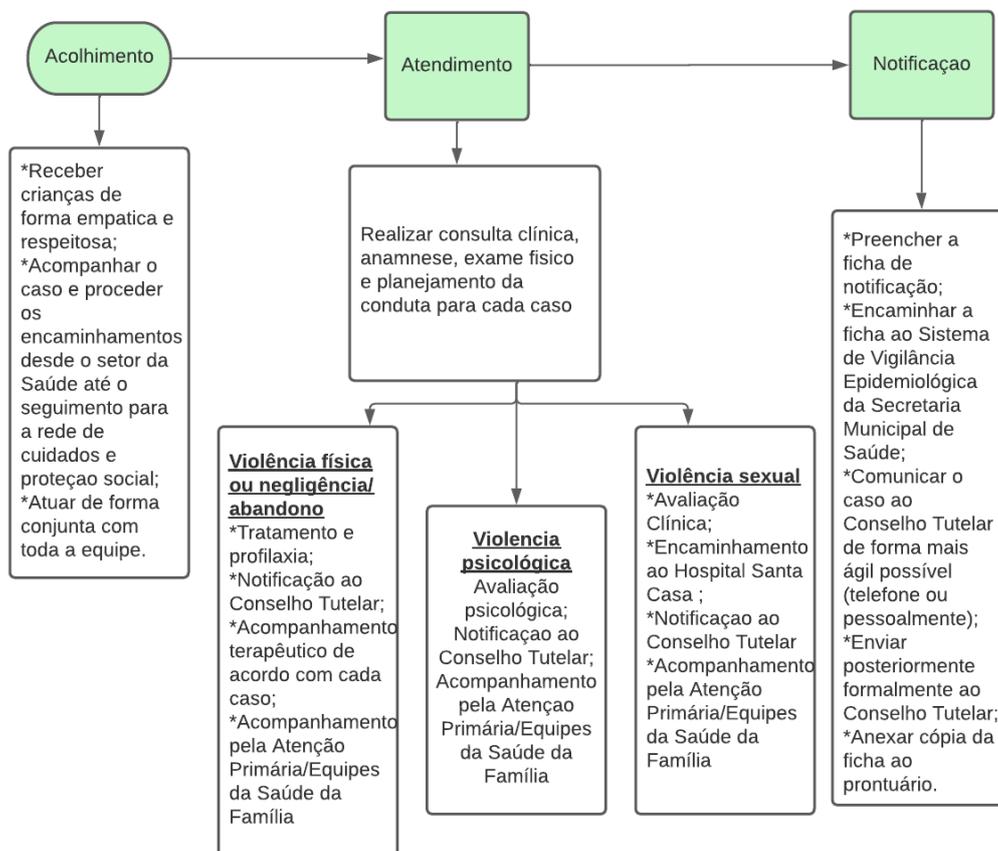
Adotar se for necessário medidas emergenciais (suturas, analgésicos, etc), sendo de grande importância avaliar o risco imediato de recorrência dos maus tratos e/ou violências.

Manter o acompanhamento constante por todos os profissionais da Atenção Básica.

Em relação a violência sexual, deve-se encaminhar diretamente para o Hospital Santa Casa e comunicar ao Conselho Tutelar. O município possui um manual para atendimento às vítimas de violência sexual, disponível em todas as equipes

O diagrama abaixo mostra o passo a passo do cuidado integral à saúde das crianças e suas famílias em situações de violência:

LINHA DE CUIDADO INTEGRAL PARA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



Fonte: Adaptação a Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde.

Observação: além do profissional notificar os casos de violência, deverá encaminhar ao profissional de serviço social que assiste a unidade.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Diretrizes para procedimentos clínicos em odontopediatria**. São Paulo: Santos Publicações, 2021.

Brasil. **LEI Nº 14.071**: Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para modificar a composição do Conselho Nacional de Trânsito e ampliar o prazo de validade das habilitações; e dá outras providências. 13 DE OUTUBRO de 2020. **Disponível em:** [L14071 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br) .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde**. 2ª edição. Brasília. DF. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. 11ª edição. Brasília. DF. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª edição. Brasília. DF. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília. DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília. DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de bolso**. 8ª edição. Brasília. DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 13.438, DE 26 DE ABRIL DE 2017**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, Seção 1, 27 de abril 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de efeitos adversos pós-vacinação**. 3ª edição. Brasília. DF. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 729/GM, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de suplementação de ferro – manual de condutas gerais**. Brasília. DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. 1ª edição. Brasília. DF. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª edição. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. – Brasília: 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Criança: Passaporte para Cidadania**. 3ª Edição. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes [recurso eletrônico] versão preliminar**. Brasília. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; KING, S.F. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília. DF. 2001.

BRASIL. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 184 p. ISBN 978-85-334-2434-0

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. 3. Ed. São Paulo: Santos, 2017.

CORRÊA, M. S. N. P.; DISSENHA, R. M. S; WEFFORT, S. Y. K. **Saúde bucal: gestante- bebê ao adolescente**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2019.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Nota Técnica N.º 1/2023 - SES/SAIS/ARAS/GCDRC**. Assunto: Orientações para o Manejo Clínico dos casos de Sífilis Congênita no Distrito Federal. Brasília-DF, 29 de março de 2023
Disponível em:
https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/SEI_GDF_109384815_Nota+T%C3%A9cnica+01-2023+-+MANEJO_CLINICO_DA_SIFILIS_CONGENITA_REVISADA.pdf/f72ba257-ee82-f2f5-c546-89894f432532?t=1683890451530 . Acesso em 15 de dezembro de 2023.

IMPARATO, J.C.P. **Anuário odontopediatria clínica: integrada e atual**, Vol.1. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, n.33, Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 27 jun. 2022.

POÇOS DE CALDAS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual para Atendimento às vítimas de violência sexual na rede de assistência do município de Poços de Caldas**. Poços de Caldas. MG, SMS, 2022.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Manual de Enfermagem: atenção primária a saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte. MG. 2016.

ROBINS, D. L. **M-CHAT-R/F**. 2018. Disponível em: <https://mchatscreen.com>. Acesso em: 28 jul. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2015. Atualizado em 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Endocrinologia. **Dislipidemia na criança e no adolescente – orientações para o pediatra**. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Neonatologia. **Hiperbilirrubinemia indireta no período neonatal**. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Neonatologia. **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. **Transtorno do Espectro do Autismo**. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamentos Científicos de Dermatologia e Neonatologia. **Atualização sobre os Cuidados com a Pele do Recém-Nascido**. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamentos Científicos de Gastroenterologia e Infectologia. **Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento**. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamentos Científicos de Nutrologia e Hematologia. **Consenso sobre anemia ferropriva: atualização**. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. **Guia Prático de Alimentação da Criança de 0 a 5 anos**. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Grupo de Trabalho em Atividade Física. **Promoção da Atividade Física na Infância e adolescência**. 2017.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**. 4. ed. São Paulo: Editorial Premier, 2012.

UNA-SUS; Universidade Federal de Santa Catarina. **Especialização multiprofissional em Saúde da Família: atenção integral à Saúde da Criança – Enfermagem**. 2ª edição. Florianópolis, SC. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Atenção ao Puerpério**. São Luís, 2016.

WASKMANL, R.D.; , BLANK, D. Prevenção de acidentes: um componente essencial da consulta pediátrica. Residência Pediátrica. Vol 4. Suplem 1. Pág S36 a ssS44. 2014. Disponível em: [000965390.pdf \(ufrgs.br\)](http://000965390.pdf(ufrgs.br)) .