



CARUARU
PREFEITURA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARUARU

Protocolo Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança na Primeira Infância

1ª Edição
Outubro/2025



CARUARU
PREFEITURA

SECRETÁRIA DA SAÚDE

Nádja Kelly Martins de Menezes Farias

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Giancarla de Santana Couto Rangel Pessoa e Melo

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Karla Maciel Gomes Coelho

GERENTE DE MONITORAMENTO DO PLANIFICASUS E APOIO INSTITUCIONAL

Italo Ramon da Silva

GERENTE GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA

David dos Santos Oliveira

GERENTE DE POLÍTICA E PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

Samira Maria de Santana Silva

GERENTE GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Aléxia Gyovanna Rodrigues Menezes de Moura

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Kelly Cristina G. C. Clementino

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Catarina Souza Almeida

COORDENAÇÃO SAÚDE DA MULHER

Andressa Géssica Silva Pacheco

COORDENAÇÃO PROMOÇÃO À SAÚDE

Athos Phillip de Carvalho Chaves

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Fábio Eduardo Rodrigues de Lima

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Helison Cleiton dos Santos Ferreira

COORDENAÇÃO SAÚDE BUCAL

Edy Viviane Silva França

COORDENAÇÃO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR- SAD E APRENDER COM SAÚDE-PSE

Sonja Rebeca Silva Jorge Dantas

COORDENAÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Pamela Tavares Dias

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Amanda Danielle Honorato da Silva Tavares

COORDENAÇÃO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS

Dayane Priscila da Silva

COORDENAÇÃO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Ana Paula Barbosa

CO-AUTOR: Dra Carolina Paz (Núcleo de Educação Permanente), **Catarina Souza Almeida** (Coord. Saúde da Criança e Adolescente)

COLABORAÇÃO: Janeclecia dos Santos Alves (Residente em Saúde Coletiva com Ênfase em Redes/ ESPPE)

Apresentação

A primeira infância é reconhecida como a fase mais determinante para o desenvolvimento humano, abrangendo desde a gestação até os cinco anos de vida. Nesse período, o cérebro se estrutura de forma acelerada, sendo essencial oferecer condições que favoreçam vínculos afetivos, segurança e nutrição adequado. Investir no cuidado integral nessa etapa significa garantir bases sólidas para a saúde, a aprendizagem e a cidadania ao longo de toda a vida.(BRASIL, 2016; SHONKOFF; PHILLIPS, 2000).

No Brasil, diferentes marcos legais reafirmam a prioridade absoluta da infância, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Marco Legal da |Primeira Infância e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Esses Instrumentos orientam gestores e profissionais a promoverem ações intersetoriais que integrem saúde, educação, assistência social e cultura, assegurando proteção especial às crianças em situação de vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas, ribeirinhas, em situação de rua ou com deficiência.(BRASIL, 1990; BRASIL, 2015).

Este protocolo de puericultura da primeira infância, elaborado para orientar as equipes de saúde do município de Caruaru, consolida estratégias de cuidado e multiprofissional. Sua finalidade é apoiar práticas que fortaleçam vínculos familiares, ampliem a proteção social e garantam o pleno desenvolvimento infantil, contribuindo para redução das iniquidades e para construção de uma rede de atenção cada vez mais humanizada e efetiva.

Catarina Souza Almeida

COORD. SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Objetivo Principal.....	8
2. ESTRUTURA DO PROTOCOLO.....	8
2.1 PRIMEIRA PARTE - Puericultura	8
2.2 Visita domiciliar puerperal	8
2.3 Planejamento das consultas de puericultura.....	13
2.4 Primeira consulta de puericultura.....	15
3. Preenchimento da Caderneta da Criança	15
3.1 Anamnese	16
3.2 Exame físico	18
3.3 Orientações	21
4. Marcos do Desenvolvimento	25
4.1 Consulta Subsequentes de Puericultura 2º ao 6º mês de vida.....	25
4.2. Consultas Subsequentes de Puericultura 7º ao 12º mês de vida.....	32
4.3. Consultas Subsequentes de Puericultura 13º ao 24º mês de vida.....	39
4.4. Consultas Subsequentes de Puericultura entre 3 e 6 anos de idade.....	44
5. 2º Parte-Atenção aos principais problemas de saúde da 1ª Infância.....	48
5.1. Abordagem à criança vítima de violência.....	48
5.2. Atraso no desenvolvimento	51
5.3. Estimulação Precoce.....	52
5.4. Estimulação Auditiva.....	52
5.5. Exposição à Língua Oral	53
5.6. Estimulação Visual	53
5.7. Estimulação da Função Motora.....	53



5.8.Febre sem sinais localizatórios (FSSL):febre aguda não associada a outros sinais ou sintomas.....	54
6. Arboviroses.....	55
7. Doenças Exantemáticas	57
8. Anemia.....	59
9. Linfadenomegalia.....	61
10. Dor Abdominal.....	62
11. Constipação.....	66
11.1Principais pontos da entrevista clínica.....	66
11.2. Principais pontos do exame físico.....	66
12. Diarreia e Vômito.....	68
13. Parasitose.....	70
13.1 Orientações Globais.....	70
13.2. Avaliação Global.....	71
13.3. Criança < 2 anos sem sinal de alerta.....	71
14. Problemas Respiratórios.....	72
14.1 Avaliação Global.....	72
15. Problemas de Pele.....	78
15.1 Dermatite amoniacal, dermatite primária de fraldas.....	78
15.2. Candidíase de Fralda.....	78
15.3. Dermatite Seborreia do Lactante.....	79
15.4. Miliária.....	79
15.5. Hemangioma.....	79
15.6. Mancha Mongólica.....	80
15.7. Candidíase Oral.....	80
15.8. Impetigo.....	80



15.9. Pediculose (piolho).....	81
15.10. Escabiose.....	82
15.11. Larva Migrans (bicho geográfico).....	83
15.12. Dermatite Atópica.....	83
15.13. Dermatite de Contato.....	84
16. Dificuldades Alimentares (Inapetência ou fastio).....	84
16.1. Estilo de condução alimentar.....	88
16.2. Avaliação.....	89
16.3. Condutas.....	90
16.4. Quando e como suplementar micronutrientes?.....	92
16.5. Recomendações:.....	93
17. Uso precoce e excessivo de telas.....	94
17.1. As recomendações mais atuais para crianças entre 0 e 6 anos são:.....	94
18. REFERÊNCIAS.....	95



1.INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, a primeira infância, é o período que vai desde a gestação até os 5 anos, 11 meses e 29 dias. Pesquisas têm demonstrado que esta fase é extremamente sensível para o desenvolvimento do ser humano, pois é um período crucial para construção de competências emocionais e socioafetivas e o desenvolvimento de áreas fundamentais do cérebro relacionadas à personalidade, ao caráter e à capacidade de aprendizado. Diante disso, há uma necessidade de promover estímulos adequados que favoreçam o desenvolvimento humano integral para a vida inteira.

A criança é um sujeito de direito, garantido pela Constituição Federal de 1988. Diversas leis e políticas priorizam o cuidado integral às crianças, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990; Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Esses documentos constituem o arcabouço legal dos direitos das crianças, garantindo, por exemplo, prioridade no desenvolvimento de ações voltadas à proteção da infância e atividades intersetoriais de educação, assistência social, saúde e cultura. Ademais, crianças em situação de vulnerabilidade são protegidas por esse arcabouço, determinando cuidados integrais às crianças vítimas de violência, indígenas, ribeirinhas e quilombolas, em situação de rua ou com deficiência, por exemplo. É sabido que o olhar da determinação social da saúde é fundamental para lidar com os desafios dos cuidados na 1ª infância. É comprovado cientificamente que crianças que nascem em família pobres, sem escolaridade, negras e sem acesso à serviços de saúde têm maiores taxas de mortalidade infantil por causas evitáveis, apresentam maiores índices de cárie dentária e sofrem mais acidentes domésticos, por exemplo.

O desenvolvimento saudável na primeira infância depende basicamente de três pilares: (1) vínculos afetivos estáveis; (2) ambiente seguro e protegido; (3) nutrição adequada. Apesar de não estar organizado nesta sequência, este protocolo perpassa por esses três pilares em todas as seções, já que as ações das equipes de saúde em torno do cuidado da criança na 1ª infância deve ser integral e multiprofissional. Diante disso, esse protocolo traz de forma estruturada as principais ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde do município de Caruaru para o cuidado integral às crianças durante a primeira infância.

1.1 Objetivo Principal

O objetivo principal deste protocolo é estabelecer um conjunto de orientações e procedimentos padronizados para o acompanhamento sistemático da saúde infantil no município. Ao fornecer um guia estruturado, pretende-se:

- **Promover a saúde integral da criança**, abordando aspectos físicos, nutricionais, emocionais e sociais.
- **Detectar precocemente possíveis desvios ou atrasos no desenvolvimento**, permitindo intervenções oportunas e eficazes.
- **Orientar e capacitar as famílias**, fortalecendo o papel ativo dos cuidadores no processo de desenvolvimento infantil.
- **Garantir a continuidade e a integralidade do cuidado**, facilitando a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

2. ESTRUTURA DO PROTOCOLO

Esse protocolo divide-se em duas partes: Intervenções Clínicas de Puericultura e Atenção aos principais problemas de saúde na primeira infância.

Na primeira parte, as intervenções clínicas de puericultura são detalhadas por faixa etária, priorizando a clínica ampliada, o acolhimento e identificação das necessidades das crianças e sua família, além de indicar ações que oferecem à criança plenas condições de desenvolver seu potencial com segurança. Na segunda parte, a atenção aos principais problemas de saúde na 1ª infância são apresentados de forma que médicos e enfermeiras possam desenvolver uma atenção integral baseada em evidências científicas.

2.1 PRIMEIRA PARTE - Puericultura

2.2 Visita domiciliar puerperal

.O cuidado integral à criança na 1ª infância se inicia com a visita domiciliar puerperal. Essa visita deve ser realizada na primeira semana após alta da maternidade, preferencialmente pelo Agente Comunitário de Saúde - ACS. Esse momento é ideal para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família. Os principais objetivos da primeira visita domiciliar ao recém-nascido e à sua família são:

- Observar as relações familiares;
- Facilitar o acesso ao serviço de saúde;
- Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde;
- Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família; (nascimento de um filho);
- Estimular o desenvolvimento da parentalidade;
- Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;
- Identificar sinais de depressão puerperal;
- Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida;
- Prevenir lesões não intencionais; e
- Identificar sinais de perigo à saúde da criança.

Todas as crianças devem receber visita domiciliar puerperal até 1 semana após sua chegada no território. A visita domiciliar puerperal pode ou não coincidir com a 1ª consulta de puericultura. A realização da 1ª consulta de puericultura adiciona tempo à consulta e pode tornar o momento exaustivo em informações. Nesse sentido, sugere-se realizar a visita domiciliar em momento diferente da 1ª consulta de puericultura ou que esses momentos sejam feitos por diferentes profissionais de saúde, para que o cansaço do profissional não prejudique o momento.

A visita domiciliar puerperal pode ser realizada por qualquer profissional de saúde que saiba identificar os itens listados abaixo, mas é recomendado que seja feito pelo Agente Comunitário de Saúde ou equipe multidisciplinar. Já a primeira consulta de puericultura deve ser realizada pela enfermeira ou médico, já que uma atenção clínica pormenorizada faz parte dessa consulta.

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de crianças de risco posteriormente a visita domiciliar puerperal e a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção.

Tabela 1. Segue abaixo as recomendações sobre como desenvolver a 1ª visita domiciliar puerperal.

<i>Observar relações familiares</i>
--

Avaliar a participação do pai e outros familiares como rede de apoio à mãe. Identificar pessoas que possam oferecer suporte à família, destacando-se os próprios membros familiares, como avós, tios, primos, mas também amigos, companheiros, vizinhos. Tais redes poderão oferecer
--

suporte de diversas formas: apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos outros filhos, orientando, prestando informações e oferecendo suporte emocional.
Observar a qualidade das interações entre os membros da família e a criança. Pode-se fazer perguntas como:
▪ Os membros da sua família expressam interesse e carinho uns com os outros e com a criança? ▪ Sua família proporciona conforto emocional para você e sua criança? ▪ Sua família faz você se sentir melhor quando está aborrecida? ▪ Cada membro da sua família tem deveres e responsabilidades específicas com a criança e as cumpre? ▪ Você recebe apoio da família para realizar atividades pessoais (tomar banho, ir ao banheiro, se alimentar, cuidar dos demais filhos)?
Observar se a mãe ou o principal cuidador da criança são afetuosos, se oferece aconchego frequente ao bebê e como reagem ao choro do bebê.
<i>Facilitar o acesso ao serviço de saúde</i>
Informar o fluxo de acolhimento à demanda espontânea da UBS. Orientar que casos de maior gravidade devem ser levados à serviços de emergência.
Facilitar o acesso às informações que podem não gerar consultas completas, mas orientações pontuais, como, por exemplo, criar grupos de WhatsApp com a puérperas ou grupos de apoio.
Deixar agendada a primeira consulta de puericultura, caso ainda não tenha sido providenciada.
<i>Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde</i>
Explicar os serviços oferecidos pela USF, como grupos, atendimentos individuais, atividades de equipe multidisciplinar.
<i>Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho)</i>
Utilizar comunicação não verbal (prestar atenção à mãe, usar o toque apropriado).
Fazer perguntas abertas (evitar perguntas cuja resposta é “sim” ou “não”, utilizando ao invés disso “como?”, “o que?”, etc); demonstrar interesse (utilizar expressões como “sei”, “continue”, etc)
Demonstrar empatia (entender o que o outro está sentindo) e evitar palavras que expressem julgamento (por exemplo, o seu leite é “bom” pode dar a entender que existe leite “ruim”).
Ao oferecer às mães sugestões sobre o que fazer, evitar dar ordens ou impor soluções.
<i>Estimular o desenvolvimento da parentalidade</i>
O termo parentalizar designa a influência positiva que uma pessoa exerce sobre o sentimento que um adulto tem de ser pai e mãe e refere-se à vivência da identidade parental e aos sentimentos de competência dos pais com relação aos cuidados que eles dispensam ao seu bebê.
O profissional deve oferecer espaço para a manifestação de sentimentos comuns durante o processo. Abordar sentimentos como o medo de não conseguir manter a vida e o crescimento de seu bebê, o medo de não conseguir envolver-se emocionalmente com o seu bebê de modo autêntico e pessoal (e de que ele não se desenvolva emocionalmente), a preocupação em como criar o bebê (se irá ou não permitir sistemas de apoio necessários) e o medo de não conseguir modificar-se ou reorganizar sua identidade.
Conversar com a mãe no sentido de minimizar a exclusão do pai no cuidado às crianças, que gera, muitas vezes, um grande sentimento de frustração e que reforça ainda mais o distanciamento masculino das questões relativas à saúde dos filhos.
Convidar o pai para participar ativamente das consultas de puericultura.
<i>Orientar a família sobre os cuidados com o bebê</i>

- Técnica correta do banho diário: o recém-nascido precisa no máximo um banho por dia.

Utilizar somente sabão com pH neutro apropriado para bebês. Usar banheira ou pia com água morna até uma altura que cubra as pernas do bebê. Sentar o bebê na banheira e segurar o bebê passando o braço pelas costas para apoiá-lo e segurando com a mão por baixo de uma das axilas. Com a mão livre, lavar o rosto do bebê, o couro cabeludo, o tronco, os braços e as pernas com um pouco de sabonete para não tirar a hidratação natural da pele. Levantar um pouco o bebê para lavar a área genital, o bumbum e o ânus. Enxugar a criança com toalha macia e tapinhas suaves para não machucar a pele sensível do bebê. Não esquecer de secar nenhuma dobrinha.

- Evitar uso de talcos e perfumes, pois podem causar alergias e irritação na pele;
- Higiene do coto umbilical: limpar com o auxílio de uma gaze e álcool 70%. Não usar algodão porque solta fiapo.
- Evitar contato com fumantes;
- Evitar levar o recém-nascido a locais com aglomerados de pessoas, como shoppings, ruas de comércio agitado e supermercados, já que a imunidade do bebê ainda está se desenvolvendo e esses locais têm grande concentração de vírus e bactérias;
- Colocar o bebê para dormir na posição supina para dormir (barriga para cima), pois essa é a posição mais segura;
- Evitar leito compartilhado, pois pode haver acidentes não-intencionais;
- Amamentação sob livre demanda (guiada pelo bebê);
- Orientar a colocar o bebê para eructar devido ao risco de aspiração do leite materno por vômito ou regurgitação;
- Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação, favorecendo assim, o aleitamento materno exclusivo;
- Sempre lavar as mãos antes do contato com o bebê.

Identificar sinais de depressão puerperal

Os episódios de melancolia pós-parto denominados “baby blues” referem-se a uma manifestação transitória e frequente do humor que aparece no decorrer dos primeiros dias pós-parto (com intensidade maior em torno do 3º ao 6º dia após o parto). A puérpera apresenta um estado de fragilidade e hiperemotividade transitória (choro fácil, irritabilidade, tristeza ou hipersensibilidade) que não é considerado depressão pós-parto. O manejo adequado inclui uma orientação sobre a sua frequência e transitoriedade, o estímulo à manifestação de sentimentos e a aceitação de apoio.

Atentar à presença de sintomas compatíveis com depressão (irritabilidade ou choro frequente, sentimentos de desamparo, desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, incapacidade de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas) por mais de 4 semanas. Encaminhar à USF caso for identificado esses sintomas.

Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida

Acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação.

Observar posição e pega, esclarecer sobre a amamentação sob livre demanda, alimentação da nutriz e informar sobre as leis que protegem a mulher que amamenta, no retorno ao trabalho.

As mães que não podem amamentar necessitam de apoio da equipe de saúde e devem ser orientadas sobre a substituição do aleitamento materno por fórmula e ou a procura de Banco de Leite. Nesse caso, marcar o quanto antes a primeira consulta de puericultura. As crianças que não podem ser amamentadas são:

- Mães infectadas pelo HIV.

• Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T). • Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. • Criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.
Prevenir acidentes
Proteja o berço e o cercado com grades altas. Nunca deixe a criança sozinha em cima de qualquer móvel, nem por um segundo. Jamais deixe o bebê sob os cuidados de outra criança.
No banho, verifique a temperatura da água (o ideal é 37°C). Enquanto estiver com a criança no colo, não tome líquidos quentes.
Nunca use talco próximo ao rosto da criança. Ajuste o lençol do berço, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros. Utilize brinquedos grandes e inquebráveis.
O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no bebê-conforto ou no assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).
Não dar à criança (um) remédio que não tenha sido prescrito pelo médico.
Não dormir com o bebê em sofás ou poltronas.
Evitar o contato próximo com animais sem supervisão de um adulto.
Identificar sinais de perigo à saúde da criança
Ouvir as queixas referidas pelos acompanhantes e intercorrências.
Identificar sinais de violência física, psicológica e/ou sexual. Alguns sinais de risco ou vulnerabilidades durante a gravidez: ▪ Gravidez decorrente de violência sexual. ▪ Não aceitação da gravidez. ▪ Não reconhecimento da paternidade. ▪ Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho. ▪ Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê. ▪ Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento do pré-natal. ▪ Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostas. ▪ Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideais, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal. ▪ Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros. ▪ Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja para colocação para adoção. ▪ Tentativa de abortamento. Caso seja identificado algum sinal de violência, preencher ficha de notificação de violência e enviar para a vigilância epidemiológica e acionar o CREAS e o Conselho Tutelar. CREAS em Caruaru: Rua Barão de Porto Seguro, 117. Bairro Maurício de Nassau. Telefone: 3101-0099; e-mail: creascaruaru@hotmail.com
Orientar levar a um serviço de saúde mais perto de casa ou à emergência (a depender da situação) se o recém-nascido estiver: ▪ Está muito “molinho” e “caidinho” – movimentando-se menos que o normal; ▪ Convulsão ou perda de consciência; ▪ Dificuldade ou cansaço para respirar ou respiração rápida sem explicação; ▪ Não consegue mamar ou recusa alimentar; ▪ Vomita tudo o que ingere; ▪ Umbigo com vermelhidão ao redor ou com secreção malcheirosa; ▪ Febre – temperatura maior ou igual a 37,8°C. ▪ Pus saindo da orelha. ▪ Cor amarelada da pele (icterícia), atingindo os braços e as pernas do bebê.

▪ Cor amarelada da pele em crianças com mais de 2 semanas. ▪ Urina escura. ▪ Fezes claras.
Checar se foi realizado: Vacinas do pós-parto (BCG e Hepatite B). Testes de triagem neonatal (olhinho, coraçãozinho, orelhinha, pezinho e linguinha). Registro civil da criança. Se não foi realizado, encaminhar para vacinação e registrar a falta de teste de triagem para ser solicitado na 1ª consulta de puericultura.

2.3 Planejamento das consultas de puericultura

Após a primeira visita domiciliar puerperal, a equipe de saúde da família deve classificar a criança para identificar os recém-nascidos (RN) de risco elevado, intermediário e habitual.

RN de risco elevado Os RN de risco elevados são aqueles que apresentam vulnerabilidade clínica, social e familiar concomitantemente. A 1ª consulta de puericultura com RN de risco elevado deve ocorrer até o 15º dia de vida e deve ser feita pelo médico da UBS. Uma nova visita domiciliar deve ser realizada ao completar 1 mês de vida pela enfermeira ou médico. Após, as consultas de puericultura devem ser mensais até o 6º mês de vida, bimensais no 2º semestre de vida e trimestrais até completar 2 anos, alternando entre enfermeira e médico. Fazer um Projeto Terapêutico Singular junto a equipe multidisciplinar. Avaliar a necessidade de acompanhamento ou matriciamento com pediatra. Após 2 anos, a consulta pode ser anual, próximo ao mês de aniversário, até completar 6 anos de idade. A criança deve ser reclassificada em termos de risco a cada contato. É importante destacar que algumas crianças de risco elevado podem necessitar de um número de consultas diferenciado de acordo com a avaliação da Equipe Multiprofissional. Recomenda-se que, ao pactuar com os responsáveis e a equipe o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, os fatores de risco e a resiliência. Deve-se desenvolver ações de educação em saúde e a visita domiciliar do ACS deve ser mensal.
RN de risco intermediário Os RN de risco intermediário são aqueles que apresentam vulnerabilidade social e/ou familiar e não apresentam vulnerabilidade clínica OU que apresentam vulnerabilidade clínica e não apresentam vulnerabilidade social ou familiar. A primeira consulta de puericultura com RN de risco intermediário deve ocorrer até o 15º dia de vida. A necessidade de uma nova visita domiciliar deve ser avaliada a partir da identificação das necessidades da família. Após, as consultas de puericultura devem ser nos seguintes meses de vida: 2, 4, 6, 9, 12, 18, 24. Em caso de vulnerabilidade clínica, avaliar a necessidade de acompanhamento com pediatra e/ou aumentar a frequência de consultas de puericultura. Após 2 anos, a consulta pode ser anual, próximo ao mês de aniversário, até completar 6 anos de idade. A criança deve ser reclassificada em termos de risco a cada contato. É importante destacar que algumas crianças de risco intermediário podem necessitar de um número de consultas diferenciado de acordo com a avaliação da Equipe Multiprofissional. Recomenda-se que, ao pactuar com os responsáveis e a equipe o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, os fatores de risco e a resiliência.

Deve-se desenvolver ações de educação em saúde e a visita domiciliar do ACS deve ser mensal.

RN de risco habitual

Os RN de risco habitual são aqueles que NÃO apresentam vulnerabilidade clínica, social ou familiar.

A primeira consulta de puericultura com RN de risco habitual deve ocorrer ainda no 1º mês de vida. Após, as consultas de puericultura devem ser nos seguintes meses de vida: 2, 4, 6, 9, 12, 18, 24. A criança deve ser reclassificada em termos de risco a cada contato.

Após 2 anos, a consulta pode ser anual, próximo ao mês de aniversário, até completar 6 anos de idade.

É importante destacar que algumas crianças de risco habitual podem necessitar de um número de consultas diferenciado de acordo com a avaliação da Equipe Multiprofissional. Recomenda-se que, ao pactuar com os responsáveis e a equipe o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, os fatores de risco e a resiliência.

Deve-se desenvolver ações de educação em saúde e a visita domiciliar do ACS deve ser mensal.

Vulnerabilidade clínica

Se a criança tem uma ou mais das condições a seguir, elas devem ser consideradas com vulnerabilidade clínica:

- Prematuridade.
- Baixo peso ao nascer (< 2.500g).
- Apgar menor que 6 no 5º minuto de vida.
- Mãe portadora do HIV, Toxoplasmose, Citomegalovírus ou Sífilis.
- Criança exposta a Síndrome Congênita do Zika.
- Desnutrição infantil.
- Internação durante período gestacional.
- Eventos agudos graves durante a gestação (Sepse, Pneumonia, Meningite, entre outras).
- Recém-nascido retido na maternidade por intercorrência clínica.
- Hipóxia neonatal.
- Triagem neonatal positiva.
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados.
- Doença neurológica crônica.
- Neonatos pequenos para idade gestacional (PIG).
- Malformações graves.

Vulnerabilidade social ou familiar

Se a criança tem uma ou mais das condições a seguir, elas devem ser consideradas com vulnerabilidade social ou familiar:

- Mãe ou responsável com baixa escolaridade.
- Mãe adolescente (menor que 18 anos).
- Mãe com deficiência mental.
- Morte materna.
- História de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais e sociais desfavoráveis (abastecimento de água inadequado ou ausente, esgotamento sanitário inadequado ou ausente e destino do lixo de forma inadequada ou ausente).
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas.
- Pais ou responsáveis com baixa renda.
- Violência intradomiciliar/doméstica.

2.4 Primeira consulta de puericultura

A primeira consulta de puericultura tem as seguintes etapas:

1. Preenchimento da Caderneta da Criança
2. Anamnese
3. Exame físico completo
4. Orientações

A seguir, detalha-se cada uma das etapas.

3. Preenchimento da Caderneta da Criança

São fundamentais a utilização e o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para o registro das principais informações de saúde da criança. Ela foi desenvolvida para abranger toda a infância e traz informações importantes para os pais e profissionais, além de garantir a integralidade do cuidado. É reconhecido que o preenchimento desses instrumentos facilita a comunicação entre pais e profissionais, além de registrar as condições de saúde da criança.

O preenchimento precisa ser completo, pois todos os dados são relevantes. Caso o profissional não tenha acesso a todas as informações que são necessárias para o preenchimento, deve-se articular com o hospital do nascimento para obter as informações.

Os profissionais de saúde também devem estimular o uso e leitura da Caderneta pelos pais, pois este contém informações importantes sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e orientações essenciais para que os pais sejam parceiros dos profissionais no cuidado à saúde da criança.

3.1 Anamnese

Identificação
Nome, data nascimento, responsável pelo acompanhamento e grau de parentesco, telefones contato, familiares presentes na consulta, cor/etnia
Dados sobre gravidez e parto
Gravidez planejada; Número de consultas pré-natal; Resultado sorologias realizadas: HIV, sífilis, Hepatite B, Toxoplasmose; Uso de drogas e substâncias durante a gestação; Utilização de suplementos (Sulfato Ferroso); Tipo de parto; local de parto: domiciliar/hospitalar. Assistência ao parto: enfermagem/médica/parteira/nenhuma; IG do parto; classificação do RN: AIG/PIG/GIG e intercorrências.
Condições de nascimento
Peso; Comprimento; PC; Apgar 1'; Apgar 5'; precisou de reanimação? sim /não. Testes de triagem realizados e resultados; Intercorrências perinatais e observações; apresentou icterícia neonatal? Se sim, fez fototerapia no hospital?

História familiar
Idade da mãe e do pai no nascimento do filho; Doenças pregressas mãe e pai: HAS, DM, alergias, Câncer -CA, anemia falciforme, rinite, asma, eczema, transtornos mentais, tuberculose, hanseníase; Número e idade dos irmãos ao nascimento do RN.
Avaliação saúde mental da mãe
Fazer as seguintes perguntas: Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada com os seguintes problemas: Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? () nenhum dia () alguns dias () mais da metade dos dias () quase todos os dias Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperanças? () nenhum dia () alguns dias Nenhum dia () mais da metade dos dias () quase todos os dias Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu esposo(a); companheiro(a): () Não tem conflito () Com algum conflito () Muito conflito () Não se aplica Você e seu/sua companheiro(a) resolvem seus desentendimentos: () sem dificuldade () com alguma dificuldade () com muita dificuldade () não se aplica Alguém fuma cigarro dentro de casa? () sim () não. Se sim, qual o grau de parentesco: No último ano alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia? () sim () não No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir seu consumo de álcool ou drogas? () sim () não Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança? () sim () não Se responder sim a algumas dessas perguntas, acompanhar de perto a saúde mental da mãe e fazer consulta médica específica para diagnóstico e tratamento da depressão puerperal.
Queixas
Registrar queixas e intercorrências do neonato
Alimentação
LME ou LM + complemento – qual ou outro leite – qual ou outros
Funções
Urina, fezes
Observar sinais de alerta na criança
Recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, frequência cardíaca abaixo de 100 bpm, letargia ou inconsciência, respiração rápida acima de 60 ipm, atividade reduzida, febre (37,5°C ou mais), hipotermia (menos do que 35,5°C), tiragem subcostal, batimento de asas do nariz, cianose generalizada ou palidez importante, icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida, gemidos, fontanelas abauladas, secreção purulenta do ouvido, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta, pústulas na pele, irritabilidade ou dor à manipulação, diurese ausente e ausência de eliminação intestinal.
Calendário Vacinal:
Atualizado ou não. Avaliar o cartão de vacina e verificar se está faltando alguma dose e fazer as recomendações de acordo com o calendário nacional de imunizações. As seguintes crianças podem necessitar de imunizações especiais e devem ser referenciadas ao CRIE: crianças expostas ao HIV, asmáticas, prematuros, em uso de quimioterapia, transplantados, portadoras de asplenia funcional ou anatômica, cardiopatia crônica, coagulopatias, diabetes, discrasias sanguíneas, doenças de depósito, doenças neurológicas, fibrose cística, hemoglobinopatias, hepatopatias crônicas, implante de cóclea, imunodepressão ou convívio com pacientes imunodeprimidos, nefropatas, pneumopatia crônica, trissomia.

Nesses casos, emitir laudo médico descrevendo o caso. Entrar em contato com a referência municipal de saúde da criança ou do PNI para orientações.

Prevenção de acidentes

- sono seguro – risco de sufocação – decúbito dorsal no quarto dos pais.
- transporte seguro em automóvel – cadeira em concha, banco de trás, voltada para trás.
- risco de queda – não deixar a criança sozinha em cima de móveis.
- risco de afogamento na banheira.
- não utilizar talco.

Álcool e outras drogas

Fazer as seguintes perguntas:

Alguém fuma cigarro dentro de casa? Se sim, qual o grau de parentesco.

No último ano alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?

No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir seu consumo de álcool ou drogas?

Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?

Se sim a alguma dessas perguntas, avaliar consumo de álcool e outras drogas e abordar conforme o caso. Referi a equipe multiprofissional, se necessário.

Segurança alimentar

Fazer as seguintes perguntas:

No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida?

No último mês, tiveram que reduzir a quantidade de alimento na casa por não ter dinheiro suficiente para comprar comida?

Renda familiar () até 1 SM () 1 a 2 SM () 2 a 3 SM () >3 SM

Caso resposta sim a algumas dessas questões, solicitar acompanhamento da assistência social.

Condições da casa e saneamento básico:

Água encanada; rede de esgoto; animais domésticos ou no terreno; a criança tem quarto próprio?

Triagem saúde auditiva

O recém-nascido acorda com sons fortes.

3.2 Exame físico

Exame físico geral

Avalie a postura normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o padrão respiratório: a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o estado de vigília do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A temperatura axilar normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto. Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência síndrômica.

Crescimento

Peso, Ganho ponderal diário, Comprimento, Perímetro cefálico

Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou $> +2$ escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como Microcefalia (de causa genética ou ambiental) e Hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento para pediatra.

Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina.

Média de ganho de peso: 700 gramas/mês (25 a 30 gramas/dia). Em casa de ganho de peso abaixo do esperado, avaliar a alimentação do bebê e referir a nutricionista da equipe multiprofissional.

Para fins de lançamento dos dados antropométricos de crianças prematuras nas curvas da Caderneta de Saúde da Criança, deve-se utilizar a idade corrigida do RN pré-termo. Para colocação dos dados nas curvas, considera-se o “nascimento” quando a criança atinge 40 semanas de idade pós-concepcional. Assim, um RN pré-termo nascido com 28 semanas de idade gestacional, após três meses do nascimento (12 semanas) terá suas medidas anotadas às 40 semanas, semelhante a um RN a termo. Após o 2º ano de vida, essa correção não é mais necessária, pois o ritmo de crescimento diminui e já se podem cotejar os parâmetros somáticos de nascidos a termo e pré-termo sem desvantagem significativa para os últimos. A correção pela idade gestacional permite detectar mais precisamente um período de crescimento compensatório, que geralmente ocorre próximo do termo, para crianças pré-termo de diversas idades gestacionais. O crescimento compensatório (catch up) é caracterizado por uma velocidade acelerada no crescimento, que ocorre após um período de crescimento lento ou ausente, o que permite que crianças pré-termo que apresentam peso, comprimento e perímetro cefálico abaixo do percentil mínimo de normalidade nas curvas de crescimento pós-natal consigam equiparar o seu crescimento ao de lactentes a termo nos primeiros anos de vida. Em geral, ocorre primeiro com o perímetro cefálico, seguido pelo comprimento e depois pelo peso.

Desenvolvimento

Observar: postura fletida, pouco controle cervical, mãos predominantemente fechadas, fixa-se em objetos distanciados a 20-25 cm, chora para demonstrar desprazer.

Apresenta percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.

Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa.

Reflexos:

Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês.

Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês.

Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica.

Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês.

Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.

Pele

Observe a presença de:

(a) Edema (se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de colóides ou cristalóides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, isso sugere trauma de parto);

(b) Palidez (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica);

(c) Cianose (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia);

(d) Icterícia. O profissional deverá estar mais atento caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida, caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo, atingindo pernas e braços. Pesquise a possível presença de assaduras, pústulas (Impetigo) e bolhas palmo-plantares. Esclareça a família quanto à benignidade do eritema tóxico.

Crânio

Examine as fontanelas: a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Caso haja alteração, encaminhar para pediatra após avaliação do médico da USF.

Bossa serossanguínea Cefalohematomas mais delimitados do que a bossa e que envolvem mais lentamente) desaparecem espontaneamente.

Boca

Alterações morfológicas podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, o freio lingual e a coloração dos lábios

Olhos

A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por Gonococo, Clamídia e Herpesvírus deve-se iniciar imediatamente o tratamento com colírio (Tobramicina ou Ofloxacina). O grande risco é a conjuntivite por Gonococo, pois a bactéria pode penetrar na córnea intacta e causar perfuração ocular em 24h. Estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses.

Tórax

Avalie a assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar

3.3

diminuição ou ausência de movimentos do braço. A fratura de clavícula é manejada simplesmente prendendo-se o braço ao tórax, para proporcionar conforto ao bebê; tem caráter benigno e ocorre formação de calo ósseo em 2 a 3 semanas. Oriente a família para 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 120 bpm e 160 bpm. Observe a possível presença de cianose, abaulamento precordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos. Verifique também os pulsos.

Abdome

Observe a respiração, que é basicamente abdominal e deve estar entre 40ipm e 60ipm. Observe a forma do abdome: se ele estiver dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Diagnostique a presença de hérnias inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia. Diagnostique também a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal. Avalie o coto umbilical. Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto (resolvido com uso de nitrato de prata). 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.

Genitálias

Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Isso porque, 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 melhor avaliação e tratamento. 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. A fimose é fisiológica ao nascimento. 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. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolvem espontaneamente. Observar sinéquia de pequenos lábios.

Ânus e reto

Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.

Osteomuscular

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 desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênicas. O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de displasia evolutiva do quadril realizando os testes de Ortolani e de Barlow.

Orientações

Estímulo ao aleitamento materno exclusivo

Aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas. Em outras palavras, o aconselhamento, por meio do diálogo, ajuda a mulher a tomar decisões, além de desenvolver sua confiança no profissional. Dicas práticas:

- Usar linguagem simples, acessível a quem está ouvindo;
- Dar espaço para a mulher falar. Para isso, é necessário dedicar tempo para ouvir, prestando atenção no que a mãe está dizendo e no significado de suas falas;
- Demonstrar empatia, ou seja, mostrar à mãe que os seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção do profissional;
- Evitar palavras que soam como julgamentos, como, por exemplo, certo, errado, bem, mal, etc.
- Aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões das mães, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar do que ela pensa;
- Reconhecer e elogiar aspectos em que a mãe e o bebê estão indo bem, por exemplo, quando o bebê está ganhando peso ou sugando bem, ou mesmo elogiá-la por ter vindo à Unidade Básica de Saúde;
- Oferecer poucas informações em cada aconselhamento, as mais importantes para a situação do momento;
- Fazer sugestões em vez de dar ordens;
- Oferecer ajuda prática como, por exemplo, segurar o bebê por alguns minutos e ajudá-la a encontrar uma posição confortável para amamentar;
- Conversar com as mães sobre as suas condições de saúde e as do bebê, explicando-lhes todos os procedimentos e condutas.

Uma importante causa de desmame é o choro do bebê. As mães, com frequência, o interpretam como fome ou cólicas. Elas devem ser esclarecidas que existem muitas razões para o choro, incluindo adaptação à vida extrauterina e tensão no ambiente. Durante a avaliação de uma criança cujos pais queixam-se de choro excessivo, os seguintes aspectos devem ser avaliados: estado geral da criança, história pré-natal e perinatal, momento de início e duração do choro, tensão no ambiente, hábitos de alimentação, diurese, evacuação, dieta da mãe (se estiver amamentando), refluxo gastroesofágico, história familiar de alergias, resposta dos pais referente ao choro e fatores que aliviam ou agravam o choro. Na maioria das vezes, os bebês se acalmam se aconchegados ou colocados no peito, o que reforça a sua necessidade de se sentirem seguros e protegidos. As mães que ficam tensas, frustradas e ansiosas com o choro dos bebês tendem a transmitir esses sentimentos a eles, causando mais choro, podendo instalar-se um ciclo vicioso.

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia. Muitas mães, principalmente as que estão inseguras e as com baixa autoestima, costumam interpretar esse comportamento normal como sinal de fome do bebê, leite fraco ou pouco leite, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos.

O mais importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Dessa maneira, a criança recebe o leite do final da mamada, que é

mais calórico, promovendo a sua saciedade e, conseqüentemente, maior espaçamento entre as mamadas.

Água, chás e principalmente outros leites devem ser evitados, pois há evidências de que o seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil. A pega errada vai prejudicar o esvaziamento total da mama, impedindo que o bebê mame o leite posterior (leite do final da mamada) que é rico em gordura, interferindo na saciedade e encurtando os intervalos entre as mamadas. Assim, a mãe pode pensar que seu leite é insuficiente e fraco.

Ao amamentar: a) a mãe deve escolher uma posição confortável, podendo apoiar as costas em uma cadeira confortável, rede ou sofá e o bebê deve estar com o corpo bem próximo ao da mãe, todo voltado para ela. O uso de almofadas ou travesseiros pode ser útil; b) ela não deve sentir dor, se isso estiver ocorrendo, significa que a pega está errada.

A mãe que amamenta precisa ser orientada a aumentar o consumo de água potável para além da sua ingestão habitual diária.

Nas seguintes situações maternas, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber imunoglobulina humana antivaricela zóster (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.
- Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.
- Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama saudável.
- Consumo de drogas de abuso: recomenda-se a interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga.

Nas seguintes condições maternas, o aleitamento materno não deve ser contraindicado:

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (nas duas primeiras semanas após o início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Neste caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10mg/ kg/dia por três meses. Após tal período, deve-se fazer Teste Tuberculínico (PPD):
 - Se o teste for reator, a doença deve ser pesquisada especialmente em relação ao acometimento pulmonar. Se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada. Caso a criança não a tenha contraído, deve-se manter a dosagem de isoniazida por mais três meses;
 - Se o Teste Tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação e a criança deve receber a vacina BCG.
- Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento e considerando-se que a primeira dose de Rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar o tratamento da mãe.
- Hepatite B: a vacina e a administração de Imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno.

- Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com o sangue materno favorece a transmissão da doença.
- Consumo de cigarros: acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. Para minimizar os efeitos do cigarro para as crianças, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzir ao máximo possível o número de cigarros. Se não for possível a cessação do tabagismo, elas devem procurar fumar após as mamadas. Além disso, devem ser orientadas a não fumar no mesmo ambiente onde está a criança.
- Consumo de álcool: assim como para o fumo, deve-se desestimular a ingestão de álcool para as mulheres que estão amamentando. No entanto, é considerado compatível com a amamentação um consumo eventual moderado de álcool (0,5g de álcool por quilo de peso da mãe por dia, o que corresponde a aproximadamente um cálice de vinho ou duas latas de cerveja).

Nas seguintes situações, o aleitamento materno não deve ser recomendado:

- Mães infectadas pelo HIV.
 - Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2.
 - Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contraindicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos.
 - Criança portadora de Galactosemia, Doença do Xarope de bordo e Fenilcetonúria.
- A criança exposta ao HIV, estando infectada ou não, terá direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até completar 6 meses de idade.

Crianças exposta a ISTs

Crianças expostas a HIV, Sífilis, Toxoplasmose, Citomegalovirus, Hepatite B e C, devem ser acompanhadas pelo pediatra. Nesses casos, continuar o acompanhamento na APS e garantir o encaminhamento para esse profissional.

Auxiliar na formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê

A formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê é importante também para auxiliar os pais na percepção das necessidades do bebê e para estimulá-los a prover os cuidados necessários a ele. Os profissionais devem propiciar espaço para o esclarecimento de dúvidas e manifestações de sentimentos do cuidador em relação ao bebê. O procedimento de orientar os pais sobre o desenvolvimento social do bebê pode promover maior vínculo entre eles. O melhor momento para interagir com o bebê é quando ele se encontra quieto, mas alerta, com os olhos bem abertos, como se estivesse prestando atenção. A interação entre os pais e o seu bebê, assim como de outros familiares com a criança, pode ser estimulada conhecendo-se as competências do bebê. Eles são capazes de:

- Ir ao encontro da mama da mãe por si próprios, logo após o nascimento, se colocados no tórax da mãe;
- Reconhecer a face da mãe. O bebê enxerga melhor a uma distância de 20cm a 25cm, a mesma distância que separa os olhos do bebê e o rosto da mãe durante as mamadas;
- Ter contato olho a olho;
- Reconhecer e mostrar interesse por cores primárias (vermelho, azul e amarelo);
- Seguir um objeto com os olhos e, às vezes, virar a cabeça na sua direção;
- Distinguir tipos de sons (principalmente os agudos), com preferência pela voz humana, em especial a da mãe;
- Determinar a direção do som;
- Imitar expressões faciais logo após o nascimento;

- Alcançar objetos.

Orientações gerais sobre os cuidados com o recém-nascido

- Todos que tem contato com o RN devem lavar as mãos para evitar a propagação de micro-organismos causadores de doenças respiratórias;
- Orientar a família de modo a não permitir que pessoas fumem dentro de casa ou que aqueles que acabaram de fumar peguem o bebê no colo.
- Orientar a respeito do banho e sobre os cuidados com o coto umbilical, que deve cair nas primeiras duas semanas. Para isso, o coto deve ser mantido limpo e seco
- Orientar sobre a troca de fraldas, a prevenção de assaduras, os hábitos de sono e os diferentes tipos de choro.
- Quanto ao sono, orientar que a família ajude a criança a diferenciar o dia da noite, promovendo o sono diurno em local iluminado e com os ruídos habituais do domicílio e o sono noturno em ambiente escuro e silencioso.
- Na troca de fraldas, a fim de evitar as assaduras, os cuidadores devem secar bem o bebê após o banho e não podem utilizar talcos;
- Orientar a respeito da posição supina (de “barriga para cima”) para dormir e a sua relação de proteção contra a morte súbita do lactente. Caso se pratique o coleito (quando o bebê é colocado para dormir na cama dos pais), alerte-os para os casos em que certos comportamentos dos pais podem acarretar maior risco de morte súbita para o bebê, além de lesões não intencionais, ao cair da cama, ao ser prensado ou sufocado por um dos pais, principalmente quando se trata de crianças menores de 4 meses. Também por segurança, os pais devem ser instruídos a não dormir com o bebê em sofás ou poltronas.
- Em relação ao uso de chupetas (“bicos”), atualmente, a introdução desse hábito tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno e na saúde bucal.
- Se for passear com o bebê, evite a exposição no horário de pico da radiação ultravioleta (entre 10 e 16 horas), procure abrigo na sombra, mantenha-o hidratado (leite materno), use roupas e acessórios (chapéu e óculos) adequadas à estação do ano. Não é recomendado o banho de sol para bebês com menos de 6 meses, assim como o uso de protetor solar também é contraindicado nessa faixa etária.
- Reforçar orientações quanto à cólica do lactente (em geral se inicia por volta de 3 semanas de vida e dura até o 3º mês). Em prematuros, costuma começar com 40 semanas de idade corrigida e terminar com 3 meses de idade corrigida.

Vacinação

Informar o calendário dos próximos meses.

Suplementação

Todo prematuro e recém-nascido com baixo peso, mesmo em aleitamento materno exclusivo, devem receber, a partir do 30º dia após o nascimento, suplementação de ferro com sulfato ferroso. Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g - Dose: 2 mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano. Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g - 3 mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano. Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g - 4 mg/kg/peso durante um ano e, posteriormente, 1 mg/kg/dia por mais um ano (As apresentações disponíveis são de solução oral ‘gotas’ com 25 mg/ml e xarope com 5 mg/ml. Na apresentação em gotas, a dose de 1mg/kg peso corresponde a 1 gota por kg).

Combinar o calendário de consultas de puericultura

Falar sobre a importância e objetivo do acompanhamento de puericultura e agendar a próxima consulta em 30 dias.

Se colocar à disposição para intercorrências durante esse período e expliquei o fluxo de acolhimento à demanda espontânea da unidade.

É fundamental que o profissional de saúde, a família e a criança estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento da criança. A atitude de estabelecer canais de comunicação que permitam a construção de parcerias entre eles é importante e facilita as relações, a divisão de tarefas e as responsabilidades.

Ao se pactuar com os pais o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, as vulnerabilidades e a resiliência.

Estímulo à leitura e preenchimento da caderneta da criança

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que deve ficar de posse da família e que, se devidamente preenchido pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança, que podem ser utilizadas por diversos profissionais e serviços. Deve-se preferir a utilização de termos de mais fácil compreensão por parte da família. Assim, estimula-se a produção de autonomia das famílias na interpretação dos dados sobre a criança e valoriza-se a função da caderneta como “histórico volante”.

Prevenção de violência contra a criança

Observar sinais indicativos de violência física: Síndrome do Bebê Sacudido, Síndrome de Munchausen por procuração e castigo corporal.

a) Observar sinais indicativos de violência psicológica: forma de rejeição, depreciação. A criança pode manifestar agitação e alterações do sono e/ou dificuldades alimentares.

b) Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar da respectiva localidade.

c) Orientar sobre o fluxo de registro da notificação e medidas de proteção (ver sessão específica).

d) Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias.

e) Após preencher a ficha, encaminhar para vigilância Epidemiológica na Secretaria de Saúde **(Importante o Sigilo)**

4. Marcos do Desenvolvimento

4.1 Consultas subsequentes de puericultura 2º ao 6º mês de vida

Anamnese

Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta, além de permitirem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. Exemplos: “o que você gostaria de me contar hoje?” ou “ocorreu alguma mudança importante na família desde a nossa última consulta?” ou, ainda, “existe algo no comportamento do fulano que os preocupa?” Saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta.

Exame físico

Comprimento; PC

Incluir dados nos gráficos da caderneta da criança.

Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou $> +2$ escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento para pediatria após avaliação do médico.

Peso

Registrar peso e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina.

Em caso de sobrepeso ou obesidade:

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

Encaminhe a criança para a equipe multiprofissional.

Em caso de magreza ou peso baixo para a idade:

Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame.

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

Se a criança não ganhar peso, solicite seu acompanhamento da equipe multiprofissional.

Marcar o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.

No caso de magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade:

Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame, a alimentação, as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.

Trate as intercorrências clínicas, se houver.

Encaminhe a criança para atendimento da equipe multiprofissional.

Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

Verificar o fechamento da fontanela posterior. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Caso haja alteração, encaminhar para pediatra após avaliação do médico da USF.

Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada ($37,5^{\circ}\text{C}$ ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de Síndrome do Bebê Sacudido (hemorragia retiniana, fraturas múltiplas, e sinais de hematoma subdural).

Efetuar rastreamento para criptorquidia:

avaliar a presença de testículos palpáveis em bolsa escrotal ou testículos retráteis. Na ausência de testículo palpável entre 0 e 5 meses, continuar acompanhamento a cada consulta. Se chegar no 6º mês de vida sem testículo palpável, encaminhar a criança à cirurgia pediátrica. Caso os testículos sejam retráteis, o caso deve ser monitorado a cada 6 a 12 meses, entre os 4 e 10 anos de idade do menino, pois pode ocorrer de a criança crescer mais rápido do que o cordão espermático nessa faixa de idade e os testículos saírem da bolsa escrotal.

Realizar manobras de Barlow e Ortolani. Caso tenha alteração, encaminhar ao ortopedista.

Ausculata cardíaca e respiratória

Faixa normal de frequência cardíaca de 0 a 10 meses: 70 a 170 bpm.

Faixa normal de frequência respiratória 0 a 2 meses: até 60ipm; de 2 a 11 meses: até 50ipm

Caso tenha alterações, encaminhar ao pediatra.

Realizar teste do reflexo vermelho e teste de Hirschberg:

Teste do reflexo vermelho ou Bruckner: deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio colocado aproximadamente de 5cm a 10cm de distância dos olhos da criança (o importante é que o oftalmoscópio ilumine os dois olhos simultaneamente), para se observar o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade. É importante lembrar que todos os prematuros com 32 semanas ou menos e/ou menores de 1500g devem ser avaliados com dilatação de pupila por oftalmologista na 6ª semana de vida e acompanhados de acordo com o quadro clínico, pois o teste do reflexo vermelho detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e prognóstico reservado. O teste de Hirschberg é realizado colocando-se um foco de luz a 30 cm da raiz nasal da criança e observando-se o reflexo nas pupilas. Qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo.

Caso tenha alteração, encaminhar ao oftalmologista.

Desenvolvimento

Avaliar o desenvolvimento a partir da idade da criança.

Entre 2 e 3 meses: sorriso social.

Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros.

Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).

Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos.

Entre 4 e 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.

Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.

Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de “permanência do objeto” que é a capacidade de perceber que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo. Em torno de um ano de idade, esta habilidade está completamente desenvolvida na maioria dos bebês.

Vacinação

Avaliar o cartão de vacina e verificar se está faltando alguma dose e fazer as recomendações de acordo com o calendário nacional de imunizações.

As seguintes crianças podem necessitar de imunizações especiais e devem ser referenciadas ao CRIE: crianças expostas ao HIV, asmáticas, prematuros, em uso de quimioterapia, transplantados, portadoras de asplenia funcional ou anatômica, cardiopatia crônica, coagulopatias, diabetes, discrasias sanguíneas, doenças de depósito, doenças neurológicas, fibrose cística, hemoglobinopatias, hepatopatias crônicas, implante de cóclea, imunodepressão ou convívio com pacientes imunodeprimidos, nefropatas, pneumopatia crônica, trissomia. Nesses casos, emitir laudo médico descrevendo o caso. Entrar em contato com a referência municipal de saúde da criança ou do PNI para orientações.

Suplementações

Crianças que não estejam em Aleitamento Materno Exclusivo-AME e estão no uso de fórmula poderão ser submetidas à suplementação profilática de ferro a partir dos 4 meses de idade, juntamente com a introdução da alimentação complementar, necessário solicitar orientação do médico pediatra

Dose: 10,0 – 12,5 mg de ferro elementar ao dia diariamente até completar 6 meses. Após, fazer a suplementação habitual.

No 6º mês de vida, para recém-nascidos pré-termo, coletar hemograma com reticulócitos. Se resultado normal, sem anemia, manter suplementação de Ferro 2 mg/kg/dia até 2 anos de vida. Solicitar novo hemograma entre 9 e 12 meses.

(As apresentações disponíveis são de solução oral 'gotas' com 25mg/ml e xarope com 5mg/ml. Na apresentação em gotas, a dose de 1mg/kg peso corresponde a 1 gota por kg).

Atenção: Introdução do leite de vaca deve ser feita apenas após um ano de idade, com suplementação de ferro e vitaminas, e nunca deve ser oferecido a crianças menores de um ano devido aos altos riscos de sobrecarga renal, deficiência de ferro e alergias

Prevenção de acidentes e violência

Prevenir acidentes e lesões não intencionais: atentar para o risco de perfuração por alfinete, contraindicar o uso de talco em pó, evitando aspiração acidental, evitar medicamentos sem prescrição médica, atentar à administração correta dos medicamentos prescritos (evitar superdosagem e intoxicação medicamentosa) e à temperatura da água do banho, colocar o bebê para arrotar/eructar após as mamadas devido ao risco de aspiração do leite materno por regurgitação ou vômito e cuidados com travesseiro e cobertores para evitar sufocação

Observar sinais indicativos da Síndrome do Bebê Sacudido-SBS que pode ocorrer em crianças abaixo de 2 anos, causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Já a síndrome de Munchausen por procuração é a condição em que doenças ou sintomas são forjados na criança, em geral por suas mães.

Observar também se a/o bebê manifesta agitação e distúrbios do sono e/ou alimentares.

Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar.

Fluxo de registro da notificação e medidas de proteção:

1. Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias.
2. Preencher a ficha de notificação e enviar para Vigilância Epidemiológica.

Prevenção de quedas: proteger o berço e o cercado com grades altas com no máximo 6cm entre elas. Nunca deixe a criança sozinha em cima de qualquer móvel, nem por um segundo. Jamais deixe a criança sob os cuidados de outra criança.

Proteção de queimaduras: No banho, verifique a temperatura da água (o ideal é 37°C). Enquanto estiver com a criança no colo, não tome líquidos quentes. Evite fumar dentro de casa, principalmente com a criança no colo.

Prevenção de sufocação: Nunca use talco próximo ao rosto da criança. Ajuste o lençol do berço, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros. Utilize brinquedos grandes e inquebráveis.

Prevenção de afogamentos: Nunca deixe a criança sozinha na banheira.

Prevenção de ingestão de medicamentos: Nunca dê à criança um medicamento que não tenha sido prescrito pelo médico.

Prevenção de acidentes no trânsito: O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no bebê-conforto ou no assento infantil

conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

Saúde bucal

Observar a presença de dentes ao nascer (dente natal) ou o aparecimento de dente no 1º mês de vida (dente neonatal). Se presentes, encaminhar ao dentista para avaliar a necessidade de extração, pois sua inserção apenas na gengiva pode prejudicar a amamentação e aumentar o risco de bronca aspiração em caso de esfoliação. Observar a presença de fissura lábio-palatal e alguma alteração da mucosa oral. Caso presente, procurar a equipe de Saúde Bucal para orientação sobre tratamento e amamentação.

Recomenda-se higienizar a cavidade bucal do bebê somente a partir da erupção do primeiro dente decíduo, pois as imunoglobulinas presentes no leite materno desempenham um papel protetor na mucosa bucal contra infecções.

Para crianças desmamadas, iniciar a higienização mesmo não havendo erupção do primeiro dente decíduo, pois as fórmulas infantis, mesmo não possuindo sacarose em sua formulação, demonstraram ser cariogênicas. Utilizar como técnica de higienização após cada mamada: enrolar o dedo em uma fralda limpa, passando delicadamente em toda a boca do bebê (gengiva, língua e bochechas).

Esclarecer que normalmente os dentes decíduos (de leite) começam a erupcionar em torno dos 6 meses, podendo acontecer até os 12 meses.

Quando erupcionar o primeiro dente decíduo, a higiene bucal deve ser iniciada com escova de dente infantil (com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extra macias e extremidades arredondadas) e creme dental (com ou sem flúor) em pequena quantidade (menos de um grão de arroz).

A utilização de fio dental é um complemento da higiene bucal que deve ser iniciado tão logo existam dois dentes incisivos irrompidos com presença de ponto de contato entre eles.

Evitar o consumo de açúcar.

Triagem saúde auditiva

0-3 meses: Acalma com sons moderadamente fortes e músicas

3-4 meses: Presta atenção nos sons e vocaliza

Estímulo ao aleitamento materno exclusivo até 6º mês de vida

Evitar mamadeiras; oferecer a alimentação por meio de copo e colher.

Durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas por meio de ordenha e guardar o leite no congelador. Levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia ou no dia seguinte ou congelar.

Para as mães que trabalham fora de casa, orientar ordenha de leite materno.

Orientar sobre a conservação do leite materno estocado.

No trabalho, a mãe pode, após lavar as mãos, retirar e guardar seu leite em um frasco de vidro, com tampa plástica de rosca, lavado e fervido. Caso haja geladeira, manter o leite sob refrigeração. Caso não, manter em isopor com gelo.

Conservação e validade:

Na geladeira:

Leite cru - 12 horas.

Leite pasteurizado degelado (oriundo de banco de leite humano) - 24 horas.

No freezer:

Leite cru - até 15 dias.

Leite pasteurizado (oriundo de banco de leite humano) - 6 meses.

Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, esse deve ser descongelado em banho-maria, fora do fogo. Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em banho-

maria, fora do fogo. Antes de oferecê-lo à criança, ele deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura.

Crianças desmamadas: tentar todas as formas de apoio para relactação, caso não haja sucesso garantir adequada diluição da fórmula infantil de partida.

Reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses

Fórmulas lácteas desenvolvidas especificamente para menores de meses: diluir conforme rótulo do produto.

Leite em pó integral:

- 1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida.
- 1 ½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida.
- 2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida.
- Preparo do leite em pó: primeiro, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária. Acrescentar 1 colher de chá de óleo de azeite para cada 100ml de leite.

Leite integral fluído:

- 2/3 de leite fluído + 1/3 de água fervida.
- 70ml de leite + 30ml de água = 100ml.
- 100ml de leite + 50ml de água = 150ml.
- 130ml de leite + 70ml de água = 200ml.

Não diluir mais com água ou “massas”. Acrescentar 1 colher de chá de óleo para cada 100ml.

Volume e frequência da fórmula para crianças não amamentadas, de acordo com a idade:

Idade: até 30 dias - volume: entre 60 e 120ml – frequência: 6 a 8 vezes ao dia.

Idade: de 30 a 60 dias – volume: entre 120 e 150ml – frequência: 6 a 8 vezes ao dia.

Idade: de 2 a 4 meses - volume: entre 150 e 180ml - frequência: de 5 a 6 vezes ao dia.

Idade: de 4 a 8 meses – volume: entre 180 e 200ml – frequência: de 2 a 3 vezes ao dia.

Idade: acima de 8 meses – volume: 200ml – frequência: de 2 a 3 vezes ao dia.

Deve-se oferecer água nos intervalos entre as refeições de leite.

Iniciar alimentação complementar aos 4 meses de idade para crianças que não estão em aleitamento materno exclusivo.

Dos 4º aos 7º meses: café da manhã - Alimentação láctea; lanche - Papa de fruta; almoço - Papa salgada; lanche - Papa de fruta; jantar - Papa salgada; ao dormir – alimentação láctea.

Composição papa salgada: cereais (arroz, aveia, farinha de milho), tubérculos (batata inglesa, batata doce, cará, inhame, macaxeira), carnes (de boi, frango, peixe, vísceras, gema de ovo), leguminosas (feijões, lentilha, grão de bico), legumes (jerimum, cenoura, chuchu, couve-flor, brócolis, couve manteiga, beterraba, tomate, abobrinha). Garantir diversidade na composição das papas.

Composição papa de frutas: laranja, caju, maçã, pêra, mamão, banana, melancia, manga, abacate, maracujá.

Amassar os alimentos com garfo. Não passar na peneira, os processar ou bater no liquidificador.

A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até

chegar à alimentação da família. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

A criança tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimento(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor. Ofereça outras vezes o alimento que seu filho rejeitou para que ele vá se habituando aos poucos.

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

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

Estímulo a parentalidade

Parentalidade é o processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da maternalidade e da paternalidade. Tem início anteriormente ao momento da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece durante toda a vida, pois se modifica devido às mudanças vitais que envolvem a relação entre pais e filhos. Mais do que apenas biológica, inclui a transgeracionalidade através da herança familiar e seus mandados.

Os profissionais de saúde podem auxiliar a formação da parentalidade oferecendo espaço para a manifestação de sentimentos comuns durante o referido processo, sentimentos como o medo de não conseguir manter a vida e o crescimento de seu bebê, o medo de não conseguir envolver-se emocionalmente com o seu bebê de modo autêntico e pessoal (e de que ele não se desenvolva emocionalmente), a preocupação em como criar o bebê (se irá ou não permitir sistemas de apoio necessários) e o medo de não conseguir modificar-se ou reorganizar sua identidade. É importante também que o profissional de saúde reconheça os pais que desenvolvam bem a parentalidade, que se mostrem envolvidos com o crescimento do filho, apoiando as suas novas necessidades, para que tais atitudes sejam estimuladas. Conhecendo e identificando a presença desses sentimentos, o profissional de saúde pode estimular o pai, a mãe ou outros responsáveis, evitando julgamentos e valorizando sempre as boas práticas de atender as necessidades da criança. Sempre que os pais desejarem, os profissionais de saúde devem lhes disponibilizar grupos de apoio que promovam a aquisição de habilidades na formação da parentalidade.

Como brincar com crianças:

0 a 2 meses: Aproximar o rosto do rosto do filho e conversar com ele de forma carinhosa. Mostrar objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm dos olhos do filho, movendo-os para cima, para baixo e para os lados. Cantar para o bebê. Os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de cantigas de roda. A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria. Ler e contar histórias. Para fortalecer os músculos do pescoço do bebê, deite a criança de barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos, diga seu nome, estimulando-o a levantar a cabeça. Abraçar, conversar e brincar com o bebê na hora de amamentar, trocar de roupa e tomar banho. Identificar o que ele gosta e não gosta. Copie os sons do bebê de vez em quando, mas também use uma linguagem clara.

Brinque de esconder e achar o rosto. Ajude-o a brincar de esconder e achar o rosto também. Coloque um espelho seguro para bebês no berço para que ele possa se ver. Olhe imagens com o bebê e converse sobre elas. Posicione um brinquedo ou chocalho acima da cabeça dele e encoraje-o a alcançá-lo.

2 a 4 meses: Oferecer objetos ou brinquedos para o bebê pegar ou tocar com a mão. Nessa idade ele só pega o objeto se for colocado na sua mão, isto é, ainda não consegue buscar o objeto, apenas o toca, ou bate nele, mas fica atento à brincadeira. Esse jogo, além de favorecer seus movimentos, também irá diverti-lo. Quando acordado, deixe o bebê em lugar firme, seguro, no qual ele possa ficar com os braços livres. Vire-o de bruços por breves períodos no colo de um adulto ou na cama, para que ele possa olhar o mundo de outro ângulo. Na hora de colocá-lo para dormir, as canções suaves ajudam muito a acalmá-lo. Aja com entusiasmo e sorria quando ele fizer sons. Continue fazendo a brincadeira de esconder e achar o rosto. Ofereça oportunidades seguras para seu bebê alcançar brinquedos e explorar o ambiente ao redor.

4 a 6 meses: Oferecer brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, como pequenas tigelas de plástico, chocalhos e mordedores, para que a criança possa buscá-los, segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar. Os bebês também gostam de brincar com as próprias mãos e pés. Observe-o e deixe-o livre para que possa conhecer o próprio corpo. Converse ou faça barulhos de um lugar onde seu filho não esteja vendo você para que ele tente localizar de onde vem o som. Ao final desse período, ele já é capaz de chamar sua atenção: ele já sabe encontrar formas de lhe pedir algo. Ofereça comida, brinquedos e espere um pouco para ver sua reação. Assim, a criança também aprenderá a expressar vontade e aceitação, prazer e desconforto. Por volta dos 5 meses, estimule a criança a rolar de barriga para cima e depois para baixo. Coloque-o sobre um tapete ou outro forro que fique firme no chão para facilitar seus movimentos. Brincar com seu bebê no chão diariamente. Repetir os sons do bebê e diga palavras simples com estes sons. Por exemplo, se disser “bah”, diga “banana” ou “bola”. Ler livros para o bebê diariamente e parabenize-o quando balbuciar e “ler” também. Quando ele olhar para alguma coisa, aponte para o objeto e fale a respeito. Segure o bebê enquanto está sentado ou apoie-o com travesseiros. Deixe-o observar ao seu redor e dê brinquedos para ele olhar enquanto se equilibra.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, recomenda-se que os pais e responsáveis limitem o acesso de crianças à tela de eletrônicos. Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade (nem passivamente).

4.2 Consultas subsequentes de puericultura 7º ao 12º mês de vida

Anamnese

Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta, além de permitirem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. Exemplos: “o que você gostaria de me contar hoje?” ou “ocorreu alguma mudança importante na família desde a nossa última consulta?” ou, ainda, “existe algo no comportamento do fulano que os preocupa?” Saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta.

Registrar queixas clínicas.

Exame físico

Comprimento; PC. Incluir dados nos gráficos da caderneta da criança.

Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou $> +2$ escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento para pediatria após avaliação do médico.

Peso

Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina.

Em caso de sobrepeso ou obesidade:

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

Encaminhe a criança para a equipe multidisciplinar.

Em caso de magreza ou peso baixo para a idade:

Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame.

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

Se a criança não ganhar peso, solicite seu acompanhamento da equipe multidisciplinar.

Marcar o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.

No caso de magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade:

Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame, a alimentação, as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.

Trate as intercorrências clínicas, se houver.

Encaminhe a criança para atendimento na equipe multidisciplinar, incluindo a assistência social.

Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

Em casos de magreza persistente de causa clínica ou de causa incerta, encaminhar para pediatra após avaliação do médico da USF.

Verificar o fechamento da fontanela anterior. A fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Caso haja alteração, encaminhar para pediatra após avaliação do médico da USF.

Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada ($37,5^{\circ}\text{C}$ ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido (hemorragia retiniana, fraturas múltiplas, e sinais de hematoma subdural).

Avaliar a presença de testículos palpáveis em bolsa escrotal ou testículos retráteis. Na ausência de testículo palpável entre 0 e 5 meses, continuar acompanhando cada consulta. Se chegar no 6º mês de vida sem testículo palpável, encaminhar a criança à cirurgia pediátrica. Caso os testículos sejam retráteis, o caso deve ser monitorado a cada 6 a 12 meses, entre os 4 e 10 anos de idade do menino, pois pode ocorrer de a criança crescer mais rápido do que o cordão espermático nessa faixa de idade e os testículos saírem da bolsa escrotal.

Ausculata cardíaca e respiratória

Faixa normal de frequência cardíaca de 0 a 10 meses: 70 a 170 bpm.

Faixa normal de frequência respiratória 0 a 2 meses: até 60ipm; de 2 a 11 meses: até 50ipm

Caso tenha alterações, encaminhar ao pediatra após avaliação do médico da USF.

Realizar teste do reflexo vermelho e teste de Hirschberg

Desenvolvimento

Avaliar o desenvolvimento a partir da idade da criança.

A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio.

Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha.

Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.

A partir do 8º mês: Observar: transfere objetos de uma mão para a outra, arrasta-se ao iniciar o engatinhar, suporta todo seu peso e fica em pé com apoio, permanece ereto ao sentar-se sem apoio, aumenta o medo de estranhos, responde a palavra “não”, identifica palavras familiares. Desaparece o reflexo de preensão plantar.

A partir do 9º mês: arrasta-se apoiando nas mãos e nos joelhos, realiza movimento de pinça, responde comandos verbais simples, mostra interesse em agradar os pais, começa a ter medo de ir para a cama ou ser deixado sozinho e inicia a tentativa de ficar de pé se apoiando nos objetos.

A partir do 10º mês: pode mudar de decúbito dorsal para a posição sentada, fica em pé quando segura na mobília, pode dizer algumas palavras, imita expressões faciais, repete ações para chamar atenção e provocar risos, chora quando é chamado à atenção.

A partir do 12º mês: caminha apenas com uma das mãos segura, talvez possa ficar em pé sozinho momentaneamente, talvez tente dar o primeiro passo sozinho, pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda, fala três a cinco palavras, demonstra emoções como ciúmes, afeição, raiva e medo, aumenta a determinação para praticar habilidades motoras.

Vacinação

Avaliar o cartão de vacina e verificar se está faltando alguma dose e fazer as recomendações de acordo com o calendário nacional de imunizações.

As seguintes crianças podem necessitar de imunizações especiais e devem ser referenciadas ao CRIE: crianças expostas ao HIV, asmáticas, prematuros, em uso de quimioterapia, transplantados, portadoras de asplenia funcional ou anatômica, cardiopatia crônica, coagulopatias, diabetes, discrasias sanguíneas, doenças de depósito, doenças neurológicas, fibrose cística, hemoglobinopatias, hepatopatias crônicas, implante de cóclea, imunodepressão ou convívio com pacientes imunodeprimidos, nefropatas, pneumopatia crônica, trissomia. Nesses casos, emitir laudo médico descrevendo o caso. Entrar em contato com a referência municipal de saúde da criança ou do PNI para orientações.

Suplementação

Ferro:

Todas as crianças de 6 a 24 meses devem receber 10,0 - 12,5 mg de ferro elementar/dia seguindo a conduta: 2 ciclos intermitentes de suplementação no período de 3 meses de suplementação diária seguidos de 3 meses de intervalo e reinício de novo ciclo. No total, a criança de 6 a 24 meses de idade deve receber dois ciclos de suplementação.

Vitamina A:

Crianças de 6 a 11 meses: uma dose única de 100.000 UI.

Para criança pré-termo, coletar hemograma, dosagem de ferro sérico e ferritina. Caso resultado normal, sem anemia, manter suplementação de ferro 2 mg/kg/dia até 2 anos de vida.

(As apresentações disponíveis são de solução oral 'gotas' com 25mg/ml e xarope com 5mg/ml. Na apresentação em gotas, a dose de 1mg/kg peso corresponde a 1 gota por kg).

Prevenção de acidentes e violência

Nessa faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha, está mais ativa e curiosa e, portanto, propensa a acidentes.

Observar sinais indicativos de violência psicológica: forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. A criança pode manifestar tristeza, agressividade, agitação, apatia social e alterações do sono e/ou dificuldades alimentares. Alterações comportamentais da criança e do adolescente que podem indicar situações de violência de acordo com a faixa etária

Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar.

É essencial o registro através da notificação e acionamento de medidas de proteção:

1. Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias. Enviar para a vigilância epidemiológica.
2. Acionar o CREAS: CREAS em Caruaru: Rua Barão de Porto Seguro, 117. Bairro Maurício de Nassau. Telefone: 3101-0099; e-mail: creascaruaru@hotmail.com

Prevenção contra choques: Coloque protetores nas tomadas e nos fios elétricos, deixando-os longe do alcance de crianças.

Prevenção contra quedas: Coloque nas janelas redes de proteção ou grades que possam ser abertas em casos de incêndio. Instale barreiras de proteção nas escadas. Certifique-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar acidentes.

Prevenção contra queimaduras: Use as bocas de trás do fogão e mantenha os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão. Mantenha as crianças longe do fogo, de aquecedores e ferros elétricos.

Prevenção contra sufocação: Afaste sacos plásticos, cordões e fios.

Prevenção contra afogamentos: Não deixe as crianças sozinhas perto de baldes, tanques, poços e piscinas. Manter fechada a porta do banheiro.

Prevenção contra intoxicação: Mantenha produtos de limpeza, medicamentos e substâncias corrosivas fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados.

Prevenção contra acidente perfurocortante e engasgo: não deixar à vista e ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos, objetos que quebrem facilmente.

Prevenção contra acidentes no trânsito: O Código de Trânsito Brasileiro determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no bebê-conforto ou no assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

Prevenção contra atropelamento: ao atropelamento: ao sair de casa, segure a criança pelo pulso, evitando, assim, que ela se solte e corra em direção à rodovia. Não permitir que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e próximo à rodovia); escolha lugares seguros (parques, praças e outros).

Saúde bucal

Recomenda-se higienizar a cavidade bucal do bebê somente a partir da erupção do primeiro dente decíduo, pois as imunoglobulinas presentes no leite materno desempenham um papel protetor na mucosa bucal contra infecções.

Para crianças desmamadas, iniciar a higienização mesmo não havendo erupcionado o primeiro dente decíduo, pois as fórmulas infantis, mesmo não possuindo sacarose em sua formulação, demonstraram ser cariogênicas. Utilizar como técnica de higienização após cada mamada: enrolar o dedo em uma fralda limpa, passando delicadamente em toda a boca do bebê (gengiva, língua e bochechas).

Esclarecer que normalmente os dentes decíduos (de leite) começam a erupcionar em torno dos 6 meses, podendo acontecer até os 12 meses.

Quando erupcionar o primeiro dente decíduo, a higiene bucal deve ser iniciada com escova de dente infantil (com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extra macias e extremidades arredondadas) e creme dental (com ou sem flúor) em pequena quantidade (menos de um grão de arroz).

A utilização de fio dental é um complemento da higiene bucal que deve ser iniciado tão logo existam dois dentes incisivos irrompidos com presença de ponto de contato entre eles.

Evitar o consumo de açúcar.

Caso a erupção dentária não tenha ocorrido após 1 ano de idade, encaminhar para avaliação especializada para investigação de anormalidades, como ocorrência de anodontia (ausência de dentes).

Triagem saúde auditiva

6-8 meses: Localiza a fonte sonora; balbucia sons, ex.: “dada”.

12 meses: Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: dá tchau.

Introdução alimentar

Manter aleitamento materno.

Realizar orientações dietéticas como evitar mamadeira noturna, uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos.

Para crianças com aleitamento materno exclusivo:

Ao completar 6 meses: Café da manhã - Leite materno por livre demanda; lanche - papa de fruta; almoço - papa salgada; lanche - papa de fruta; jantar - leite materno. Oferecer água entre as refeições.

7 a 11 meses: café da manhã - Leite materno por livre demanda; lanche - papa de fruta; almoço - papa salgada; lanche - papa de fruta; jantar – papa salgada. Oferecer água entre as refeições. O leite materno pode ser oferecido para dormir.

Ao completar 12 meses: café da manhã - Leite materno por livre demanda; lanche - fruta; almoço - Refeição básica da família; lanche - Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal; jantar – Refeição básica da família. Oferecer água entre as refeições.

Para as crianças não amamentadas:

Dos 8 aos 11 meses: café da manhã – alimentação láctea; lanche - fruta; almoço - papa salgada ou refeição básica da família; lanche - Fruta; jantar – Refeição básica da família; ceia – alimentação láctea. Oferecer água entre as refeições.

Ao completar 12 meses: café da manhã - Leite e fruta ou cereal ou tubérculo; lanche - fruta; almoço - Refeição básica da família; lanche - Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal; jantar – Refeição básica da família; ceia – leite. Oferecer água entre as refeições.

Composição papa salgada: cereais (arroz, aveia, farinha de milho), tubérculos (batata inglesa, batata doce, cará, inhame, macaxeira), carnes (de boi, frango, peixe, vísceras, gema de ovo), leguminosas (feijões, lentilha, grão de bico), legumes (jerimum, cenoura, chuchu, couve-flor, brócolis, couve manteiga, beterraba, tomate, abobrinha). Garantir diversidade na composição das papinhas. Preparar os alimentos com pouco sal e com temperos naturais (alho, cebola, orégano, páprica, manjerição, azeite de oliva).

Composição papa de frutas: laranja, caju, maçã, pêra, mamão, banana, melancia, manga, abacate, maracujá, melão.

Não utilizar açúcar ou mel nas preparações. Amassar os alimentos com garfo. Não passar na peneira, os processar ou bater no liquidificador.

Quando a criança começa a comer outros alimentos, costuma aceitar pouca quantidade, o que pode gerar ansiedade na família. É possível, ainda, que a criança apenas experimente os alimentos. Não se preocupe! Lembre-se de que é tudo novidade para ela. À medida que ela cresce e se desenvolve, essa quantidade aumenta gradativamente. É preciso respeitar o tempo e a individualidade da criança.

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

Ajude a criança a se alimentar, mas deixe que ela use as mãos para segurar o alimento ou uma colher de tamanho adequado para pegá-los. Mantenha contato visual com ela.

A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Evitar café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

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

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

Estímulo a parentalidade

Parentalidade é o processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da maternalidade e da paternalidade. Tem início anteriormente ao momento da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece durante toda a vida, pois se modifica devido às mudanças vitais que envolvem a relação entre pais e filhos. Mais do que apenas biológica, inclui a transgeracionalidade através da herança familiar e seus mandados.

Os profissionais de saúde podem auxiliar a formação da parentalidade oferecendo espaço para a manifestação de sentimentos comuns durante o referido processo, sentimentos como o medo de não conseguir manter a vida e o crescimento de seu bebê, o medo de não conseguir envolver-se emocionalmente com o seu bebê de modo autêntico e pessoal (e de que ele não se desenvolva emocionalmente), a preocupação em como criar o bebê (se irá ou não permitir sistemas de apoio necessários) e o medo de não conseguir modificar-se ou reorganizar sua identidade. É importante também que o profissional de saúde reconheça os

pais que desenvolvam bem a parentalidade, que se mostrem envolvidos com o crescimento do filho, apoiando as suas novas necessidades, para que tais atitudes sejam estimuladas. Conhecendo e identificando a presença desses sentimentos, o profissional de saúde pode estimular o pai, a mãe ou outros responsáveis, evitando julgamentos e valorizando sempre as boas práticas de atender as necessidades da criança. Sempre que os pais desejarem, os profissionais de saúde devem lhes disponibilizar grupos de apoio que promovam a aquisição de habilidades na formação da parentalidade.

Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza e raiva) da criança.

Como brincar com crianças:

Ouçã e cante músicas fazendo gestos, batendo palmas, dando tchau, incentivando que a criança imite o adulto. Converse com a criança, faça perguntas simples e dê pequenas orientações: “venha aqui”, “pegue o brinquedo”, “me dá,” etc. Faça brincadeiras com “minha vez, sua vez”. Conte histórias, principalmente na hora de dormir. Mostre-lhe as figuras dos livros quando estiver lendo. Fale sobre o que ele quer quando ele aponta algo

A partir do 9º mês, estimule a criança a caminhar. No início, ela precisa apoiar-se em móveis que estejam firmes para que não caiam sobre ela. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule a criança a pegá-los. Inicialmente, ela buscará apoio nos móveis e gradualmente irá largá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem precisar de apoio. Ensine causa e efeito rolando bolas para frente e para trás, empurrando carrinhos e caminhões, e colocando blocos dentro e fora de uma caixa. A partir do 12º mês, estimular a criança a caminhar e falar. Brinque de esconder e achar o rosto, e esconde-esconde. Forneça bastante espaço para ele se movimentar e explorar em uma área segura. Posicione-o próximo a objetos que ele possa segurar para se levantar com segurança. Em resposta a comportamentos indesejáveis, diga “não” com firmeza. Não grite, bata ou dê explicações longas. Uma repreensão de 30 segundos a 1 minuto pode ajudar a redirecioná-lo. Dê a seu filho muitos abraços, beijos e parabeneze-o pelo bom comportamento. Passe mais tempo parabenizando um bom comportamento do que punindo um mau comportamento. Dê giz de cera e papel, e deixe-o desenhar livremente. Mostre a ele como desenhar linhas para cima e para baixo, e por toda a página. Elogie-o quando tentar copiar as linhas. Esconda brinquedos pequenos e outros objetos e faça-o procurá-los. Dê potes e panelas ou um instrumento musical pequeno, como um tambor ou pratos. Incentive-o a fazer barulho. Dê a ele brinquedos de puxar, como caminhões ou um “carrinho infantil de empurrar”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, recomenda-se que os pais e responsáveis limitem o acesso de crianças à tela de eletrônicos.

Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade (nem passivamente!).

4.3 Consultas subsequentes de puericultura 13º ao 24º mês de vida

Anamnese

Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta, além de permitirem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. Exemplos: “o que

você gostaria de me contar hoje?” ou “ocorreu alguma mudança importante na família desde a nossa última consulta?” ou, ainda, “existe algo no comportamento do fulano que os preocupa?” Saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta.

Registrar queixas clínicas.

Nesse momento, a criança já pode ter passado por consultas fora da puericultura. Observar todos os registros de consultas da criança.

Exame físico

Comprimento; PC

Incluir dados nos gráficos da caderneta da criança.

Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou $> +2$ escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como Microcefalia (de causa genética ou ambiental) e Hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento para pediatria após avaliação do médico.

Registrar peso e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina.

Em caso de sobrepeso ou obesidade:

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

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

Encaminhe a criança para a equipe multiprofissional.

Em caso de magreza ou peso baixo para a idade:

Investigue possíveis causas.

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

Se a criança não ganhar peso, solicite seu acompanhamento da equipe multiprofissional.

Marcar o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.

No caso de magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade:

Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame, a alimentação, as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.

Trate as intercorrências clínicas, se houver.

Encaminhe a criança para atendimento na equipe multiprofissional, incluindo a assistência social.

Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

Em casos de magreza persistente de causa clínica ou de causa incerta, encaminhar para pediatra após avaliação do médico da USF.

Verificar o fechamento da fontanela anterior. A fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Caso haja alteração, encaminhar para pediatra após avaliação do médico da USF.

Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido (hemorragia retiniana, fraturas múltiplas, e sinais de hematoma subdural).

Avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula (fimose). Caso haja, encaminhar para tratamento cirúrgico.

Desenvolvimento

Avaliar o desenvolvimento a partir da idade da criança.

A partir do 15º mês: caminha sem auxílio, rabisca espontaneamente, é capaz de identificar formas geométricas, aponta o objeto que quer, começa a imitar os pais, tolera alguma separação dos pais, corre ou sobe degraus baixos, expressa emoções.

A partir do 18º mês: estimular a criança a falar e a caminhar. Fisiologicamente a criança começa a ser capaz de controlar os esfíncteres, corre de maneira desajeitada e cai com frequência, sobe escadas segurando com as mãos, salta no mesmo lugar com ambos os pés, senta-se na cadeira, diz dez ou mais palavras, grande imitador, começa a consciência de propriedade.

Controle de esfíncter:

A idade ideal para iniciar o processo educativo do controle esfincteriano varia de criança para criança: algumas entre 18 e 24 meses já mostram sinais de que estão prontas; outras não se mostram prontas antes dos dois anos e meio. Considera-se um início precoce o processo educativo realizado a partir de idade em torno dos 18 meses. Por sua vez, é tido como um treinamento tardio o processo realizado após os 36 meses. O importante é identificar quando a criança está pronta para esta etapa e, então, auxiliá-la sem cobrança de resultados, isto é, sem estresse. O treinamento vai exigir muita paciência e determinação dos pais e de quem mais cuidar da criança. Para as crianças que estão na escola, é importante orientar os pais para que repitam em casa a mesma rotina escolar.

O processo de treinamento não deverá ser iniciado em um momento de estresse da vida da criança ou da família (por exemplo, após uma mudança de casa ou após o nascimento de um novo irmão) e os pais deverão estar preparados emocionalmente para lidar com tranquilidade com as perdas urinárias e fecais inevitáveis, que ocorrerão até o final do processo.

No início do processo, **a criança sentar-se no penico** ou vaso sanitário após a remoção de uma fralda molhada ou com fezes (se usar o vaso sanitário, use um redutor de assento e um apoio para pés). Incentivar a criança a avisar quando ela sentir que urinou ou evacuou em pequena quantidade ou quando sentir vontade. Levar a criança ao banheiro a intervalos regulares (pelo menos uma vez antes de deitar-se, à noite), usar apoio para os pés ao sentar-se no vaso sanitário e diminuir a ingestão de líquido após as 18 horas. Para ajudar a criança na conceituação e compreensão do processo, os pais podem ser ensinados a demonstrar o propósito do penico ou vaso sanitário, por exemplo, depositando nele o conteúdo de fraldas sujas. É importante elogiar a criança sempre que ela se sentar no penico. Como a criança aprende muito pelo exemplo, os pais devem demonstrar como eles usam o vaso sanitário. Repetir as demonstrações faz a criança ganhar segurança.

Sinais de que a criança está pronta para iniciar o treinamento do controle esfincteriano:

1. Imitar o comportamento dos pais ou de cuidadores.
2. Desejar agradar.

3. Desejar ser autônomo: insistir em concluir tarefas sem ajuda e orgulhar-se de novas habilidades.
4. Andar e estar apto a sentar de modo estável e sem ajuda.
5. Pegar pequenos objetos.
6. Capaz de dizer NÃO como sinal de independência.
7. Entender e responder a instruções e seguir comandos simples.
8. Saber puxar as roupas para cima e para baixo.
9. Possuir um vocabulário simples referente ao treinamento esfinteriano.
10. Usar palavras, expressões faciais ou movimentos que indicam a necessidade de urinar ou evacuar.
11. Mostrar interesse em outras pessoas que estejam usando o banheiro
12. Ficar seco por duas horas ou mais durante o dia.
13. Dizer que está “fazendo xixi” no momento da micção, em geral nos banhos.
14. Dizer aos pais que acabou de urinar ou evacuar em pequena quantidade na fralda e se incomodar com a fralda molhada. Tentar retirar fralda molhada ou pedir para ser trocado (consciência física).
15. Não querer usar fraldas ou mostrar interesse em cuecas ou calcinhas.
16. Conseguir ficar parada no penico ou vaso sanitário por 3 a 5 minutos.
17. Permanecer brincando com a mesma atividade por mais de 5 minutos.
18. Ser capaz de apontar o que deseja.
19. Ter iniciado a comunicação por palavras ou frases simples
20. Não apresentar atrasos nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.
21. Compreender e seguir os comandos simples.

A partir do 20º mês: corre com mais habilidade, faz traços ilimitados no desenho, maneja a colher sem girá-la, arremessa a bola sem cair, tira a roupa sem auxílio.

A partir do 21º mês: mostra partes do corpo, manifesta interesse por outras crianças, gosta de dançar ao som de uma música, enriquece seu vocabulário.

A partir do 24º mês: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais). Sobe e desce escada sozinho (dois pés em cada degrau), possui amplo equilíbrio, corre com habilidade, possui vocabulário aproximado de 300 palavras, utiliza frases de duas a três palavras, verbaliza necessidade para ir ao banheiro e pode ter conseguido aptidão para iniciar o controle diurno de esfínteres.

Vacinação

Avaliar o cartão de vacina e verificar se está faltando alguma dose e fazer as recomendações de acordo com o calendário nacional de imunizações.

As seguintes crianças podem necessitar de imunizações especiais e devem ser referenciadas ao CRIE: crianças expostas ao HIV, asmáticas, prematuros, em uso de quimioterapia, transplantados, portadoras de asplenia funcional ou anatômica, cardiopatia crônica, coagulopatias, diabetes, discrasias sanguíneas, doenças de depósito, doenças neurológicas, fibrose cística, hemoglobinopatias, hepatopatias crônicas, implante de cóclea, imunodepressão ou convívio com pacientes imunodeprimidos, nefropatas, pneumopatia crônica, trissomia. Nesses casos, emitir laudo médico descrevendo o caso.

Suplementação

Ferro:

Todas as crianças de 6 a 24 meses devem receber 10,0 - 12,5 mg de ferro elementar/dia seguindo a conduta: 2 ciclos intermitentes de suplementação no período de 3 meses de suplementação diária seguidos de 3 meses de intervalo e reinício de novo ciclo. O total de ciclo deve ser dois.

Vitamina A:

Crianças de 12 a 24 meses: 1 dose única de 200.000 UI semestralmente;

Aos 18 meses, para prematuros, repetir hemograma, dosagem de ferro sérico e ferritina. Caso resultado normal, sem anemia, manter suplementação de Ferro 2 mg/kg/dia até 2 anos de vida.

(As apresentações disponíveis são de solução oral 'gotas' com 25mg/ml e xarope com 5mg/ml. Na apresentação em gotas, a dose de 1mg/kg peso corresponde a 1 gota por kg).

Prevenção de acidentes e violência

Nessa faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha, está mais ativa e curiosa e, portanto, propensa a acidentes.

Observar sinais indicativos de violência psicológica: forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. A criança pode manifestar tristeza, agressividade, agitação, apatia social e alterações do sono e/ou dificuldades alimentares. Alterações comportamentais da criança e do adolescente que podem indicar situações de violência de acordo com a faixa etária

Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar.

É essencial o registro através da notificação e acionamento de medidas de proteção:

1. Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias. Enviar para a vigilância epidemiológica.
2. Acionar o CREAS: CREAS em Caruaru: Rua Barão de Porto Seguro, 117. Bairro Maurício de Nassau. Telefone: 3101-0099; e-mail: creascaruaru@hotmail.com

Para prevenir acidentes de trânsito: a criança deve ser transportada em cadeira especial, no banco traseiro, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.

Para prevenir queimaduras: as crianças não devem brincar com fogo. Evitar que manipulem fósforo e álcool.

Para prevenir afogamentos: a criança não deve nadar sozinha ou permanecer desacompanhada em piscinas, lagos, rios ou mar, mesmo que saiba nadar.

Para evitar atropelamentos: evitar acidentes na rua, segurar a criança pelo pulso ao caminhar e atravessar, não permitir que a criança corra e brinque em locais de fluxo de veículos.

Para manter a segurança da criança em casa: manter fora do contato delas armas de fogo, produtos inflamáveis, facas, remédios e venenos.

Saúde bucal

Com o irrompimento dos primeiros molares decíduos, por volta dos 16 meses de vida, e até os 3 anos de idade, a limpeza da cavidade bucal deve ser realizada com escova dental infantil, com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extramacias e extremidades arredondadas, que possibilitem uma boa empunhadura aos pais.

Evitar alimentos açucarados.

A partir do 24º mês: orientar que a criança já deve escovar os dentes três vezes ao dia (após o desjejum e almoço, e antes de dormir). É importante priorizar o período noturno para escovação dental pela redução do fluxo salivar durante o sono e estagnação de alimentos na cavidade bucal por longos períodos, propiciando o aparecimento de cáries. A família deve estimular a criança a praticar esse hábito sozinha quando ela demonstrar interesse por escovar os dentes. Entretanto, recomenda-se a supervisão da escovação até incorporação adequada da técnica pela criança. Estimule a criança a brincar com outras crianças para aprender a se relacionar e compartilhar os brinquedos.

Triagem saúde auditiva

18 meses: Fala, no mínimo, seis palavras

2 anos: Produz frases com duas palavras

Alimentação

Café da manhã - Leite e fruta ou cereal ou tubérculo; lanche - fruta; almoço - Refeição básica da família; lanche - Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal; jantar – Refeição básica da família; ceia – leite. Oferecer água entre as refeições.

Não utilizar açúcar nas preparações. Amassar os alimentos com garfo. Não passar na peneira, processar ou bater no liquidificador, para que a criança conheça a textura dos alimentos.

Ao completar 2 anos, iniciar o apoio ao desmame com o envolvimento da família.

Estímulo a parentalidade

Parentalidade é o processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da maternidade e da paternidade. Tem início anteriormente ao momento da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece durante toda a vida, pois se modifica devido às mudanças vitais que envolvem a relação entre pais e filhos. Mais do que apenas biológica, inclui a transgeracionalidade através da herança familiar e seus mandados.

Os profissionais de saúde podem auxiliar a formação da parentalidade oferecendo espaço para a manifestação de sentimentos comuns durante o referido processo, sentimentos como o medo de não conseguir manter a vida e o crescimento de seu bebê, o medo de não conseguir envolver-se emocionalmente com o seu bebê de modo autêntico e pessoal (e de que ele não se desenvolva emocionalmente), a preocupação em como criar o bebê (se irá ou não permitir sistemas de apoio necessários) e o medo de não conseguir modificar-se ou reorganizar sua identidade. É importante também que o profissional de saúde reconheça os pais que desenvolvam bem a parentalidade, que se mostrem envolvidos com o crescimento do filho, apoiando as suas novas necessidades, para que tais atitudes sejam estimuladas. Conhecendo e identificando a presença desses sentimentos, o profissional de saúde pode estimular o pai, a mãe ou outros responsáveis, evitando julgamentos e valorizando sempre as boas práticas de atender as necessidades da criança. Sempre que os pais desejarem, os profissionais de saúde devem lhes disponibilizar grupos de apoio que promovam a aquisição de habilidades na formação da parentalidade.

Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza e raiva) da criança.

Como brincar com crianças:

Brincadeiras como abrir e fechar tampas de pote, encaixar peças, empilhar e derrubar latas, brincar de jogar a bola (com a mão ou com o pé), passar líquidos de um pote para outro, bater tambores, bater palmas, bater nas pernas e no peito. Levar a parques, praia, piscina, quintal

e outras atividades ao ar livre. Elogie comportamentos bons mais do que pune os maus comportamentos (use apenas repreensões bem rápidas). Descreva suas emoções. Por exemplo, diga, “Você fica feliz quando lemos este livro”. Incentive a brincadeira de faz de conta. Leia livros e fale sobre as imagens usando palavras simples. Imite as palavras de seu filho. Use palavras que descrevam sentimentos e emoções. Use frases simples e claras. Faça perguntas simples. Esconda objetos sob cobertores e travesseiros e encoraje-o a procurá-los. Brinque com blocos, bolas, quebra-cabeças e brinquedos que ensinam causa e efeito e resolução de problemas. Fale os nomes de imagens em livros e das partes do corpo. Ofereça brinquedos que incentivem a brincadeira de faz de conta; por exemplo, bonecas, telefones de brincar. Ofereça áreas seguras para seu filho andar e se movimentar. Ofereça brinquedos que ele possa empurrar ou puxar com segurança. Ofereça bolas para ele chutar, rolar ou arremessar. Incentive-o a beber de seu copo e usar uma colher, não importa a bagunça. Faça bolhas e deixe-o estourá-las.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, recomenda-se que os pais e responsáveis limitem o acesso de crianças à tela de eletrônicos.

Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/responsáveis.

4.4 Consultas subsequentes de puericultura entre 3 e 6 anos de idade

Anamnese

Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta, além de permitirem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. Exemplos: “o que você gostaria de me contar hoje?” ou “ocorreu alguma mudança importante na família desde a nossa última consulta?” ou, ainda, “existe algo no comportamento do fulano que os preocupa?” Saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta.

Registrar queixas clínicas.

Nesse momento, a criança já pode ter passado por consultas fora da puericultura. Observar todos os registros de consultas da criança.

Exame físico

Comprimento; PC

Incluir dados nos gráficos da caderneta da criança.

Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou $> +2$ escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento para pediatria após avaliação do médico.

Peso

Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina.

Em caso de sobrepeso ou obesidade:

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

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

Encaminhe a criança para a equipe multiprofissional.

Em caso de magreza ou peso baixo para a idade:

Investigue possíveis causas, com atenção especial para a dificuldade de acesso a comida.

Oriente a mãe sobre a alimentação adequada para a idade.

Se a criança não ganhar peso, solicite seu acompanhamento da equipe multiprofissional, se tal possibilidade estiver disponível.

Marcar o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.

No caso de magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade:

Investigue possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.

Trate as intercorrências clínicas, se houver.

Encaminhe a criança para atendimento na equipe multiprofissional, incluindo a assistência social.

Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido (hemorragia retiniana, fraturas múltiplas, e sinais de hematoma subdural).

Avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula (fimose). Caso haja, encaminhar para tratamento cirúrgico.

Desenvolvimento

Avaliar o desenvolvimento a partir da idade da criança.

A partir dos 2 anos e 6 meses: a criança corre e chuta na bola sem perder o equilíbrio, pode levar um copo com água sem derramar, pode reproduzir um círculo sobre o papel, consegue se reconhecer no espelho, desenvolve consideravelmente a linguagem, inicia melhor controle do esfíncter vesical noturno.

A partir dos 4 anos: não corrija eventuais erros de linguagem e apenas repita o que a criança disse de forma correta para que ela tenha um modelo a imitar. Permita que ela guarde seus brinquedos, escolha suas roupas, tome banho e vá ao banheiro sozinha. Evitar brincadeiras tecnológicas, como televisão. Reconhece cores, compreende cerca de mil palavras, escuta histórias e pede para repetir, salta, interessa-se por atividades domésticas, pergunta muito, brinca com outras crianças e começa partilhar.

Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio.

Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes.

A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância

fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa).

Vacinação

Avaliar o cartão de vacina e verificar se está faltando alguma dose e fazer as recomendações de acordo com o calendário nacional de imunizações.

As seguintes crianças podem necessitar de imunizações especiais e devem ser referenciadas ao CRIE: crianças expostas ao HIV, asmáticas, prematuros, em uso de quimioterapia, transplantados, portadoras de asplenia funcional ou anatômica, cardiopatia crônica, coagulopatias, diabetes, discrasias sanguíneas, doenças de depósito, doenças neurológicas, fibrose cística, hemoglobinopatias, hepatopatias crônicas, implante de cóclea, imunodepressão ou convívio com pacientes imunodeprimidos, nefropatas, pneumopatia crônica, trissomia. Nesses casos, emitir laudo médico descrevendo o caso.

Suplementação

Vitamina A: Crianças de 25 a 59 meses - 1 dose única de 200.000 UI semestralmente.

Prevenção de acidentes e violência

Observar sinais indicativos de violência psicológica: forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. A criança pode manifestar tristeza, agressividade, agitação, apatia social e alterações do sono e/ou dificuldades alimentares. Alterações comportamentais da criança e do adolescente que podem indicar situações de violência de acordo com a faixa etária

Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar.

É essencial o registro através da notificação e acionamento de medidas de proteção:

1. Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias. Enviar para a vigilância epidemiológica.
2. Acionar o CREAS: CREAS em Caruaru: Rua Barão de Porto Seguro, 117. Bairro Maurício de Nassau. Telefone: 3101-0099; e-mail: creascaruaru@hotmail.com

Para prevenir acidentes de trânsito: a criança deve ser transportada em cadeira especial, no banco traseiro, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.

Para prevenir queimaduras: as crianças não devem brincar com fogo. Evitar que manipulem fósforo e álcool.

Para prevenir afogamentos: a criança não deve nadar sozinha ou permanecer desacompanhada em piscinas, lagos, rios ou mar, mesmo que saiba nadar.

Para evitar atropelamentos: evitar acidentes na rua, segurar a criança pelo pulso ao caminhar e atravessar, não permitir que a criança corra e brinque em locais de fluxo de veículos.

Para manter a segurança da criança em casa: manter fora do contato delas armas de fogo, produtos inflamáveis, facas, remédios e venenos.

Saúde bucal

Com o irrompimento dos primeiros molares decíduos, por volta dos 16 meses de vida, e até os 3 anos de idade, a limpeza da cavidade bucal deve ser realizada com escova dental infantil, com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extramacias e extremidades arredondadas, que possibilitem uma boa empunhadura aos pais. Evitar alimentos açucarados.

Orientar que a criança já deve escovar os dentes três vezes ao dia (após o desjejum e almoço, e antes de dormir). É importante priorizar o período noturno para escovação dental pela redução do fluxo salivar durante o sono e estagnação de alimentos na cavidade bucal por longos períodos, propiciando o aparecimento de cáries. A família deve estimular a criança a praticar esse hábito sozinha quando ela demonstrar interesse por escovar os dentes. Entretanto, recomenda-se a supervisão da escovação até incorporação adequada da técnica pela criança.

Triagem saúde auditiva

3 anos: Evolução progressiva para frases mais longas, maior vocabulário, clareza na fala e capacidade de narrar pequenas histórias.

Alimentação

Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Prevenção de obesidade:

Limitar o consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar (que têm elevada densidade energética). Estabelecer e respeitar o horário das refeições. Respeitar a saciedade da criança. Diminuir o tamanho das porções dos alimentos. Diminuir a exposição à propaganda de alimentos. Evitar o hábito de comer assistindo TV. Evitar e limitar o consumo de refrigerantes. Diminuir o comportamento sedentário.

Estímulo a parentalidade

Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza e raiva) da criança.

Como brincar com crianças:

Estimule a criança a correr, subir e descer, pular de pequenas alturas, pular em um pé só. Incentive-a com brincadeiras e atividades como desenhar de forma espontânea, copiar desenhos, colorir, recortar e colar figuras de revistas, fazer esculturas com argila ou barro, peça a ela que fale sobre o que desenhou ou construiu, continue incentivando a criança a brincar com outras pessoas. Incentive a criança a lhe ajudar com tarefas simples em casa, como varrer e fazer o jantar. Elogie-o por ser um bom ajudante. Chute uma bola de um para o outro com seu filho. Se ele ficar bom nisso, incentive-o a correr e chutar. Ensine-o a identificar e falar as partes do corpo, animais e outras coisas comuns. Não o corrija quando ele disser palavras incorretamente. Em vez disso, diga-as corretamente. Por exemplo, "Isto é uma bola". Incentive-o a dizer uma palavra em vez de apontar para o objeto. Se ele não consegue dizer a palavra inteira ("leite"), diga o primeiro som ("l") para ajudar. Com o tempo, você pode incentivá-lo a dizer a frase inteira - "Eu quero leite". Esconda os brinquedos dele pelo quarto e deixe que ele os encontre. Ajude-o a brincar de quebra-cabeças com formas, cores ou animais da fazenda. Fale o nome de cada peça quando ele a colocar no lugar. Incentive-o a brincar com blocos. Reveze com ele na construção e derrubada de torres. Faça projetos de arte usando giz-de-cera, tinta e papel. Descreva o que ele faz e pendure na parede ou na geladeira. Peça a ele para lhe ajudar a abrir portas e gavetas e a virar as páginas de um livro ou revista. Quando estiver andando bem, peça que carregue pequenas coisas para você. Chute uma bola de um para o outro com seu filho. Se ele ficar bom nisso, incentive-o a correr

e chutar. Leve-o ao parque para correr e escalar em equipamentos ou caminhar em trilhas naturais. Observe-o de perto.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, recomenda-se que os pais e responsáveis limitem o acesso de crianças à tela de eletrônicos.

Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/responsáveis.

5. 2ª Parte - Atenção aos principais problemas de saúde da 1ª infância

5.1 Abordagem à criança vítima de violência.

A abordagem à criança vítima de violência é uma situação bastante delicada, não apenas para os profissionais de saúde quanto para a vítima e seus familiares. Ademais, mesmo a violência sendo “caso de polícia”, os profissionais de saúde não podem negligenciar as dimensões da saúde que envolve esse problema, que inclui questões físicas, psicológicas e sociais. Por isso, o trabalho em equipe multidisciplinar é mandatório nessas situações.

Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de violência requer, além de habilidade e sensibilidade, compromisso com essa questão. Os profissionais da saúde devem buscar sempre atuar de forma articulada, em trabalho interdisciplinar, interprofissional e multissetorial. O apoio emocional que o profissional presta à criança e à família trata-se de um apoio não especializado, que não exige, propriamente, o uso de competência profissional. É de realidade subjetiva e está ao alcance de qualquer pessoa. Este apoio estará sempre presente, imerso em todos os outros tipos de apoio.

Por isso, nesse texto, segue informações acerca da abordagem às crianças vítimas de violência durante a primeira infância de uma forma que todos os profissionais da APS possam se identificar.

Atividades para todos os profissionais da APS:

- Receber crianças e famílias de forma empática e respeitosa. Ser sereno e compreensivo, afável e acessível. Neste apoio, o profissional procura, sobre todas as coisas, ser compassivo e empático.
- Ao tomar ciência da violência, acompanhar o caso e proceder aos encaminhamentos necessários, desde a sua entrada no setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de proteção social.
- Ao tomar ciência da violência, sempre registrar de forma detalhada todos os passos tomados e descrever o histórico e as palavras da criança ou adolescente, sem interpretações pessoais ou pré-julgamentos;
- Garantir a notificação do caso em ficha apropriada e encaminhar ao setor de vigilância em saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A notificação pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde.
- Comunicar o caso ao Conselho Tutelar e ao CREAS da forma mais ágil possível (CREAS em Caruaru: Rua Barão de Porto Seguro, 117. Bairro Maurício de Nassau. Telefone: 3101-0099; e-mail: creascaruaru@hotmail.com).
- A depender da situação, pode-se acionar o Ministério Público.
- Adotar atitudes positivas e de proteção à criança ou ao adolescente.
- Saber ouvir, observar e aceitar o que a criança fala.
- Manter atitude de crédito: Não fazer perguntas em demasia, sem questionar o que está sendo relatado, evitando detalhes desnecessários;
- Deixar claro: a vítima não deve se sentir culpada ou envergonhada pelas situações sofridas;
- Evitar que a criança tenha que repetir sua narrativa várias vezes a outros profissionais, para que não se amplie seu sofrimento. Fazer isso se chama revitimização;

- As informações prestadas pelas crianças durante a consulta/atendimento devem ter o sigilo garantido. A quebra do sigilo só pode ser feita se houver risco de morte ou riscos relevantes, a exemplo de situações como violência sexual ou exploração sexual, risco ou tentativa de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações sobre homicídio, dependência de álcool e outras drogas, gravidez e outros.
- Orientar a criança sobre todos os procedimentos que serão adotados. Não prometer à vítima ou à família o que não puder cumprir, como, por exemplo, guardar segredo de todas as informações obtidas;
- Ter bom senso quanto ao uso da linguagem, da posição corporal e da disposição do espaço físico em que o atendimento ocorre; é preciso conversar com o usuário em uma posição em que ele, especialmente quando se trata de criança, possa olhar e ser olhado;
- É preciso procurar compreender o que o usuário espera da intervenção e se há clareza disso no contrato que se estabelece com ele.
- Levar em conta a singularidade de cada situação e o processo de resiliência, a equipe interdisciplinar deve trabalhar com o propósito de tirar o usuário do lugar de vítima e de transformá-lo em sujeito autônomo, sem esquecer que, por outro lado, no eixo da responsabilização e da defesa de direitos, a criança ou adolescente é vítima sim e precisa ter seus direitos garantidos, e o agressor(a), por conseguinte, precisa ser punido para que o ciclo de violência seja rompido;
- A abertura e a honestidade ao lidar com os pais são os princípios básicos nos atendimentos da criança e de sua família. Eles têm responsabilidades no cuidado com seus filhos e, na maioria das vezes, deverão ser comunicados o mais breve possível sobre informações que lhes dizem respeito.
- Poderão ocorrer circunstâncias em que não será conveniente informar imediatamente aos pais sobre a suspeita, pelo risco de prejudicar as ações de proteção. Por exemplo, se uma violência sexual for perpetrada por alguém que reside com a criança, a família poderá pressionar para que essa negue ou retire o que disse. Nesses casos, a criança poderá sofrer riscos ainda maiores. Se a equipe decidir abordar os familiares, deverá fazê-lo de modo estratégico, por exemplo, entrando em contato com membros que não estão envolvidos com a violência, de preferência com o consentimento ou indicações da criança.
- Posturas que precisam ser evitadas:
 - Não respeitar o que foi contado e induzir o diagnóstico;
 - Perguntar diretamente se um dos familiares foi responsável pelo ocorrido;
 - Insistir em confrontar dados contraditórios ou checar registros;
 - Confrontar os pais com descrições fornecidas pela criança;
 - Demonstrar sentimentos de desaprovação, raiva, indignação;
 - Desconsiderar os sentimentos da criança ou do(a) adolescente com frases do tipo “isso não foi nada”, “não precisa chorar” e tratá-lo como um “coitadinho(a)”.
 - Dramatizar a situação;
 - Pedir aos acompanhantes que esqueçam a situação;
 - Assumir postura de policial ou detetive;
 - Deixar de avaliar ou subestimar os riscos reais para a criança e os níveis de gravidade;
 - Não solicitar auxílio e avaliação interdisciplinar;
 - Tentar resolver o caso sozinho e fazer promessas que não poderão ser cumpridas;
 - Deixar de informar-se sobre outras crianças da casa em situação de risco e não as encaminhar para avaliação;
 - Não acompanhar o desenrolar do caso e seus desdobramentos;
 - Expor a criança e sua família aos apelos da mídia e de curiosos;
 - Deixar de notificar;

- Para fins de processo legal, diante da existência de marcas da violência física e, especialmente, na violência sexual, é fundamental orientar que os pais façam o Boletim de Ocorrência (BO) em Delegacia. No caso da ausência dos pais ou se esses forem os suspeitos da agressão, devem ser acionados parentes mais próximos e em situações que envolvam risco ou flagrante, acione a Polícia Civil ou a Delegacia Especializada (DEAM) e comunicar ao Conselho Tutelar que apoiará que dará seguimento às ações necessária de proteção. A partir deste BO e ou antes do mesmo a criança ou o adolescente deverá ser encaminhado ao procedimento de profilaxia para crianças ou adolescentes vítimas de violência sexual, deverá ser adotado o mais breve possível, com prazo de até 72 horas, sendo a referência para o atendimento o Hospital da Mulher do Agreste.

Além de todas as atividades referentes a todos os profissionais, os médicos da APS devem:

- Fazer a anamnese e exame físico detalhados e registrar em prontuário;
- Em caso de violência física e/ou sexual, fazer o exame físico voltado para identificar lesões, incluindo os genitais. A criança deve ter o acompanhamento de um adulto responsável, além de ser informada sobre o exame que será submetida;
- Prestar o atendimento emergencial necessário (clínico e/ou cirúrgico);
- Solicitar exames laboratoriais e complementares para elucidar situações que podem gerar dúvidas ou podem afastar causas não intencionais das lesões apresentadas. Por exemplo, hematomas podem ser gerados por distúrbios da coagulação ou a desnutrição pode ser algum problema de absorção de alimentos;
- Na suspeita de uma situação de violência física contra uma criança abaixo de 2 anos, independentemente da queixa, é indicada a realização de radiografia de corpo inteiro, após o exame físico criterioso e detalhado, em busca de sinais de fraturas, recentes ou antigas. Acima dessa idade ou desde que a criança possa informar com confiabilidade traumas anteriores, proceder-se-á as radiografias específicas das regiões ditas como atingidas.
- Em caso de violência sexual, prescrever o tratamento e profilaxia de ISTs segundo Norma Técnica do Ministério da Saúde ou verificar se foi feito em serviço de emergência. Realizar também o acompanhamento dos exames laboratoriais necessários (teste rápido de HIV, sífilis, hepatite B e C, transaminases e hemograma);

Além de todas as atividades referentes a todos os profissionais, as enfermeiras da APS devem:

- Fazer a anamnese e exame físico detalhados e registrar em prontuário;
- Em caso de violência física e/ou sexual, fazer o exame físico voltado para identificar lesões, incluindo as genitais. A criança deve ter o acompanhamento de um adulto responsável, além de ser informada sobre o exame que será submetida;
- Verificar as necessidades de saúde e sociais da criança e da família;
- Verificar se no atendimento médico foi realizado e registrado e todas as profilaxias prescritas;
- Verificar se a vítima está fazendo uso regular das medicações prescritas;
- Realizar o acompanhamento dos exames laboratoriais necessários (teste rápido de HIV, sífilis, hepatite B e C);

Além de todas as atividades referentes a todos os profissionais, as psicólogas da APS devem:

- Avaliar os aspectos emocionais que a criança e seus pais e familiares tenham em relação à violência sofrida. Todos poderão necessitar receber apoio psicológico.

- O apoio psicológico visa proporcionar uma experiência terapêutica (trabalhar a autoestima, o processo de percepção, valores e a identidade de si mesma e em relação ao adulto, entre outros), a fim de minimizar o impacto e os efeitos negativos do acontecimento traumático.
- O comportamento da criança e de sua família, bem como seus sintomas psicológicos, devem ser registrados em detalhe;
- Avaliar se o sofrimento mental é compatível com o cuidado em CAPS;

Além de todas as atividades referentes a todos os profissionais, as assistentes sociais da APS devem:

- Conduzir uma entrevista social completa, incluindo o histórico de vida familiar, escolar e social. É adequado o registro das informações com as exatas palavras da criança e sua família, de preferência em tempos distintos. Perguntas repetidas só cabem se forem esclarecedoras de dúvidas.
- Encaminhar a criança e sua família para serviço especializado da assistência social, além de acompanhar o caso junto com o Conselho Tutelar.

5.2 Atraso no desenvolvimento

O desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo multidimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida.

Entre as condições biológicas de risco para o desenvolvimento infantil estão: prematuridade, asfixia perinatal, hemorragia periventricular, displasia broncopulmonar, distúrbios bioquímicos do sangue (hipoglicemia, policitemia e hiperbilirrubinemia), malformações congênitas, infecções congênitas e perinatais (Zika, Toxoplasmose, Sífilis, Rubéola, Herpes, HIV, Citomegalovírus), restrição ao crescimento uterino e mães usuárias de drogas.

Em geral, as lesões não progressivas que ocorreram no Sistema Nervoso Central (SNC) fetal ou infantil em desenvolvimento resultam em um grupo de desordens permanentes, entre outras, aquelas relativas ao desenvolvimento e à postura, caracterizado por alterações sensoriomotoras, que por sua vez, afetam a aquisição das habilidades e marcos do desenvolvimento neuropsicomotor. Os distúrbios motores são frequentemente acompanhados de distúrbios de sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento e por epilepsia.

A Atenção Básica tem como uma das suas atribuições o acompanhamento do desenvolvimento das crianças de seu território, tanto nas ações de puericultura quanto nas consultas por demanda. Assim, as equipes de Atenção Básica atentar-se à avaliação do desenvolvimento a cada contato com a criança, favorecendo o vínculo e a identificação precoce de situações que necessitam ser acompanhadas pela atenção especializada de forma regular e sistemática. Nessas situações, o fato da criança e a família serem também acompanhadas por outros serviços não reduz ou elimina a responsabilidade das equipes de Atenção Básica, reforçando o seu papel no acompanhamento conjunto dos casos de seu território. É também importante a equipe multiprofissional também acompanhar esses casos, dando o suporte interdisciplinar necessário para a família e a criança. A interface com outros equipamentos sociais (serviços da assistência social, escolas, creches, projetos de economia solidária, entre outros) também deve ser estimulada, considerando as necessidades específicas de cada família e criança.

Os profissionais da e-Multi podem atuar diretamente na avaliação e no atendimento às crianças (por exemplo, na estimulação precoce, busca ativa), qualificando os encaminhamentos, quando pertinentes, aos serviços especializados de reabilitação. Nesse sentido, é fundamental que as equipes de

Atenção Básica, da e-Multi e dos serviços especializados de reabilitação trabalhem de modo integrado, sob a lógica de rede, garantindo um cuidado integral e qualificado a estas crianças e suas famílias. Desse modo, é essencial um processo de referência e contrarreferência organizado para garantir a integralidade do cuidado.

Todos os casos de atraso de desenvolvimento infantil devem ser encaminhados para o pediatra ou especialista dos órgãos acometidos (oftalmologista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta etc.), após uma avaliação global da criança e uma discussão de caso com a e-Multi. Estratégias de estimulação precoce também devem ser iniciadas, conforme avaliação da criança, independentemente de diagnóstico ou acompanhamento na atenção especializada.

5.3. Estimulação precoce

Entende-se a estimulação precoce (EP) como uma abordagem de caráter sistemático e sequencial, que utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos. A estimulação precoce tem, como meta, aproveitar o período crítico (zero a 3 anos) 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.

A estimulação precoce pode ser feita por profissionais de saúde e deve ser ensinado para os pais e responsáveis, para dar continuidade aos estímulos em domicílio. As atividades da estimulação precoce podem ser feitas em domicílio ou em sala de atendimento em grupo, pela necessidade de espaço. Os estímulos sugeridos a seguir são de fácil execução.

5.4. Estimulação Auditiva

A audição será estimulada por meio da localização sonora a fim de exercitar a memória, atenção e a repetição de sons ludicamente. Imitando os sons, possibilita-se a repetição por parte da criança e início de um jogo que será importante para a futura articulação da fala. Iniciando assim a possibilidade de discriminação dos sons. Os sons que a criança é capaz de emitir são muito ricos e variados e, por essa razão, deve-se dar oportunidade de exercitar os movimentos de boca e lábios constantemente.

À medida que o bebê se desenvolve, podem ser introduzidas atividades com música e imagens (DVD, por exemplo), livros de plástico e emborrachados, miniaturas e brinquedos macios para encaixe que facilitem a nomeação de objetos, o cantar e o contar histórias. Para crianças de 6 a 12 meses, é importante a estimulação de vocabulário voltada à criança, como o uso de objetos de uso diário, partes do corpo e nomes de pessoas e animais.

5.5. Exposição à Língua Oral

A criança deve ter a oportunidade de interagir com crianças que usam a fala como meio de comunicação. A exposição à língua oral deve ocorrer de forma frequente. Deve ser trabalhada a produção de fonemas, palavras e frases e a compreensão da fala através da leitura oro-facial. A leitura oro-facial deve ocorrer de forma natural, com a pessoa falando com voz clara, um pouco mais devagar do que o normal, usando articulação normal e sem exageros. A voz deve ter intensidade normal. Falar de frente, com o rosto iluminado, no mesmo nível visual que a criança. Usar expressões faciais e entonações ricas.

Deixar os lábios descobertos. Comunicar-se através de um contexto significativo. Manter sempre um diálogo.

5.6. Estimulação Visual

Estimular o comportamento exploratório do ambiente, demonstrando de forma verbal onde a criança está, com quem está, aonde irá, quais objetos estão no ambiente. Utilizar brinquedos e objetos adaptados de acordo com as necessidades da criança por meio das funções sensoriais (auditiva, tátil, proprioceptiva e vestibular) com brinquedos grandes, na linha média e no campo visual de 20 cm, estimulando verbalmente que ela busque com o olhar e a cabeça (se houver controle de tronco). Objetos de tamanhos e tipos variados, com cores de alto contraste e coloridos (com amarelo e preto e/ou vermelho e branco) e/ou com brilho e iluminados, estimulando a visão e percepção tátil no campo visual de 20 cm. Brinquedos sonoros (como por exemplo chocalhos), dispostos na frente da linha média da criança, em seu campo visual e/ou horizontalmente realizando movimentos com o brinquedo de trás para frente e assim sucessivamente, de forma lenta para a criança perceber o objeto à sua volta. Estimular aspectos táteis com diferentes texturas, como por exemplo: grãos, esponjas, algodão etc. É necessário colocar as mãos da criança na textura e com ajuda terapêutica auxiliar a criança a se autoestimar, sempre dando estímulos verbais do que está sendo passado em seu corpo e qual o tipo de textura, se é: áspero, liso, gelado, entre outros. Evitar a luz direta nos olhos em crianças que apresentem crises convulsivas, mas se não houver é importante utilizar lanternas em ambientes escuros apontando para determinados pontos do ambiente e para objetos que o terapeuta quer que a criança olhe. Orientar familiares de como utilizar esses recursos em suas residências, para que o faça e aumente o estímulo dado à criança.

5.7. Estimulação da Função Motora

É importante que o ambiente familiar seja estimulador; cada troca de posição, troca de roupa, oferta de brinquedos, banho, deve ser acompanhado de estímulos verbais e táteis. Sempre que possível, a criança deve estar perto dos pais, cuidadores, irmãos, enquanto estiverem trabalhando, conversando, se alimentando ou brincando. Ela precisa participar da dinâmica da casa.

O estímulo à função motora é melhor ser explicado por meio de figuras, demonstrando as atividades que podem ser feitas. Dessa forma, orientamos a consulta ao material desenvolvida pela Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com o Centro Universitário Newton Paiva disponível em:

https://telessaude.hc.ufmg.br/wpcontent/uploads/2016/07/LIVRO_ESTIMULA%C3%87%C3%83O-PRECOCE.pdf

5.8. Febre sem sinais localizatórios (FSSL): febre aguda não associada a outros sinais ou sintomas.

Apesar de, na maior parte das vezes, a febre vir acompanhada de outros sinais e sintomas, em aproximadamente 20% das crianças que procuram o serviço de saúde com história de até 7 dias de febre, o foco não pode ser determinado na primeira avaliação clínica, mesmo após história e exame físico cuidadoso. Este quadro é, normalmente, denominado “febre sem sinais localizatórios” ou “febre sem origem definida”.

Essa situação exige muita atenção do profissional da Atenção Básica, especialmente em crianças menores de 6 meses, pelo risco de doenças potencialmente graves, que podem evoluir com deterioração

do estado geral rápida, principalmente bacteremias ocultas e doenças bacterianas graves (meningites, pneumonias, infecções urinárias etc.).

Sempre avaliar sinais de alarme:

- Toxemia / Letargia
- Hipotonia
- Abaulamento de fontanela
- Alteração do nível de consciência
- Convulsões
- Rigidez de nuca
- Má perfusão
- Tempo de enchimento capilar < 2 seg.
- Cianose
- Petéquias
- Dispneia/Taquipneia
- Hipoxemia
- Doença grave de base

Se houver sinal de alarme, encaminhar para serviços de emergência.

Causas de febre sem sinal localizatório: Infecção do trato urinário, pneumonia, sinusite, bacteremia, artrite séptica, osteomielite, síndromes virais, doença da arranhadura do gato, mononucleose infecciosa, citomegalovirose, malária, tuberculose, reação à vacina. Atenção para os períodos de epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya, que podem ser oligossintomáticos. Se suspeitar de alguma dessas causas, fazer solicitação de exames e tratamento conforme a investigação.

Se não houver sinal de alarme, prescrever antitérmico, orientar sinais de alarme e manter observação. Se a febre passar de 7 dias, fazer nova anamnese e exame físico completo e encaminhar ao pediatra se a causa da febre ainda não pode ter sido evidenciada.

Prescrição de antitérmicos:

Dipirona	Solução oral (gotas): 500 mg/ml 20 gotas = 1 ml 1 gota = 25 mg	VO-É primeira via de escolha, exceto se vômitos ou rebaixamento do nível de consciência. Dose: 1 gota/kg/dose Intervalo: até de 6/6h
Paracetamol	Solução oral (gotas): 200 mg/ml 15 gotas = 1 ml 1 gota = 25 mg	10-15 mg/kg/dose = 1 gota/kg/dose Intervalo: até de 6/6h máx. 75 mg/kg/dia
Ibuprofeno	Gotas: 50 mg/ml 1 gota = 5 mg	5-10 mg/kg/dose = 1-2 gotas/kg/dose Intervalo: até de 6/6h máx. 40mg/kg/dia Não utilizar em suspeita de arbovirose

6. Arboviroses

Suspeita de Dengue: Febre entre 2 e 7 dias sem foco infeccioso aparente ou febre entre 2 e 7 dias e mais dois dos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, leucopenia.

Nesse caso, notificar e classificar:

Grupo A: prova do laço (-), sem sinais de alarme, sem condição especial ou maior de 2 anos, sem risco social e sem comorbidades.	Acompanhamento ambulatorial: Prescrever paracetamol e/ou dipirona. Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides. Orientar repouso e prescrever dieta e hidratação oral. Procurar imediatamente o serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais/sintomas de alarme. Agendar o retorno para reavaliação clínica no dia de melhora da febre (possível início da fase crítica); caso não haja defervescência, retornar no quinto dia de doença.
Grupo B: prova do laço (+), sem sinais de alarme, com condição clínica especial ou menor de 2 anos, com risco social ou comorbidades.	Hidratação/observação na Unidade. Se possível, realizar hemograma na unidade. Se não, encaminhar para serviço de emergência.
Grupo C: presença de algum sinal de alarme, com ou sem manifestação hemorrágica.	Iniciar hidratação venosa e encaminhar para serviço de emergência.
Grupo D: com sinais de choque. Desconforto respiratório; hemorragia grave; disfunção grave de órgãos. Manifestação hemorrágica presente ou ausente.	Iniciar hidratação venosa e encaminhar para serviço de emergência.
SINAIS DE ALARME: Dor abdominal intensa e contínua; Vômitos persistentes; Hipotensão postural e/ou tontura; Hepatomegalia dolorosa; Sangramento de mucosas; Hemorragias importantes (vômitos com sangue ou melena); Sonolência e/ou irritabilidade; Diminuição da diurese; Hipotermia; Aumento repentino de hematócrito; Queda abrupta de plaquetas; Desconforto respiratório; Acometimento neurológico; <u>Dispnéia</u>; Sinais de paralisia flácida aguda de membros. SINAIS DE CHOQUE: Hipotensão arterial; Pressão arterial convergente; Enchimento capilar lento (maior de 2 segundos); Extremidades frias e cianóticas.	

Suspeita de Chikungunya:

Febre de início súbito mais artralgia ou artrite intensa com início agudo (muito chorosa ao movimentar articulações).

Nesse caso, notificar e classificar:

Criança maior de 2 anos, sem sinais de alarme e sem comorbidades	Acompanhamento ambulatorial: Prescrever paracetamol e/ou dipirona. Hidratação oral conforme grau de hidratação/desidratação. Utilizar compressas frias para redução de danos articulares (evitar compressas mornas). Repouso. Retornar a unidade de saúde, se manutenção da febre por mais de cinco dias ou sinais de gravidade ou piora clínica.
Criança menor de 2 anos, sem sinais de alarme ou maior de 2 anos com comorbidades	Observação na unidade: Hemograma com contagem de plaquetas via ambulatorial. Hidratação oral, conforme grau de

	hidratação/desidratação. Prescrever paracetamol e/ou dipirona. Utilizar compressas frias para redução de danos articulares (evitar compressas mornas). Repouso. Retornar diariamente à <u>unidade</u> até o desaparecimento da febre.
Criança com sinais de alarme, independentemente da idade.	Encaminhar para serviço de emergência.

Hidratação oral:

Oferecer 1/3 na forma de soro de reidratação oral (SRO) e o restante por meio da oferta de água, sucos e chás. Considerar o volume de líquidos a ser ingerido conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday Segar acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%):

- Crianças até 10 kg: 130 ml/kg/dia
- Crianças de 10 a 20 kg: 100 ml/kg/dia
- Crianças acima de 20 kg: 80 ml/kg/dia

Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento considerar a oferta de 1/3 deste volume. Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre.

A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação. O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado.

Suspeita de Zika:

Exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois dos seguintes sintomas: febre, hipermia conjuntival (não purulenta e sem prurido), poliartralgia, edema periarticular.

Nesse caso, notificar e classificar:

Sem sinais de alarme, independentemente da idade	Prescrever paracetamol e/ou dipirona. Caso tenha prurido intenso, prescrever anti-histamínicos: dexclorfeniramina ou loratadina. Loratadina 1mg/ml xarope 2 a 5 anos: 5 mg/dia; dexclorfeniramina 0,4mg/ml 2 a 6 anos: 0,5 mg de 6/6 horas (contraindicado em menores de 2 anos)
Com sinais de alarme, independentemente da idade	Considerar encaminhamento para avaliação hospitalar.

7. Doenças exantemáticas

Esse grupo de doenças é caracterizado por exantema ou rash eritematoso e, normalmente, é sintoma de doença sistêmica. O diagnóstico deve ser feito pela observação das características das lesões, distribuição e presença de sintomas associados e relação com a febre.

	Avaliação	O que fazer
Varicela	<i>Lesões: progridem de mácula → pápula → vesícula → crosta. É característica a</i>	Não há indicação de tratamento de rotina. Encaminhar para tratamento antiviral apenas para crianças imunossuprimidas. Orientar banhos com água morna, evitar que a criança coce o local a fim de evitar



	<i>presença de lesões em todas as fases ao mesmo tempo. Pode ser pruriginoso, com ou sem febre.</i> Distribuição: tronco-membros (centrífuga). Período de Incubação: 10 a 21 dias	disseminação e/ou infecções. Prescrever emolientes. Pesquisar complicações. Infecção bacteriana secundária: lesão diferente das outras, com maior hiperemia e edema de pele, perilesão com ou sem saída de secreção purulenta. Manejo: ver quadro de infecções bacterianas de pele. Pneumonite: Encaminhar para serviço de emergência. Afastar da escola: de 2 dias antes da erupção a 5 dias após o aparecimento do primeiro grupo de vesículas.
Sarampo	<i>Exantema morbiliforme generalizado no 3o dia. Pródromo: 3 a 5 dias de febre, coriza, conjuntivite, fotofobia e bronquite. Exantema avermelhado → acastanhado. Ao 7o dia surge descamação furfurácea. Dura em média 10 dias. Distribuição: descendente (atrás da orelha e face → tronco → membros). Sinal de Koplik: pontos brancos sobre base enantematosa na mucosa jugal (interior das bochechas).</i>	Não há indicação de tratamento de rotina. Tratar sintomas. Pesquisar complicações: broncopneumonia, otite, gastroenterite, apendicite aguda, úlcera de córnea, encefalite. Notificar todos os casos. Afastar da escola – Do período prodrômico até o 5º dia de exantema.
Rubéola	Frequentemente oligossintomático. Pródromo de 2 a 3 dias de febre, astenia e adenopatia retroauricular, occipital ou cervical. Exantema maculopapular róseo descendente que dura 3 a 5 dias.	Não é necessário tratamento específico. Tratar sintomas. Pesquisar complicações: artrite, encefalite púrpura. Notificar todos os casos. Afastar da escola e do contato com gestantes. Transmite de 5 a 7 dias antes do exantema a 7 dias depois do início do exantema.
Escarlatina	Pródromo de 1 a 2 dias de febre, amigdalite purulenta e cefaléia. Exantema micropapular (maculopapular), pruriginoso, que deixa a pele em aspecto de lixa → descamação laminar de extremidades. Linha vermelha em regiões de pregas, especialmente do	Prescrever antibiótico para todos os casos. Opções: Amoxicilina 40-60 mg/kg/dia, até 1.500 mg/dia em 2 a 3 tomadas durante 10 dias. Eritromicina 30-50 mg/kg/dia em 3 tomadas por 10 dias. Penicilina benzatina 600.000 UI (até 20 kg), e 1.200.000 UI (mais de 20 kg) em dose única. Pesquisar complicações: orientar sinais de alarme de febre reumática e glomerulonefrite pós-estreptocócica.



	<i>cotovelo. (sinal de Pastia). Palidez perioral (sinal de Filatov). Língua saburrosa, que posteriormente se descama, com aspecto de framboesa. Febre alta nos primeiros dias de exantema. Pode ser feita coleta de swab de orofaringe para Streptococcus (até 65% de positividade para grupo A).</i>	Afastar da escola por até 24 horas após a primeira dose de antibiótico.
Eritema infeccioso	Lesões: início na face, com hiperemia intensa de bochechas, que simula lesão traumática "bochecha esbofetada". Evolui para exantema reticular de tronco e membros. A erupção pode ser intermitente, aparecendo e desaparecendo ao longo de 2 a 3 semanas, piorando com exposição solar. Febre baixa e bom estado geral. Tempo de incubação de 5 a 14 dias. Pode ter pródromo de até 10 dias de sintomas respiratórios. Mais comum no inverno e primavera em meninos entre 6 e 10 anos.	Não há indicação de tratamento de rotina. Tratar sintomas. Pesquisar complicações: artralgia, hepatite, anemia aplástica. Encaminhar para tratamento com c-globulina os imunossuprimidos ou com complicações. Afastar da escola.
Exantema súbito	Febre alta durante 3 a 5 dias, com ou sem dor de garganta e linfadenopatia. O exantema surge durante a defervescência da febre: maculopapular inicialmente no tronco, e segue para a face e membros. Mais comum em crianças até 2 anos. Pode ter linfadenopatia cervical ou occipital.	Não há indicação de tratamento de rotina. Tratar sintomas, especialmente febre com paracetamol ou dipirona. Pesquisar complicações: convulsão febril ocorre em até 10% dos casos. Orientar medidas de higiene e afastar da escola. Transmissão por saliva contaminada.
Doença Mão-pé-boca	Mucosa oral: enantema com lesões ulcerativas, muito dolorosas, mais comuns no palato, língua e mucosa jugal. Iniciam com máculas e pápulas <i>eritematosas</i> → <i>vesículas</i> → <i>úlceras amarelas com halo eritematoso</i> . Baixa	Não há indicação de tratamento de rotina. Tratar sintomas. Prescrever analgésico 30 a 60 minutos antes das refeições para melhorar a aceitação alimentar. Pesquisar complicações: desidratação por baixa aceitação alimentar, miocardite, meningoencefalite, edema pulmonar. Orientar medidas de higiene: transmissão é

	<i>aceitação alimentar, febre baixa são comuns.</i> Pele: máculas e pápulas eritematosas com vesículas centrais cinza. Mãos e pés são frequentemente envolvidos. Formam-se crostas que desaparecem gradualmente ao longo de 5 a 10 dias sem deixar cicatrizes.	fecal-oral. Lavar as mãos <u>nas</u> trocas de fraldas. Não é necessário afastar da escola.
--	--	---

8. Anemia

A Anemia é definida como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal. O valor de corte da hemoglobina normal varia conforme a idade:

- Crianças entre 6 e 59 meses: hemoglobina (11,0g/dL) e hematócrito (33%);
- Crianças entre 5 e 11 anos: hemoglobina (11,5g/dL) e hematócrito (34%);

Várias condições podem levar à anemia: carência de um ou mais nutrientes essenciais, doença genética (anemia Falciforme, Hemoglobinopatias etc.) sequestro esplênico em condições com Esplenomegalia, diminuição da renina por Insuficiência Renal Crônica-IRC, neoplasias, doenças infecciosas e reumatológicas.

Em crianças, a causa mais comum de anemia é a deficiência de ferro decorrente de carência nutricional, denominada Anemia Ferropriva. Estima-se que atinja metade das crianças menores de 4 anos no Brasil e é, ainda, a principal causa da anemia em crianças menores de 2 anos. As crianças moradoras de áreas urbanas apresentaram maior prevalência de anemia se comparadas com as crianças de áreas rurais.

A anemia pode ter consequências graves para crianças, a saber: fadiga, diminuição da força muscular, atraso no desenvolvimento, déficit cognitivo, falta de memória, baixa concentração, taquicardia, sopro cardíaco e insuficiência cardíaca em casos graves, além de favorecer infecções e outras doenças.

Avaliação global da criança com anemia:

Anamnese:

- Dados do parto (desnutrição intrauterina, prematuridade, baixo peso ao nascer).
- Estado nutricional, crescimento e desenvolvimento e ganho de peso.
- Tempo de aleitamento materno, desmame precoce e seus substitutos.
- Histórico alimentar, alergias.
- História vacinal, suplementação de Ferro e Vitamina A.
- História de parasitose intestinal e malária.
- Presença de sinais e sintomas (fraqueza, sonolência, cansaço, palpitações, letargia, síncope, cefaleias, zumbidos, glossite, atraso na aquisição da linguagem e do desenvolvimento motor e diminuição do apetite).



- Comportamento da criança durante a consulta.
- Presença de sinais de gravidade.

Exame físico:

- Peso e estatura.
- Frequência cardíaca.
- Frequência respiratória.
- Temperatura.
- Inspeção de pele e palma das mãos.
- Coloração de mucosas e conjuntivas.
- Ausculta pulmonar.
- Ausculta cardíaca.
- Palpação abdominal
- Exame do aparelho genital e região anal.
- Exame neurológico.
- Identificação de qualquer fonte de sangramento ativo ou agudo.

Sinais compatíveis com Anemia

- Fraqueza, sonolência.
- Cansaço, síncope.
- Cefaleia, zumbido.
- Glossite.
- Atraso na aquisição da linguagem e do desenvolvimento motor.
- Diminuição do apetite.

Sinais de gravidade

- Dispneia.
- Taquicardia.
- Palpitações.
- Letargia.
- Síncope.
- Sopros cardíacos leves.

- Esplenomegalia.

Conduta na suspeita ou confirmação de Anemia (sinais e sintomas, sem exame laboratorial):

- Verificar a necessidade de solicitação de exames complementares, de acordo com a anamnese e exame físico (hemograma, contagem de reticulócitos, esfregaço ou lâmina de sangue periférico, ferro sérico, transferrina, ferritina, ácido fólico, vitamina B12, teste de Coombs indireto, Bilirrubina indireta, Medulograma, Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia).
- Verificar sintomas de verminose e tratar conforme.
- Tratar com ferro 3-4 mg/kg/dia, se o acesso ao exame levar mais do que duas semanas.
- Orientações alimentares e hábitos de higiene.
- Orientar retorno, se presença de sinais de perigo e resultado do exame em mãos.
- Realizar abordagem psicossocial com atenção às crianças que pertencem a famílias de baixa renda.

9. Linfadenomegalia

Linfonodomegalia significa (representa) o aumento dos linfonodos (linfonodo maior que 1 cm). A queixa de “caroço” ou “íngua” é comum na infância e frequentemente refletem essa condição. Na maioria das vezes refletem linfonodomegalia reacional a uma infecção viral ou bacteriana atual ou prévia, mas podem indicar sinal precoce de doença maligna. A abordagem das adenomegalias na Atenção Primária é de extrema importância, pois o atraso do diagnóstico pode representar prognóstico desfavorável. Em crianças de até 2 meses, a ocorrência destes deve motivar investigação criteriosa.

Apesar de incomum, merecem destaque as linfonodomegalias em região auricular posterior, epitroclear e supraclavicular que sugerem a ocorrência de leucemias e linfomas. A leucemia aguda representa 25% a 30% dos casos de câncer em pediatria e os linfomas 5% dos tumores em crianças de até 15 anos.

Avaliação global

Pontos importantes na entrevista clínica:

- Idade.
- Procedência.
- Contato com doenças infectocontagiosas.
- Lateralidade e cronicidade.

- Sintomas associados (febre, sudorese noturna, tosse, odinofagia, calor local, emagrecimento, palidez).
- Picadas de animal.
- Problemas dentários.
- Antecedentes pessoais.
- Uso prévio de medicamentos.
- História vacinal.
- Hábitos e condições de moradia.

Pontos importantes do exame físico:

- Avaliação do estado geral da criança.
- Sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, peso e estatura).
- Características do linfonodo (tamanho, mobilidade, consistência, eritema, temperatura, presença de dor).
- Diferenciar, se localizada ou generalizada.
- Avaliação de desnutrição e distúrbio do crescimento.

Sinais de alarme:

- Presença de linfonodos no período neonatal, em qualquer região do corpo.
- Presença persistente e inexplicável de febre e/ou perda de peso, sudorese noturna, linfonodomegalia generalizada e hepato e/ou esplenomegalia.
- Gânglios aderidos a planos profundos ou à pele, de crescimento rápido, agrupados e endurecidos.
- Localização supraclavicular ou de mediastino.
- Aumento progressivo do gânglio ou não regressão deste por quatro semanas ou mais.
- Gânglios de tamanho maior que o inicial após duas semanas de uso de antibióticos.
- Gânglios que não diminuem de tamanho após 4 a 6 semanas ou que não retornam ao tamanho normal em 8 a 12 semanas, principalmente se associados a novos sinais e/ou sintomas.
- Investigação laboratorial negativa e o gânglio se mantém por mais de oito semanas.

Presença de sinais alarme	Solicitar: Hemograma, PCR, VHS, outros exames de acordo com anamnese e exame físico. Considerar encaminhamento para pediatra.
Sem sinais de alarme	Proceder com a investigação laboratorial necessária de acordo com a avaliação. A maioria dos casos são autolimitados e não requerem tratamento, apenas observação. Provável causa

bacteriana: iniciar antibioticoterapia adequada. Fazer sintomáticos se necessário.
--

10.Dor abdominal

A dor abdominal pode ser classificada em dores de parede e dores viscerais. As dores de parede são resultado de algum trauma ou esforço a mais da musculatura abdominal. Ela costuma ser bem localizada e em geral palpável. A dor abdominal visceral resulta de impulsos dolorosos oriundos da cavidade abdominal, quer seja de seu revestimento peritoneal, seja de suas vísceras. É dor em geral difusa, contínua ou em cólicas, sendo irradiada para a parede abdominal de forma mal localizada. Há banalização da queixa associando-a a quadros de parasitose inadequadamente. Frequentemente está associada a quadros “funcionais”, relacionados a questões emocionais ou somatização.

A causa mais comum de dor abdominal em crianças é a gastroenterite infecciosa, geralmente associada a vômitos, febre e/ou alterações do hábito intestinal.

A causa cirúrgica mais frequente é a apendicite. Outras causas cirúrgicas raras em crianças pequenas incluem Hérnia encarcerada, intussuscepção, volvo, doença de Hirschsprung, entre outras.

Avaliação global

Pontos importantes entrevista clínica:

- Dor: localização, irradiação, intensidade, duração, início e fatores de melhora e piora.
- História prévia de cirurgia.
- Sintomas associados.

Pontos importantes exame físico:

- Exame geral: avaliação do estado geral, perfusão, hidratação, icterícia, febre, taquicardia, dispneia, com atenção aos sinais de alerta.
- Exame abdominal: inspeção, ausculta, percussão e palpação em busca de sinais de alerta.
- Manobra de Blumberg a partir dos 2 anos.
- Verificar sinais sugestivos de violência.
- Investigar se criança em situação de trabalho

Sinais de alerta

- Defesa e rigidez abdominal.
- Distensão abdominal importante.
- Dor intensa que não melhora com antiespasmódico e/ou analgésico simples (pode-se fazer teste terapêutico em casos duvidosos).
- Icterícia.
- Ausência de diurese há mais de 24 horas.
- Vômito com sangue.
- Sangue nas fezes.
- Trauma abdominal.
- Dor a descompressão abrupta (sinal de Blumberg).
- Déficit pondero-estatural.
- Doenças graves de base.

Presença de sinais alarme	Encaminhar para serviço de emergência.
Sem sinais de alarme	Avaliar e manejar, conforme a causa identificada. Verificar situações relacionadas a causas psicossociais.

Causa	Avaliação	O que fazer
Cólica infantil	Comumente presente até 1 ano de vida. Caracterizado por choro intenso, geralmente no lactente ocorrendo em mais de 3 horas por dia e por mais de 3 semanas. Exame físico é sempre normal e criança apresenta ganho ponderal adequado.	-Lactentes em aleitamento exclusivo: avaliar pega mamária (posição/sucção); identificar e restringir laticínios e/ou dieta hipoalergênica para a mãe. -Lactentes em uso de fórmula ou leite integral com proteína de vaca: se a cólica for leve a moderada, considerar estimular a diminuição do volume de ingesta da fórmula, e estímulo da introdução de alimentos nas crianças desmamadas. A troca por derivados da proteína de vaca por meio de fórmula hipoalergênica está indicado nos casos mais severos de cólica e quando há presença de sinais de dermatite atópica. -Não há evidências sobre a eficácia do uso de medicamentos para o tratamento da cólica infantil considerando os medicamentos seguros para as faixas etárias menores. -Massagem abdominal, calor local e banhos mornos de aspersão, embora sem evidência científica, podem promover o

		relaxamento da criança e vínculo familiar, além de tranquilizar os pais.
Gastroenterite presumivelmente infecciosa	Diarreia e/ou vômitos sem presença de sangue e/ou secreção purulenta (etiologia viral). Quadro que pode se manter por até 14 dias e apresenta exame físico normal. Atentar para sinais precoces de desidratação.	Hidratação e reposição de líquidos/eletrolitos.
Obstipação/constipação	Dificuldade de evacuação, fezes endurecidas e dor/desconforto ao evacuar. Ao exame físico os achados geralmente são normais, a exceção se dá quando a presença de massas palpáveis em região abdominal e anal, as quais necessitam atenção especial.	Ver próxima seção.
Infecção do Trato Urinário	É incomum apresentar-se como dor abdominal em crianças. - Crianças menores e lactentes: sintomas e sinais inespecíficos como: letargia, febre, irritabilidade e diminuição da aceitação alimentar. - Crianças maiores: dificuldade urinária, febre, retardo no crescimento, oligúria, dor abdominal localizada mais em região de baixo ventre, dor lombar. - Exame físico: dor à palpação em região suprapúbica, dor a palpação e em região lombar direita ou esquerda. -Febre e presença de odor fétido em urina e hematúria macroscópica. -Hiperemia em região de meato urinário.	Tratamento -Aumento da ingesta hídrica e adesão adequada à terapia antimicrobiana são os principais cuidados. - Para crianças lactentes menores de 8 semanas, está indicado antibiótico endovenoso em ambiente hospitalar. - Para crianças > 8 semanas estáveis e sem sinais de gravidade, está indicado tratamento ambulatorial com: - Sulfametoxazol/Trimetoprima 40/8 mg/kg/dia de 12/12 h por 10 dias. OU - Cefalexina 50mg-100mg kg/dia de 6/6h por 10 dias. OU - Amoxicilina 30-50 mg kg/dia de 8/8h por 10 dias. OU - Amoxicilina/ácido clavulânico 20-40 mg/kg/dia de 8/8h por 10 dias. Para crianças > 8 semanas com sinais de gravidade, está indicado antibiótico endovenoso em ambiente hospitalar.
Abdome agudo	Geralmente tem sinais de alarme presentes. A causa mais comum em crianças é a apendicite aguda, cujo sinal ao exame físico mais comum é a dor à descompressão localizada geralmente em quadrante inferior direito de forte intensidade,	-Não oferecer água ou alimentos e encaminhar com urgência para avaliação em serviço de emergência. -Avaliar sinais vitais e iniciar hidratação endovenosa com soro fisiológico a 0,9% 20ml/kg se sinais de má perfusão ou desidratação. -Medicar com escopolamina (gotas) para dor enquanto aguarda remoção.

	acompanhada de febre. Faixa etária mais comum: 2 a 10 anos e adolescência. Outras causas raras: hérnia encarcerada, intussuscepção, volvo, doença de Hirschsprung.	
Dor abdominal recorrente sem outros sintomas	Dor abdominal recorrente, com exame físico normal. Pode ser somatização, sinal de sofrimento psíquico.	-Conversar com os responsáveis, oferecer apoio, perguntar sobre problemas em casa, na escola e na comunidade. -Tentar identificar situações desencadeantes. - Envolver a Equipe Multiprofissional.

11. Constipação

A Constipação é um problema bastante comum que causa preocupação em pais e responsáveis. Apesar de ser um problema relativamente fácil de manejar pelos membros da equipe de saúde, a constipação impõe ao profissional de saúde um conhecimento clínico perspicaz, não só para tranquilizar as famílias, mas fundamentalmente identificar os fatores desencadeantes e corrigi-los, além de estar atento a possíveis sinais de gravidade.

Avaliação global:

11.1 Principais pontos da entrevista clínica: questionar quantos dias de constipação, presença de fezes endurecidas ou cíbalos (fezes tipo cabritinho) ou volumosas.

11.2 Principais pontos do exame físico: verificar presença de distensão abdominal, fissuras anais e/ou alterações na anatomia do ânus, avaliar a motilidade intestinal (normalidade entre 2 a 12 vezes por minuto), presença de fecaloma (massa palpável geralmente em cólon descendente/sigmóide). Na suspeita clínica de impactação fecal e/ou fecaloma, realizar toque retal de forma cuidadosa e devendo o profissional se sentir habilitado a ele. Orienta-se em crianças menores/lactentes o uso de dedo mínimo.

É importante documentar em um diário todas as evacuações da criança, especialmente no que diz respeito à frequência e quantidade, para facilitar a avaliação do tratamento de manutenção e avaliar a probabilidade de impactação fecal.

Tratamento:

Lactentes em aleitamento materno exclusivo:

- Tranquilizar a família.
- Orientar que esta situação é normal, podendo a criança ficar até 10 dias sem evacuar, desde que não tenha alterações ao exame físico.
- Orientar cuidados de estimulação (massagem abdominal da direita para a esquerda do abdome).
- Se a constipação durar mais de 10 dias, a criança deve ser encaminhada ao médico da equipe para investigação clínica.

Lactentes em aleitamento misto:

- Tranquilizar a família.
- Avaliar se a introdução do leite de vaca ou outros alimentos pode estar contribuindo para esta situação e, em caso afirmativo, suspender seu uso.
- Estimular o aumento do consumo de fibras (abacaxi, abacate, ameixa, maçã com casca, mamão, manga, melão, melancia, uva, arroz integral, aveia, milho, abóbora, batata doce, cará, inhame, feijão, macaxeira, brócolis, couve manteiga, alface, agrião, tomate).

Não lactentes:

- Estimular o aumento do consumo de fibras (abacaxi, abacate, ameixa, maçã com casca, mamão, manga, melão, melancia, uva, arroz integral, aveia, milho, abóbora, batata doce, cará, inhame, feijão, macaxeira, brócolis, couve manteiga, alface, agrião, tomate).
- Aumentar a ingestão hídrica da criança, correção de horários da alimentação, bem como estímulo da atividade física em crianças maiores de 2 anos.
- Observar retenção voluntária dela, principalmente no pré-escolar e orientar.

A opção medicamentosa pode ser indicada caso as mudanças alimentares não surtiram efeito: Lactulose 1 ml/kg por via oral 1 a 2 vezes ao dia em qualquer idade. O objetivo do tratamento de manutenção é manter evacuações (2-3 vezes/dia) de fezes macias. Caso não ocorra melhora dos sintomas da criança dentro de seis meses (considerando boa adesão ao tratamento) o encaminhamento para o pediatra deve ser considerado.

12. Diarreia e vômito

O Vômito é um fenômeno que pode acontecer por diversas causas: problemas no trato gastrointestinal, infecciosos, irritativos ou de motilidade, distúrbios eletrolíticos, ação de fármacos e infecções do sistema nervoso central, após crises de tosse, entre outras. A causa mais comum de vômitos em crianças na atenção básica é infecção viral do trato gastrointestinal.

A Diarreia é o aumento da frequência de dejeções e/ou diminuição de sua consistência. Para o seu diagnóstico, deve haver mudança no hábito intestinal da criança (compará-la com ela mesma). Pode ser classificada em aguda ou crônica, a primeira autolimitada a um período até 14 dias, e a segunda a partir daí.

O vômito e a diarreia podem causar desidratação grave, o que depende da frequência e intensidade dos sintomas.

Avaliação global:

Pontos principais da anamnese: número de episódios, presença de febre, presença de sangue e muco nas fezes, presença de diurese.

Pontos principais do exame Físico: sinais de desidratação (ver abaixo). Sinais de abdome agudo: defesa, abdome rígido, dor intensa, descompressão brusca positiva.

Sinais de desidratação grave:

- Taquipneia.
- Enchimento capilar > 2 seg.
- Sonolência, hipotonia.
- Desidratação.
- Criança chorosa.
- Fezes ou vômitos com sangue.
- Fontanelas abauladas e/ou afundadas.
- Pulso rápido ou fraco.
- Sem condições de beber ou não aceitando líquidos.
- Doenças graves de base

Sinais de desidratação leve:

- Criança irritada, com sede
- Olhos encovados
- Mucosas secas



- Bregma deprimida
- Turgor cutâneo pouco diminuído
- Pulso palpável
- Perfusão normal (menor que 2'')
- Circulação/pressão arterial normal
- Diurese pouco diminuída

Presença de desidratação ou sinais de alerta	Crianças < 2 meses com quadro de desidratação deverão ser encaminhadas para serviço de emergência. Crianças > 2 meses muito desidratada: Iniciar hidratação endovenoso (EV) imediatamente: Ringer lactato ou soro fisiológico 0,9% e manter observação por no mínimo 6 horas na unidade da seguinte forma: 1) Fase de expansão: - Crianças menores de 1 ano: 30 ml/kg na primeira hora e 70 ml/kg em 5 horas. - Crianças maiores de 1 ano: 30 ml/kg em 30 minutos e 70 ml/kg em 2 horas e 30 minutos. 2) Iniciar SRO via oral assim que a criança começar a aceitação (5ml/kg/hora). 3) Reavaliar a criança a cada 30 minutos, verificando a necessidade de encaminhamento ao serviço de emergência, caso não haja melhora. Crianças > 2 meses pouco desidratada: Permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa. Administrar, no serviço de saúde, 75 ml/kg de SRO durante 4 horas. Reavaliar a criança de hora em hora e estar atento a sinais de piora clínica.
Ausência de desidratação ou sinais de alerta	Prescrever SRO após perdas para tratamento no domicílio: Crianças < 1 ano: 50 a 100 ml após cada perda hídrica. Crianças > 1 ano: 100 a 200 ml após cada perda hídrica e conforme aceitação. Orientações: - Amamentar com frequência e por tempo mais longo a cada vez. - Caso a criança esteja em LME, fazer SRO além do leite materno. - Caso a criança não esteja em LME, ofertar líquidos caseiros (tais como caldos, sopas) ou água potável além do SRO. Em casos de vômitos incoercíveis, está indicado o uso de Metoclopramida ou Bromoprida em crianças maiores de 1 ano.

13. Parasitose

As parasitoses intestinais constituem a doença mais comum do globo terrestre. São endêmicas e constituem importante agravo à saúde e, assim, problemas de saúde pública. São frequentemente assintomáticas, mas podem causar perda de peso e desnutrição, anemia, diarreia crônica, dor abdominal crônica e prurido anal.

13.1 Orientações globais:

- Manter higiene rotineira das mãos da criança, principalmente antes das refeições e após uso de sanitários.
- Manter as unhas sempre bem aparadas.
- Higienizar bem frutas e verduras antes do consumo. Na higiene de frutas e verduras o uso de hipoclorito 2% (água sanitária), 2 gotas em cada litro de água por 30 minutos e após lavar as mesmas com água corrente, contribuem em muito na prevenção da ingesta de ovos e cistos de agentes parasitários.
- Proteger os alimentos de insetos e/ou poeira, gotículas etc.
- Ingerir sempre água potável filtrada ou fervida.

13.2 Avaliação global:

Pontos importantes:

História de saída de vermes visíveis nas fezes.

Exame físico: avaliar ganho pondero-estatural, sinais de anemia, exame abdominal completo.

Sinais de alerta:

- Distensão abdominal importante e/ou ausência de ruídos intestinais (risco de obstrução intestinal).
- Eliminação de parasitas pela cavidade oral ou nasal.
- Dor abdominal intensa, associada à suspeita clínica de parasitose.

Na presença de sinais de alerta, referenciar para serviço de emergência.

13.3 Criança < 2 anos sem sinal de alerta:

Avaliar a necessidade do tratamento farmacológico e iniciar tratamento considerando risco-benefício. Avaliar o risco/benefício, pois embora amplamente utilizados, não há dados de segurança nesta faixa etária para uso destes medicamentos. Albendazol em crianças entre 12 meses e 2 anos a dose permitida, avaliando-se risco-benefício, é de 200 mg dose única.

Orientar medidas preventivas e cuidados gerais e retorno em 7 dias para reavaliação.

Criança > 2 anos sem sinal de alerta:

Iniciar tratamento: Albendazol em suspensão, dose única.

Orientar medidas preventivas e cuidados gerais e retorno, se necessário.

Na suspeita ou confirmação de:	Tratamento
Ascaridíase Enterobíase Ancilostomíase Tricuríase	Albendazol, 400 mg, dose única
Estrongiloidíase Teníase	Albendazol, 400 mg, dose única, por 3 dias
Esquistossomose Himenolepíase	Praziquantel 60 mg/kg, dose única, para crianças (esquistossomose) Praziquantel, 10 a 20 mg/kg, dose única, repetir após 10 dias (Himenolepíase) Utilizar apenas em crianças > 4 anos, pois não existem dados de segurança nas faixas etárias inferiores.
Enterobíase Tricuríase Estrongiloidíase	Segunda escolha: Ivermectina, 0,15 a 0,20 mg/kg, dose única. Utilizar apenas em crianças > 5 anos, com peso > 15 kg.

14. Problemas respiratórios

Os problemas respiratórios em crianças continuam sendo um dos principais problemas de saúde pública. As infecções das vias respiratórias compõem a causa mais comum de doença durante a infância e estima-se que menores de 5 anos tenham de 4 a 8 infecções/ano. Esse número é ainda maior no caso de crianças que permanecem em creches – dez infecções/ano e cerca de 2% a 3% desses episódios evoluem para pneumonia – principal causa de morte por Infecção Respiratória Aguda - IRA.

14.1 Avaliação global

Em qualquer caso de queixa respiratórias (coriza, tosse, dor de garganta, chiado, dificuldade respiratória), avaliar a presença de sinais de alerta:

- Criança não consegue beber ou mamar.
- Presença de convulsões ou movimento anormal há < 72h.
- Letargia ou inconsciência.
- Tempo de enchimento capilar > 2 s.
- Batimento de asa de nariz e/ou gemência.
- Tiragem subcostal.

- Estridor em repouso.
- Cianose.

Na presença de qualquer sinal de alerta, encaminhar para serviço de emergência, monitorar sinais vitais, administrar 1 dose de antibiótico IM (Ceftriaxona IM: 100 mg/kg/dose. Dose máxima de Ceftriaxona é de 2.000 mg por dose) ou VO (Amoxicilina VO: 25mg/kg/dose).

Criança com coriza	
Quadro	Tratamento
Rinite alérgica: Rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, espirros em salvas, prurido ocular, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, perda do paladar e do olfato (raro); sem febre – quadro subagudo/crônico	-Controle ambiental: identificar e afastar desencadeantes é o tratamento mais eficaz. - Tratamento medicamentoso: Anti-histamínico oral: Loratadina: solução de 1 mg/1ml ou comprimido: 10 mg. - Para crianças entre 2 e 12 anos: Abaixo de 30 kg: 5 ml (5 mg) ou 1/2 comprimido. Acima de 30 kg: 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido. Dexclorfeniramina: xarope de 2 mg/ 5 ml ou comprimido: 2 mg -Crianças de 2 a 6 anos: 1,25 ml ou ¼ comprimido a cada 8 horas. Máximo de 3 mg/dia. -Crianças de 6 a 12 anos: 2,5 ml ou ¼ comprimido a cada 12 horas. Máximo de 6 mg/dia. Corticoide Inalatório Oral: Budesonida Spray nasal: 50 mcg/dose. -Crianças entre 6 e 12 anos: 1 dose/narina a cada 12 horas. -Crianças maiores de 6 anos: 1 a 2 doses/narina a cada 12 horas. No caso de situações em que seja necessária correção cirúrgica, encaminhar para otorrino.
Rinossinusite infecciosa Rinorreia anterior ou posterior, com obstrução ou congestão nasal, acompanhado de pressão ou dor facial e comprometimento do olfato. - Aguda: 4 semanas ou menos. - Subaguda: 4 a 12 semanas. - Crônica: 12 semanas ou mais. - Aguda recorrente: 4 ou mais episódios/ano. Sinais sugestivos de Rinossinusite bacteriana: - Edema periorbitário, sem hiperemia ou sinais infecciosos, que neste caso levantaria suspeita de alguma complicação; - Halitose, causada pela presença de secreções purulentas;	Identificar sinais de gravidade: - Febre acompanhada de secreção nasal purulenta. - Dor facial ou de dente moderada a intensa. - Edema periorbital com duração de pelo menos 3 a 4 dias. - Agravamento dos sintomas após 3 a 5 dias. - Ausência de melhora após 7 a 10 dias. Estimar, clinicamente, a etiologia: - Rinossinusite viral aguda: sintomas com menos de 10 dias de evolução viral (maior parte dos casos). Fazer o mesmo tratamento de Rinite alérgica, mas o corticóide pode ser sistêmico. Indicar ingestão hídrica adequada, inalação de vapor e a lavagem nasal com solução salina isotônica. - Rinossinusite bacteriana aguda: sintomas com mais de 10 dias e menos que quatro semanas. Fazer o mesmo tratamento da Rinite alérgica, mas o corticóide pode ser sistêmico. Indicar ingestão



- Dor à palpação facial correspondente à região dos seios maxilar, frontal e etmoidal; - Secreção em região de meato médio ou nas fossas nasais; - Drenagem posterior de secreção mucopurulenta; - Hiperemia de parede posterior da orofaringe.	hídrica adequada, inalação de vapor e a lavagem nasal com solução salina isotônica. Tratamento com antibiótico: Amoxicilina 45-90 mg/kg/dia 7 dias Amoxicilina + Clavulanato 45-90 + 6,4 mg/kg/dia 7 dias Azitromicina 10-15 mg/kg/dia 5 dias SMT+TMP 30 + 6 mg/kg/dia 7 dias - Referenciar para otorrinolaringologista e/ou emergência nas seguintes situações: imunocomprometido, suspeita de complicação (celulite facial, celulite orbital ou abscesso, infecção intracraniana); déficit de nervos cranianos, refratária ao tratamento normal com antibiótico; quadro recorrente (quatro ou mais episódios por ano), suspeita de processo imunológico ou alérgico para a condição, comorbidades (ex.: Asma, pólipos nasais).
Resfriado comum/viral Início súbito, com rinorreia hialina ou mucóide, obstrução nasal, espirros e irritação na garganta. Podem ocorrer: tosse, febre e hiperemia de mucosa nasal, orofaringe e membranas timpânicas. *Depois dos primeiros dias, é comum a secreção nasal ficar mais espessa e esverdeada, em decorrência da destruição de células epiteliais e de neutrófilos, o que não deve ser, precipitadamente, interpretado como infecção bacteriana. Os sintomas do resfriado comum são mais intensos até nos primeiros três dias e costumam regredir por volta do 7º ao 10º dia, podendo persistir tosse por alguns dias.	Prescrever antitérmicos e analgésicos se dor ou febre (Paracetamol, Dipirona ou Ibuprofeno). Ingestão hídrica adequada. Inalação de vapor-d'água. Lavagem nasal com solução salina (pode ser feita através de seringa de 5 ml ou spray vaporizador, três vezes por dia), utilizar soluções salinas isotônicas (0,9%); ou hipertônicas (até 3%). - Corticosteróide intranasal e anti-histamínicos devem ser evitados em lactentes, pelo risco de intoxicação e por levarem a ressecamento de mucosa e espessamento da secreção. Mas se caso haja rinite alérgica associada, pode ser considerado o uso. Pode-se usar budesonida, mometasona ou fluticasona spray nasal.
Respirador bucal: Obstrução nasal e roncos durante o sono, boca aberta ou entreaberta, lábios ressecados, língua rebaixada e hipotônica, nariz achatado e narinas pequenas, prurido nasal e ocular, espirros em salva, rinorreia serosa ou seromucosa, corpos estranhos nasais e polipose nasal, protrusão da arcada dentária superior e mordida cruzada e podem apresentar sonolência, apneia obstrutiva do sono e déficit de atenção.	- A maior causa de respiração bucal é a rinite alérgica. Avaliar sinais e sintomas e tratar conforme diagnóstico. -Referenciar para cirurgião-dentista para avaliar necessidade de correção de hábitos bucais. -Referenciar para fonoaudiólogo se houver alteração na linguagem, deglutição, dentre outras. - Referenciar para otorrinolaringologista se suspeita de aumento no tamanho das amígdalas e/ou de adenoide.
Dor de garganta	
Infecção viral Hiperemia em faringe e/ou vesículas associada a sintomas de resfriado	- Analgésico para dor: Paracetamol, Dipirona ou Ibuprofeno, se necessário.



comum: febre (geralmente abaixo de 38,5°C), irritabilidade, congestão nasal, tosse leve e inapetência:	- Seguimento em dois dias se persistir dor de garganta.
Tonsilite estreptocócica Febre alta (> 38,5°C), gânglios aumentados e dolorosos no pescoço, amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato e em alguns sintomas gastrointestinais (disfagia, vômitos, dor abdominal).	Realizar tratamento com: Antibióticos: - Penicilina Benzatina em dose única 60.000 UI para < 25 kg e 1.200.000 UI para > 25 kg OU - Amoxicilina + Clavulanato por 10 dias OU - Eritromicina 250 mg/ml de 6/6 horas por 10 dias. Sintomáticos (dor/febre): Paracetamol OU Dipirona OU Ibuprofeno, se necessário. - Marcar consulta de retorno em dois dias.
<u>Abscesso</u> periamigdaliano Abaulamento de palato, amígdalas rechaçadas para faringe, rigidez cervical, trismo e odinofagia ou não consegue deglutir. Ao exame físico, pode apresentar rigidez cervical, febre, linfadenopatia.	- Dar a primeira dose de antibiótico IM: Ceftriaxona 100 mg/kg/dose (máxima de 2.000 mg por dose) em dose única; - Referenciar a UPA ou ligar para central de leito solicitando internamento.
Sibilância	
SIBILÂNCIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE Presença de qualquer sinal de perigo ou um dos seguintes sinais: - Letárgico ou sempre agitado. - Consegue falar apenas uma ou outra palavra isolada. - Não consegue chorar. - Gemente. - Tiragem universal, - <i>Sat. O₂ ≤ 90% em ar ambiente.</i> - Estridor em repouso.	Referir imediatamente para a UPA ou Central de Leitos Tratamento prévio ao encaminhamento: - Oxigênio. - Beta-2 agonista por via inalatória. - Primeira dose do corticoide: Prednisolona 1 a 2 mg/kg de peso/dia ou Prednisona a 2 mg/kg de peso/dia. - Primeira dose do antibiótico: Ceftriaxona 100 mg/kg/dose (máxima de 2.000 mg por dose) em dose única.
SIBILÂNCIA MODERADA Presença de um dos seguintes sinais: - Criança agitada ou sem mudança de comportamento. - Diz frases de forma entrecortada. - Choro entrecortado. - Tiragem subcostal isolada ou associada à intercostal. - Frequência respiratória aumentada - Sat. O ₂ de 91% a 95%.	- Administrar beta-2 por via inalatória (até 3x, a cada 20 minutos). - Administrar corticoide oral: Prednisolona 1 a 2 mg/kg de peso/dia ou Prednisona a 2 mg/kg de peso/dia. Caso não melhore: referir à UPA ou central de leitos, após dar a primeira dose do antibiótico injetável: Ceftriaxona 100 mg/kg/dose (máxima de 2.000 mg por dose) em dose única. Caso melhore: - Tratamento domiciliar com beta-2 por via inalatória (5 dias): Salbutamol ou fenoterol. < 2 anos, fazer 2 a 3 jatos de 6/6h; > 2 anos, fazer 2 a 4 jatos de 6/6h. Se for usar nebulizador, fazer 1 gota a cada 3kg. - <u>Corticóide</u> por via oral (3 dias). - Orientar <u>os</u> responsáveis para o controle da asma e retornar imediatamente se piora.



	- Marcar o retorno em 2 dias.
SIBILÂNCIA LEVE Não há sinais suficientes para classificar como sibilância grave ou moderada; <i>Sat. O₂ ≥ 95% em ar ambiente.</i>	- Tratamento domiciliar com beta-2 agonista por via inalatória (5 dias): Salbutamol ou fenoterol. < 2 anos, fazer 2 a 3 jatos de 6/6h; > 2 anos, fazer 2 a 4 jatos de 6/6h. Se for usar nebulizador, fazer 1 gota a cada 3kg. - Orientar responsáveis para o controle da sibilância e retornar imediatamente caso piore. - Seguimento em 2 dias, se não melhorar ou se estiver usando corticoide. - Caso esteja em uso de beta-2 há 24 horas ou mais sem resposta: prescrever corticóide por via oral (3 dias).
Asma	
Diagnóstico de Asma em crianças menores de 5 anos: Chiado recorrente ocorre em grande parte das crianças menores de 5 anos, normalmente associada a uma infecção respiratória alta. Classificações antigas de fenótipos de chiado (chiado episódico, recorrente e de início tardio) são difíceis na prática clínica e tem utilidade duvidosa na predição da doença. Além disso, crianças pequenas não conseguem realizar testes confirmatórios de obstrução de vias aéreas. Assim, o diagnóstico de asma, nessa faixa etária, deve envolver uma abordagem baseada em probabilidades, pelo padrão de sintomas durante e entre infecções respiratórias altas e de forma compartilhada com os cuidadores. Essa abordagem permite tomar decisões individualizadas sobre iniciar ou não um tratamento medicamentoso de controle. É importante evitar sobretratamento e subtratamento.	
Elementos que devem ser considerados para o diagnóstico de asma em menores de 5 anos	
Tosse	Tosse recorrente ou persistente não produtiva, que pode ser pior à noite ou acompanhada por alguns sibilos e dificuldades respiratórias. Tosse que ocorre com o exercício, ao rir, chorar ou com exposição ao fumo, na ausência de uma infecção respiratória aparente.
Sibilância	Sibilância recorrente, inclusive durante o sono ou com gatilhos, como a atividade, rir, chorar ou exposição ao fumo ou à poluição do ar.
Respiração difícil, falta de ar ou respiração pesada	Ocorrendo com exercícios, ao rir ou ao chorar.
Redução da atividade	Não correr, jogar ou rir com a mesma intensidade que as outras crianças; ficar cansado mais cedo durante os passeios (quer ser carregado).
Passado ou história familiar	Outra doença alérgica (dermatite atópica ou rinite alérgica). Asma em parentes de primeiro grau.
Teste terapêutico com corticosteróide inalatório de baixa dosagem e beta-2 agonista de curta duração sintomático	Melhoria clínica durante 2-3 meses de tratamento de controle e piora quando o tratamento é interrompido
Diagnóstico diferencial de Asma	Infecção respiratória alta de repetição. - Refluxo gastroesofágico. - Aspiração de corpo estranho. - Traqueomalácia. - Tuberculose. - Fibrose cística.



	- Doença cardíaca congênita. - Displasia broncopulmonar. - Bronquiectasia.
Avaliação de estado de controle da asma	
Nas últimas 4 semanas, a criança apresentou: - Sintomas diurnos por mais de alguns minutos, mais de 1 vez por semana? - Tem alguma limitação de atividade devido à asma (corre/brinca menos do que outras crianças, se cansa rápido em caminhadas/brincadeiras)? - Necessitou de medicação de alívio mais de 1 vez por semana? - Teve algum sintoma noturno de Asma?	Asma bem controlada: não para todas as perguntas; Asma parcialmente controlada: sim para 1 ou 2 perguntas; Asma descontrolada: sim para 3 ou mais perguntas
Risco para mau prognóstico	
Sintomas descontrolados. Uma ou mais exacerbação grave no último ano. Início da estação do ano em que a criança usualmente piora. Exposição a tabaco, poluição, alérgenos domésticos (poeira doméstica, barata, animais, mofo), especialmente combinada a infecção viral. Problemas psicológicos ou socioeconômicos importantes para criança ou família. Má aderência às medicações de controle ou uso incorreto dos dispositivos inalatórios	
Manejo da asma em < 5 anos	
Tratamento medicamentoso	
Durante a crise	Beta-2 agonista de curta duração, embora não seja eficaz em todas as crianças: Salbutamol 120,5 mcg/dose aerossol oral ou Fenoterol 100 mcg/dose: 2 puffs a cada 20 minutos na primeira hora.
Para controle da Asma parcialmente descontrolada ou descontrolada	Doses baixas e diárias de corticóides inalatórios durante três meses: Beclometasona 50 mcg/dose aerossol oral. Se com três meses de tratamento inicial com uma baixa dose de corticoide inalatório falhar no controle dos sintomas, ou se as exacerbações persistirem, deve-se considerar os seguintes aspectos antes de aumentar a dose: • Confirmar que os sintomas são devido à Asma, em vez de uma condição concomitante ou alternativa. • Verificar a técnica inalatória correta. • Confirmar boa aderência com a dose prescrita. • Perguntar sobre os fatores de risco, tais como a exposição a alérgenos ou ao fumo. Se necessário, aumentar dose corticóide inalatório em até 200 mcg/dose de Beclometasona aerossol. Deve-se dar preferência às doses moderadas de corticoides inalatórios (o dobro da dose "baixa" por dia). Dobrar a dose baixa inicial do corticoide inalatório pode ser a melhor opção.

Criança com descontrole da asma mesmo com tratamento eficaz	Encaminhar para pediatra.
Medidas comportamentais	
Ao diagnóstico	Elaboração de planos de manejo da asma crônica e plano de ação para a crise.
	Realizar visita domiciliar quando houver dificuldades na adesão ou nos casos de difícil manejo.
	Observar adesão e qualidade da técnica de uso das medicações inalatórias.
	Orientar/estimular a prática de exercícios físicos.
	Orientar medidas de controle dos desencadeantes da crise (alérgenos) no ambiente domiciliar.
Acompanhamento	Reavaliar a terapia medicamentosa de acordo com o controle dos sintomas.
	Orientar medidas de controle dos desencadeantes da crise (alérgenos) no ambiente domiciliar

15. Problemas de pele

Ao avaliar uma criança com problema de pele, primeiramente descartar a possibilidade de doença exantemática.

Na anamnese e exame físico, identificar os seguintes pontos importante: idade; tempo de aparecimento das primeiras lesões; duração das lesões; local de início e evolução da distribuição na pele; mudanças na lesão com o tempo; presença de coceira, dor; presença de pus, sangue ou outra secreção; fatores desencadeantes; tratamentos realizados; contato com pessoas com doenças transmissíveis ou animais peçonhentos; sintomas sistêmicos; doenças crônicas, imunossupressão, atopia. Sempre avaliar as lesões de pele.

Avaliar sinais de alarme: Anafilaxia: dispneia, sibilância, angioedema, má perfusão, hipotensão, taquicardia, dor abdominal, náuseas; Eritrodermia (inflamação grave que faz com que a maior parte da superfície da pele fique vermelha); Petéquias, púrpura; Violência: hematomas, lesões em diferentes graus de evolução. Nesses casos, encaminhar o menor para serviço de pronto atendimento em caso de problemas clínicos.

No raciocínio diagnóstico, tentar fechar os sinais e sintomas conforme provável etiologia:

Fúngica; Bacteriana; Ectoparasitária; Alérgica/inflamatória; Viral (ver tabela abaixo).

Problema	Características	Como tratar
15.1 Dermatite amoniacal, dermatite primária de fraldas	É a mais comum causa de erupção em área de fraldas. Dermatite irritativa por contato da pele com urina e fezes. Poupa ou é mais branda em áreas de menos contato com as secreções, como interior de pregas cutâneas. Maior risco em	Pesquisar complicações e excluir outros diagnósticos: dermatite atópica, seborreica, psoríase, infecção secundária por bactéria ou candidíase de fraldas. Orientar os responsáveis a manterem a área seca e limpa, com trocas



	crianças com diarreia e em uso de fórmula láctea.	frequentes de fralda e aplicar creme de barreira (óxido de zinco, vitamina A e D) a cada troca de fralda Considerar prescrever dexametasona creme até 3 vezes ao dia por até 2 semanas apenas para casos com inflamação severa. Orientar risco de atrofia e erosão se uso prolongado de corticoide tópico.
15.2 Candidíase de fralda 	Complicação frequente da Dermatite Amoniacal. Acomete o interior de pregas cutâneas, pode ter lesões satélites: pápulas ou pústulas ao redor da área do rash.	As mesmas orientações da dermatite amoniacal. Considerar loção de Miconazol 2% em todas as trocas de fralda até melhora para casos severos.
15.3 Dermatite seborreica do Lactente 	Início nas primeiras semanas de vida. Ocorre em couro cabeludo, sobrancelhas, áreas flexoras, atrás das orelhas e regiões de fralda. Lesões: máculas e placas avermelhadas, bem delimitadas, úmidas, com ou sem fissura de pele. Pode haver crosta amarelada.	Tranquilizar a família. Explicar que tem ótimo prognóstico. Pode-se aplicar óleo antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. Não retirar escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária. Considerar tratar apenas os casos mais intensos com Dexametasona creme por curto período associado a Cetoconazol 2% xampu. Pesquisar complicações.
15.4 Miliária 	Pequenas pápulas amareladas, menores que 1 mm no nariz, bochechas, e cistos de inclusão com queratina (milia). Erupção relacionada ao calor. Por causa de retenção de suor por oclusão das estruturas exócrinas.	Tranquilizar a família. Explicar que é uma condição benigna e se resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida. Orientar o uso de roupas mais leves, evitar o uso de tecidos irritantes. Evitar



		banhos com temperatura elevada.
15.5 Hemangioma 	Pápula, nódulo ou placa vermelho-vivo que surge e cresce nos primeiros meses de vida até atingir seu tamanho máximo (80% no 5º mês de vida) e começar a diminuir lentamente. Esta fase pode levar meses a anos. Pode ser localizado, segmentar ou indeterminado. Tumor benigno mais comum da infância. Mais comum em meninas, prematuros e crianças com baixo peso.	Observar e acompanhar o <u>crescimento</u> de perto nos primeiros meses. A maioria não demanda tratamento. Encaminhar para cirurgião pediátrico nos seguintes casos: -Mais do que 5 hemangiomas: risco para hemangioma extracutâneo. - Forma segmentar (acometendo todo um segmento do corpo): maior chance de evoluir com complicações. - Facial segmentar: associado à malformação. - Periocular: risco de ambliopia e anisometropia. -Pré-auricular, mandibular, queixo e pescoço: risco de 60% de lesão em via aérea. -Lombossacral: associado à malformação espinal e genito-urinária.
15.6 Mancha Mongólica  	Mácula hipercrômica azulada em região sacral, dorso e nádegas, presente desde o nascimento, de tamanho variável. Placas brancas em mucosa oral que podem ser limpas com abaixador de língua ou gaze, com ou sem estomatite angular, diminuição da aceitação alimentar. Mais comum em lactentes. Infecção por levedura comensal do trato gastrointestinal. Fatores de risco: neonatos, má higiene, ambiente úmido e uso de antibióticos de amplo espectro.	Tranquilizar a família. Explicar que maioria some até os 5 anos. Pesquisar malformação meníngea espinal somente em máculas extensas no dorso. Orientar a limpeza das placas com gaze ou escova dental macia. Prescrever Nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL a cada 6 horas até 48 horas após desaparecimento de sintomas.



15.8 Impetigo



Infecção superficial de pele. Vesículas e pústulas que se rompem deixando crostas melicéricas (amareladas). Pode ocorrer em qualquer parte da pele, é mais comum em face. Pode ser bolhoso ou não. Lesões se espalham rapidamente e são altamente contagiosas. Inoculação facilitada por picada de inseto e traumas. Normalmente não causa febre. Diferenciar de Herpes simples, varicela e dermatofitoses.

Apenas para médicos:
Orientar limpeza e remoção de crostas com água e sabão 2 vezes ao dia.
- Lesões localizadas e superficiais: tratar com antibiótico tópico (Neomicina pomada), após limpeza das lesões.
- Lesões espalhadas ou profundas e em neonatos: prescrever antibiótico oral. Opções:
Cefalexina 25-50 mg/kg/dia divididas de 6/6 horas, por 7 dias. Máximo 500 mg/dose (primeira escolha) ou Eritromicina 30-50 mg/kg/dia divididas em 4 tomadas por 7 dias. Atentar para prevenção de surtos em escolas e creches, afastando a criança, conforme a necessidade.
Em caso de surto, comunicar a Vigilância em Saúde. Pesquisar complicações: Síndrome da Pele Escaldada, celulite, glomerulonefrite aguda, osteomielite, sepsis.
Orientar retorno se piorar ou se surgir febre. Encaminhar para serviço de urgência e emergência caso de complicações.
Se recorrências frequentes, prescrever antibiótico tópico intranasal (Neomicina pomada) para descolonização. Pode ser repetido mensalmente.

15.9 Pediculose (piolho)

É normalmente assintomática, mas pode causar prurido no couro cabeludo.

Tratamento de escolha para lactentes é remoção mecânica: Com o cabelo úmido, passar um pente de dentes finos



	Identificação a olho nu do piolho adulto ou dos seus ovos (lêndeas). O parasita é cinza-amarronzado, do tamanho de uma semente de gergelim. As lêndeas são pontos brancos-perolados em forma de gota firmemente presos aos fios de cabelo. Mais comum em meninas, 3 a 12 anos. Infesta cabelos limpos ou sujos, de forma igual. Contágio por contato próximo	removendo todas as lêndeas visíveis e repetir a cada 3-4 dias por 2 semanas. Pode ser usado vaselina: Age como agente oclusivo e pode ser utilizado em lactentes <2 meses. Para crianças maiores: Prescrever Permetrina 1%: Aplicar em todo o cabelo e couro cabeludo por 10 minutos e repetir após 9 dias para crianças acima dos 2 meses. Examinar contactantes do último mês: irmãos, e outras pessoas próximas. Avaliar complicações: impetigo do couro cabeludo. Produtos à base de vinagre, acetona, água sanitária e óleos para remoção mecânica, mostraram-se inefetivos e sem qualquer benefício clínico. Raspar a cabeça, embora seja eficaz, pode causar trauma emocional e estigmatização. Não afastar da escola.
15.10 Escabiose 	Pápulas avermelhadas intensamente pruriginosas, pior em áreas flexoras, entre os dedos, punhos, tornozelos, mamilos e genitais. Localização mais comum em face, couro cabeludo, pescoço e região palmar e plantar. As pápulas podem formar sulcos irregulares de até 1cm na pele. A coçadura pode causar escoriações, com costas hemáticas. Transmissão por contato direto pele a pele e compartilhamento de vestimentas. Sintomas aparecem 4 a 6 semanas após a infecção. Diferenciar de foliculite,	Prescrever Permetrina 5% loção: aplicar em todo o corpo do pescoço baixo, inclusive palmas e plantas e lavar após 8 a 12 horas. Não é necessário repetir o tratamento. A segurança da droga não está totalmente estabelecida em crianças menores de 2 meses. Nestes casos, tratar com enxofre a 6% em vaselina (manipulado). Deve-se aplicar em todo o corpo por 24 horas, por 3 noites consecutivas. O banho deve ser realizado imediatamente antes da próxima aplicação, repetindo as 3 aplicações após uma semana).



	impetigo, dermatite de contato alérgica.	A partir dos 5 anos ou 15kg de peso, pode usar Ivermectina oral 200 µg/kg a partir. Repetir dose após 1-2 semanas. Tratar simultaneamente todos os contactantes domiciliares. Orientar a trocar, lavar todos os lençóis e roupas com água a temperatura ≥ 60 graus por 20 minutos e passar ferro ou colocar as roupas em um saco lacrado durante 1 semana. Cortar as unhas das mãos, a fim de reduzir a quantidade de ácaros que se acumulam nesse local. Orientar que o prurido pode persistir até 1 semana após o tratamento. Caso necessário, associar anti-histamínico para alívio: Loratadina (1 mg/ml): dar 5 ml, 1 vez ao dia para crianças de 2 a 5 anos e 10 ml, 1 vez ao dia para crianças > 6 anos ou 30 kg. Dextroclorfeniramina (2 mg/5ml): dar 0,15 mg/kg/dia dividido em 4 tomadas. ATENÇÃO: Deve voltar à escola após 3 dias do início de tratamento.
15.11 Larva Migrans (bicho geográfico) 	Lesão papular serpiginosa (curvilínea) com prurido intenso, localizada principalmente nas extremidades (pés), podendo aparecer em outros locais do corpo. Larvas contraídas em solos quentes e arenosos, bem como em lugares úmidos.	Ivermectina oral para crianças com mais de 15 kg. A dose única de 200 mcg/kg. Em caso de falha terapêutica após 10 dias, deve ser realizada uma segunda dose. Segunda opção é o Albendazol oral: crianças com 1-2 anos de idade: 200 mg por via oral uma vez ao dia por 3 dias; crianças acima de 2 anos de idade e adultos: 400 mg por via oral uma vez ao dia por 3 dias.



15.12 Dermatite Atópica



Pele seca com áreas de eczema agudo, subagudo ou crônico. Lesões com hiperemia e descamação, com pápulas ou vesículas (eczema agudo), podem ter escoriações, liquenificação.

Nos lactentes as bochechas e a testa são as áreas mais atingidas, em crianças maiores, as faces flexoras são as áreas preferenciais (fossa poplíteia e antecubital). Há prurido de intensidade variável.

Crises podem ser desencadeadas por um ou mais alérgenos ambientais específicos como poeira, pelo de animais etc. Maior incidência em crianças com Rinite alérgica e Asma.

Explicar à família que a doença tem base genética e não tem cura, mas sim controle e melhora conforme a criança cresce. Orientar:

banhos rápidos e mornos (o mais frio possível);

Evitar sabonete desnecessário e água quente; hidratar a pele sistematicamente todos os dias após o banho com hidratante, mesmo após a cessação dos sintomas agudos. Em exacerbações

ou sem resposta à terapia com emolientes:

Considerar corticoide tópico nas áreas mais afetadas com moderação por até 7 dias, mantendo o uso de emolientes.

Considerar prescrever anti -

histamínico via oral. Em casos refratários,

encaminhar para dermatologista ou

imunologista e considerar corticoide sistêmico.

Atenção: Os corticoides melhoram muito os sintomas, mas devem ser evitados ao máximo pelo risco de abuso e Síndrome de Cushing ou efeitos colaterais corticóides tópicos.

15.13 Dermatite de Contato



Lesões eritemato-vesico-exsudativas, crostosas ou liquenificadas, dependendo da fase evolutiva. Localização correspondente ao contato com alérgeno.

O tratamento fundamental é afastar a fonte alérgica. Orientar a hidratação da pele.

Prescrever, excepcionalmente, para casos graves corticoide tópico pelo mínimo de tempo possível, exceto em face. Orientar riscos de corticoterapia prolongada.

16. Dificuldades alimentares (inapetência ou fastio)

O termo ‘dificuldades alimentar’ (DA) engloba qualquer quadro que afete negativamente o processo pelo qual os pais ou responsáveis fornecem alimento ou nutrição às crianças. Ele é um termo guarda-chuva, utilizado para caracterizar, de forma ampla e heterogênea, crianças que têm problemas com a alimentação. Essa definição de crianças com DA inclui as com recusa de alimentos usuais, ingestão de pouca quantidade de alimentos, desinteresse pela comida, ingestão de um número limitado de alimentos, aceitação de alimentos e de preparos inadequados ou fobia alimentar. Outra condição incluída no espectro de DA é a insatisfação dos pais em relação à alimentação dos filhos. Segundo estimativas de que, apenas 25% dos pacientes cujos pais referem problemas com a alimentação apresentaram dificuldade alimentar - DA, enquanto uma minoria (1 a 4%) manifesta condições mais graves, que fazem parte dos distúrbios alimentares. Pode ser uma situação passageira ou se apresentar até a vida adulta, surgindo em diferentes fases, como na introdução do alimento complementar, no período da modificação da alimentação infantil para mais sólida, idade pré-escolar, escolar e adolescência.

Quando a criança não come, não basta oferecer um estimulante de apetite, uma vitamina ou um conselho básico. Há necessidade de um enfoque holístico que permita inicialmente, seguir os seguintes passos: (1) realizar uma anamnese completa, incluindo avaliação do entorno familiar (estilo de condução alimentar; interação entre a criança, a comida e a pessoa que a alimenta; avaliar se há interpretação equivocada dos pais; recusa de aceitar novos alimentos; avaliação de violência contra criança), social (interação com crianças da mesma idade; presença de avós ou outros responsáveis pela alimentação; reação de criança a frustrações e dificuldades) e escolar (rotina escolar); (2) avaliação de diagnósticos de doenças que podem afetar a alimentação (distúrbios respiratórios que dificultam a mastigação e a deglutição, alergias, transtornos gastroesofágicos); (3) exame físico e antropométrico, com interpretações corretas, a possibilidade de descartar doenças que causam DA. A partir desse passo a passo, parte-se para um planejamento de intervenções contínuas.

Estima-se que entre 25% e 40% das crianças saudáveis apresentam DA em graus menos intensos e que um terço dos bebês apresentam algum grau de seletividade alimentar (SA) entre o primeiro e segundo anos de vida. Aproximadamente 80% das crianças com alguma alteração de desenvolvimento neuropsicomotor têm algum grau de DA. Quando a análise é de crianças com

doenças orgânicas relacionadas ao desconforto gastrointestinal e problemas de desenvolvimento, como prematuridade e baixo peso ao nascer, o índice oscila entre 33% e 80%; vale ressaltar que esse grupo é propenso a dificuldades alimentares mais intensas.

A DA pode ser: (a) seletividade alimentar (recusa ou predileção por cores, cheiros, sabores, texturas e consistências específicas); (b) apetite limitado; (c) fobia alimentar.

Classificação da Dificuldade Alimentar

Classificação	Tipos de dificuldades
Crianças com apetite limitado: Nesta categoria, há redução na quantidade da ingestão dos alimentos. Essas crianças variam desde as que estão comendo adequadamente, mas parecem comer muito pouco (percepção errônea dos pais), até as com doença orgânica evidente.	– Interpretação equivocada dos pais – A criança enérgica e ativa com apetite limitado – A criança apática e retraída – A criança com doença orgânica
Crianças com ingestão seletiva: As crianças que são consideradas seletivas variam desde aquelas que estão se alimentando adequadamente para seu estágio de desenvolvimento (percepção errônea) até aversões sensoriais relacionadas a doenças orgânicas.	– A criança com seletividade leve – A criança altamente seletiva – A criança com doença orgânica
Criança com fobia alimentar Qualquer experiência intensamente aversiva relacionada à alimentação pode causar medo e recusa alimentar. São descritos três padrões principais de fobia alimentar: o medo de se alimentar após um único evento traumático intenso, como a asfixia; o medo da alimentação da criança pequena que foi submetida a procedimentos orais invasivos e/ou dolorosos; e o medo de alimentação em crianças que usaram sonda enteral ou que perderam os marcos de alimentação, falta de experiência e/ou se sentem ameaçadas quando o alimento é introduzido por via oral.	– Eventos traumáticos agudos ou crônicos – Alterações comportamentais – A criança com doença orgânica

Problema	Como avaliar
Classificação: Crianças com apetite limitado (redução na quantidade da ingestão dos alimentos).	
Motivo: Interpretação equivocada dos pais	Percebe-se uma preocupação excessiva dos pais, apesar do crescimento normal. Algumas vezes as crianças apresentam um perfil antropométrico menor, com apetite compatível com a sua condição física. Se os pais interpretam essa condição como patológica e de forma ansiosa, adotam

	práticas alimentares inadequadas, que podem precipitar o desenvolvimento de uma DA.
Motivo: A criança enérgica e ativa com apetite limitado	Nesta condição, não há explicação orgânica subjacente. Essas crianças têm uma característica bem peculiar, sentem pouca fome, pois a sua atividade é extrema e ela está voltada para interação e exploração do ambiente. São crianças ativas, curiosas, mais interessadas em brincar e a explorar o ambiente que em comer. Sentem pouca fome e saciam-se rapidamente e se desligam da refeição após poucas garfadas, sendo difícil mantê-las concentradas à mesa até o final de uma refeição. O conflito familiar pode interferir e agravar o comportamento da criança. Pode ser frequente se observar déficit de crescimento por causa da baixa ingestão de nutrientes.
Motivo: A criança apática e retraída	Essas crianças são hipoativas, desinteressadas tanto por comer quanto pelo ambiente, e apresentam interação e comunicação limitada com os seus cuidadores. São crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, com sinais evidentes de interação social fraca ou ausente (ausência de sorriso, olhar vago, redução ou ausência de comunicação verbal). Neste grupo de crianças pode-se também identificar sinais de abuso ou negligência. E, especialmente em crianças institucionalizadas, a troca de cuidador com um estabelecimento de interação e criação de vínculo afetivo, pode favorecer o retorno do apetite.
Motivo: A criança com doença orgânica	A recusa alimentar e/ou a falta de apetite podem ser sintomas iniciais de uma doença orgânica de base.
Classificação: Crianças com ingestão seletiva	
Motivo: Ingestão seletiva por causa da idade	A neofobia que ocorre geralmente em crianças a partir de um ano de idade, é frequentemente mal interpretada pelos pais como seletividade inadequada. No entanto, trata-se de um comportamento normal que ocorre em crianças no final do primeiro ano de vida, atingindo um pico entre 18 e 24 meses e que se bem conduzida, resolve-se espontaneamente. As crianças que apresentam seletividade leve, são também conhecidas como “comedores exigentes”, costumam comer uma menor variedade de alimentos que a média das crianças não seletivas e geralmente não aumentam a variedade com a exposição frequente. Essas crianças, geralmente, crescem e se desenvolvem normalmente e têm ingestão adequada de energia e nutrientes. Os casos relacionados a conflitos familiares por atitudes coercitivas ou indulgentes durante as refeições são responsáveis por descrições de maior incidência de problemas comportamentais subsequentes, incluindo ansiedade, depressão e agressividade.
Motivo: Aversão seletiva	A ingestão altamente seletiva é uma DA marcada por recusa consistente de alimentos específicos, que têm um sabor, textura, cheiro ou aparência particulares. Nos casos de ingestão altamente seletiva, o comportamento vai além de neofobia alimentar, é uma resistência mais intensa e persistente, na maioria das vezes apresenta associação com algumas alterações sensoriais tais como: sensibilidade a ruídos ou dificuldades com materiais que causam sensação de sujeira nas mãos, pés ou outra parte do corpo. São crianças com dificuldade para pegar no alimento, manusear tintas, massa de modelar, argila, pisar na areia ou grama, dentre outros objetos com variadas texturas. A criança mostra-se com frequência muito irritada quando forçada a experimentar ou a ingerir um alimento ao qual tem aversão. Muitas vezes chegam a vomitar ou apresentar vômitos. Essas crianças são rotineiras e só aceitam alimentos com as mesmas

	características ou dos mesmos grupos alimentares, mesma cor, sabor semelhante, marcas ou forma de preparo específicas. Este tipo de seletividade é frequente em pacientes com transtorno do espectro autista. A preocupação no caso da ingestão altamente seletiva é a privação de consumo de nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento (vitaminas, zinco, ferro ou proteínas), mas geralmente na maioria dos casos, elas crescem e têm peso normal, até por que existe uma tendência familiar a ofertar os alimentos da preferência da criança em excesso para suprir a baixa ingesta
Motivo: Criança com doença orgânica	Algumas condições orgânicas podem gerar ingestão altamente seletiva, especialmente em pacientes com neuropatias crônicas com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor secundárias a doenças genéticas, erros inatos do metabolismo ou diversas afecções neurológicas. Nesses casos a seletividade pode estar relacionada a respostas hipersensíveis ou hipossensíveis às propriedades sensoriais de alimentação e/ou ao atraso da motricidade oral. Crianças com seletividade de etiologia orgânica por distúrbios motores tendem a aceitar objetos colocados na boca, mas têm dificuldade com todas as texturas, tanto líquidas quanto sólidas; as crianças altamente seletivas devido a déficits de processamento sensorial se engasgam quando objetos tocam na boca e rejeitam especialmente as texturas sólidas
Classificação: Criança com fobia alimentar	
Motivo: Eventos traumáticos agudos ou crônicos	Lactentes que experimentam alimentação dolorosa (ex: esofagite de refluxo) podem desenvolver comportamentos fóbicos. Geralmente eles começam a se alimentar e interrompem a mamada por dor ou desconforto e a experiência dolorosa frequente pode gerar a fobia. As crianças mais velhas podem desenvolver comportamentos fóbicos quando são forçadas a comer de forma agressiva, ou quando experimentam eventos desagradáveis intensos como engasgos ou vômitos. Descreve-se em literatura como disfagia funcional, fobia de asfixia ou fagofobia.
Motivo: Alterações comportamentais	Muitas vezes por alterações comportamentais em lactentes com choro excessivo há a interpretação equivocada, classificando como fobia, uma recusa alimentar por irritabilidade associada, alterações de padrões comportamentais (choro por sono ou padrão de desorganização de rotina); nesses casos a recusa alimentar ocorre pela ausência de fome no momento da oferta, ou por outros motivos.
Motivo: criança com doença orgânica	Qualquer condição orgânica que resulte em dor significativa durante a alimentação tem o potencial de causar fobia alimentar. Estomatites, úlceras orais, esofagite de refluxo, esofagite eosinofílica e até alterações mais sutis, como gastroparesia e dismotilidade do intestino delgado, podem estar associadas a DA.

16.1 Estilo de condução alimentar

O estilo de condução alimentar realizada pelo principal cuidador sobre a criança é de extrema importância na abordagem e tratamento das dificuldades alimentares, pois as ações dos cuidadores alteram o comportamento alimentar da criança. Nesse sentido, a participação dos estilos de alimentação do cuidador deve ser considerado parte essencial do gerenciamento. Os

estilos são influenciados não só pelas preocupações dos pais e cuidadores e padrões culturais, mas também pelas características das crianças.

Ao mesmo tempo em que as práticas alimentares parentais se constituem nos comportamentos adotados pelos pais na intenção de influenciar o consumo e hábitos alimentares da criança, os estilos parentais refletem o clima emocional durante as refeições.

Tipos de condução alimentar
Responsivo O estilo responsivo teria o efeito positivo na alimentação falam positivamente sobre a comida, dividem as responsabilidades com a criança, comem saudável e como modelo, incentivam a alimentação saudável pelo diálogo e elogios sem excessos, reconhecem os sinais de fome e saciedade da criança, estabelecem horários regulares e duração apropriada das refeições para induzir o apetite, sem recorrer a técnicas coercitivas desagradáveis. Como resultado desse comportamento, as crianças que convivem com alimentadores responsivos costumam comer mais frutas, legumes e derivados de leite, menos junk food e apresentam menor risco de excesso de peso.
Controlador Estima-se que o estilo controlador seja o mais reproduzido em situações de DA, abrangendo em torno da metade dos casos. Nesse estilo, os pais e/ou cuidadores tentam controlar a alimentação da criança, restringindo alimentos ou pressionando-a a comer e ignoram os sinais de fome, as necessidades e o comportamento da criança. Por vezes, subornam para comer com recompensas, usam da força, punição, imposições, obrigações, castigos ou compensações inadequadas para coagi-las a comer. A princípio, esta prática pode até ter resultados, porém torna-se ineficaz com o decorrer do tempo, pois a pressão para comer fará com que a criança recuse ainda mais a refeição, o que determina, por sua vez, mais pressão do cuidador, fechando o ciclo vicioso: “pressão para comer – recusa – mais pressão – mais recusa”. Essas crianças podem apresentar ajustes inadequados de calorias, menor ingestão de frutas e legumes, maior chance de estar acima ou abaixo do peso adequado.
Permissivo ou Indulgente Aqueles de estilo indulgente ou permissivo não estabelecem limites, respondem de forma exagerada às necessidades da criança, cedendo às pressões e alimentam com o quê, onde e quando ela quer. Muitas vezes, preparam comidas especiais ou múltiplos alimentos ou inúmeras opções de preparações com a finalidade de atender a todas as necessidades da criança, ignorando inclusive os sinais de fome. Esse comportamento implica em maior chance da criança estar acima do peso, consumir menos alimentos nutritivos, pois come dietas pobres na maioria dos nutrientes, exceto gorduras e açúcares
Negligente ou Passivo O estilo negligente ou passivo ou não envolvido se caracteriza por desistir de suas responsabilidades alimentares, até mesmo por deixar de oferecer comida à criança. Ignora os sinais de fome da criança ou as necessidades físicas e psicológicas, assim como não estabelece limites. Ao alimentar a criança, o cuidador pode evitar o contato visual e parecer distante. As crianças mais velhas são muitas vezes não bem cuidadas, o que pode gerar problemas emocionais, deficiências de desenvolvimento e crescimento, depressão ou outras condições que dificultam ainda mais a alimentação. As crianças com cuidadores com este estilo podem estar acima do peso, em virtude de não se preocuparem com a alimentação, se alimentarem praticamente sozinhos ou por terceiros, com preferência para comidas não saudáveis.

16.2 Avaliação

Para avaliar o estilo dos pais, o profissional pode-se perguntar:

1. O quanto você é ansioso em relação à alimentação de seu filho?
2. Como você descreveria o que acontece durante a refeição de sua criança?
3. O que você faz quando sua criança não come?

Em geral, os pais negligentes dão respostas vagas, já que não estão envolvidos com a alimentação dos filhos. Portanto, conhecem muito pouco. Já os controladores tendem a responder que pressionam ou forçam a criança a comer. Por fim, os indulgentes tendem à ação de implorar ou suplicar para a criança comer, assim como preparar alimentos de forma especial.

A avaliação inclui também avaliação de déficits nutricionais e a realização da anamnese nutricional. A deficiência de micronutrientes pode se manifestar como alterações fisiológicas inespecíficas até que surjam as manifestações clínicas, que podem levar meses ou anos para acontecer. A avaliação nutricional adequada pode indicar possíveis deficiências. A anamnese nutricional é fundamental para avaliar a adequação e qualidade da dieta e deve abranger a alimentação atual, o tipo e frequência das refeições diárias e a dinâmica alimentar.

O consumo alimentar pode ser avaliado pelo recordatório que avalia quantitativamente e qualitativamente a ingestão de alimentos nas 24 horas precedentes ou mais precisamente o inquérito alimentar, que avalia a alimentação durante três ou quatro dias alternados (dois dias de semana e um dia do final de semana). Com o registro do consumo alimentar é possível identificar quais alimentos ou grupo de alimentos são excluídos da dieta e associar com possível risco de deficiências. Um exemplo é a criança que exclui carne da dieta, uma importante fonte alimentar de ferro e zinco. O exame físico minucioso da pele, do cabelo e das mucosas pode revelar sinais clínicos de deficiência, como a palidez de mucosas (deficiência de Ferro), queilite angular (deficiência de Riboflavina).

A avaliação antropométrica pode demonstrar alteração do estado nutricional como baixo peso ou excesso de peso e diminuição da velocidade de crescimento seguindo os gráficos de referência da OMS, que devem ser analisados cronologicamente. Quando há suspeita de deficiência de um ou mais micronutrientes poderá ser solicitada a avaliação laboratorial para confirmação: hemograma, retinol plasmático, 25 OH vitamina D, zinco sérico e vitamina C plasmática, considerando as deficiências mais prevalentes em crianças com DA.

Deve-se também avaliar funções motoras, habilidades sensoriais e psicoemocionais da criança.

16.3 Condutas:

A primeira questão é que a alimentação da criança é individual, e não podemos comparar fomes e apetites. Não podemos tratar o sintoma - comer pouco - como se fosse uma doença. Não comer em algumas ocasiões não é uma doença. Portanto, a avaliação precisa ser detalhada para saber qual conduta tomar.

Para qualquer situação, é importante que o objetivo inicial seja orientar a família sobre técnicas e preparação dos alimentos usuais, horários e a forma de alimentar a criança. Isto poderá avaliar o tipo de aleitamento e as comidas principais. Se houver alguma dúvida sobre a possibilidade de alguma doença que esteja dificultando a alimentação, solicitar exames de laboratório, radiografias ou outros exames complementares para realizar o diagnóstico.

A criança só vai comer bem se tiver exemplos dentro de casa, com modelos de comportamento que favoreçam a experimentação, a liberdade, e ao mesmo tempo a possibilidade de sentirem que estão apoiados. A criança precisa se sentir protegida, precisa de oferta, de ajuda e positividade.

A oferta de alimentos depende da cultura, do acesso, da chance de que o alimento faça parte da vida da família. Obviamente depende da estação do ano, do custo e do hábito do grupo. E depende de ajuda de pessoas mais experientes (por exemplo, avós e familiares) ou profissionais que possam orientar. É importante avaliar esses aspectos e orientar conforme essa avaliação. Em caso de insegurança alimentar, a avaliação e conduta deve ser feita em conjunto com a assistente social da equipe multidisciplinar.

Quando existe uma doença que tenha a alimentação relacionada com sua causa ou consequência, temos que tratar primeiro esta condição. Fica claro então que quando criança que não come tem alguma doença, esta deve ser tratada o mais rápido possível. Isso não significa tratar a falta ou modificação do apetite, e sim o que está possivelmente contribuindo para o problema. Porque além dos danos fisiológicos, a doença de base e suas consequências pode gerar tamanho desconforto para a criança que este passe a ter receio de comer e passar mal. Ou seja, uma complicação clínica pode ser a causa dos problemas alimentares, ou também pode contribuir e/ou piorar seu aspecto. Esse tipo de caso pode ser avaliado pelo fonoaudiólogo da equipe multidisciplinar.

Talvez o mais complicado seja tratar a dificuldade de alimentação que está ligada aos problemas de comportamento, de relação com a família, ambiente ao qual está inserida, e mesmo

do padrão da própria criança. Nestes casos, é importante trabalhar a oferta de alimentos, texturas, sabores, preparações e a disciplina ligada ao alimentar. E envolve toda a família, afinal não se pode tratar só a criança sem modificar todo o comportamento de irmão, pais e todos que estão próximos. Deve-se mobilizar a criança, mas também a escola, que precisa estar preparada para entender, acolher e ajudar a criança que come mal e vem para este ambiente educativo. Essa avaliação e conduta deve ser feita em conjunto com a nutricionista, fonoaudióloga e psicóloga da equipe multidisciplinar.

Crianças com alterações do crescimento e baixa ingestão alimentar podem precisar de suplementos para aumentar a oferta de calorias e dar um reforço energético já que nestes casos normalmente não conseguem aumentar a ingestão. Se além de falta de energia ainda temos deficiência ou risco de carência de nutrientes, devemos utilizar a vitamina ou mineral para compensar a insuficiência. Essa avaliação e conduta deve ser feita em conjunto com a nutricionista da equipe multidisciplinar.

É comum que o pedido para a prescrição de vitaminas, suplementos e estimulantes de apetite, parta dos pais e/ou cuidadores, em decorrência da ansia de que a criança coma e do receio que a falta de nutrientes possa prejudicar a saúde. Pesquisas mostraram que estimulantes de apetite não modificam o apetite por mais de 15 dias. Além disso, podem causar efeitos secundários ou complicações indesejadas, como fraqueza, tonturas, diarreia ou intestino preso. O mais complexo é que não existem estudos adequados que mostrem que estes medicamentos funcionem. Vitaminas e minerais devem ser avaliados com cuidado, e devem ser utilizados se houver alguma suspeita clínica de falta destes nutrientes.

Os suplementos podem ser utilizados em alguns casos, para manter o estado nutricional da criança enquanto o profissional avalia o problema, para aumentar a oferta de calorias e para ganho de peso mais rápido. No entanto, deve ser prescrito pelo profissional de saúde, que determinará quando e qual produto utilizar. É importante ressaltar que os suplementos não são o tratamento em si, mas apenas um suporte enquanto estamos tentando resolver os problemas individuais da criança e do ambiente.

No caso de crianças que apresentam alteração sensorial do paladar há a indicação do uso de alguns minerais específicos como é o caso do zinco. Apesar do benefício que pode trazer, este metal tem sabor difícil e pode causar efeitos colaterais como náuseas, vômitos, dor epigástrica, diarreia, letargia e fadiga, portanto somente um clínico experiente deve prescrever.

16.4 Quando e como suplementar micronutrientes?

Diante de uma criança com alimentação seletiva e restrita é comum a prescrição de polivitamínicos e minerais com o objetivo de melhorar o apetite. As pesquisas com suplementação de micronutrientes não constataam modificações significativas no comportamento alimentar no que diz respeito ao aumento do apetite, assim como são poucas as evidências na suplementação do zinco em relação a alterações do paladar.

O tratamento medicamentoso deve ser reservado quando identificadas deficiências específicas e com acompanhamento médico.

16.5 Recomendações:

1. Polivitamínicos não têm indicação para o tratamento das dificuldades alimentares;
2. Vitaminas isoladamente podem ser utilizadas para crianças que apresentem deficiências específicas plasmáticas ou de ingestão comprovadas;
3. Poliminerais não têm indicação para o tratamento das dificuldades alimentares;
4. Minerais específicos isoladamente podem ser utilizados para crianças que apresentem deficiências específicas plasmáticas ou de ingestão comprovadas;
5. Suplementos modulares podem ser utilizados quando houver deficiência isolada comprovada na ingestão de um macronutrientes específico ou prejuízo no estado nutricional da criança de acordo com a idade;
6. Suplementos hipercalóricos podem ser usados desde que apresentem composição semelhante aos suplementos completos isocalóricos, apenas com a característica particular de apresentarem densidade energética elevada, o que pode ser indicado para crianças com dificuldade na ingestão do volume habitualmente prescrito;
7. Suplementos de nutrição completa isocalóricos (suplementos completos) devem ser considerados como a principal estratégia de tratamento, podendo ser indicados prioritariamente nos seguintes casos:
 - a. Quando os inquéritos alimentares demonstrarem ingestão calórica--nutricional insuficiente;
 - b. Sempre que peso, estatura e/ou índice de massa corporal estiverem abaixo do recomendado ou desacelerando de acordo com a curva de crescimento da criança;
 - c. Sempre que estiverem presentes agravos à saúde a fim de oferecer segurança nutricional para a recuperação;

- d. Quando o tempo para a reeducação alimentar for muito longo expondo a criança a risco nutricional até que seja implementada;
- e. Face à presença de pais excessivamente ansiosos e incapazes de implementar as medidas educativas, com o objetivo de assegurar nutrição adequada enquanto os pais possam ser também preparados;
- f. Quando houver casos semelhantes na família que evoluíram mal sem a suplementação;
- g. Sempre que for detectada doença de base (orgânica ou psíquica) a ser tratada, mas esperar-se tempo longo para esse tratamento;
- h. Quando a criança estiver em uso de medicamentos que sabidamente reduz o apetite;
- i. Em casos de seletividade alimentar ampla por muito tempo, abrangendo macro e micronutrientes.

17. Uso precoce e excessivo de telas

Até poucas décadas atrás, as telas eram restritas a televisão, mas o desenvolvimento de novos dispositivos eletrônicos ampliou o acesso às telas em toda a população em todas as faixas etárias. A portabilidade de celulares, tablets e smartphones também fez com que o acesso às telas se dê dentro e fora do domicílio.

Estudos têm indicado que há um aumento no tempo de exposição de crianças às telas. Já é bem estudada a influência do ambiente no desenvolvimento de aquisições nos domínios motor, afetivo, social e cognitivo nas crianças. Por isso, deve ser oportunizado às crianças vínculos afetivos saudáveis, espaço adequado para a liberdade de movimento, brincadeiras livres e disponibilidade de brinquedos e/ou materiais de aprendizagem. Contudo, os estudos apontam que o tempo aumentado de exposição à tela é fator um de risco para obesidade, maior pressão arterial e problemas relacionados à saúde mental, além de reduzir o tempo de interação social e familiar e favorecer exposição a conteúdos impróprios. Alguns autores associam a alta exposição à tela a atrasos nos domínios de linguagem e habilidade motora fina.

Os riscos relacionados ao excesso de telas não têm a ver apenas com aspectos de desenvolvimento neuropsicomotor, mas também por exposição excessiva a distração passiva (enquanto o recomendado seria brincadeiras ativas), consumismo e publicidade das indústrias, já que é bem conhecida a influência negativa que as mídias exercem no aprendizado e nos relacionamentos sociais.

Outro problema é que esses recursos eletrônicos estão sendo cada vez mais utilizados por adultos, o que aumenta a visualização passiva por crianças e dá um exemplo negativo para as crianças. Pais ocupados, estressados e cansados demais também se utilizam das telas para conseguir fazer suas atividades, o que aumenta o distanciamento deles com as crianças.

17.1 As recomendações mais atuais para crianças entre 0 e 6 anos são:

- Evitar exposição de tela em crianças menores de 2 anos, nem passivamente;
- Crianças entre 2 e 5 anos devem limitar o tempo de tela em no máximo 1h ao dia, sempre com supervisão de cuidadores;
- Não utilizar telas durante as refeições e 1-2h antes de dormir;
- Priorizar a utilização de aplicativos interativos com objetivo de aprendizado, que demonstram resultados positivos no desenvolvimento de crianças;
- A supervisão dos cuidadores pode ser ativa, através da interação com a criança a partir do conteúdo apresentado na tela, propiciando uma melhor interpretação do conteúdo e estímulo ao desenvolvimento de linguagem.

18. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para profissionais de saúde e educação. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

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: Ministério da Saúde, 2014.

Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Centro de Telessaúde HC-UFGM & Centro Universitário Newton Paiva. Estimulação precoce da criança com microcefalia de 0 a 3 anos. Direção educacional de Lidiane Aparecida Sousa. Especialista na temática: Edênia Santos Garcia Oliveira. Brasília: SE/UNA -SUS, 2017. Livro digital.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Nota técnica N° 15/2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde da criança [versão preliminar]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. 2010.

Guzo ACA et al. Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência uma abordagem interdisciplinar na Saúde. Sem data.

Nobre, J.N.P, Santos, J.N, Santos, L.R, Guedes, S.C, Pereira, L, Costa, J.M, Morais, R.L.S. Fatores determinantes no tempo de tela de crianças na primeira infância. Cien Saúde Colet [periódico na internet] (2019/Ago). [Citado em 22/07/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-determinantes-no-tempo-de-tela-de-criancas-na-primeira-infancia/17321?id=17321>

Nova Lima. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção à saúde da criança. Dezembro/2020.

Pastura PSVC. Protocolo de atendimento de puericultura. Ministério da Saúde. Fiocruz-RJ. Instituto Nacional Fernandes Figueira. Maio/2018.

Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Planejamento em Saúde, 2023.

São Paulo. Secretaria de Estado de São Paulo. Manual de acompanhamento da criança. São Paulo: agosto/2015.

Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na APS e na atenção ambulatorial especializada – Saúde da criança. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Ministério da Saúde, 2021.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Guia de orientações - Dificuldades alimentares. São Paulo: SBP, 2022.66 f.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital. Manual de Orientação. #MENOS TELAS #MAIS SAÚDE (2019-2021).

Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade Brasileira de Urologia. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Departamento de Urologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Urologia. Treinamento esfinteriano. Setembro/2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Portaria GM/MS n. 1.130, de 5 de agosto de 2015. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 2015.

BRASIL. **Marco Legal da Primeira Infância**. Lei n. 13.257, de 8 de março de 2016. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 mar. 2016.

SHONKOFF, J. P.; PHILLIPS, D. A. (org.). **From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

