

2024

Novembro

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/12/2024 10:05 - 03:00 - 03  
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR <https://c.ipm.com.br/p7446d884d007b>  
POR LUCAS FOLTZ - (015.806.660-00) EM 02/12/2024 10:05



Secretaria Municipal de Saúde de Araucária

# Plano de Consulta para Enfermeiros em Saúde da Criança no contexto da Atenção Primária



**Araucária**  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO

**SMSA**  
SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE

## Plano de Consulta para Enfermeiros em Saúde da Criança no contexto da Atenção Primária

Araucária, 27 de Novembro de 2024

Versão 2



## **PODER EXECUTIVO**

### **PREFEITO**

Hissam Hussein Dehaini

### **VICE-PREFEITO**

Hilda Lukalski

### **SECRETÁRIO DE GOVERNO**

Franciele de Souza Metka Grebos





## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **SECRETÁRIO**

Bruno Rodelli Mendes Fontes

### **OUVIDORIA EM SAÚDE**

Tatiane Vaz Storrer

### **DIREÇÃO GERAL**

Lourival Brasil Felicio

### **DIREÇÃO TÉCNICA**

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira

### **DIREÇÃO ASSISTENCIAL**

Lucas Foltz

### **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Regina Mendonça de Carvalho

### **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

Carolina de Almeida Torres

### **HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA**

Juliana Contini

### **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Kelly Rosa Rigoni Lavarias

### **DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Ana Maria Taborda

### **DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Alexandro André Radin

### **DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA**

Alana E. Kuntze Ferreira

### **NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO**

Fernanda Mello Ribeiro





## **REVISÃO**

Jaqueline Aparecida Wonsowicz Ciulik

## **COLABORAÇÃO TÉCNICA**

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira

Priscila Lopes Nogueira Berveglie

## **DIAGRAMAÇÃO E REVISÃO**

Direção de Planejamento e Gestão e Auditoria – DPGA

Núcleo de Qualidade em Saúde – NQS



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pega correta e incorreta na amamentação.....	47
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência respiratória normal, segundo a OMS.....	15
Tabela 2: Calendário de consultas de puericultura na APS no Município de Araucária-PR .....	40



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Anamnese e exame clínico na primeira consulta do recém-nascido.....	16
Quadro 2: Marcos do desenvolvimento de 0 a 24 meses de vida.....	41
Quadro 3: Classificação da Pressão Arterial de acordo com a faixa etária.....	44
Quadro 4: Dificuldades na amamentação.....	48
Quadro 5: Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após o consumo de drogas de abuso.....	51
Quadro 6: Recomendações quanto à introdução alimentar de acordo com a faixa etária da criança.....	53
Quadro 7: Recomendação de esquema alimentar para crianças não amamentadas....	57
Quadro 8: Recomendações para prevenção da hipovitaminose D em crianças e adolescentes.....	59
Quadro 9: Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes SEM fator de risco.....	60
Quadro 10: Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes COM fator de risco.....	61
Quadro 11: Indicação de triagem lipídica em crianças e adolescentes.....	72



## **LISTA DE SIGLAS**

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIG – Adequado para idade gestacional  
APS – Atenção Primária à Saúde  
DAP – Departamento de Atenção Primária  
GIG – Grande para idade gestacional  
HCV – Hepatite C viral  
IG – Idade gestacional  
IMC – Índice de Massa Corpórea  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PA – Pressão arterial  
PAD – Pressão arterial diastólica  
PAS – Pressão arterial sistólica  
PIG – Pequeno para idade gestacional  
RAS – Rede de atenção à saúde  
RN – Recem nascido  
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria  
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Araucária  
TEA – Transtornos do espectro autista  
TRV – Teste do reflexo vermelho

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. INTRODUÇÃO.....	13
3. VISITA DOMICILIAR E CONSULTA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA.....	13
4. PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM NASCIDO.....	15
4.1 Primeira Consulta do Recém-Nascido.....	16
5. ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO.....	32
5.1 Processo De Estratificação De Risco.....	32
5.1.1 Estratificação de risco ao nascer.....	33
5.1.2 Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos.....	35
5.2 Monitorando o Desenvolvimento Infantil.....	40
5.3 Hipertensão Arterial na Infância.....	43
5.3.1 Como Aferir A Pressão Arterial Em Crianças.....	44
6. PROMOVENDO UMA BOA NUTRIÇÃO.....	45
6.1 Amamentação.....	45
6.1.1 Pega Correta.....	46
6.1.2 Práticas Que Podem Prejudicar A Amamentação.....	47
6.1.3 Principais Dificuldades Na Amamentação.....	48
6.1.4 Contraindicações Para Amamentação.....	50
6.2 A Criança E A Alimentação A Partir Dos 6 Meses.....	52
6.3 Suplementação.....	58
6.3.1 Vitamina A.....	58
6.3.2 Vitamina D.....	59
6.3.3 Ferro.....	60
6.3.4 Prescrição De Suplementação.....	61
7. PRINCIPAIS QUEIXAS CLÍNICAS NA INFÂNCIA E CONDUTA SUGERIDA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	62
7.1 Identificação e manejo dos principais problemas de pele do Recém-nascido.....	66
7.2 Identificação e Manejo das Ectoparasitoses.....	67
7.3 Identificação e Manejo das Verminoses.....	69
8. SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES EM CRIANÇAS ASSINTOMÁTICAS.....	70
8.1 Investigação Da Anemia.....	70



8.2 Fezes e Urina.....	71
8.3 Perfil Lipídico.....	71
9. REFERÊNCIAS.....	73
10. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	75

## 1. APRESENTAÇÃO

A cada ano, cerca de 2.000 nascimentos são registrados no Município de Araucária. Para que tenham os seus direitos garantidos, conforme previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8069/1990), é preciso que essas crianças sejam consideradas prioridade absoluta em relação às políticas de saúde.



## **2. INTRODUÇÃO**

A saúde da criança e ao longo da vida é definida por eventos em períodos singulares, chamados de transição, no continuum dos ciclos da vida do ser humano. A vida intrauterina, o nascimento e a primeira infância são períodos sensíveis, durante os quais o ser humano passa por grandes modificações fisiológicas, tornando-se críticos para o desenvolvimento de suas potencialidades ou levando à progressão de eventos agudos e/ou crônicos e morte prematura, em potencial. Com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, fica instituído o trabalho em Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde a Atenção Primária à Saúde (APS) opera como centro de comunicação das redes, articulando os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção, neste contexto o Núcleo de Gestão de Redes e Linhas de Cuidado (NGRLC) em conjunto com o Departamento da Atenção Primária (DAP) do município de Araucária, tem empregado esforços na produção de diversos materiais técnicos norteadores para o processo de trabalho das equipes na Atenção Básica.

O Plano de Consulta para enfermeiros em Saúde da Criança e do Adolescente tem por objetivo auxiliar os profissionais enfermeiros na prática da assistência em Saúde da Criança, bem como nortear o Processo de Enfermagem, garantindo uma assistência segura e de qualidade aos usuários.

## **3. VISITA DOMICILIAR E CONSULTA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA**

A visita domiciliar é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário de saúde pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

O cenário epidemiológico relativo à mortalidade infantil mostra que o maior índice dos óbitos acontecem no primeiro mês de vida pós-natal. Considerando a alta incidência de complicações no primeiro mês de vida, os recém-nascidos devem ser avaliados na primeira semana de vida, idealmente entre o terceiro e quinto dia de vida, ou 48 a 72 horas pós-alta hospitalar, para verificação do estabelecimento do aleitamento materno e vigilância de fatores de risco (BRASIL, 2021).

Considerando a continuidade do cuidado, o momento do parto e nascimento deve ser monitorado pela equipe da APS, a primeira visita domiciliar pós-alta deve ser

programada para todos os recém-nascidos da área de abrangência e devem ser realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana de vida da criança, idealmente nas primeiras 24 a 48 horas pós-alta e quando há sinalização de algum fator de risco ao nascer, o enfermeiro deve realizar a visita, acompanhado pelo ACS. A periodicidade das visitas subsequentes deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção (BRASIL, 2012).

A visita deve ser baseada em roteiros que permitam a vigilância de fatores de risco, o reforço dos fatores protetivos e a orientação para o cuidado do recém-nascido (BRASIL, 2021). Itens que devem compor o roteiro:

- Aleitamento materno: observar o padrão de sucção enquanto amamentada;
- Padrão respiratório (apnéia, esforço respiratório);
- Cor da pele e mucosas (palidez e cianose);
- Icterícia: observar a cor amarelada da pele, e, se presente, solicitar consulta pediátrica; perguntar à mãe sobre a cor das fezes e da urina, principalmente se a icterícia foi notada ou se tornou mais intensa após os primeiros 5 dias de vida;
- Avaliação do coto umbilical;
- Hipotermia (abaixo de 35,5°C) ou hipertermia (acima de 37,5°C);
- Condições higiênicas: verificar as condições de higiene e o cuidado com a criança;
- Capacidade de resposta aos estímulos, principalmente em resposta à voz e ao tato materno;
- Segurança: verificar situações no ambiente e familiares que alertam para o risco de quedas, queimaduras, afogamento, morte súbita, intoxicação e no transporte;
- Violência: verificar situações no ambiente ou nos relacionamentos que sugerem violência ou sinais físicos sugestivos de agressão;
- Relação família e criança: observar se os pais mostram interesse pela criança;
- Conversar com a mãe sobre choro e padrão de sono da criança e verificar se ela está triste, desanimada e/ou deprimida;

As crianças são frequentemente acometidas por doenças respiratórias e gastrointestinais. Sendo assim, o profissional de saúde deve conhecer a normalidade da frequência respiratória (Tabela 1) para conseguir identificar sinais de maior gravidade dessas doenças. Para a criança com tosse ou dificuldade para respirar, é importante verificar se a frequência respiratória está intensificada e se a criança apresenta sibilos (chiado) ou estridor e se apresenta tiragem subcostal (a parede

torácica inferior se retrai quando a criança inspira). Para a criança com diarreia, é importante identificar sinais de gravidade de desidratação, tais como: letargia, inconsciência, inquietude, irritação, olhos fundos, sinal da prega presente (a prega cutânea retorna lentamente ao estado natural) ou se a criança não consegue mamar ou beber líquidos (AMARAL, 2004 *apud* BRASIL, 2012)

Tabela 1: Frequência respiratória normal, segundo a OMS

Idade	Média normal
De 0 a 2 meses	Até 60mrpm
De 2 a 11 meses	Até 50mrpm
De 12 meses a 5 anos	Até 40mrpm
De 6 a 8 anos	Até 30mrpm
De 9 a 15 anos	Até 20mrpm

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, nº 33, p. 65.

#### 4. PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM NASCIDO

Recém-nascidos potencialmente saudáveis devem ser avaliados na primeira semana de vida, idealmente nas 48 a 72 horas após a alta hospitalar, correspondendo a idade de 3 a 5 dias de vida neonatal.

Devem ser avaliados o aleitamento materno, pelo estabelecimento da lactação e pelo ato da amamentação pela criança; seu crescimento e desenvolvimento; a presença e evolução da icterícia; a cor das fezes e da urina; o esquema vacinal (verificar as vacinas recebidas na maternidade para adequações) e testes de triagem neonatal, incluindo o teste de triagem biológica (teste do pezinho).

O monitoramento no período pós-alta hospitalar é baseado em fatores de risco conhecidos para todo recém-nascido na primeira semana de vida: dificuldades com a amamentação, icterícia, sinais de desidratação com perda excessiva de peso, fatores de risco gestacionais e perinatais para suspeita de sepse (pode se apresentar assintomática no início de sua evolução), detecção de malformações congênitas graves ou sérias, com riscos à saúde da criança. Mesmo para crianças com maior potencial de vida, como os recém-nascido a termo precoce (IG de 37 a 38 semanas) e os recém-nascidos prematuro tardio (IG de 34 a 36 semanas), existe risco aumentado de complicações, devido à imaturidade: flutuações de temperatura, dificuldades para amamentação, presença de fatores de risco para infecções associadas ou não ao parto

antes de 39 semanas, distúrbios metabólicos e apneia (muitas crianças só apresentam maturidade do drive respiratório com 39 semanas de IG).

A primeira semana de saúde integral, preconizada pela publicação “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, editada pelo Ministério da Saúde lembra ainda da importância da verificação da Caderneta de Saúde da Criança, da identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde da puérpera.

Toda criança tem direito a receber gratuitamente a Caderneta da Criança. O preenchimento inicial e a entrega aos pais acontecem já na ocasião da alta da maternidade. A partir daí, ela deve ser considerada um documento a ser apresentado em todos os momentos de atendimento, para a atualização dos registros e sua utilização no processo educacional de pais e cuidadores.

#### 4.1 Primeira Consulta do Recém-Nascido

A avaliação da saúde de um recém-nascido sempre deve ser realizada com uma visão sistêmica (Quadro 1), procurando identificar todos os fatores que influenciarão nos ciclos de aprendizado e desenvolvimento ao longo da vida.

Quadro 1: Anamnese e exame clínico na primeira consulta do recém-nascido.

Identificação
Nome da criança; Data e hora do nascimento; Cor; Local do nascimento: Hospital (nome) / Centro de parto / Domicílio; Nome do acompanhante na consulta e grau de parentesco ou amizade ou apoio familiar ou comunitário.
Informações sociodemográficas da família
Idade da mãe; Escolaridade da mãe e pai em anos formais completos; Estado civil da mãe; (Se mora com companheiro: O companheiro é pai da criança?)
Saúde materna
Antecedentes maternos: Famíliares: tuberculose, hipertensão, diabetes e outros



Pessoais: doenças crônicas (especificar), cirurgias e problemas agudos atuais;  
Obstétricos: gestações prévias, abortos, partos vaginais, partos cesáreos, recém-nascidos vivos, recém-nascidos vivos que morreram nos primeiros anos de vida, recém-nascidos prematuros, recém-nascidos de baixo peso ao nascer (<2.500g).

**Gestação dessa criança:**

Estratificação do risco gestacional;

Gravidez planejada, gravidez desejada, trabalho na gestação (tipo), número de consultas no pré-natal (APS, AAE), doenças na gestação, uso de medicamentos, complementos vitamínicos, complementos minerais, complementos nutricionais, internações durante a gravidez, anemia na gestação, desnutrição materna e doenças desenvolvidas na gestação, exames alterados na gestação.

Avaliação de fatores de estresse tóxico e/ou protetores fetais, neonatais e na infância:

Aceitação da gravidez;

Sinais indicativos de depressão materna;

Existência de medos e tabus;

Uso de drogas lícitas: fumo, álcool, analgésicos, soníferos e estimulantes com prescrição) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, opioides e solventes);

Relações e apoio familiar e sociocomunitário;

Antecedentes de violência;

Cirurgias (gerais e pélvicas), transfusões de sangue, tratamentos clínicos prévios à gestação e no decorrer da gravidez atual, doenças infectocontagiosas, desvios nutricionais, alergias, reações medicamentosas, vacinações e uso crônico de medicamentos prescrito;

Medicamentos de uso contínuo e teratogênicos;

Comportamentos e hábitos de vida: alimentação, atividade física e tabagismo.

**Parto e nascimento**

Tipo de parto;

IG ao parto;

Rotura de membranas antes do trabalho de parto;

Bolsa rota >18 horas;

Infecção urinária no parto;

Febre no parto;

Corioamnionite;

Corticóide antes do parto.

Período neonatal	
<p>Peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascimento;          Padrão de crescimento intrauterino (AIG / PIG / GIG);          Apgar 1º e 5º minuto de vida;          Necessidade de reanimação neonatal;          Contato pele a pele na primeira hora de vida;          Amamentação na primeira hora de vida;          Presença de acompanhante no parto e nascimento;          Primeiro exame clínico normal ou presença de anormalidades;          Tipo sanguíneo;          Triagem neonatal (triagem cardiológica, oftalmológica, auditiva e biológica);          Estratificação de risco ao nascer;          Encaminhamentos;          Outros: Complicações por prematuridade, asfixia, infecção/sepsis/pneumonia, malformações congênitas, outras afecções perinatais.</p> <p>Alta hospitalar:          Alimentação (leite materno exclusivo, leite materno e artificial, leite artificial);          Icterícia neonatal (diagnóstico);          Mãe orientada quanto à cor das fezes e da urina;          Idade e peso do recém-nascido à alta hospitalar;          Plano da alta.</p>	
Exame físico e clínico do recém-nascido	
<p>Importante associar o exame clínico e físico com a história perinatal, que contribui para 80% dos diagnósticos peri e neonatais.</p>	
Desenvolvimento social e psicoafetivo	<p>Observe o relacionamento da mãe/cuidador e dos familiares com o recém-nascido: como respondem às suas manifestações, como interagem e o estimulam.</p>
Peso, comprimento e perímetro cefálico	<p>Avalie o peso, o comprimento e o perímetro cefálico. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação entre o 10º e o 15º dia de vida.</p> <p>O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (<math>&lt; -2</math> ou <math>&gt; +2</math></p>



	<p>escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) ou macrocefalia (por hidrocefalia), necessitando uma melhor avaliação neurológica e de desenvolvimento, para, se necessário, encaminhamento para atenção especializada.</p>
Aparência geral	<p>Postura normal: As extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados.</p> <p>Padrão respiratório: Os sons emitidos e a presença de anormalidades como: batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal e subcostal.</p> <p>Estado de vigília: O estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro e sua intensidade.</p> <p>Sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: Pouca diurese (pelo número de fraldas trocadas por dia – o neonato bem hidratado deve urinar pelo menos 6 vezes ao dia), má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia.</p> <p>A temperatura axilar normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C. Lembre que a febre é um sintoma importante de baixa ingesta.</p>
Face	<p>Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.</p>
Pele	<p>A presença de alguns achados comuns como presença de milium, lanugo, vernix e mancha mongólica não têm repercussão clínica.</p> <p>Observe a presença de:</p> <p>Edema: se generalizado sugere doença</p>

	<p>hemolítica perinatal, uso de colóides ou cristalóides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se localizado sugere trauma de parto.</p> <p>Palidez: Sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou;</p> <p>Cianose: se generalizada sugere doenças cardiorrespiratórias graves; se localizada nas extremidades ou na região perioral pode sugerir hipotermia.</p> <p>Icterícia: Sua gravidade está relacionada ao momento do aparecimento e a sua intensidade. A icterícia que aparece antes de 24 horas de vida (precoce) deve ser considerada patológica e necessita de avaliação rigorosa. Se aparecer após 24 horas de vida (tardia) e a área acometida restringir-se à face e tórax, pode tratar-se de icterícia fisiológica, sendo necessária reavaliação periódica para observar se a área ictérica se estendeu além do umbigo ou para as extremidades.</p> <p>A Zonas de icterícia de Kramer, classifica o grau de icterícia, baseada na inspeção do RN.</p> <p>A Sociedade Brasileira de Pediatria não recomenda a realização de banho de sol para reduzir a icterícia fisiológica. Se a criança apresentar alterações da cor da pele e do branco dos olhos para amarelo, ela deve ser avaliada pelo pediatra e, quando indicado, colher exames para avaliar se existe a indicação de realizar a fototerapia dentro do hospital, com uma fonte de luz segura.</p> <p>Presença de assaduras, miliária, pústulas (impetigo), exantemas, vesículas, hemangiomas e bolhas.</p>
--	--

<p>Musculatura</p>	<p>Tônus: O RN a termo em decúbito dorsal apresenta os membros superiores fletidos e os inferiores semifletidos, cabeça lateralizada e mãos cerradas. O tônus muscular depende da idade gestacional; quanto mais próximo do termo, maior o tônus flexor.</p> <p>Trofismo: Pode ser averiguado pela palpação do músculo peitoral. Devido ao tônus flexor, quando se faz uma leve extensão do braço o músculo peitoral apresenta-se fácil à palpação. Considera-se a espessura em torno de 1cm como trofismo adequado.</p>
<p>Crânio</p>	<p>Examine as fontanelas:</p> <p>Fontanela anterior (magna ou bregmática): Mede de 1 cm a 4 cm, tem forma losangular, fecha-se entre 9° e o 18° mês e isso não deve acontecer antes desse período.</p> <p>Fontanela posterior (lambdóide): Mede cerca de 0,5 cm, tem forma triangular e fecha-se até o segundo mês.</p> <p>As fontanelas não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.</p> <p>Observe presença de:</p> <p>Bossa: Representa edema das partes moles na área da apresentação, não respeita o limite dos ossos do crânio, é depressível e regride nos primeiros dias pós-parto.</p> <p>Céfalo-hematomas: Mais delimitados do que a bossa e que involuem mais lentamente, desaparecem espontaneamente.</p>
<p>Olhos</p>	<p>Reflexo fotomotor: Projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o contralateral.</p>

	<p>As pálpebras podem estar edemaciadas (tanto pela passagem do canal de parto, quanto pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus.</p> <p>Estrabismo e nistagmo lateral são comuns na fase neonatal, devendo ser reavaliados posteriormente. Os RNs podem apresentar algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida.</p> <p>Verificar se foi realizado o teste do reflexo vermelho (TRV) ou Teste do olhinho. No resultado do TRV consideram-se três respostas possíveis: reflexo presente, ausente, ou duvidoso, este último quando há assimetria evidente ou suspeita do reflexo alterado. Se o reflexo for ausente em um ou ambos os olhos ou duvidoso a criança deverá ser encaminhada ao oftalmologista.</p>
Ouvidos	<p>Observe se o RN responde piscando os olhos à emissão de um ruído próximo ao ouvido (reflexo cócleo-palpebral). Independentemente do resultado, é obrigatório o rastreamento da deficiência auditiva por meio de medidas fisiológicas da audição.</p> <p>Oriente a família para a realização da triagem auditiva neonatal universal (Tanu) ou “<a href="#">teste da orelhinha</a>”, o qual é realizado idealmente ainda na maternidade, em caso de alteração</p>

	encaminhar para reteste do exame (vide protocolo Centro de Especialidades Terapêuticas e Serviço de Saúde Especial). Observe a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.
Nariz	Avalie a forma e a presença de secreção/corrimento nasal (em RN a presença de coriza mucóide, mucopurulenta ou mucopiossanguinolenta é rara, mas sugere o diagnóstico de Sífilis congênita (geralmente em torno da segunda semana de vida).
Boca	<p>Alterações morfológicas podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados.</p> <p>Observe: A formação do palato, se normal ou em ogiva, e sua integridade. A Fenda palatina pode ocorrer de forma isolada ou associada a lábio leporino.</p> <p>O tamanho e a mobilidade da língua: Macroglossia sugere hipotireoidismo ou síndrome de Beckwith-Wiedemann (macroglossia, gigantismo, onfalocele e hipoglicemia grave).</p> <p>A úvula, o freio lingual (teste da linguinha) e a coloração dos lábios. Avaliar a presença de dentes neonatais.</p>
Pescoço	Avalie a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária fisioterapia ou correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade).

	<p>A presença de pele redundante na nuca pode estar associada à síndrome de Down, e na parte lateral (o chamado pescoço alado) à síndrome de Turner.</p> <p>Apalpe a parte mediana do pescoço a fim de se detectar o crescimento anormal da tireóide (bócio) e a presença de fístulas, cistos e restos de arcos branquiais.</p>
Tórax	<p>Avalie a assimetria: Pode estar associada à malformação cardíaca, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal.</p> <p>Apalpe as clavículas: Fraturas podem acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. A fratura de clavícula é manejada 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.</p> <p>Mamas: Oriente a família para a involução espontânea de mamas quando ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos) e que não se deve espremer a mama ingurgitada do RN, devido ao risco de contaminação e desenvolvimento de mastite, que é uma condição grave.</p> <p>Aparelho respiratório: Na frequência respiratória média é de 40 a 60 incursões por minuto (contada em 1 minuto). Frequência acima de 60 caracteriza a taquipneia, que deve ser investigada. Presença de tiragem intercostal supra e infraesternal é anormal, mesmo em RN prematuros. A palpação, percussão e ausculta devem ser feitas em toda a área de extensão do parênquima pulmonar. A percussão deve</p>



	<p>revelar o som claro pulmonar característico, exceto na área de projeção do fígado, onde o som pode ser submaciço ou maciço.</p> <p>Frequência cardíaca: Varia, em média, de 120 a 140 bpm. RN em repouso com frequência cardíaca acima de 160 bpm (taquicardia) devem ser mais bem avaliados.</p> <p>Na ausculta cardíaca, observe o ritmo e a presença de sopros. Observe se há presença de cianose, abaulamento precordial, turgência jugular, ictus cordis.</p> <p>Verifique os pulsos: Amplitude e simetria.</p>
Abdome	<p>Observe a respiração, que é basicamente abdominal no recém-nascido.</p> <p>Inspeção: A presença de abdome globoso, distendido, com ondas peristálticas visíveis sugere obstrução (habitualmente não se visualizam ondas peristálticas), se escavado pode indicar hérnia diafragmática.</p> <p>Presença de hérnias inguinal e umbilical: Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já os casos de hérnia umbilical, se persistente até 5 anos de idade, ou o defeito fascial for maior do que 1,5 a 2 cm, após 2 anos de idade, e não houver redução após um 1 ano ou mais de acompanhamento na APS.</p> <p>Avalie a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal.</p> <p>Verifique a presença de granuloma umbilical</p>

	<p>que pode ocorrer após a queda do coto e é tratado com nitrato de prata. Se a região umbilical estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado pode indicar onfalite, infecção de alto risco, e a criança deve ser encaminhada para a emergência.</p> <p>Palpação: Com manobras cuidadosas e profundas, os rins podem ser palpados. Os rins podem estar aumentados na doença policística, hidronefrose ou trombose da veia renal, entre outras doenças.</p> <p>Massas abdominais: podem ser decorrente de distensão da bexiga (bexigoma) causada por simples retenção urinária ou por uma real obstrução de saída da urina por um fecalito de cólon ou por alguma condição mais complexa como cistos ovarianos, cistos mesentéricos, neuroblastoma, tumor de Wilms, entre outras. Deve-se então descrever a localização, forma, tamanho, mobilidade, consistência e eventuais irregularidades de superfície.</p>
Aparelho geniturinário	<p>Avaliação do RN do sexo masculino:</p> <p>Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Testículos não palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do RN são um achado comum, especialmente em pré-terms. Na maioria das vezes, os testículos “descem” para a bolsa escrotal até os 3 meses de vida, se não ocorrer a descida do testículo até os 6 meses, encaminhar para avaliação pediátrica. A não palpação dos testículos na bolsa pode significar criptorquidia. Quando a criptorquidia é bilateral e os testículos não são palpáveis nem na bolsa escrotal nem no canal inguinal, deve-se</p>

	<p>suspeitar de genitália ambígua.</p> <p>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.</p> <p>A fimose é um achado habitual ao nascimento e é considerada fisiológica. Observar a localização do meato urinário para excluir hipospádia ou epispádia que, geralmente, é observada quando já existe exposição espontânea da glândula.</p> <p>Avaliação do RN do sexo feminino:</p> <p>Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes em RN. Deve-se observar a perfuração himenal por onde é comum a saída de secreção esbranquiçada ou translúcida em consequência da ação do estrógeno materno, e que costuma desaparecer ao final da primeira semana de vida. No segundo ou terceiro dia pode ocorrer discreto sangramento vaginal.</p>
Ânus	<p>Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.</p>
Sistema osteoarticular	<p>Deve-se avaliar cuidadosamente a presença de deformidades ósseas, inadequações de mobilidade e dor à palpação de todos os ossos e articulações do RN.</p> <p>Membros superiores e inferiores: Avalie sua resistência à extensão, a flexão, a possibilidade de flacidez excessiva e a presença de paralisia. Identifique a presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um</p>



	<p>pé torto congênito grave, associado a outras anormalidades congênitas. O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, já que na forma grave não se consegue mobilizar o pé para sua posição anatômica.</p> <p>Realize rastreamento de displasia evolutiva do quadril através das manobras de Barlow (provocativa do deslocamento) e Ortolani (sua redução – a manobra de Ortolani faz com que a cabeça do fêmur se encaixe no fundo do acetábulo; esse deslocamento é percebido nas mãos como um “click” - Ortolani positivo) nas primeiras consultas (15 dias, 30 dias e 2 meses), testando um membro de cada vez.</p> <p>Observe se há má formação do hálux, que ocorre na Fibrodisplasia Ossificante Progressiva.</p> <p>Manifestações clínicas sugestivas de sífilis congênita precoce: Pseudoparalisia de Parrot e periostite.</p>
Coluna vertebral	<p>Examine toda a coluna percorrendo a linha média, em especial a área lombo-sacra para afastar espinha bífida, especialmente na ocorrência de tufo de cabelo nesta região.</p>
Avaliação neurológica	<p>Avaliar reflexos: sucção, voracidade, preensão, marcha, fuga à asfixia, cutâneo-plantar, moro (assimetria ou ausência do reflexo pode indicar lesões nervosas, musculares ou ósseas, que devem ser avaliadas). Magnus-De-Kleijn (do esgrimista), reflexo dos olhos de boneca, que é desencadeado quando se promove a rotação lateral da cabeça do RN, o reflexo de Babkin (uma reação à pressão simultânea das palmas das mãos do bebê). Reflexos tendinosos e reflexo patelar.</p>



	<p>O tônus normal é de semiflexão generalizada e lateralização da cabeça até o final do primeiro mês.</p> <p>Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros.</p>
Orientações importantes que devem ser fornecidas aos pais/cuidadores	
Higienização de mãos	<p>Por todas as pessoas que têm contato com a criança em todas as consultas de puericultura, com o objetivo de evitar a propagação de microrganismos causadores de doenças.</p> <p>Evitar aglomerações em ambientes fechados, especialmente no período de sazonalidade do Vírus Sincicial Respiratório na Região.</p>
Uso de tabaco e semelhantes	<p>Orientar a família sobre o prejuízo à saúde do uso de cigarros dentro de casa. Mulheres tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à criança. Os profissionais devem desencorajar o tabagismo, sempre que possível.</p>
Coto umbilical	<p>Manter limpo e seco. Orientar os pais/cuidadores que a limpeza deve ser realizada com álcool 70% (não utilizar outros produtos para cicatrização do coto umbilical), restrita ao coto, protegendo a pele do abdome ao aplicar. A sua queda deverá ocorrer nas primeiras duas semanas</p>
Prevenção de assaduras	<p>Troca de fraldas frequentes, secar bem a criança após o banho, não utilizar talcos e evitar a utilização frequente de lenços umedecidos (preferir algodão com água morna).</p>



Posição supina (de “barriga para cima”) para dormir	Alertar quanto ao risco de morte súbita em crianças no primeiro ano de vida, sobretudo, nos primeiros seis meses. Orientar que a melhor maneira de prevenção é colocando a criança para dormir de “barriga para cima” (posição supina) e não de lado ou de bruços.
Sono	O coleito (quando o bebê é colocado para dormir na cama dos pais) deve ser desaconselhado. Caso se pratique, alertar para os casos em que certos comportamentos dos pais (ingerir bebida alcoólica, o uso de drogas ilícitas ou cigarros, utilização de medicação que age no sistema nervoso central) podem acarretar maior risco de morte súbita do lactente, além de lesões não intencionais: Cair da cama, ser prensado ou sufocado. Também por segurança, os pais devem ser instruídos a não dormir com a criança em sofás ou poltronas.
Choro excessivo	Os seguintes aspectos devem ser avaliados: Estado geral da criança, momento de início, duração, e alteração do padrão do choro, tensão no ambiente, hábitos de alimentação, diurese, evacuação, dieta da mãe (se estiver amamentando), regurgitações excessivas ou vômitos (refluxo gastroesofágico), história familiar de alergias, reação dos pais ao choro e fatores que o aliviam ou o agravam.
Uso de chupetas (“bicos”) e protetores de mamilos	Deve ser desaconselhado pela possibilidade de interferir na prática e duração do aleitamento materno, assim como trazer prejuízo à saúde bucal da criança. O mesmo deve ser orientado quanto ao uso de protetores de mamilos.
Mãe/pai adolescente	Incentivar a formação de vínculos afetivos sustentáveis no âmbito da família para que adultos de confiança dos adolescentes, possam oferecer orientações adequadas ao exercício da

	paternidade e maternidade de forma responsável.
Lactentes em Situação de Vulnerabilidade	<p>Promover o acompanhamento continuado do lactente, inclusive para famílias que vivem em itinerância, condições vulneráveis de moradia, acesso precário a saneamento básico e água potável, insegurança alimentar e nutricional ou outras condições de vulnerabilidade socioeconômica. Além de orientar sobre acesso a outras políticas públicas e aos benefícios sociais quando necessário.</p> <p>Orientar quanto os cuidados no uso de práticas e saberes tradicionais com o lactente, por exemplo: Uso de chás, ervas, xaropes ou outras substâncias para alívio de cólicas, no cuidado com o coto umbilical, para tratamento de doenças ou outras condições.</p>
Banho	<p>A temperatura ideal da água é de 37°C.</p> <p>Não deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água, ou sob supervisão de outras crianças.</p> <p>Atentar-se para não ingestão do sabonete ou outros produtos cosméticos.</p>
Berço	<p>Manter as grades levantadas, a distância entre as ripas da grade do berço não deve ser superior a 6 cm.</p> <p>Não utilizar almofadas decorativas, travesseiros ou bichos de pelúcia no berço do RN.</p> <p>Utilizar cobertas leves para evitar a sufocação da criança. Se estiver frio, é preferível agasalhá-la com maior quantidade de roupas do que cobri-la com muitas cobertas.</p>
Sufocação	Orientar sobre o uso do talco, ajustar o lençol do colchão e atentar-se para que o rosto do



	bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros. Alertar sobre o não uso de cordões e enfeites de cabelo, contato com peças pequenas (clipes, botões, agulhas, moedas, anéis, brincos, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos) e afastar a criança de papéis de bala, sacos plásticos, cordões e fios.
--	---

Fonte: Adaptado de Cadernos de Atenção Básica: Saúde criança: crescimento desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/unidade-de-atencao-primaria/recom-nascido/#pills-exame-clinico>. Acesso: 03/07/2024.

## 5. ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO

A vigilância do desenvolvimento é um processo contínuo e cumulativo para assegurar resultados compatíveis com o conceito de saúde da criança. O instrumento proposto na Caderneta da Criança deve ser utilizado em todos os atendimentos programados. A estratificação de risco complementa a avaliação da criança e possibilita a ordenação do acompanhamento longitudinal na Rede de Atenção à Saúde.

### 5.1 Processo De Estratificação De Risco

A estratificação de risco da criança como risco habitual, intermediário ou alto significa um maior conhecimento de sua situação de saúde e clareza sobre suas diferentes necessidades.

A estratificação de risco complementa a avaliação da criança e possibilita a ordenação do acompanhamento longitudinal na RAS.

Todas as crianças de alto risco devem ser acompanhadas de maneira **compartilhada pelas equipes da Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada**, a equipe da APS deve monitorar esse seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

Os critérios da estratificação devem ser reavaliados de forma contínua e dinâmica, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, porque as crianças podem ter evolução que permita mudança de risco.





O instrumento com os critérios para estratificação de risco de crianças no Paraná foi aprovado na CIB/PR em 28.04.2021.

#### 5.1.1 Estratificação de risco ao nascer

Os riscos ao nascer identificados de cada criança devem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos RN, sendo estratificada em Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco na dependência de dados maternos (idade, raça/cor, escolaridade, condições sociodemográficas), antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais.

<b>RISCO HABITUAL</b>	
Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
APS - (Unidade de Saúde)	<p>Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critérios: APGAR &gt; 7 no 5º minuto;</li> <li>• Peso ao nascer <math>\geq 2.500\text{g}</math> e &lt; 4.000g;</li> <li>• Idade gestacional <math>\geq 37</math> e &lt; 42 semanas.</li> </ul>
<b>RISCO INTERMEDIÁRIO</b>	
Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendário de puericultura Risco Intermediário)	<p>Características individuais e socioeconômicas materna:</p> <p>Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com infecção intrauterina (STORCHZ<sup>1</sup>) + HIV;</li> <li>• Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>• Negras;</li> <li>• Com menos de 4 consultas de pré-natal;</li> <li>• Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;</li> <li>• Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</li> <li>• Que apresentaram exantema durante a gestação;</li> <li>• Com gravidez indesejada<sup>2</sup>;</li> <li>• Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto<sup>3</sup> e/ou natimorto<sup>4</sup>);</li> <li>• Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;</li> <li>• Com histórico de violência interpessoal;</li> <li>• Que morreram no parto.</li> </ul> <p><b>E/OU</b></p> <p>Características do nascimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer <math>\geq 2.000\text{g}</math> e <math>&lt; 2.500\text{g}</math>;</li> <li>• Idade gestacional entre <math>\geq 35</math> e <math>&lt; 37</math> semanas;</li> <li>• Anomalias congênitas menores<sup>5</sup>.</li> </ul>
<p><sup>1</sup> Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.</p> <p><sup>2</sup> Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.</p> <p><sup>3</sup> Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).</p> <p><sup>4</sup> Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm.</p> <p><sup>5</sup> São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. Exemplos: fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.</p>	
<b>ALTO RISCO</b>	
<p>Quem atende? (Pontos de Atenção)</p>	<p>Quem é? (Criança)</p>
<p>APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendário de puericultura Alto Risco)</p> <p>COMPARTILHADO AAE (Centro de Especialidades Terapêuticas - CET)</p>	<p>Características do nascimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer <math>&lt; 2.000\text{g}</math> e <math>\geq 4.000\text{g}</math>;</li> <li>• Idade gestacional <math>\leq 34</math> semanas;</li> <li>• Asfixia perinatal (APGAR <math>&lt; 7</math> no 5º minuto);</li> <li>• Hiperbilirrubinemia (com exsanguineotransfusão);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malformações congênitas grave (com repercussão clínica)<sup>6</sup>;</li> <li>• Doenças genéticas, cromossomopatias<sup>7</sup>.</li> </ul>
<p><sup>6</sup> Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. Exemplos: lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.</p> <p><sup>7</sup> Como por exemplo, a síndrome de Down.</p>	

### 5.1.2 Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos

Visando a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança até os dois anos, período importante e sensível da primeira infância, durante o acompanhamento de puericultura do lactente na APS, a estratificação de risco deve ser atualizada a cada consulta.

RISCO HABITUAL	
Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
APS - (Unidade de Saúde)	<p>Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triagem neonatal com resultado normal<sup>8</sup>;</li> <li>• Vacinação em dia;</li> <li>• Adequado crescimento<sup>9</sup>;</li> <li>• Adequado desenvolvimento<sup>10</sup>.</li> </ul>
<p><sup>8</sup> Teste da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e pezinho.</p> <p><sup>9</sup> Conforme gráficos de dispostos na caderneta da criança.</p> <p><sup>10</sup> Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.</p>	
RISCO INTERMEDIÁRIO	
Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)

<p>APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendário de puericultura Risco Intermediário)</p>	<p>Características individuais e socioeconômicas materna:</p> <p>Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com infecção intrauterina (STORCHZ<sup>11</sup>) + HIV;</li> <li>• Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>• Negras;</li> <li>• Com menos de 4 consultas de pré-natal;</li> <li>• Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;</li> <li>• Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;</li> <li>• Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</li> <li>• Que apresentaram exantema durante a gestação;</li> <li>• Com gravidez indesejada<sup>12</sup>;</li> <li>• Com gravidez decorrente de violência sexual;</li> <li>• Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto<sup>13</sup> e/ou natimorto<sup>14</sup>);</li> <li>• Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;</li> <li>• Mãe sem suporte familiar<sup>15</sup>;</li> <li>• Chefe da família sem fonte de renda;</li> <li>• Depressão pós-parto e/ou baby blues<sup>16</sup>;</li> <li>• Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica;</li> <li>• Pais com dependência de álcool e outras drogas<sup>17</sup>;</li> <li>• Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;</li> <li>• Com histórico de violência interpessoal;</li> <li>• Cuidador não habilitado para o cuidado</li> </ul>
--	---



	<p>com o RN<sup>18</sup>;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável.</li> </ul> <p><b>E/OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso ao nascer <math>\geq 2.000\text{g}</math> e <math>&lt; 2.500\text{g}</math>;</li> <li>Idade gestacional <math>\geq 35</math> e <math>&lt; 37</math> semanas;</li> <li>Anomalias congênitas menores<sup>19</sup>;</li> <li>Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;</li> <li>Criança sem realização de triagem neonatal<sup>20</sup>;</li> <li>Desmame precoce (antes do 6º mês de vida);</li> <li>Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou Sobrepeso<sup>21</sup>;</li> <li>Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado<sup>22</sup>;</li> <li>Cárie<sup>23</sup>;</li> <li>Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro e um período de 3 meses.</li> </ul>
<p><sup>11</sup> Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.</p> <p><sup>12</sup> Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.</p> <p><sup>13</sup> Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).</p> <p><sup>14</sup> Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm.</p> <p><sup>15</sup> Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.</p> <p><sup>16</sup> Diagnóstico atual ou pregresso.</p> <p><sup>17</sup> Pode-se utilizar a classificação T-ACE da gestante, que consta na estratificação de risco da gestante.</p> <p><sup>18</sup> Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.</p> <p><sup>19</sup> São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. Exemplos: fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.</p> <p><sup>20</sup> Diz respeito sobre o teste da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e do pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais testes já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes, mas possuem agendamento também se enquadram no critério.</p>	

<sup>21</sup> De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): Peso elevado para a idade > escore-z +2 | Peso adequado para a idade  $\geq$  escore-z 2 e  $\leq$  escore-z +2 | Baixo peso para idade  $\geq$  escore-z -3 e < 2 | Muito baixo peso para a idade < escore-z -3.

<sup>22</sup> Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contraindicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.

<sup>23</sup> Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

### ALTO RISCO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p>APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendário de puericultura Alto Risco)</p> <p>COMPARTILHADO AAE (Centro de Especialidades Terapêuticas - CET))</p>	<p>Afecções perinatais e malformações congênitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer &lt; 2.000g e <math>\geq</math> 4.000g;</li> <li>• Prematuridade <math>\leq</math> 34 semanas;</li> <li>• Asfixia perinatal e/ou APGAR &lt; 7 no 5º minuto;</li> <li>• Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão;</li> <li>• Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;</li> <li>• Doença genética, malformações congênitas graves<sup>24</sup> cromossomopatias<sup>25</sup> e doenças metabólicas com repercussão clínica;</li> <li>• Testes de triagem neonatal alterados<sup>26</sup>;</li> <li>• Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária<sup>27</sup>;</li> <li>• Sinais de violência / maus-tratos;</li> <li>• Desnutrição grave e/ou obesidade<sup>28</sup>;</li> <li>• Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.</li> </ul>

<sup>24</sup> Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. Exemplos: lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

<sup>25</sup> Como por exemplo, a síndrome de Down.

<sup>26</sup> Diz respeito sobre os testes da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e do pezinho. A identificação de um único teste alterado já caracteriza como alto risco.

<sup>27</sup> Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

<sup>28</sup> De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): Peso elevado para a idade > escore-z +2 | Peso adequado para a idade  $\geq$  escore-z 2 e  $\leq$  escore-z +2 | Baixo peso para idade  $\geq$  escore-z -3 e < 2 | Muito baixo peso para a idade < escore-z -3.

A identificação de um único critério define o estrato de risco da criança, predominando o critério maior.

Quando o cuidado for compartilhado entre a APS e AAE é de extrema importância a construção e execução do Plano de Cuidados compartilhado da criança.

Quando houver comprometimento do crescimento e/ou desenvolvimento, necessidades especiais, doenças crônicas (pneumopatia, cardiopatia, nefropatia, diabetes, problemas neurológicos), intercorrências clínicas repetidas com repercussão orgânica e situações sociais que necessitem de intervenções, o médico deverá ser o direcionador das consultas e/ou visitas domiciliares da equipe de saúde pela APS até a criança completar os 2 anos de vida ou mais.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda o mínimo de sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês), e a partir do 3º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência.

Considerando fatores relevantes presentes nesta faixa etária, dentre eles:

- Síndrome da morte súbita do lactente (SMSL), quando o bebê morre sem causa aparente, sendo a principal causa de óbito de bebês com menos de 1 ano de vida;
- Acompanhamento dos marcos do desenvolvimento, visto que investir nessa fase é essencial para moldar adultos saudáveis;
- Introdução alimentar no 6º mês de vida, sendo essencial realizar uma avaliação cuidadosa para garantir um desenvolvimento saudável nos próximos meses;
- Risco de desmame precoce entre o 3º e 4º mês de vida, período este que muitas mães voltam a jornada de trabalho.

O Município de Araucária preconiza a realização de consultas mensais até os 12 meses de idade, e para as crianças que não se encontram em situações de risco, consultas alternadas entre médico e enfermeiro conforme Calendário de Consultas de puericultura na APS descrito na tabela abaixo:

Tabela 2: Calendário de consultas de puericultura na APS no Município de Araucária-PR

	1ª sem	1º m	2º m	3º m	4º m	5º m	6º m	7º m	8º m	9º m	10º m	11º m	12º m	15º m	18º m	21º m	24º m
<b>RH</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>
<b>RI</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>E</b>
<b>AR</b>	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>

Legenda: RH – Risco Habitual / RI – Risco Intermediário / AR – Alto Risco / E – Enfermeiro / M – Médico

Em casos de alteração em sinais clínicos na criança durante o atendimento de puericultura ou em casos de demanda espontânea na APS, o enfermeiro deve realizar escuta qualificada com a classificação do risco clínico e avaliação de vulnerabilidades, realizar o atendimento conforme o risco e necessidade clínica identificada, manter em observação e acionar apoio médico quando necessário. Para os casos que apresentem alterações clínicas e necessitem de intervenção em serviço de urgência/emergência conforme necessidade clínica/gravidade identificada e/ou por meio da classificação de risco, o profissional deverá acionar o SAMU pelo telefone 192 e a partir da definição do regulador que classifica os pedidos de acordo com a urgência de cada caso, e, se houver indicação de transporte sanitário, a equipe deve para acionar a Central de Remoção de Paciente (CRP) por meio do telefone 0800 643 3007 ou (41) 3614-7778 ou (41) 3614-7780, conforme descrito no Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde, 2024.

Para todas as solicitações de remoção de pacientes é necessário estar com todos os dados de identificação do usuário e os sinais vitais. Ressalta-se a importância de registrar em prontuário o número da ocorrência do SAMU.

Destaca-se que pacientes com alterações clínicas não devem ser encaminhados para outros pontos de atenção por meios próprios considerando o risco de piora do quadro durante o percurso.

## 5.2 Monitorando o Desenvolvimento Infantil

A vigilância contínua do desenvolvimento e a triagem específica nas idades indicadas e sempre que houver alterações na vigilância possibilitam identificar precocemente os atrasos do desenvolvimento, indicando a necessidade de testes diagnósticos específicos pela equipe especializada e elaboração de planos de cuidado.



- Monitoramento do crescimento extrauterino: O crescimento adequado corresponde a uma curva regular, ascendente e paralela à curva estabelecida como padrão e representada nos gráficos de referência. Qualquer desvio dessa trajetória deve ser observado e investigado.
- Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança: do nascimento aos 5 anos (Caderneta de saúde da criança). A partir dos 6 anos aos 10 anos é importante avaliar como está o aprendizado na escola, a socialização com outras crianças, se sua fala e comportamento estão adequados etc.
- Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F), a escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA.
- Vigilância sobre a violência: acidentes ou traumas não intencionais, violência doméstica, negligência (sua forma extrema caracteriza o abandono), violência ou abuso físico, violência ou abuso sexual, violência psicológica, alienação parental, síndrome de Munchausen.

A equipe deverá acolher a criança sempre que apresentar intercorrência e necessitar de atendimento independentemente do calendário previsto de puericultura e vacinação.

O crescimento adequado de uma criança depende de múltiplos fatores, dentre os quais a alimentação saudável e a ausência de doenças orgânicas, sendo esta relacionada diretamente ao calendário vacinal completo. No Quadro 2 estão descritos os marcos do desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses de vida.

Quadro 2: Marcos do desenvolvimento de 0 a 24 meses de vida.

0 a 1 mês	<ul style="list-style-type: none"><li>• Postura: Pernas braços fletidos, cabeça lateralizada;</li><li>• Observa um rosto;</li><li>• Reage ao som;</li><li>• Eleva a cabeça.</li></ul>
1 a 2 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorri quando estimulada;</li><li>• Abre as mãos;</li><li>• Emite sons;</li><li>• Movimenta membros.</li></ul>
2 a 4 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responde ativamente ao contato social;</li><li>• Segura objetos;</li><li>• Emite sons, ri alto;</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruço.</li> </ul>
4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca ativa por objetos;</li> <li>• Leva objetos à boca;</li> <li>• Localiza sons;</li> <li>• Muda de posição (rola).</li> </ul>
6 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinca de esconde-achou;</li> <li>• Transfere objetos de uma mão para outra;</li> <li>• Duplica sílabas;</li> <li>• Senta-se sem apoio.</li> </ul>
9 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita gestos;</li> <li>• Faz pinça;</li> <li>• Produz “jargão”;</li> <li>• Anda com apoio.</li> </ul>
12 a 15 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostra o que quer;</li> <li>• Coloca blocos na caneca;</li> <li>• Diz uma palavra;</li> <li>• Anda sem apoio.</li> </ul>
15 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa colher e garfo;</li> <li>• Constrói torre de 2 cubos;</li> <li>• Fala 3 palavras;</li> <li>• Anda para trás.</li> </ul>
18 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tira a roupa;</li> <li>• Constrói torre de 3 cubos;</li> <li>• Aponta 2 figuras;</li> <li>• Chuta bola.</li> </ul>

Fonte: Caderneta de saúde da criança. SESA-PR, 2023.



### 5.3 Hipertensão Arterial na Infância

A Hipertensão na faixa etária pediátrica é uma realidade. Apesar de apresentar causas secundárias, a causa primária, principalmente associada ao sobrepeso e à obesidade, tem aumentado.

Todas as crianças maiores de 3 anos devem ter a sua pressão arterial medida pelo menos uma vez por ano. A classificação da pressão arterial na infância está descrita no Quadro 3. Para as crianças menores de 3 anos, a avaliação da PA está indicada em condições especiais listadas abaixo:

- Histórico neonatal: Prematuros <32 semanas; Muito baixo peso ao nascer; Cateterismo umbilical; Outras complicações no período neonatal requerendo internação em UTI.
- Doenças cardíacas: Cardiopatia congênita (corrigida ou não).
- Doenças renais: ITU de repetição; Hematúria ou proteinúria; Doença renal conhecida; Malformação urológica; História familiar de doença renal congênita.
- Transplante: Órgãos sólidos; Medula óssea.
- Outros: Neoplasia; Tratamento com drogas que sabidamente aumentam a PA; Outras doenças associadas à Hipertensão (neurofibromatose, esclerose tuberosa, anemia falciforme, etc); Evidência de aumento da pressão intracraniana.

Considera-se Hipertensão Arterial na Infância e Adolescência, valores de pressão arterial sistólica e/ou diastólica iguais ou superiores ao Percentil 95 para sexo, idade e percentil da altura em três ou mais ocasiões diferentes.



Quadro 3: Classificação da Pressão Arterial de acordo com a faixa etária

Crianças de 1 a 13 anos de idade	Crianças com idade $\geq 13$ anos
Normotensão: PA < P90 para sexo, idade e altura	Normotensão: PA < 120/<80 mmHg
Pressão arterial elevada: PA $\geq P90$ e < P95 para sexo, idade e altura ou PA 120/80 mmHg mas < P95 (o que for menor)	Pressão arterial elevada: PA 120/<80 mmHg a PA 129/<80 mmHg
Hipertensão estágio 1: PA $\geq P95$ para sexo, idade e altura até	Hipertensão estágio 1: PA 130/80 ou até 139/89
Hipertensão estágio 2: PA $\geq P95$ + 12mmHg para sexo idade ou altura ou PA $\geq$ entre 140/90 (o que for menor)	Hipertensão estágio 2: PA $\geq$ entre 140/90

Fonte: Hipertensão arterial na infância e adolescência . SBP .2019

### 5.3.1 Como Aferir A Pressão Arterial Em Crianças

A medida da PA (pressão arterial) na criança segue as mesmas recomendações da medida em adultos. O ideal é que a criança esteja sentada ou deitada, tranquila, descansada por mais de 5 minutos, com a bexiga vazia e sem ter praticado exercícios físicos há pelo menos 60 minutos.

O paciente deve estar deitado ou sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; com o braço ao nível do coração, sendo preferencial o braço direito, para ser comparável com as tabelas padrão e evitar falsas medidas baixas no braço esquerdo no caso de Coarctação da Aorta.

O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro. Medir a circunferência do braço para a escolha do manguito.

Após a escolha do manguito adequado, colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital; Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; Estimar o nível da PAS (pressão arterial sistólica) pela palpação do pulso radial; Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva; Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação; Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg/segundo);

Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação; Determinar a PAD (pressão arterial diastólica) no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff); Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.

Anotar os valores exatos sem “arredondamentos”, lembrando que, pelo método auscultatório, o intervalo entre os valores marcados no manômetro é de 2 mmHg.

## **6. PROMOVENDO UMA BOA NUTRIÇÃO**

O período da vida entre a gestação e os 2 anos de idade da criança (1.000 dias) é crítico para a promoção do crescimento e do desenvolvimento do indivíduo, devido à acentuada velocidade de multiplicação celular. A nutrição adequada na primeira infância é fundamental para o desenvolvimento completo do potencial de cada ser humano.

O aleitamento materno é a base da alimentação nesse período, devendo ser oferecido de forma exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e mantido pelo menos até 2 anos de idade pós-natal.

Toda gestante precisa ser orientada com informações adequadas da importância da prática da amamentação para a criança e para a mãe.

Iniciar outros alimentos para crianças em aleitamento materno exclusivo somente após 6 meses de idade para recém-nascidos que nasceram a termo. Para os prematuros, a introdução pode ser postergada, de acordo com o monitoramento de seu crescimento e seu desenvolvimento.

### **6.1 Amamentação**

O leite humano contém macronutrientes, micronutrientes, moléculas bioativas, células e microbiota, que o tornam um fluido vivo prontamente adaptável às necessidades individuais do organismo da criança em crescimento e desenvolvimento. É um dos mais complexos fluidos biológicos existentes e se adapta à diade mãe criança, não podendo ser reproduzido em fórmulas derivadas de leite de vaca.

A recomendação é que as crianças sejam amamentadas até dois anos de idade ou mais. E, enquanto a criança estiver em amamentação exclusiva, ou seja, até os 6 meses de vida, nenhum outro tipo de alimento precisa ser oferecido: nem líquidos, como água, água de coco, chá, suco ou outros leites; nem qualquer outro alimento, como frutas, verduras, papinha e mingau.

Observação: O leite de vaca não está indicado para o lactente, por seu excesso de proteína, sódio, potássio e cloro e pela falta de vitaminas, ferro e ácidos graxos poli-insaturados de cadeias longas (L-PUFAS, que são precursores do ômega 3 e 6). O alto índice de proteína está associado à maior carga de soluto renal, alterações da microbiota intestinal e ao aumento da prevalência da obesidade (Ministério da Saúde, 2021).

**A criança que é alimentada com leite materno até os 2 anos de vida ou mais, sendo de maneira exclusiva até os 6 meses apresenta menor morbidade e menor risco de mortalidade.**

#### 6.1.1 Pega Correta

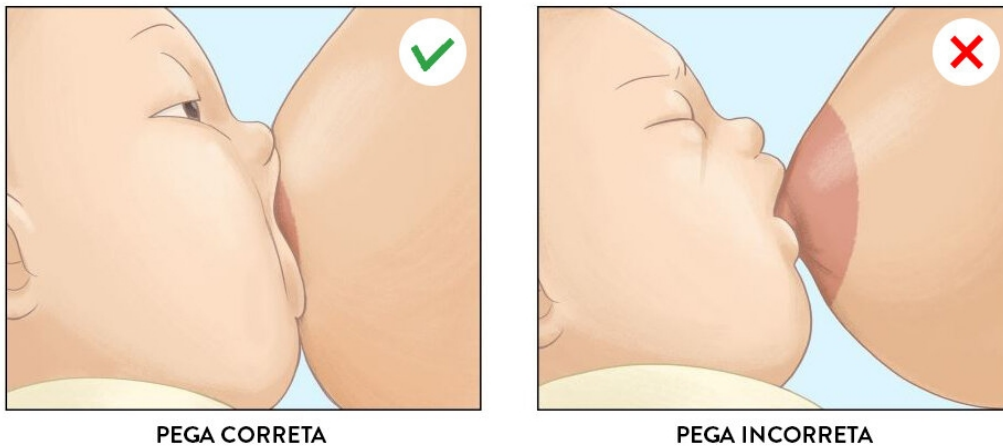
Pega é o nome dado ao encaixe da boca da criança ao peito da mãe para poder mamar. Uma pega adequada favorece a retirada eficiente do leite da mãe pela criança e não machuca a mulher (Figura 1). Algumas dicas para que a criança tenha uma pega adequada:

- Cuidar para que a posição e a pega sejam adequadas;
- É recomendado apoiar a mama com a mão em forma de “C” para colocar o peito na boca da criança (mão em forma de “C” e não em tesoura);
- Remover qualquer obstáculo entre a boca da criança e a parte da mama que a criança precisa abocanhar (mamilo e parte da aréola – parte mais escura do peito), como roupas, panos, mãos ou dedos da mãe;
- O rosto da criança deve estar próximo e de frente para a mama e com o nariz na frente do bico do peito (mamilo);
- Colocar a criança no peito para sugar quando ela estiver com a boca bem aberta.

Existem alguns sinais que indicam pega favorável: boca bem aberta, lábios virados para fora (boca de peixinho), queixo encostado na mama e ver a aréola (a parte escura da mama em volta do mamilo) aparecer mais acima do que abaixo da boca do bebê.

É importante lembrar que a criança dá sinais de fome quando deseja mamar: abre a boca virando a cabeça como se estivesse buscando o peito, fica inquieta, coloca as mãos na boca e, por último, chora.

Figura 1: Pega correta e incorreta na amamentação



Fonte: [Amamentação: Uma Pega Correta e Eficaz — UaCuida](#). Acesso em 04/06/2024

#### 6.1.2 Práticas Que Podem Prejudicar A Amamentação

Algumas práticas que podem ser prejudiciais à amamentação:

- Dar outros leites ou fórmulas infantis para “complementar” o leite materno desnecessariamente;
- Começar com alimentos sólidos ou pastosos antes dos 6 meses de idade;
- Oferecer mamadeira, chupeta;
- Fumar durante a amamentação;
- Usar medicamentos por conta própria;
- Ingerir bebida alcoólica.

Por que não usar chupetas e mamadeiras?

Sugar em uma mamadeira pode confundir a criança, pois a maneira que ela suga o peito é diferente da forma de sugar a mamadeira, independentemente do seu tipo de bico. Sugar a mamadeira é mais fácil, a criança faz menos esforço e, se ela tentar sugar o peito da mesma maneira que ela suga a mamadeira, o leite pode não sair tão facilmente, e isso pode frustrá-la e levá-la, inclusive, a recusar o peito.



O uso de mamadeiras também prejudica a habilidade da criança de regular o apetite, podendo ocasionar ganho de peso excessivo. Além disso, o seu uso faz com que o movimento e a posição da língua prejudiquem o desenvolvimento da deglutição, mastigação e fala. As crianças, mesmo as mais novinhas, aceitam muito bem a oferta de líquidos em copo. Além disso, a mamadeira pode ser uma fonte de contaminação de vírus e bactérias, aumentando a chance de a criança pegar uma infecção. A criança que usa chupeta também tende a mamar menos tempo no peito. Qualquer tipo de chupeta pode causar deformações na boca e mau alinhamento dos dentes e provocar problemas na fala, na mastigação e na respiração. Também aumenta a chance de a criança ter “sapinho” na boca, nome popular da candidíase ou monilíase (BRASIL, 2021).

#### 6.1.3 Principais Dificuldades Na Amamentação

É fundamental que a mulher se sinta confiante e conte com suporte da família e da sua rede de apoio quanto à amamentação, mas é possível que encontre desafios nessa fase, no Quadro 4 estão descritas algumas dificuldades e o apoio que o profissional pode oferecer.

Quadro 4: Dificuldades na amamentação

Dificuldade	O que pode ser feito
Demora na descida do leite	O estímulo da mama com sucção frequente contribui para a descida do leite e com o ajuste da produção para as necessidades do bebê.
Criança com dificuldade inicial para sugar	Suspender o uso de bicos de mamadeiras, silicone e chupetas; utilizar apoio para mamas muito grandes; melhorar a pega e variar a posição do bebê no momento de amamentar; fazer a retirada do leite do peito com as mãos ou com bomba enquanto o bebê não conseguir sugar a mama para oferecer o leite ao bebê no copo ou colher e para estimular a mama a produzir leite.
Mamilo plano ou invertido	Ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e a aréola e tentar diferentes posições para facilitar a pega. Se a mama estiver muito cheia, retirar um pouco de leite para a



	aréola ficar mais macia antes de colocar o bebê no peito, facilitando a pega.
Mamilos doloridos e/ou machucados	O ideal para evitar machucar os mamilos é ajudar o bebê a ter uma pega adequada e, enquanto estiverem machucados, variar a posição das mamadas, iniciar a amamentação na mama não machucada ou menos machucada e enxaguar os mamilos com água limpa, pelo menos uma vez por dia, para evitar infecções. Trocar sutiã ou absorventes para os seios quando estiverem molhados. Não existe comprovação científica de que passar cremes, pomadas, óleos, leite materno ou qualquer outra coisa ajude a cicatrizar o peito
Ingurgitamento mamário ou “leite empedrado”	Deixar o bebê mamar sempre que quiser. Fazer massagem com suaves movimentos circulares nas mamas e retirar um pouco do leite antes de colocar o bebê para mamar para facilitar a pega. Usar sutiã de alças largas e firmes para maior conforto.
Mastite (inflamação da mama)	Procurar imediatamente um serviço de saúde. A amamentação não precisa ser interrompida durante o tratamento.
Bloqueio de ductos lactíferos (leite retido em alguns canais da mama)	Amamentar com frequência, massagear a área afetada, esvaziar as mamas, amamentar em diferentes posições e oferecer primeiramente a mama com o problema, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada.
“Pouco leite”	Procurar um ambiente mais tranquilo e confortável para amamentar; melhorar o posicionamento e a pega, se necessário; aumentar a frequência das mamadas, inclusive durante a noite; oferecer as duas mamas quando for amamentar, deixando o bebê esvaziar primeiro uma para depois oferecer a outra; massagear a mama durante as mamadas; dar tempo para o bebê mamar bastante em um dos peitos antes de trocar para o outro; retirar manualmente ou com bomba o leite que fica na mama após as mamadas; evitar o uso de mamadeiras, chupetas e bicos de silicone; ingerir água em quantidade suficiente para matar a sede; consumir

	dieta saudável; repousar sempre que possível.
Hiperlactação (excesso de leite)	Evitar retirar leite das mamas antes das mamadas e só fazer isso quando elas estiverem muito cheias, causando desconforto ou se os mamilos estiverem cheios, dificultando a pega do bebê. Amamentar em apenas uma mama em cada mamada, retirando um pouco de leite da mama não usada, apenas para o conforto da mulher. Amamentar em uma posição mais deitada ou de lado, pois nessas posições o fluxo de leite diminui. Considerar doar o leite em excesso para o Banco de Leite Humano.

Fonte: Guia Alimentar Para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, Versão Resumida. 2021. p. 10.

#### 6.1.4 Contraindicações Para Amamentação

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a **substituição parcial ou total do leite materno**.

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

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T);
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (consulte o manual “Amamentação e Uso de Medicamentos e Outras Substâncias”);
- Criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.

Já 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 sadia;
- 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 (Quadro 5).

Em todos os referidos casos, deve-se estimular a produção do leite com ordenhas regulares e frequentes, até que a mãe possa amamentar o seu filho.

Quadro 5: Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após o consumo de drogas de abuso.

Drogas	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina, ecstasy	De 24 a 36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína, crack	24 horas
Etanol	1 hora por dose ou até a mãe estar sóbria
Heroína, morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	De 1 a 2 semanas

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, nº 33, p. 138.

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 contra indicação 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).

## **6.2 A Criança E A Alimentação A Partir Dos 6 Meses**

A partir dos 6 meses, o leite materno deve ser mantido, e novos alimentos devem ser oferecidos, com diversidade de cores, sabores, texturas e cheiros apresentada à criança (Quadro 6). Uma alimentação adequada e saudável é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança.

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

Para saber mais sobre a alimentação infantil, acessar o GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS, 2019, do Ministério da Saúde.

Quadro 6: Recomendações quanto à introdução alimentar de acordo com a faixa etária da criança.

Aos 6 meses de idade	
Senta com pouco ou nenhum apoio. Diminui o movimento de empurrar com a língua os alimentos para fora da boca. Mastiga. Surgem os primeiros dentes.	
<p><b>Sinais de fome:</b> chora e se inclina para frente quando a colher está próxima, segura a mão da pessoa que está oferecendo a comida e abre a boca.</p> <p><b>Sinais de saciedade:</b> vira a cabeça ou o corpo, perde interesse na alimentação, empurra a mão da pessoa que está oferecendo a comida, fecha a boca, parece angustiada ou chora.</p>	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.	<b>Café da manhã</b> – leite materno
	<b>Lanche da manhã</b> – fruta e leite materno
	<p><b>Almoço</b> – É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>• 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>• 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>• 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada — de 2 a 3 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.</p>
	<b>Lanche da tarde</b> — fruta e leite materno
	<b>Jantar</b> — leite materno
	<b>Antes de dormir</b> — leite materno
<p><b>Consistência</b> – Os alimentos devem ficar separados e bem amassados com garfo, e não devem ser liquidificados nem peneirados. As carnes devem ser bem cozidas e oferecidas em pedaços pequenos (picados ou desfiados). Alimentos crus, como frutas e alguns legumes, podem ser raspados ou amassados.</p>	
Entre 7 e 8 meses de idade	
Senta sem apoio. Pega alimentos e leva à boca. Surgem novos dentes.	

<p><b>Sinais de fome:</b> inclina-se para a colher ou alimento, pega ou aponta para a comida.</p> <p><b>Sinais de saciedade:</b> come mais devagar, fecha a boca ou empurra o alimento. Fica com a comida parada na boca sem engolir.</p>	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.	<b>Café da manhã</b> – leite materno
	<b>Lanche da manhã e da tarde</b> – fruta e leite materno
	<p><b>Almoço e jantar</b> – É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>• 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>• 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>• 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada — de 3 a 4 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.</p>
	<b>Antes de dormir</b> – leite materno
<p><b>Consistência</b> – Ofereça alimentos menos amassados do que antes ou bem picados, de acordo com a aceitação da criança</p>	
Entre 9 e 11 meses	
<p>Engatinha ou anda com apoio. Faz movimentos de pinça com a mão para segurar pequenos objetos. Pode comer de forma independente, mas ainda precisa de ajuda. Dá dentadas e mastiga os alimentos mais duros.</p>	
<p><b>Sinais de fome:</b> aponta ou pega alimentos, fica excitada quando vê o alimento.</p> <p><b>Sinais de saciedade:</b> come mais devagar, fecha a boca ou empurra o alimento. Fica com a comida parada na boca sem engolir.</p>	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.	<b>Café da manhã</b> – leite materno
	<b>Lanche da manhã e da tarde</b> – fruta e leite materno
	<p><b>Almoço e jantar</b> – É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>• 1 alimento do grupo dos feijões;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>• 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta</p> <p>Quantidade aproximada — de 4 a 5 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.</p> <p><b>Antes de dormir</b> – leite materno</p>
<p><b>Consistência</b> – A criança já pode receber alimentos picados na mesma consistência dos alimentos da família. As carnes podem ser desfiadas.</p>	
<p>Entre 1 e 2 anos de idade</p>	
<p>Anda com algum ou nenhum auxílio. Come com colher. Segura o alimento com as mãos. Segura o copo com ambas as mãos. Apresenta maior habilidade para mastigar. Os dentes molares começam a aparecer.</p>	
<p><b>Sinais de fome:</b> combina palavras e gestos para expressar vontade por alimentos específicos, leva a pessoa que cuida ao local onde os alimentos estão, aponta para eles.</p>	
<p><b>Sinais de saciedade:</b> balança a cabeça, diz que não quer, sai da mesa, brinca com o alimento, joga-o longe.</p>	
<p>O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.</p>	<p><b>Café da manhã</b> Fruta e leite materno ou Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e leite materno ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) e leite materno</p>
	<p><b>Lanche manhã</b> – fruta e leite materno</p>
	<p><b>Almoço e jantar</b> – É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>• 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>• 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>• 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p>



	<p>Quantidade aproximada — de 5 a 6 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.</p> <p><b>Lanche da tarde</b> – Leite materno e fruta ou Leite materno e cereal (pães caseiros, pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/ macaxeira, batata-doce, inhame)</p> <p><b>Antes de dormir</b> – leite materno</p>
<p><b>Consistência</b> – Ofereça os alimentos em pedaços maiores e na mesma consistência da comida da família.</p>	
<p><b>Recomendações adicionais</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● A refeição deve conter cereais ou tubérculos, proteína vegetal ou leguminosas (feijão, soja, lentilha e grão de bico), proteína animal (todos os tipos de carnes, vísceras e ovos) e hortaliças (verduras de folhas e legumes).</li> <li>● Devem ser temperados com salsa, cebolinha, alecrim e manjeriço – sem adição de sal.</li> <li>● O cheiro-verde (salsa e cebolinha), por ser aromatizante natural, deve ser introduzido no final do cozimento, como as folhas, para não perder suas vitaminas e para realçar o sabor dos alimentos.</li> <li>● A aquisição de hábitos alimentares saudáveis é determinante para a saúde do indivíduo. O sal, além de aumentar o risco de hipertensão arterial no futuro, modula a percepção das papilas gustativas, e, com isso, as crianças desenvolvem preferências alimentares por alimentos ricos nesse produto.</li> <li>● Não adicionar açúcar. Além de seu alto teor glicêmico e energético, ele estimula o paladar mais receptivo ao sabor doce, com interferências nas opções alimentares futuras e riscos advindos de seu consumo inapropriado e excessivo.</li> <li>● O óleo utilizado para o preparo deve ser do tipo que contém ácido linoleico e alfa-linolênico em proporções adequadas (5 a 15:1), para melhor absorção do ômega 3, como óleo de soja, canola e azeite de oliva.</li> <li>● Aquelas crianças que manifestam dificuldades alimentares ou estejam sendo submetidas à dieta vegetariana ou de outros tipos restritivos, por preferências familiares, necessitam ser acompanhadas de modo ainda mais frequente, para sua segurança. Nesse contato, são promovidas as abordagens pertinentes e realizadas suplementações de vitaminas e minerais mais presentes em fontes animais (cálcio, ferro, zinco e vitaminas D, B1, B2, B6 e B12), os quais são necessários para assegurar</li> </ul>	



crescimento e desenvolvimento adequados.

Fonte: Guia Alimentar Para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, Versão Resumida. 2021. p. 51. NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA CRIANÇA. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021, p.61.

Existem situações em que a oferta de outro alimento, diferente do leite materno, pode ser necessária antes de 6 meses. Algumas doenças, condições maternas ou condições da criança e, ainda, alguns poucos e específicos medicamentos, que podem passar pelo leite e afetar a criança, impedem a prática da amamentação.

Essas condições devem ser avaliadas por profissionais de saúde. Há também crianças que apresentam doenças raras ou outras condições especiais, crianças que perderam suas mães e/ou que estão em situação de adoção desde o início da vida. Além disso, há mulheres que, por diferentes razões, não conseguem ou optam por não amamentar.

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar uma fórmula infantil que satisfaça as necessidades do lactente, conforme recomendado por sociedades científicas nacionais e internacionais (Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition - ESPGHAN e American Academy of Pediatrics – AAP). Todas as fórmulas infantis para lactentes disponíveis no Brasil consideradas seguras devem seguir as resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA; RDC nº 43 e 44/2011).

Para as crianças que usam fórmulas infantis, a introdução de alimentos não lácteos deverá seguir o mesmo padrão preconizado para aquelas que estão em aleitamento materno exclusivo a partir dos 6 meses, a recomendação do esquema alimentar para crianças não amamentadas está descrita no quadro abaixo (Quadro 7):

Quadro 7: Recomendação de esquema alimentar para crianças não amamentadas

	Aos 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
<b>Café da manhã</b>	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta <b>ou</b> leite de vaca integral e cereal (pães caseiros, processados, aveia, cuscuz de milho) <b>ou</b> raízes

				e tubérculos (aipim, batata-doce, inhame).
<b>Lanche da manhã</b>	Fruta			
<b>Almoço</b>	<p>É recomendado que tenha:</p> <p>1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</p> <p>1 alimento do grupo dos feijões;</p> <p>1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</p> <p>1 alimento do grupo das carnes e ovos.</p> <p>Se a criança aceitar, pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p>			
<b>Quantidade aproximada</b>	De 2 a 3 colheres de sopa no total	De 3 a 4 colheres de sopa no total	De 4 a 5 colheres de sopa no total	De 5 a 6 colheres de sopa no total
<b>Lanche da tarde</b>	Fórmula infantil e fruta	Fórmula infantil e fruta	Leite de vaca integral e fruta	Igual ao café da manhã
<b>Jantar</b>	Fórmula infantil	Igual ao almoço	Igual ao almoço	Igual ao almoço
<b>Ceia</b>	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

Fonte: Guia Alimentar Para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, Versão Resumida. 2021. p. 58.

## 6.3 Suplementação

### 6.3.1 Vitamina A

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) todas as pessoas necessitam de vitamina A para proteger sua saúde e visão. Porém, alguns grupos populacionais, pelas características da fase da vida em que se encontram, necessitam de atenção especial, pois são mais vulneráveis à deficiência de vitamina A:

- Crianças que passam a receber outros alimentos, além do leite materno, a partir do 6º mês, precisam de quantidades adequadas da vitamina, pois ela é essencial para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis.
- Mulheres que amamentam (nutrizes ou lactantes) necessitam de mais vitamina A para manter a sua saúde.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A consiste na suplementação profilática medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto por não atingir, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo.

### 6.3.2 Vitamina D

A deficiência da vitamina D diminui a absorção intestinal de cálcio e fósforo, levando à elevação do paratormônio (hiperparatireoidismo secundário) que mobiliza cálcio do osso para restaurar a normalidade do cálcio sérico, causando redução da mineralização óssea. A depender de sua gravidade e duração, a hipovitaminose D pode ser assintomática ou se manifestar como atraso do crescimento, atraso do desenvolvimento, irritabilidade, dores ósseas e, quando grave e prolongada, causar hipocalcemia, hipofosfatemia, hiperfosfataseia, acentuação da elevação do paratormônio, raquitismo em crianças e osteomalácia em adolescentes e adultos. O Quadro 8 mostra as recomendações de suplementação para prevenção da hipovitaminose D de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria.

**Quadro 8: Recomendações para prevenção da hipovitaminose D em crianças e adolescentes**

Crianças e adolescentes
Suplementar Vitamina D, com 400 UI/dia (<1 ano) e 600 UI/dia (>1 ano), em: <ul style="list-style-type: none"><li>• Crianças em aleitamento materno exclusivo, iniciando logo após o nascimento. Para os prematuros, a suplementação deve ser iniciada quando o peso for superior a 1500 gramas e houver tolerância à ingestão oral.</li><li>• Crianças em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem um volume menor que 1000 mL/dia.</li><li>• Crianças e adolescentes que não ingerem pelo menos 600 UI de vitamina D/dia na dieta.</li><li>• Crianças e adolescentes que não se exponham ao sol regularmente.</li></ul>

Fonte: Hipovitaminose D em pediatria: recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção. SBP, 2016.

### 6.3.3 Ferro

A prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa; com ações de educação alimentar; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado.

As estratégias de prevenção da deficiência de ferro na infância preconizadas pelo Ministério da Saúde são:

- Primeiros seis meses de vida:
  - Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida;
  - Suplementação profilática de ferro para crianças prematuras ou com baixo peso no nascimento.
- A partir dos seis meses (180 dias de vida) até dois anos de idade:
  - Alimentação complementar saudável e adequada em biodisponibilidade de ferro;
  - Suplementação de ferro profilática;
  - Fortificação dos alimentos para as crianças com micronutrientes em pó.

Nos lactentes em aleitamento materno exclusivo, sem fatores de risco, recomenda-se a suplementação medicamentosa profilática a partir dos 180 dias de vida, até o final do segundo ano (Quadro 9). No entanto, com presença de fatores de risco, a suplementação deve ser iniciada aos 90 dias, independentemente do tipo da alimentação. Especificamente, o início deve ocorrer aos 30 dias para os recém-nascidos prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas) ou com peso inferior a 2.500g (Quadro 10).

Quadro 9: Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes SEM fator de risco.

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

Fonte: Consenso sobre anemia ferropriva: atualização: destaques 2021.

Quadro 10: Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes COM fator de risco.

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

Fonte: Consenso sobre anemia ferropriva: atualização: destaques 2021.

#### 6.3.4 Prescrição De Suplementação

##### Vitamina A+D

Apresentação: solução em frasco gotejador (Cada duas gotas da solução oral contém 2.500 U.I. de vitamina A e 500 U.I. de vitamina D).

Via de Administração: oral.

Indicação: todas as crianças de 0 aos 12 meses de vida para prevenção dos estados carenciais de vitaminas A e D.

Posologia: 2 gotas/dia.

Indicações: todas as crianças até 1 ano de idade para prevenção da hipovitaminose A e D.

Observações: Atentar para a concentração das soluções orais para o cálculo da dose em gotas. Conforme a marca do produto, a concentração é diferente. Em caso de desabastecimento deste produto no mercado nesta concentração, poderá ser dispensado outro, conforme orientação da SMSA.

### **Sulfato Ferroso – Gotas**

Apresentação: solução em frasco conta-gotas de 25 mg de ferro elementar por ml.

Via de Administração: oral.

Indicação: controlar e reduzir a anemia por deficiência de ferro.

Posologia: Ver recomendações quanto a suplementação de ferro nos quadros 9 e 10.

Observações: Orientar quanto aos efeitos adversos: presença de fezes escuras e diarreia. Importante orientar que não interrompa a administração do suplemento. Se houver vários episódios de diarreia, verificar quadro clínico de desidratação e encaminhar para consulta médica. Administrar próximo das refeições, longe da ingesta de leite. Administrar 1 hora antes ou 2 horas após o uso de antiácidos, suplementos de cálcio, ovos, café, chá, pão integral ou com cereais. A administração com sucos cítricos, ricos em vitamina C, auxilia sua absorção. A escovação adequada dos dentes evita a impregnação do produto em placa bacteriana e manchas nos mesmos. Verificar na bula se há indicação para que as gotas sejam ingeridas puras, sem diluição em água.

## **7. PRINCIPAIS QUEIXAS CLÍNICAS NA INFÂNCIA E CONDUTA SUGERIDA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Achados Clínicos	Intervenção de Enfermagem	Prescrição de Medicamentos
Alergia dermatológica com prurido e/ou inflamação de pele.	Orientar para não coçar; Manter unhas curtas; Orientar quanto ao uso de mosquiteiro e repelente; Evitar agasalhar a criança em excesso; Dar banho para refrescar; Aplicar compressas de chá de camomila na pele.	Dexametasona 0,1% creme, uma vez ao dia, no local da picada por, no máximo, uma semana.
Assadura	Orientar o cuidador quanto à	Óxido de zinco + vitaminas

	<p>higiene e banhos, à troca frequente de fraldas e, caso use fraldas de tecidos, os cuidados com lavagem e secagem das mesmas; Secar bem a região após o banho e a cada troca de fraldas; Evitar o uso de calças plásticas; Orientar quanto ao uso de sabão neutro em substituição ao uso de amaciantes e sabão em pó.</p>	<p>A e D pomada, a cada troca de fraldas.</p>
Cólica	<p>Pegar o bebê no colo, enrolar a criança em uma posição de conforto com uma manta; flexionar as coxas do bebê sobre a barriga (movimento de pedalar bicicleta lentamente); Dar um banho morno ou aplicar compressas na barriga; Reduzir estímulos para o bebê (muito barulho ou excesso de pessoas); Não utilizar chás; Não usar medicamentos por conta própria; Pesquisar alimentação da mãe se aleitamento exclusivo, orientar a mãe a observar aumento na presença de cólicas após a ingestão de determinado alimento e a evitá-lo, principalmente a ingestão de leite e seus derivados.</p>	<p>X</p>
Constipação	<p>Para crianças em alimentação complementar: Orientar dieta rica em fibra, fruta laxativa, verdura crua e cereal integral; Orientar o cuidador sobre o aumento da ingesta hídrica da criança e evitar o consumo de alimentos fermentativos; Estimular a deambulação e a prática de atividades físicas, dentro dos</p>	<p>X</p>

	limites de tolerância; Orientar o cuidador a avaliar o acesso da criança ao banheiro, bem como sua privacidade; Orientar o cuidador para estimular a criança criar o hábito intestinal (rotina).	
Desidratação e diarreia	<p>Indicado para reidratação e manutenção da hidratação em quadros de diarreia aguda. Deve ser administrado com frequência ao paciente, alternado com outros líquidos (leite, sucos chás, água, sopas). Recomenda-se a administração adicional do produto a cada evacuação líquida. Mesmo que no início existam vômitos deve-se insistir na administração da solução, em quantidades menores, pois, assim que o paciente começa a reidratar-se, os vômitos costumam desaparecer.</p> <p>Após o preparo, a solução deve ser mantida em recipiente tampado, em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C). Esta solução pode ser usada por 24 horas. Após este período, o restante da solução deve ser desprezado e, se necessário, nova solução deve ser preparada.</p> <p>Deve ser administrado, após diluição, por via oral, com uma colher, copo ou mamadeira, dependendo da idade do paciente.</p>	<p>Sais para Reidratação Oral: Dissolver o conteúdo do envelope em 1 L de água previamente filtrada e/ou fervida e ESFRIADA e administrar.</p> <p>Soro Caseiro: 1 litro de água filtrada e fervida; 1 colher de chá de sal; 2 colheres de açúcar. Essa solução deve ser mantida na geladeira e utilizada no período máximo de 24 horas.</p>
Mucosa oral alterada (Candidíase oral)	A suspensão deve ser bochechada e mantida por vários minutos (o	Nistatina Suspensão 100.000 UI/mL





	<p>maior tempo possível) na cavidade oral antes de ser engolida. Nos lactentes e crianças menores deve-se colocar a metade da dose utilizada em cada lado da boca.</p> <p>A fim de evitar recidivas, o esquema posológico para todas as apresentações deve ser mantido no mínimo por 48 horas após o desaparecimento dos sintomas e da negatificação das culturas.</p> <p>Se os sinais e sintomas piorarem ou persistirem (após o 14º dia do início do tratamento) o paciente deverá ser reavaliado e considerar-se uma terapia alternativa.</p>	<p>Prematuros e crianças de baixo peso: Estudos clínicos demonstram que a dose de 1 mL (100.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia é efetiva.</p> <p>Lactentes: A dose recomendada é de 1 ou 2 mL (100.000 a 200.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia. Crianças e Adultos: A dose varia de 1 a 6 mL (100.000 a 600.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia.</p>
Gengiva grossa e/ou coceira na gengiva.	Orientar o cuidador a massagear a gengiva com gaze umedecida com soro fisiológico frio.	Encaminhar a criança para atendimento odontológico
Febre (a partir de 37,8°C)	<p>Orientar mãe ou cuidador para: Ventilar o ambiente; Vestir roupas leves; Usar compressas mornas a frias na região axilar e inguinal; Verificar a temperatura após aplicar as compressas; Orientar banho morno de imersão por dez minutos; Orientar o cuidador para monitorar quanto o aumento da ingestão de líquidos; Orientar o cuidador a verificar temperatura corporal de seis em seis horas ou quando necessário; Orientar o cuidador para observar o surgimento de sinais e sintomas de alerta; Orientar retorno em 24 horas se a febre persistir.</p>	<p>Paracetamol 200 mg/mL (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas</p> <p>Crianças com mais de 12 anos: 500mg por via oral, a cada 6 horas.</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/mL (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas;</p>



Congestão nasal	<p>Tem como objetivo, auxiliar na remoção mecânica da secreção e das bactérias e também na fluidez do muco, descongestionando a via nasal, aumentando, portanto, a permeabilidade da via respiratória.</p> <p>Recomenda-se manuseio higiênico do frasco conta-gotas para evitar contaminação.</p>	<p>Solução Fisiológica Nasal</p> <p>Um jato em cada narina, 3 vezes ao dia, ou a critério médico</p>
-----------------	---	--

### 7.1 Identificação e manejo dos principais problemas de pele do Recém-nascido

Problema	Conduta do Enfermeiro
Miliária (Brotoeja)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a mãe e/ou cuidador para não tentar retirá-las, nem espremê-las.</li> <li>• Tranquilizar a família, trata-se de uma alteração benigna e resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida.</li> <li>• Orientar o uso de roupas mais leves e evitar o uso de roupas de tecidos irritantes.</li> <li>• Evitar banhos com temperatura elevada.</li> </ul>
Mancha Mongólica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranquilizar a família, explicar que a maioria some até os 5 anos</li> </ul>
Dermatite Amoniacal (dermatite de fralda)	<p>Orientar a mãe e/ou cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavar o local com água morna a cada troca de fralda e secar bem a região das dobras, evitando a umidade da pele.</li> <li>• Trocar as fraldas, com intervalo &lt; 4 horas.</li> <li>• Usar sabonete com pH neutro após evacuações;</li> <li>• Suspender o uso de lenços umedecidos, bem como produtos industrializados (por exemplo: óleos, soluções de limpeza de pele).</li> <li>• Expor a área afetada ao sol uma vez ao dia, entre 5 a 15 minutos.</li> <li>• Aplicar creme de barreira (óxido de zinco, vitamina A</li> </ul>

	<p>e D) a cada troca de fralda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não observada melhora, encaminhar para avaliação médica.</li> </ul>
Candidíase das Fraldas	<p>Proceder com as mesmas orientações da dermatite amoniacal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em casos mais severos, considerar o uso de creme miconazol 2% em todas as trocas de fralda até a melhora do quadro..</li> </ul>
Dermatite Seborreica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode-se aplicar óleo antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural.</li> <li>• Orientar a não retirar as escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária.</li> </ul>

## 7.2 Identificação e Manejo das Ectoparasitoses

Problema	Conduta do Enfermeiro
Pediculose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento para crianças acima de 2 anos de idade e com menos de 15 Kg. Uso somente em couro cabeludo íntegro;</li> <li>• Aplicar loção de permetrina 1% no couro cabeludo, incluindo a região retroauricular e nuca;</li> <li>• Lavar os cabelos com xampu de preferência, enxaguar e enxugar com toalha. Testar o produto em uma pequena área do couro cabeludo para identificar hipersensibilidade. Agitar a loção antes do uso, aplicando-a nos cabelos ainda úmidos, cobrindo e esfregando abundantemente em toda a extensão, atentando para a região da nuca e atrás das orelhas (locais de maior concentração dos piolhos e lêndeas). Deixar agir por 10 minutos, enxaguar com água morna, passar o pente fino para remoção dos piolhos e lêndeas, e enxugar os cabelos. Em caso de contato com os olhos, lavar abundantemente com água e sabonete neutro. Repetir o tratamento após 7 dias, se ainda houver piolhos e lêndeas. Além da retirada mecânica das lêndeas com uso de pente fino é indicada a troca</li> </ul>



	<p>diária de vestuário e de roupas de cama, se possível as roupas devem ser fervidas e passadas a ferro bem quente, para não haver nova infestação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Necessário investigar infestação em familiares ou pessoas próximas.</li> </ul> <p>Observação: Crianças com peso maior de 15kg, ver descrição do tratamento com Ivermectina*.</p>
Escabiose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar permetrina a 5% em todo o corpo (exceto rosto e região genital).</li> <li>Agitar a loção antes do uso, aplicando-a na pele íntegra, da cabeça às solas dos pés, incluindo os espaços interdigitais, deixar agir de 8 a 12 horas e a seguir dar banho na criança. Aplicar novamente nas mãos se as mesmas forem lavadas em menos de 8h;</li> <li>Repetir este procedimento após 7 dias.</li> <li>Orientar a mãe e/ou cuidador para a troca e lavagem das roupas e roupas de cama, realizando a lavagem, exposição ao sol e passando-as com ferro quente. Verificar e tratar também os cuidadores e contatos intradomiciliares.</li> </ul> <p>Contraindicações: Crianças com menos de 2 meses de idade. Hipersensibilidade ao produto, inflamação e infecção de pele, escoriações.</p>
<p><b>*Ivermectina: Crianças com menos de 15kg não devem usar esta medicação</b></p> <p>Apresentação: comprimido de 6 mg.</p> <p>Via de Administração: oral.</p> <p>Indicações: Pediculose (piolho): causada pelo ácaro <i>Pediculus humanus capitis</i> e Escabiose (sarna): causada pelo ácaro <i>Sarcoptes scabiei</i>.</p> <p>Tratamento de Pediculose: duas doses de Ivermectina, com 7-10 dias de intervalo entre elas. A remoção das lêndeas, embora frequentemente realizada, não é suficiente para substituir a segunda dose do medicamento e, portanto, não altera a infestação.</p> <p>Tratamento de Escabiose: Posologia: A dose de Ivermectina é proporcional ao peso. Deve ser ingerida com água, não necessita jejum. Uso adulto e pediátrico.</p> <p>Lavar as roupas de banho e de cama com água quente (pelo menos a 55°C); casos na</p>	

família ou nos residentes do mesmo domicílio do doente e tratá-los o mais breve possível.

Tratamento: obedecendo à escala de peso corporal (Kg)

- 15 a 24 Kg - ½ comprimido;
- 25 a 35 Kg - 1 comprimido;
- 36 a 50 Kg - 1 ½ comprimido;
- 51 a 65 Kg - 2 comprimidos;
- 66 a 79 Kg - 2½ comprimidos;
- ≥ 80 Kg - 3 comprimidos ou 200mcg/kg.

A dose pode ser repetida após uma semana.

### 7.3 Identificação e Manejo das Verminoses

As helmintíases transmitidas pelo solo (HTS) são de grande preocupação na saúde pública mundial. São causadas por um grupo de parasitas intestinais compreendendo *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale*, transmitidos por contaminação fecal do solo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe intervenções de controle baseadas na administração periódica de anti-helmínticos em crianças na fase pré-escolar e escolar, ou que vivem em áreas de risco, apoiadas com estratégias para melhorar o saneamento básico e a educação para saúde. O medicamento recomendado pela OMS (Albendazol 400 mg – dose única) é eficaz e recomendado para todas as crianças pré-escolares com idade entre 24 e 60 meses e crianças em idade escolar. Meia dose de albendazol (isso é, 200 mg) é recomendada para crianças com 12 a 24 meses de idade.

Queixas mais comum	Sinais de gravidade	Conduta de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurido anal;</li> <li>• Presença de vermes em fezes ou roupas íntimas;</li> <li>• Presença de cistos (ovos) visíveis em fezes ou roupas íntimas;</li> <li>• Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade;</li> <li>• Diarreia intermitente não relacionada com a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distensão abdominal;</li> <li>• Dor abdominal intensa associada a helmintose;</li> <li>• Diarreia persistente;</li> <li>• Helmintos saindo de cavidade nasal;</li> <li>• Queixas de verminose em crianças menores de 1 anos.</li> </ul>	<p><b>Se presença de qualquer sinal de gravidade:</b> <b><u>Avaliação médica imediata</u></b></p> <p><u>Caso não:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Albendazol 400 mg dose única via oral para crianças com 2 anos ou mais;</li> <li>• Ofertar tratamento para todos os contatos domiciliares;</li> <li>• Reforçar medidas de higiene</li> </ul>

alimentação.		<p>com mãos e alimentos crus (lavá-los bem);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumir alimentos bem cozidos e água filtrada ou tratada;</li> <li>• Manter as unhas das crianças sempre bem aparadas e orientar higiene frequente das mãos.</li> </ul>
--------------	--	--

Fonte: SMS Florianópolis, 2020.

## 8. SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES EM CRIANÇAS ASSINTOMÁTICAS

A coleta de exames laboratoriais de rotina é de utilidade limitada, a menos que a história e o exame físico sugiram um diagnóstico específico. Podem ser solicitados dependendo da evolução clínica do paciente sendo então selecionados com base nos achados significativos da anamnese e do exame físico.

### 8.1 Investigação Da Anemia

A recomendação do consenso sobre anemia ferropriva da Sociedade Brasileira de Pediatria é realizar a investigação laboratorial da deficiência de ferro, com ou sem anemia, aos 12 meses de vida. No entanto, na suspeita baseada na presença de fatores de risco, a investigação deve ser prontamente e precocemente realizada, especialmente na ausência de profilaxia adequada com ferro.

Fica recomendado os seguintes exames para se identificar a fase inicial da depleção ou da deficiência de ferro sem anemia:

Hemograma	para avaliação da Hb, dos índices hematimétricos (VCM, HCM, RDW) e da morfologia dos glóbulos vermelhos
Ferritina sérica	como marcador da fase de depleção dos estoques.
Proteína C reativa	para identificar processo infeccioso.

## 8.2 Fezes e Urina

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

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

Convém ainda destacar que, embora não se recomende exame comum de urina para crianças assintomáticas, o profissional de saúde deve estar atento para manifestações inespecíficas em crianças pequenas, tais como febre, irritabilidade, vômitos, diarreia e desaceleração do crescimento pôndero-estatural, que podem estar relacionadas à infecção urinária.

## 8.3 Perfil Lipídico

As dislipidemias podem ser classificadas em primária, quando causadas por um defeito hereditário no metabolismo lipídico; e secundária quando são causadas por estilo de vida inadequado, doenças crônicas ou medicamentos.

A investigação da dislipidemia em pediatria se realiza a partir da avaliação de antecedentes familiares de doença cardiovascular, dislipidemia, diabetes, obesidade, hipertensão e tabagismo. Em algumas faixas etárias, entretanto, recomenda-se a triagem universal, já que muitos adultos são subdiagnosticados e desconhecem seu perfil lipídico e/ou história familiar.

Recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) de crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl. Com o aumento na incidência de obesidade, diabetes tipo 2 e síndrome metabólica em crianças e adolescentes, a triagem foi ampliada para outros fatores como hiperglicemia, resistência insulínica e HAS. O Quadro 11 mostra as indicações para triagem lipídica em crianças e adolescentes.

Quadro 11: Indicação de triagem lipídica em crianças e adolescentes

Faixa etária (anos)	Triagem
Menores de 2 anos	Não há indicação de triagem
2 a 8	Triagem seletiva, crianças com fatores de risco como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• história familiar de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica em homens abaixo de 55 anos e mulheres abaixo de 65 anos;</li> <li>• história familiar de hipercolesterolemia (colesterol total &gt; 240mg/dl) ou história familiar desconhecida;</li> <li>• outros fatores de risco cardiovascular como hipertensão, diabetes melito, tabagismo passivo ou obesidade (IMC &gt; 95%).</li> </ul>
9 a 11	Triagem universal
12 a 16	Triagem seletiva: caso ocorra história familiar positiva, ou um novo fator de risco, recomenda-se a dosagem de dois perfis lipídicos em jejum (com, pelo menos, duas semanas de intervalo entre as dosagens, mas em menos de 12 semanas entre uma dosagem e outra) e realizar uma média com os valores.
17 a 21	Triagem universal

Fonte : Guia Prático de Atualização : Dislipidemia na criança e adolescente , SBP , 2020.



## 9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). EMS S/A. **Bula: Nistatina**, Suspensão oral, 100.000 UI/mL. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). BULA PARA PROFISSIONAL DA SAÚDE – RDC 47/2009 **Bula: Solução oral concentrada / cloreto de sódio 2,34 mg/ml / cloreto de potássio 1,49 mg/ml / citrato de sódio di-hidratado 1,96 mg/ml / glicose 19,83 mg/ml**. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA CRIANÇA**. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021. 72 p.: il

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 265 p. : Il.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dermatologia na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.- P edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ (COREN-PR). **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Módulo 4: Saúde da Criança e do Adolescente**, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). **CADERNO ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA PRIMEIRO ANO DE VIDA**. Equipe Técnica da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA. **ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS**. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Enfermagem volume 5. Atenção à demanda de cuidados na criança.** 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Diretrizes: Consenso sobre anemia ferropriva.** 2021.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia Prático de Atualização. **Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento.** 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de orientação: Departamento científico de Nefrologia. **Hipertensão arterial na infância e adolescência.** 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Documento científico. **Infecções cutâneas parasitárias: aspectos clínicos e atualização terapêutica.** 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia Prático de Atualização: Departamento Científico de Endocrinologia. **Hipovitaminose D em pediatria: recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção.** 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia Prático de Atualização: Departamento Científico de Nutrologia. **Avaliação Nutrológica no Consultório.** 2016.



## 10. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Plano de Consulta para Enfermeiros em Saúde da Criança no Contexto da Atenção Primária.			
Edição	Elaborado por	Aprovado por	Descrição da Edição
1	Regina Mendonça de Carvalho; Ariane Sossela Zanlorenzi Cardoso; Elisa Baggio Soares; Juliana Telles dos Santos; Patrícia cordeiro Queiroz Clementi; Priscila Lopes Nogueira Berveglieri.	Protocolo revisado e aprovado pela Câmara Técnica de Enfermagem em 18/05/2021.	X
2	Jaqueline Aparecida Wonsowicz Ciulik Enfermeira Núcleo de Gestão de Redes e Linhas de Cuidados 27/11/2024	Lucas Foltz Direção Assistencial 27/11/2024 PA nº 89643/2024	Inclusão de temáticas: hipertensão arterial na infância; Principais queixas clínicas na infância e conduta sugerida na consulta de enfermagem;  Revisão e atualização de conteúdo geral.

