



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO- ES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO MUNICIPAL

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA



JULHO/2025



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO

Secretaria de Saúde de Conceição do Castelo – ES.

Prefeito Municipal

Valber de Vargas Ferreira

Secretário Municipal de Saúde

Diego Faria Ferreira

Coordenador dos programas da saúde

Alex Lima Garbelotto

Elaboração

Helane Liege Belisari Pinto Ambrozim- Enfermeira
Juliana Lacerda de Oliveira- Médica ESF

Formatação

Franklin Daré Feriani

Apoio Técnico

Marise Bernarda Vilela

Apoiadora institucional do ICEPI

Bárbara Magnago Pedruzzi

Brasil. Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo/ES. Secretaria de Saúde.

Protocolo Municipal de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança/
Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo, Secretaria de Saúde – Conceição do
Castelo, 2025.

*“Os olhos do bebê são brilhantes. A boca do bebê é sorridente,
Os braços do bebê abraçam o mundo.
O bebê rejeita o engano, não aceita mentira, renega a ilusão. Ele resiste, sorri,
chora, supera, contente.
O bebê tem sua missão.
Destruir a decepção que lhe deram de presente”.*

Poema “O Parto” de Fausto Wolff – retirado de: Cadernos de Atenção Básica nº 33.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E A MORTALIDADE INFANTIL	8
1.2 AÇÕES E METAS	10
2. CAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	10
2.1 AS AÇÕES DO 5º DIA.....	12
3 CONSULTA À CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS	13
4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA	14
4.1 RISCO HABITUAL.....	14
4.2 RISCO INTERMEDIÁRIO.....	15
4.3 ALTO RISCO.....	16
4.4 SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE	17
5 PRIMEIRA CONSULTA DO RN	19
5.1 ANAMNESE	19
5.2 EXAME FÍSICO.....	19
5.3 ORIENTAÇÕES	20
6 CONSULTAS SUBSEQUENTES	22
6.1 ANAMNESE	22
6.2 EXAME FÍSICO.....	22
6.3 EXAME NEUROLÓGICO	24
6.4 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR.....	26
6.5 DADOS VITAIS EM PEDIATRIA	28
6.6 PREMATUROS	30
6.7 FECHAMENTO DA CONSULTA.....	30
6.8 REGISTROS	31
6.9 BUSCA DE FALTOSOS	31
7 PROFILAXIA MEDICAMENTOSA.....	33
7.1 SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO	33
7.2 SUPLEMENTAÇÃO VITAMINA D.....	36
7.3 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A	37
8 EXAMES LABORATORIAIS.....	38
8.1 HEMOGRAMA E PARCIAL DE URINA.....	38
8.2 PARASITOLÓGICO DE FEZES	40
8.3 PERFIL LIPÍDICO.....	40
9 ALIMENTAÇÃO E ALEITAMENTO	41
9.1 INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	41

9.2	SINAIS DA “BOA PEGA”	42
9.3	POSICIONAMENTO PARA UMA BOA AMAMENTAÇÃO.....	42
9.4	HÁBITOS DE SUCÇÃO DELETÉRIOS NO BEBÊ	43
9.5	RECONSTITUIÇÃO DO LEITE DE VACA PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS TOTALMENTE.....	43
9.6	RECOMENDAÇÕES PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	46
9.7	QUANDO INICIAR A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR?.....	51
9.8	ORIENTAÇÃO PARA CRIANÇAS FILHOS DE PAIS VEGETARIANOS...	56
9.9	DESVIOS NUTRICIONAIS	56
10	IMUNIZAÇÕES.....	58
11	PRINCIPAIS ACHADOS NAS CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO	61
11.1	ANEMIA	60
11.2	ACHADOS DE PELE.....	63
11.3	ACHADOS GASTROINTESTINAIS.....	68
11.4	ACHADOS EM VIA AÉREA SUPERIOR	77
11.5	FEBRE	81
11.6	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	82
12	ENCAMINHAMENTOS.....	85
12.1	CRITÉRIOS ENCAMINHAMENTOS NÚCLEO DA PRIMEIRA INFÂNCIA – CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS INCOMPLETOS.....	86
13	SÍFILIS CONGÊNITA	87
13.1	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.....	88
14	ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	90
14.1	NATUREZA DA VIOLÊNCIA	90
14.2	ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE TENHAM OCORRIDO ATÉ 72H:.....	92
15	SAÚDE BUCAL	95
15.1	ATENDIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	95
15.2	CÁRIE DA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	95
15.3	LIMPEZA E ESCOVAÇÃO	96
15.4	ALTERAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO	96
15.5	ERUPÇÃO DOS DENTES.....	96
15.6	HÁBITOS.....	97
15.7	FLÚOR	97
15.8	REFERÊNCIA AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ODONTOPEDIATRIA	98
16	ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE	99

16.1 ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	99
16.2 ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	100
16.3 ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR E DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM....	100
16.4 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO	101
16.5 ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO.....	101
16.6 ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO E DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL.....	102
16.7 ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA.....	102
17 OBSERVAÇÕES	102
REFERÊNCIAS	103

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) tem uma contínua preocupação e cuidado com os primeiros anos de vida da criança, é uma das fases mais críticas na vida. Os recém-nascidos e as crianças são particularmente vulneráveis à várias doenças, muitas das quais podem ser efetivamente prevenidas ou tratadas.

O Protocolo Municipal de Atenção à Saúde da Criança objetiva apoiar as equipes de atenção básica na qualificação do cuidado, na promoção à saúde, prevenção de agravos sendo uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores de organizar seu processo de trabalho, contribua para a melhoria do acesso e da qualidade no cuidado às crianças.

Salientamos que a intenção deste Protocolo, é a criação de Fluxos, não é burocratizar ou delongar o atendimento, pelo contrário, é que o atendimento seja dinâmico e resolutivo seguindo o que preconiza o Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: "Criança" — pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, e primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 a 5 anos, com especial atenção à faixa etária da primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade na infância (0 a 5 anos), implantou várias ações, dentre as quais se destacam a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável e Assistência Integral as Doenças Prevalentes na Infância e a Rede Cegonha. (BRASIL,2018)

Com isso, o MS propõe um conjunto de ações básicas, a saber:

- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (CD - Infantil);
- Realização da Triagem Neonatal (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho);

- Estímulo e apoio ao aleitamento materno e orientação para alimentação saudável;
- Diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes na infância;
- Imunização.

Esse protocolo foi elaborado norteado principalmente pelo Caderno de Atenção Básica nº 33 do Ministério da Saúde e pelo Protocolo de Atenção à Saúde da Criança do Estado do Espírito Santo.

1.1 PERFIL EPIDEMIOLOGICO E MORTALIDADE INFANTIL

E necessário um diagnóstico do público alvo para que as ações sejam programadas de forma a atender a demanda e focadas nas fragilidades do perfil epidemiológico local.

O município de Conceição do Castelo possui, de acordo com o IBGE, 790 crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, 916 crianças de 5 a 9 anos, sendo o público alvo total de 1.706 crianças. Outro dado importante é o número de nascidos vivos do ano anterior para a programação de ações do primeiro ano de vida. De acordo com os dados da epidemiológico do Município, a série histórica de nascidos vivos dos últimos 5 anos.

Tabela I: Nascidos Vivos residentes em Conceição do Castelo

Ano	Nascidos Vivos
2019	180
2020	176
2021	176
2022	149
2023	161

Fonte: SMS 2024

A Mortalidade Infantil sinaliza para o desenvolvimento social e as condições de vida a que estão submetidas à população de um território, e revela a eficácia das políticas públicas, principalmente no setor saúde. A taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, é de 28,69 por mil nascido vivos nos últimos 5 anos.

Tabela 02: Número de óbitos infantis por ano

Ano	Nº de óbitos
2019	4
2020	3
2021	3
2022	5
2023	5

Fonte: SMS 2024

Contudo, é necessário esforço constante para reduzir os índices de mortalidade infantil. É consenso que muitas vidas de crianças podem ser mantidas caso seja assegurado acesso a serviços de saúde de base comunitária, com retaguarda especializada e hospitalar adequada. Assim, torna-se necessário organizar intervenções primárias de saúde na comunidade com foco nas necessidades das mulheres, mães e crianças.

Neste contexto, no Brasil, a Atenção Primária a Saúde, entendida como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), assume o papel de oferecer cuidados primários de qualidade as crianças com foco na promoção e prevenção.

1.2 AÇÕES E METAS

Para efetivar um adequado atendimento as crianças são necessárias que a Atenção Básica priorize algumas ações estratégicas, tais ações estão elencadas no protocolo de atenção a criança da Secretária Estadual de Saúde do ES, e essas serão parâmetros a ser seguidos

- Monitorar o crescimento pondero-estatural de 100% dessas crianças.
- Estimular a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida a 100% das crianças.
- Oferecer orientações básicas de saúde a 100% da população atendida, prevenindo as doenças infectocontagiosas e doenças carenciais.
- Realizar a busca ativa de 100% dos recém-nascidos de risco da área de abrangência.
- Reduzir em 100% os acidentes mais comuns na infância, através de orientações.
- Garantir atendimento odontológico a 100% dos recém-nascidos.
- Acompanhar 100% das crianças residentes na área de abrangência da unidade através de visitas domiciliares das equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Manter atualizado o esquema vacinal, de 100% das crianças da área de abrangência da unidade.

2. CAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Logo após o nascimento, é muito importante que a Família informe o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou a Equipe da Estratégia Saúde da família em que está vinculada, informando o nascimento e a altas da mãe e da criança e, assim, possibilitando a captação precoce do recém-nascido. Uma vez no domicílio, a puérpera e o recém-nascido devem receber a visita do ACS, Enfermeiro, Médico ou o Técnico/Auxiliar em Enfermagem no primeiro dia útil após a alta com o objetivo de:

- Verificar condições gerais da criança e da mãe;
- Estimular o aleitamento materno;
- Avaliar as condições de higiene;

- Verificar se há sinais de infecção no umbigo;
- Avaliar a existência de situações de risco (Quadro 1);
- Encaminhar para as Ações do 5º dia, com data e hora agendados na USF;
- Orientar a mãe sobre a consulta do puerpério;
- Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança;
- No caso de alguma dúvida ou frente a alguma alteração, o profissional deverá encaminhar a mãe e a criança para a USF. Nos casos em que a puérpera e o bebê vão para a casa de algum familiar, a unidade de origem deverá agendar o atendimento na própria unidade ou na unidade mais próxima do domicílio temporário da família.

Sinais de perigo que devem ser identificados em toda avaliação do RN e demandam encaminhamento da criança ao serviço de emergência, conforme protocolo municipal de classificação de risco:

Quadro 1- Sinais de Perigo

Recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar)
Vômitos importantes (ela vomita tudo o que ingere)
Convulsões ou apneia (a criança fica em torno de 20 segundos sem respirar)
Frequência Cardíaca abaixo de 100 bpm
Letargia ou inconsciência
Respiração rápida (acima de 60 mrm)
Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual)
Febre (37,5°C ou mais)
Hipotermia (menos do que 35,5°C)
Tiragem subcostal
Batimentos de asas do nariz
Cianose generalizada ou palidez importante
Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida
Gemidos
Fontanelas (moleira) abauladas

Secreção purulenta do ouvido
Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite)
Pústulas na pele (muitas e extensas)
Irritabilidade ou dor à manipulação

2.1 AS AÇÕES DO 5º DIA

No 5º dia de vida, a criança deverá ser levada à USF para as *Ações do 5º dia*. Sendo essa a primeira visita da criança ao serviço, inicia-se o programa de acompanhamento, e é fundamental que a criança seja bem acolhida e a família bem orientada.

Nos casos de domicílio temporário, a unidade deve realizar as ações do 5º dia e prestar atendimento à mãe e criança até o retorno das mesmas à USF de origem.

São ações previstas para esse primeiro encontro:

- Preencher o Cartão da Criança com orientações à família sobre o seu objetivo e importância;
- Verificar o estado geral da criança e presença de sinais de perigo (Quadro 1);
- Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e higiene;
- Verificar a presença de icterícia. Se esta for detectável abaixo da cintura, a criança deve ser imediatamente encaminhada à consulta médica ou de enfermagem;
- Estratificar o risco da criança;
- Agendar a primeira consulta;
- Verificar o estado geral da mãe;
- Verificar o esquema vacinal da mãe e completar, se necessário e sem contraindicação;
- Agendar a consulta do pós-parto para a mãe e puericultura para o bebê.

3 CONSULTA À CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS

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

Condições da população infantil podem configurar situações de risco para saúde da criança e impor acompanhamento mais rigoroso e encaminhamento para o pediatra e/ou especialista. Essas situações de risco estão apresentadas em dois grupos, conforme o grau de complexidade requerido para a sua abordagem (MINAS GERAIS/SES, 2005).

O acompanhamento do CD da criança de 0 a 2 anos deverá ser realizado em consultas intercaladas entre o profissional enfermeiro e o médico, visitas domiciliares e grupos educativos, além da consulta especializada quando necessária, seguindo a distribuição de consultas conforme o risco, dispostas no quadro abaixo.

Quadro 2. Dos 2 aos 10 anos, deverá ser realizada uma consulta médica anual para avaliação do CD.

Quadro 2 - Distribuição das consultas entre médico, enfermeiro e pediatra

	5ºd	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	15m	18m	21m	24m
ALTO RISCO	E	P	P	P	P	P	P	E	E	P	E	E	P	E	P	E	P
INTERMEDIÁRIO	E	M	E	E	E	E	E		E		E		M	E	E	E	M
HABITUAL	E	M	E		E		E			E			M		E		M

E= Enfermeiro M= Médico P= Pediatra

❖ Devem ser realizadas 12 visitas domiciliares do ACS anualmente até o 5º ano de vida.

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

4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA

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

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.

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.

4.1 RISCO HABITUAL

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

Ao nascer/avaliação do 5º dia:

- APGAR > 7 no 5º minuto;
- Peso ao nascer $\geq 2.500\text{g}$ e $< 4.000\text{g}$;
- Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas.

Consultas subsequentes (1º mês aos 2 anos):

- Triagem neonatal com resultado normal;
- Vacinação em dia;
- Adequado crescimento;
- Adequado desenvolvimento.

4.2 RISCO INTERMEDIÁRIO

Filhos de mães:

- Com infecção intrauterina (STORCHZ1) + HIV;
- Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;
- Negras;
- Com menos de 4 consultas de pré-natal;
- Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;
- Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
- Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;
- Que apresentaram exantema durante a gestação;
- Com gravidez indesejada;
- Com gravidez decorrente de violência sexual;
- Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto e/ou natimorto);
- Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;
- Com histórico de violência interpessoal;
- Que morreram no parto;
- Mãe sem suporte familiar;
- Chefe da família sem fonte de renda;
- Depressão pós-parto e/ou baby blues;
- Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica;
- Pais com dependência de álcool e outras drogas;
- Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;
- Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN;
- Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável.

- Peso ao nascer $\geq 2.000\text{g}$ e $< 2.500\text{g}$;
- Idade gestacional entre ≥ 35 e < 37 semanas;
- Anomalias congênitas menores;
- Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;
- Criança sem realização de triagem neonatal;
- Desmame precoce (antes do 6º mês de vida);
- Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou Sobrepeso;
- Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado, após orientação e/ou busca ativa ;
- Cárie;
- Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro e um período de 3 meses.

4.3 ALTO RISCO

- Peso ao nascer $< 2.000\text{g}$ e $\geq 4.000\text{g}$;
- Idade gestacional ≤ 34 semanas;
- Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto);
- Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão;
- Doença genética, malformações congênitas graves (com repercussão clínica), cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;
- Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;
- Testes de triagem neonatal alterados;
- Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária;
- Sinais de violência / maus tratos;
- Desnutrição grave e/ou obesidade;
- Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.

4.4 SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

Crianças de 0 a 6 anos que apresentam alto risco para o desenvolvimento infantil inadequado e/ou já apresentam prejuízo e gestantes em vulnerabilidade deverão ser encaminhados, pelo médico ou enfermeira da unidade, para o atendimento em Pediatria da rede do Município.

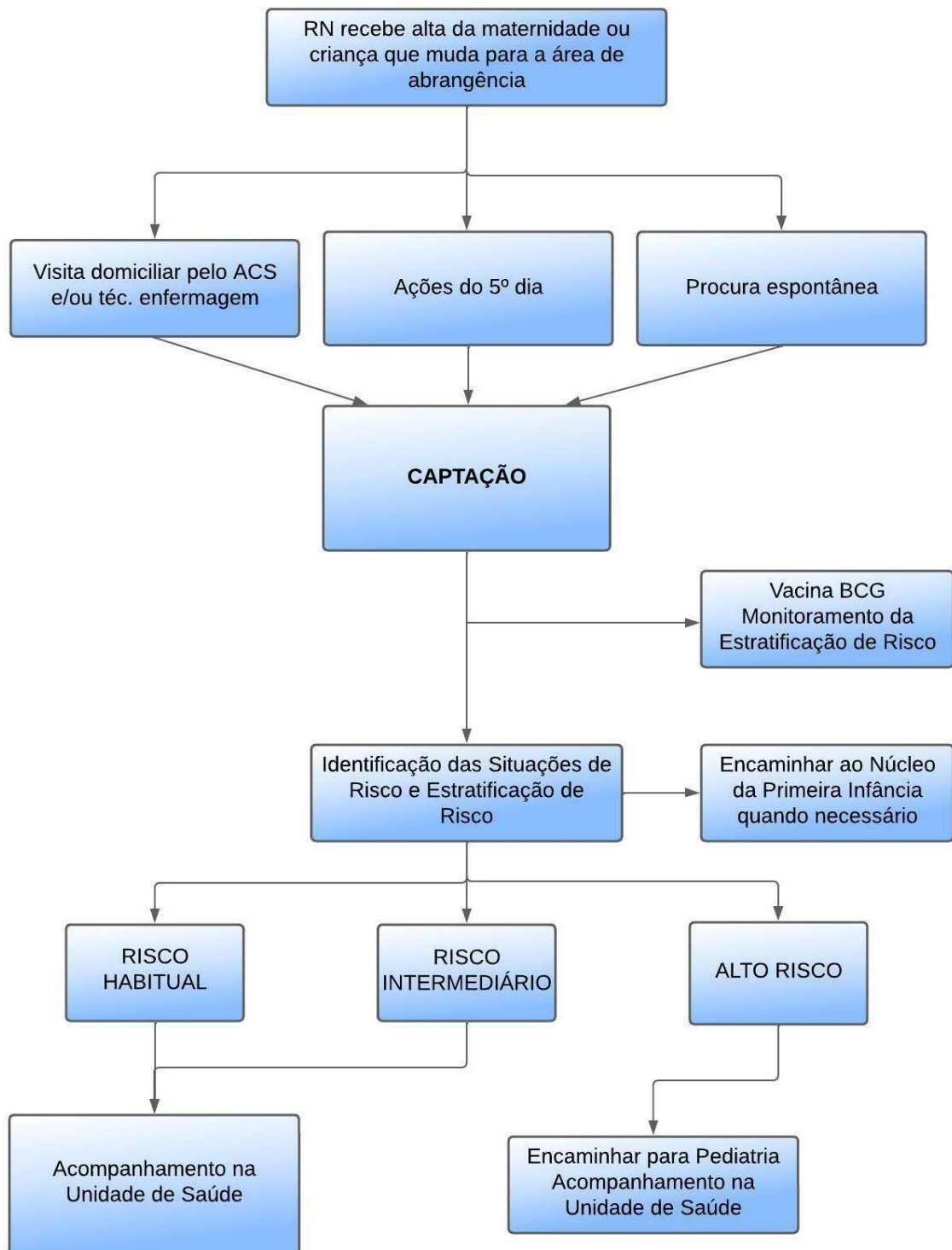
- Criança residente em área de risco;
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais);
- Internações/intercorrências;
- Mãe com menos de 18 anos de idade;
- Mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo);
- História familiar de morte de crianças com menos de 5 anos de idade.

Quadro 3 - Check List – Estratificação de Risco

RISCO HABITUAL	
☐ Sem fator de risco	
RISCO INTERMEDIÁRIO	
☐ Com infecção intrauterina (STORCH) + HIV ☐ Em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes ☐ Negras ☐ Com menos de 4 consultas pré-natal ☐ Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade ☐ Com menos de 20 anos e mais de 3 partos ☐ Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo ☐ Exantema durante a gestação ☐ Gravidez indesejada ☐ Com gravidez decorrente de violência sexual ☐ Com histórico de óbito em gestação anterior ☐ Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis ☐ Mãe sem suporte familiar ☐ Chefe da família sem renda ☐ Depressão pós-parto ☐ Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica	☐ Pais com dependência de álcool e drogas ☐ Mãe ausente por doença, abandono ou óbito ☐ Com histórico de violência interpessoal ☐ Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN ☐ Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável ☐ Peso ao nascer entre 2.000g e 2.500g ☐ Idade gestacional entre 35 e 37s ☐ Anomalias congênitas menores ☐ Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal ☐ Criança sem realização de triagem neonatal ☐ Desmame precoce ☐ Curva ponderoestatural estacionário, em declínio ou sobrepeso ☐ Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado ☐ Cárie ☐ Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro no período de 3 meses
ALTO RISCO	
☐ Peso ao nascer entre 2.000g e 4.000g ☐ Prematuridade <34 semanas ☐ Asfixia perinatal e/ou APGAR <7 no 5º minuto ☐ Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão ☐ Doença genética, mal formações congênitas graves ☐ Infecções do grupo STORCH + HIV + ZIKA confirmadas ou em investigação	☐ Testes de triagem neonatal alterados ☐ Desenvolvimento neuropsicomotor insatisfatório para a faixa etária ☐ Sinais de violência/ maus tratos ☐ Desnutrição grave e/ou obesidade ☐ Intercorrências repetidas com repercussão clínica após segunda internação

Fluxograma 1: Assistência da criança Rede de Atenção à Saúde

FLUXO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA



5 PRIMEIRA CONSULTA DO RN

A primeira consulta do RN deve ocorrer na primeira semana de vida do bebê, de preferência no 5º dia.

5.1 ANAMNESE

Deve conter dados sobre a gestação, dados de nascimento constantes na carteirinha da criança como tipo de parto, apgar, peso ao nascer, IG, testes de triagem neonatal realizados, vacinas já realizadas na maternidade. Nos casos de reprovação nos testes do olhinho, orelhinha e coraçãozinho, encaminhar a criança para oftalmologia via SISREG, Avaliação para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva via SISREG e consulta em Pediatria via SISREG, respectivamente.

Crianças nascidas em municípios vizinhos e que não realizaram os testes de triagem devem retornar a maternidade de nascimento para realizar o teste da orelhinha. Neste caso, verificar a necessidade de prover transporte para mãe e bebê e acionar a FMS.

5.2 EXAME FÍSICO

Avaliar a sucção, posição e qualidade das mamadas, teste os reflexos neurológicos, faça as medidas antropométricas, dados vitais, pesquise presença de assimetrias físicas, letargia, padrão respiratório, padrão cardíaco, padrão de sono, avalie padrão de eliminações (fezes e urina), presença de edema, palidez, cianose, icterícia, assaduras, pesquisa de fontanelas, distensão abdominal, genitália: (testículos em bolsa escrotal e fimose fisiológica, pequenos lábios proeminentes, permeabilidade anal).

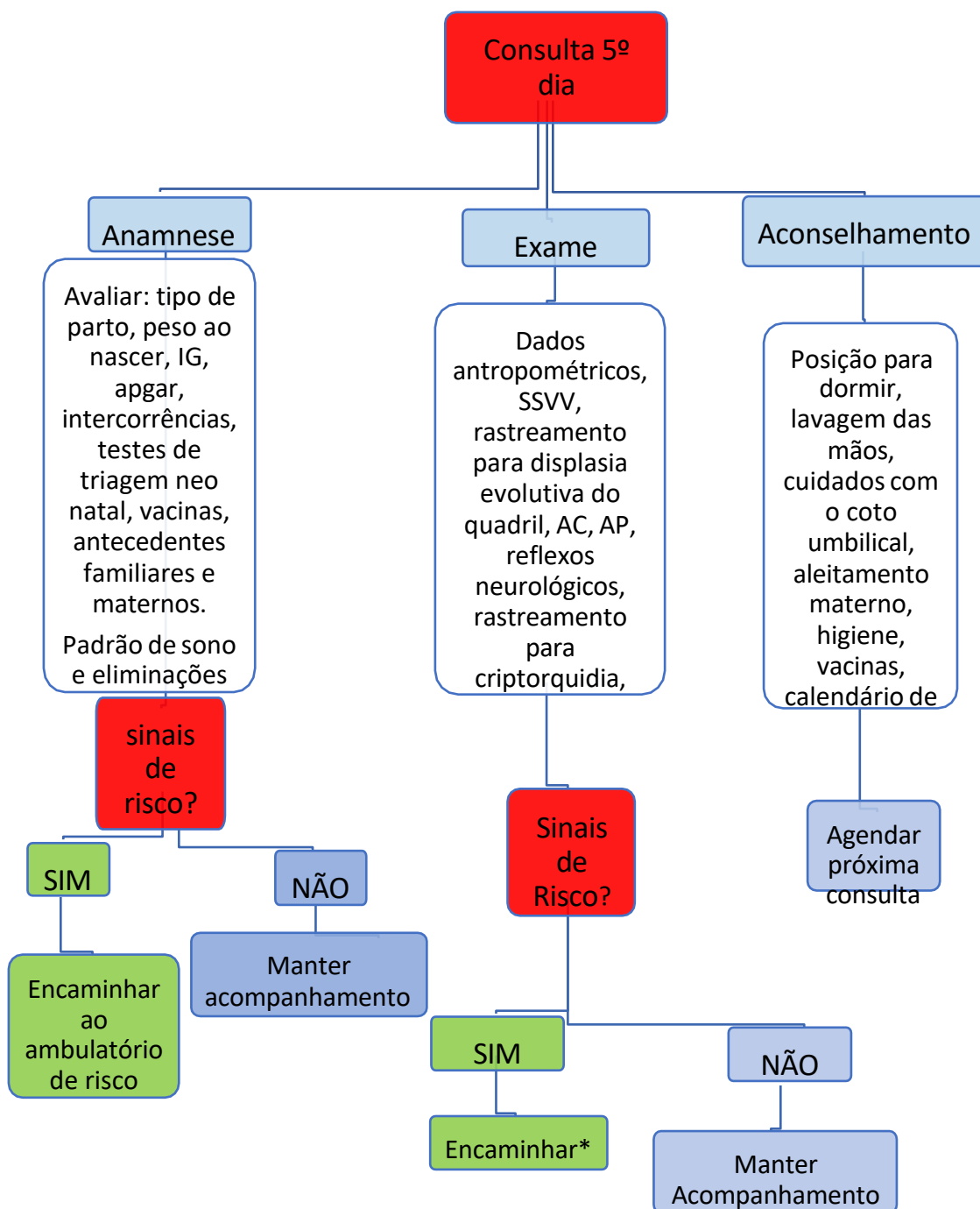
Para uma boa avaliação física deve-se sempre despir o bebê, a medida que for sendo executado o exame físico, utilizando a sequência céfalo-caudal.

5.3 ORIENTAÇÕES

- Promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses;
- Orientação sobre os cuidados com o coto umbilical (uso de álcool 70% a cada troca de fraldas);
- Orientação sobre calendário vacinal;
- Oriente sobre sinais de perigo e necessidade de procurar atendimento de emergência;
- Lavagem das mãos por todas as pessoas que manipulam o bebê;
- Posição supina (barriga para cima) para dormir, com colchão elevado em 30°;
- Desaconselhar o uso de chupetas;
- Prevenção de acidentes: quedas, afogamento na banheira, broncoaspiração, queimaduras por utilizar o fogão com bebê no colo ou pela temperatura da água do banho, sufocamento por excesso de cobertas para dormir.

A criança deve ter sempre a porta aberta na Unidade de Saúde e mãe e bebê devem ser sempre acolhidos pela equipe. Caso seja necessário, a equipe deve fazer o encaminhamento à outros serviços, evitando deslocamentos e exposição da criança à riscos biológicos desnecessários. Deixe esta informação clara aos cuidadores!!

**Fluxograma 2: Primeira consulta do RN na Unidade de Saúde ROTEIRO
DE 1º CONSULTA DO RN**



**Em caso de mal ou regular estado geral, com alteração de dados vitais, encaminhar ao Pronto Atendimento Infantil na UPA Santa Paula.*

6 CONSULTAS SUBSEQUENTES

6.1 ANAMNESE

- Cumprimentar o cuidador e apresentar-se;
- Calcular a idade da criança pela data de nascimento em anos, meses e dias e anotar no prontuário;
- O procedimento de aprimorar as habilidades de comunicação tem sido considerado uma ação fundamental. Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta, além de permitirem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. Exemplos: “O que você gostaria de me contar hoje?”, “Ocorreu alguma mudança importante desde a nossa última consulta?”, “apareceu algo diferente no bebê que você tenha notado?”, “existe algo no comportamento do bebê que os preocupa?”. Investigar:
 - Amamentação/alimentação
 - Padrão de sono e vigília
 - Padrão de eliminações
 - Vacinas em atraso
 - Possíveis queixas ou dúvidas do cuidador
 - Principais marcos de desenvolvimento (segura cabeça? senta? anda? fala?)

6.2 EXAME FÍSICO

Sinais vitais: temperatura (região axilar no mínimo 3 minutos), respiração (observar tórax e frequência respiratória), pulso (radial ou carotídeo com frequência e amplitude) e pressão arterial (caso necessário).

Cabeça: formato e simetria do crânio e face, integridade do couro cabeludo, suturas (disjuntas simétricas ou assimétricas, justapostas, cavalgadas), traumatismos reversíveis (amoldamento craniano, bossa serossanguinolenta, cefalohematoma, pega de fórceps, máscara cianótica, craniotable), medir perímetro cefálico.

Fontanelas: anterior (bregmática) 4 a 6 cm ao nascer, fechamento entre 18 e 24 meses; posterior (lambdia) mede de 1 a 2 cm, fecha por volta de 2 meses. Avaliar tamanho, tensão e se estão abauladas, deprimidas ou planas.

Olhos: aspecto e simetria dos olhos, presença de visão pela observação de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual a luz, presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo.

Ouvidos: forma, alterações, implantação das orelhas. Acuidade auditiva através do pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente 3 metros.

Nariz: inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal e presença e aspecto de secreção, presença de batimento de asas nasais.

Boca e faringe: inspeção dos dentes e gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina, presença de hiperemia, integridade da mucosa e palato (fenda palatina ou labial) e outras alterações.

Pescoço: inspeção e palpação de gânglios (tamanho, mobilidade, dor), rigidez de nuca.

Tórax: forma, simetria, deformidades, sinais de raquitismo e mamilos (número, simetria, ingurgitamento, secreção, tecido areolar, integridade, nódulos), medir perímetro torácico.

Pulmão: percussão e ausculta, presença de tiragem, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios, tipo e ritmo respiratório.

Coração: ausculta de frequência, intensidade, ritmo e qualidade do batimento; presença de cianose e edema.

Abdômen: presença de hiperemia e secreção no coto umbilical (mumificação completa entre o 7º e o 15º dia de vida), alterações globais de forma, volume e abaulamento, presença de hérnias umbilicais, inguinais e ventrais. Observar sinais de alteração na região do fígado e rins (percutir, auscultar e realizar palpação superficial e profunda), observar presença de dor e rigidez.

Pele e mucosas: elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN, normalmente esta lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, e visível após as primeiras 24 horas de vida.

Genitália: 1) Meninos – integridade da pele e mucosa, edema, secreção e esmegma, comprimento do pênis, orifício uretral (hipospadia, epispadia), verificar presença de fimose, testículos na bolsa escrotal ou criptorquidia (condição médica na qual não houve uma descida correta do testículo da cavidade abdominal para o escroto, geralmente a migração dos testículos ocorre até os 3 meses), observar presença de Balano (inflamação do prepúcio e glândula ocorre devido ao estreitamento do prepúcio, fimose ou contaminação por urina, fezes e sujeiras), presença de hérnias e hidrocele; 2) Meninas – integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema, secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida), existência de fistulas.
Ânus – pérvio ou presença de fístula ou fissuras.
Membros superiores e inferiores – tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, deformidades ou malformações (pés tortos, sindactilia, polidactilia, paresias, paralisias, luxações congênitas de quadril – Manobra de Ortoloni), fraturas, presença de massas, linha palmar e plantar, presença de acesso venoso e arterial (local, tipo de cateter, sinais de infecção ou extravasamento).
Coluna vertebral: rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufo de pelos e hipersensibilidade.

6.3 EXAME NEUROLÓGICO

Observar os comportamentos das crianças comparados ao comportamento habitual e esperado para fase de desenvolvimento. Avaliar nível de consciência, atividade normal ou habitual, hipoativa ou com diminuição do padrão próprio de atividade.

Avaliação dos reflexos: estão descritos a seguir alguns reflexos que podem ser avaliados, sendo necessária às vezes a procura de muitos outros durante a consulta de enfermagem, que podem ser encontrados através de pesquisa bibliográfica pelo profissional.

Quadro 4 - Avaliação dos marcos no desenvolvimento infantil

REFLEXO	EXECUÇÃO
Reação de Moro	Utilizar estimulação de queda de cabeça ou som. Não usar estimulação intensa. A criança deve abrir e fechar os braços.
Prensão	Colocar o dedo do examinador na palma da mão da criança no nível
Palmar	do metacarpo falangiano. A criança responde com flexão de todos os dedos, flexão e adução do polegar, simultaneamente.
Reflexos de Sucção	É provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia movimentos de sucção dos lábios e da língua. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada. Este reflexo está presente até os três meses de vida.
Reflexo de Babinski	Caracteriza-se por uma extensão do hálux (dedão do pé), quando um firme estímulo tátil (que não deve chegar a ser doloroso, nem causar desconforto ou lesão na pele) é aplicado à sola lateral do pé. Junto com a extensão do hálux, os outros dedos do pé afastam-se entre si.
Reflexo de Marcha	Em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, realizar o contato da planta dos pés com a superfície, a criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Perímetro cefálico <- 2 escores Z ou > +2 escores Z ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de dois ou mais marcos para a faixa etária anterior	Provável atraso no desenvolvimento	Referir para avaliação neuropsicomotora - Referência médica para neuropediatria

Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária	Alerta para o desenvolvimento	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança Marcar retorno em 30 dias Solicitar avaliação do Núcleo da Primeira Infância
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco	Desenvolvimento normal com fatores de risco	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta Solicitar avaliação do Núcleo da Primeira Infância
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	Desenvolvimento normal	Elogiar a mãe/cuidador; Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para o acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde; Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.

6.4 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Importante enfatizar que o controle do corpo da criança caminha aos poucos, da cabeça aos pés. Assim, para a criança sentar, é necessário que antes sustente a cabeça, o que representa, sem dúvida, uma sequência. Em muitos casos a criança “pula” etapas, por exemplo, não engatinha. Isso não significa, por si só, problema ou atraso no desenvolvimento.

Importante saber que existem formas diferentes de a criança se desenvolver; não existem idades fixas. Seus conhecimentos e comportamentos

são desenvolvidos mais ou menos de acordo com o estímulo que recebem, com as experiências presentes no seu dia-a-dia.

AÇÃO	IDADE ESPERADA**
O bebê, em decúbito ventral, sustenta a cabeça?	Aproximadamente 2 meses
O bebê, em decúbito ventral, apoiado nas mãos, sustenta a cabeça e os ombros?	Aproximadamente 4 meses
O bebê mantém a posição sentada, segurando-se com as mãos?	Aproximadamente 7 meses
O bebê engatinha?	Aproximadamente 8 a 9 meses
O bebê anda apoiado?	Aproximadamente 10 a 11 meses
O bebê anda bem sem apoio?	Aproximadamente 15 a 17 meses

** Se o bebê ainda não desenvolveu essas habilidades após 4 ou 5 meses da idade aproximada para sua realização, recomenda-se solicitar avaliação do pediatra.

O quadro abaixo avalia o desenvolvimento da linguagem da criança. Se a criança apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem, encaminhar à avaliação médica e a fonoaudiológica.

Quadro 5 - Desenvolvimento da Linguagem

Tabela de desenvolvimento da linguagem		
Receptivo	Idade	Expressivo
Assusta-se. Aquieta-se ao som da voz.	0 - 6 semanas	Choros diferenciados e sons primitivos. Aparecem os sons vogais (V).
Vira-se para a fonte de voz. Observa com atenção objetos e fatos do ambiente.	3 meses	Primeiras consoantes (C) ouvidas são p/b e k/g. Inicia balbucio.
Responde com tons emotivos à voz materna.	6 meses	Balbucio (seqüências de CVCV sem mudar a consoante). Ex.: "Dudadá".
Entende pedidos simples com dicas através de gestos. Entende "não" e "tchau".	9 meses	Imita sons. Jargão. Balbucio não-reduplicativo (seqüência CVC ou VCV).
Entende muitas palavras familiares e ordem simples associados a gestos. Ex.: "Vem com o papai".	12 meses	Começa a dizer as primeira palavras como "mamá", "papá" ou "dadá".
Conhece algumas partes do corpo. Acha objetos a pedido. Brincadeira simbólica com miniaturas.	18 meses	Poderá ter de 30 a 40 palavras ("mamá", "bebê", "miau", "pé", "ão-ão", "upa"). Começa a combinar duas palavras ("dá papá").
Segue instruções envolvendo dois conceitos verbais (os quais são substantivos). Ex.: "Coloque o copo na caixa".	24 meses	Tem um vocabulário de cerca de 150 palavras. Usa combinação de duas ou três.
Entende primeiros verbos. Entende instruções envolvendo até três conceitos. Ex.: "Coloque a boneca grande na cadeira".	30 meses	Usa habitualmente linguagem telegráfica ("bebê", "papá pão", "mamã vai papá").
Conhece diversas cores. Reconhece plurais, pronomes que diferenciam os sexos, adjetivos.	36 meses	Inicia o uso de artigos, plurais, preposições e verbos auxiliares.
Começa a aprender conceitos abstratos (duro, mole, liso). Linguagem usada para raciocínio. Entende "se", "por que", "quanto". Compreende 1.500 a 2.000 palavras.	48 meses	Formula frases corretas, faz perguntas, usa a negação, fala de acontecimentos no passado ou antecipa outros no futuro.

6.5 DADOS VITAIS

6.5.1 Frequência Cardíaca

Quadro 6 – Frequência Cardíaca

IDADE	VARIAÇÃO	MÉDIA NORMAL
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100

6.5.2 Frequência Respiratória

Quadro 7 - Frequência Respiratória

De 0 a 2 meses	Até 60 mrm
De 2 a 11 meses	Até 50 mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 mrm
De 6 a 8 anos	Até 30 mrm

6.5.3 Pressão Arterial

Quadro 8 - Pressão Arterial

IDADE	MÉDIA	90° PERCENTIL	95° PERCENTIL
1-3 dias	65/41	75/49	78/52
1 mês-2 anos	95/58	106/68	110/71
2-5 anos	101/57	112/66	115/68

6.5.4 Temperatura

A temperatura corporal normal de uma criança pode variar entre 35,6 e 37,6°C, dependendo do local de aferição, momento do dia e nível de atividade física. Em geral deve-se proceder a medida da temperatura por via axilar com termômetro eletrônico. Atentar para medidas superiores a 38,5°C (Fonte: Linha Guia Mãe Paranaense).

6.6 PREMATUROS

6.6.1 Correção da Idade Gestacional

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

6.7 FECHAMENTO DA CONSULTA

- Orientar sobre cuidados com a higiene da criança, sono, saúde bucal e meio ambiente;
- Desaconselhar o co-leito ou cama compartilhada com os pais;
- Orientar sobre prevenção de acidentes domésticos (escadas, fogão, tomadas, cadeiras);
- Orientar sobre a vestimenta da criança (não agasalhar demais) e uso de cobertas em excesso para dormir pelo risco de sufocamento;
- Orientar sobre: importância do aleitamento materno exclusivo, imunização, aspectos do desenvolvimento normal da criança, estimulação da criança com brincadeiras e afetividade;
- Orientar para que a mãe/acompanhante possa identificar os sinais de perigo e, na presença destes, procurar a UBS;
- Orientar noções básicas de primeiros socorros relacionadas às situações de emergência com bebês, em especial situações de engasgamento e aspiração de corpo estranho.
- Orientar sobre o acompanhamento da criança pela USF;
- Realizar prescrições e solicitar exames, se necessário;
- Verificar se a mãe/acompanhante compreendeu as orientações;

- Registrar as informações no prontuário e no Cartão da Criança.
- Agendar retorno, se necessário;
- Despedir-se da criança/mãe/acompanhante.

6.8 REGISTROS

- Registrar o atendimento no prontuário da criança, descrevendo anamnese, exame físico, orientações e condutas. As consultas de puericultura também devem ser registradas no prontuário eletrônico vigente no município com os dados de peso e estatura registrados nos campos específicos;
- Registrar, também no prontuário eletrônico, em ficha específica, o mapa de consumo alimentar;
- Registrar o atendimento na carteirinha da criança e preencher os gráficos de acompanhamento de peso, estatura e perímetro cefálico.

6.9 BUSCA DE FALTOSOS

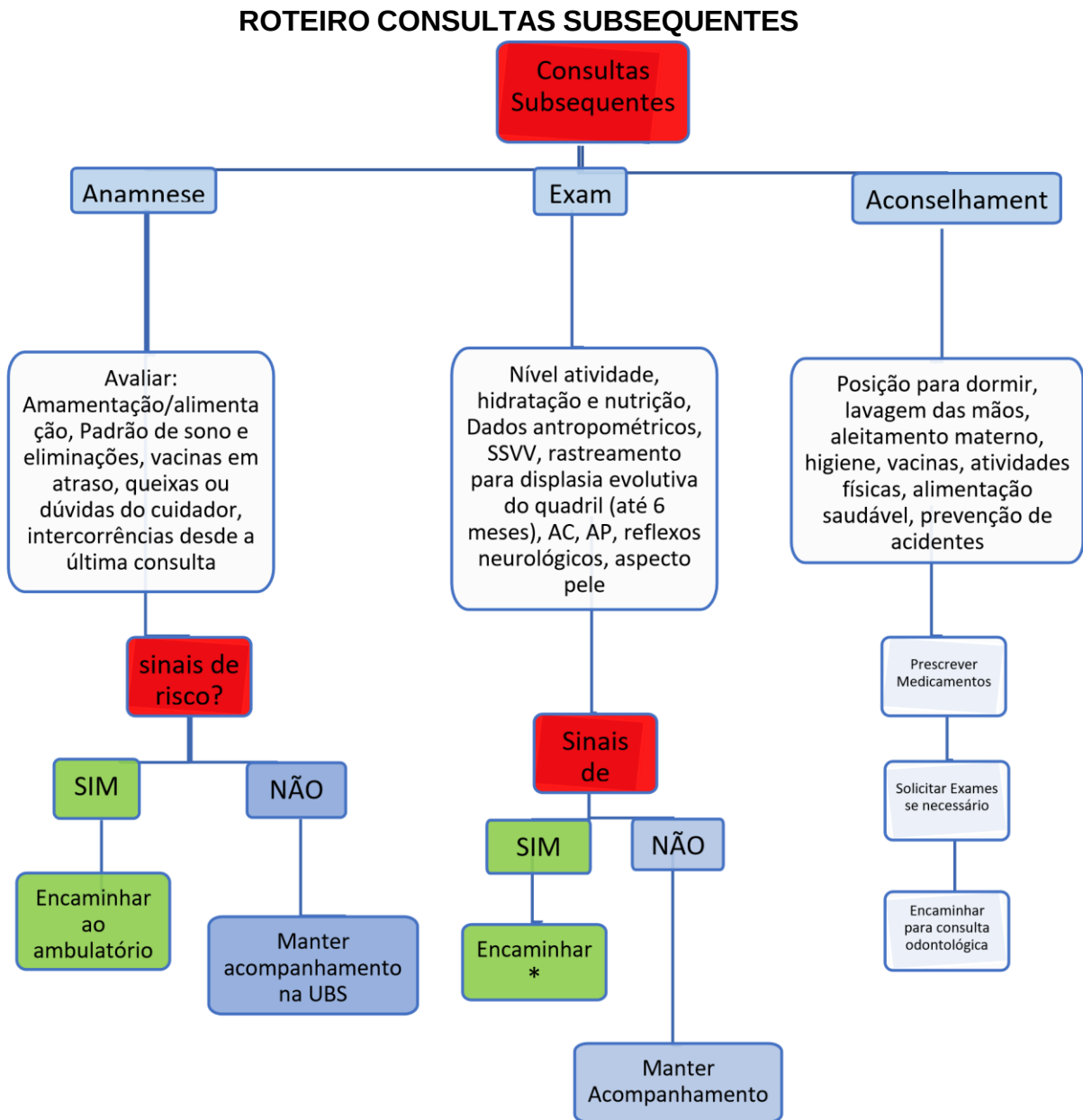
- As famílias das crianças faltosas às atividades programadas deverão ser visitadas pelo ACS para identificação dos motivos da sua ausência e orientação aos familiares.
- As consultas perdidas deverão ser agendadas novamente.
- Em caso de internação da criança, a equipe deverá entrar em contato com o hospital para informações e, assim, programar uma consulta imediatamente após a alta.
- Atenção especial deve ser dada às crianças em situações de risco.
- Quando as crianças em situações de risco não comparecerem a qualquer atividade pré-agendada na USF, as famílias deverão ser contatadas com urgência.
- Em casos de negligência, falta nas consultas por mais de 3 meses ou em casos de crianças que exigem cuidados especiais sem acompanhamento, acionar o Conselho Tutelar.

Ensinar a mãe/cuidador sobre quando deve procurar atendimento imediato:

- Se o bebê não mama ou está mal;
- Se teve piora do quadro ou estado;

- Se tiver cianose (ficar roxa);
- Se apresentar dificuldade para respirar;
- Se apresentar pus no umbigo;
- Se apresentar sangue nas fezes ou diarreia;
- Se apresentar febre ou hipotermia (fica fria);
- Se vomita tudo;
- Se ficar ictérico (amarelo);
- Se estiver pouco reativa, largada ou “não vai bem”.

Fluxograma 3: Consultas Subsequentes



7 PROFILAXIA MEDICAMENTOSA

7.1 SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

A anemia por deficiência de ferro é o problema nutricional de maior magnitude no Brasil, com uma prevalência de aproximadamente 50% nas crianças

brasileiras. Em Ponta Grossa, constantemente temos crianças na faixa etária de zero a 2 anos internadas por anemia ferropriva grave, com valores de hemoglobina variando entre 3,9 à 8,5 e hematócrito de 20%. A Portaria no 730, de 13 de maio de 2005, do Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva em crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto.

Recomendação de suplementação de ferro para o tratamento da anemia ferropriva para crianças menores de dois anos: 3mg de ferro/kg/dia, não superior a 60mg por dia.

Quadro 9 - Administração da suplementação profilática de sulfato ferroso

Situação	Recomendação
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno.	1mg/kg peso/dia a partir do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.
Recém-nascido a termo, com peso < 2.500 g.	2 mg/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, por um ano. 1 mg/kg/dia por mais um ano.
Recém nascido pré- termo e recém- nascido de baixo peso acima de 1.500g.	2 mg/kg/peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000g	3 mg/kg peso/dia durante um ano. Após, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000g	4mg/kg peso/dia durante um ano. Após utilizar esquema para RN entre 1.500 e 1.000g

Se presença de no mínimo um dos fatores de risco listados abaixo, iniciar suplementação com 90 dias de vida no recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional:

a) Baixa reserva materna

- Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas (< 2 anos)
- Dieta materna deficiente em ferro
- Perdas sanguíneas
- Não suplementação de ferro na gravidez e lactação

b) Aumento da demanda metabólica:

- Lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90)

c) Diminuição do fornecimento:

- Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida
- Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida
- Consumo de fórmula infantil com baixo teor de ferro ou quantidade insuficiente
- Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista

d) Perdas sanguíneas

- Traumática ou cirúrgica
- Hemorragia gastrointestinal, ginecológica, urológica, pulmonar
- Discrasias sanguíneas
- Malária

e) Má absorção do ferro:

- Síndromes de má-absorção (doença celíaca, doença inflamatória intestinal)
- Gastrite atrófica, cirurgia gástrica (ressecção gástrica)
- Redução da acidez gástrica (antiácidos, bloqueadores H2, inibidores de bomba de prótons)

Quadro 10 - Exemplos de dosagem de sulfato ferroso para crianças

Fonte: Manual Programa Nacional de Suplementação de ferro, 2013 – Ministério da Saúde.

Idade em meses	Mediana de peso (kg)	Média dosagem de ferro (mg)	Número Gotas Apres.25mg/ml
6	7.600	7	6
7	7.950	8	7
8	8.250	8	7
9	8.550	8	7

10	8.850	9	8
11	9.050	9	8
12	9.250	9	8
13	9.550	9	8
14	9.750	9	8
15	9.950	9	8
16	10.150	10	9
17	10.350	10	9
18	10.550	10	9
19	10.750	10	9
20	10.950	10	9
21	11.200	11	10
22	11.450	11	10
23	11.650	11	10
24	11.850	11	10

O registro da suplementação de ferro deve ser inserido na ficha de procedimentos do e-SUS, no bloco "outro procedimento", com a inserção do seguinte código SIGTAP: 01.01.04.006-7 - Dispensação de suplemento de ferro.

7.2 SUPLEMENTAÇÃO VITAMINA D

Apresentação Vitamina A+D: frascos de 50.000UI vit A+10.000UI/ml vit D.

Recomendações:

- Para recém-nascidos a termo, recomenda-se suplementação medicamentosa profilática de 400 UI de vitamina D/dia (2 gotas), a partir da primeira semana de vida até os 12 meses, e de 600 UI/dia (3 gotas) dos 12 aos 24 meses, inclusive para lactentes em aleitamento materno exclusivo, independentemente da região do país;

- Para recém-nascidos pré-termo, recomenda-se suplementação profilática oral de vitamina D (400 UI/dia), que deve ser iniciada quando o peso for superior a 1500 g e houver tolerância plena à nutrição enteral;
- Por ausência de consenso na literatura em relação à exposição solar segura e necessária para se atingir concentrações séricas adequadas de vitamina D em lactentes, suplementação medicamentosa profilática é sempre recomendada;
- Crianças e adolescentes devem ser incentivados para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e estilo de vida adequado, incluindo o consumo de alimentos fonte de vitamina D (p.ex. peixes marinhos) e a prática de atividades ao ar livre associada à exposição solar segura.

7.3 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

Para que se tenham bons resultados, a suplementação de vitamina A deve seguir o calendário de administração a seguir:

Quadro 11 – Esquema para administração de vitamina A em crianças

Fonte: Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

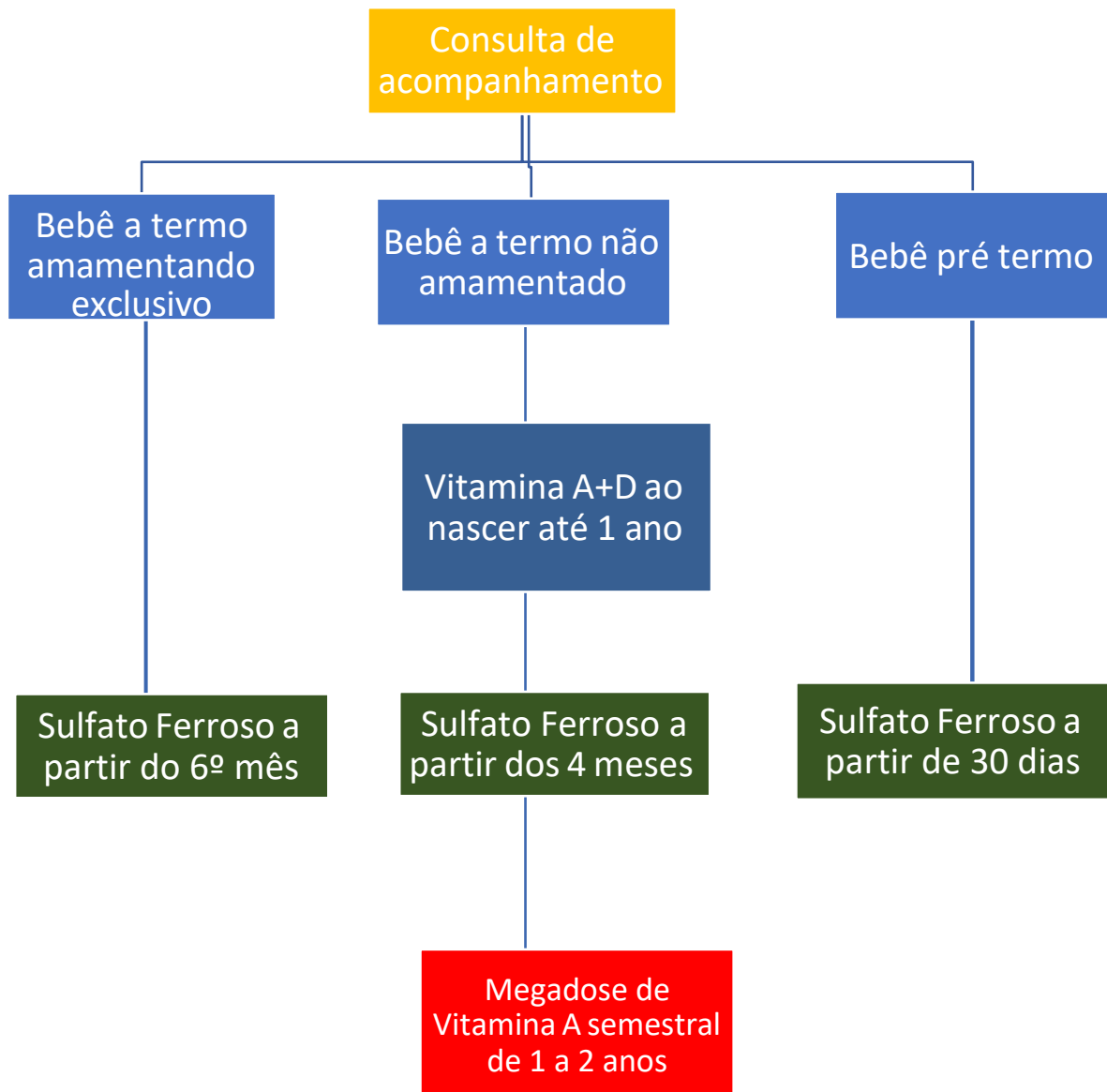
IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
Crianças: 12 – 24 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Recomenda-se não suplementar a criança que faz o uso diário de polivitamínico com vitamina A ou qualquer outro suplemento isolado de vitamina A.

É importante reforçar o registro da data e da dose de vitamina A administrada na Caderneta de Saúde da Criança, onde existe espaço para registro da data de doses administradas e do retorno da criança. É muito importante orientar a mãe ou o responsável pela criança a voltar à unidade de Saúde sempre que for marcado o retorno de administração de vitamina A.

O registro da suplementação de vitamina A deve ser inserido na ficha de procedimentos do e-SUS, na opção "administração de vitamina A".

Fluxograma 4: Suplementação de Vitaminas



8 EXAMES LABORATORIAIS

8.1 HEMOGRAMA E PARCIAL DE URINA

Não há, até o momento, estudos sobre um delineamento adequado para avaliar o impacto (a eficácia ou a efetividade) do rastreamento de anemia e bacteriúria em crianças assintomáticas. Existem apenas estudos que associam a anemia a desfechos mórbidos. Por isso, enfatiza-se que todas as recomendações no

sentido do rastreamento da anemia são baseadas em desfechos substitutos, estando sujeitas a vieses.

O *hemograma* pode ser solicitado para crianças de risco, conforme quando a seguir:

Quadro 12 - Classificação das crianças conforme a idade, a presença de fatores de risco para anemia e a conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento

Classificação	Condutas (<i>Médico/Enfermeiro</i>)
Grupo 1 (com menos de 12 meses)	
Crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. 18 meses. Se não tiver	1 a 2 mg/Kg/ dia de ferro dos 6 aos sido suplementada, solicite hemograma entre 9 a 12 meses.
Crianças em uso de fórmulas com 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 18 meses. Se não tiver sido	suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
Prematuros sadios e bebês 2mg/kg/dia após 1 mês de vida por 2 pequenos para a idade gestacional meses. Depois, reduza a dose para 1 (PIG).	a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Solicite hemograma aos 15 meses.
Prematuros com história de 2 a 4mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado múltipla, ferropenia materna grave hemograma.	
durante a gestação (Hb < 8),	Se o resultado do exame for normal,

hemorragias uteroplacentárias e reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia hemorragias neonatais (ou até os 18 meses. Se houver anemia, múltiplas extrações mantenha a dose de tratamento. sanguíneas). Nova pesquisa de anemia deve ser feita aos 15 meses.

Grupo 2 (de risco para maiores de 24 meses)

- Dieta pobre em ferro: Solicite hemograma e aja conforme o vegetarianos, excesso de laticínios resultado. Sugere-se pesquisa anual (mais de 2 copos de leite por dia ou neste grupo de risco até os 5 anos de equivalente) e baixa ingesta de idade. Trate a anemia com frutas e verduras. 3mg/kg/dia de ferro e aconselhe os
- Infecções frequentes, pais sobre dieta rica em ferro. hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos).

Fonte: CENTERS, 1998; BRASIL, 2005; STOLTZFUS; DREYFUSS, 1998; RUIZ-CABELLO, 2011.

8.2 PARASITOLÓGICO DE FEZES

O exame parasitológico de fezes pode ser realizado em crianças que vivam em áreas ou ambientes de maior prevalência.

8.3 PERFIL LIPÍDICO

Sabe-se que, entre as crianças com dislipidemia, a metade se tornará adulta dislipidêmica. O tratamento da dislipidemia na infância tem-se mostrado eficaz em diminuir os níveis de lipídeos em populações selecionadas, embora nenhum estudo tenha avaliado o impacto do referido tratamento em desfechos clínicos.

Recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (**colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL**) de crianças cujos **pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce** (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos **pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl**. **O rastreamento deve ser realizado a partir dos 2 anos de idade**, a cada 3 a 5 anos. Em vez de ponto de corte fixo para o valor normal, recomenda-se avaliar os níveis de lipídios específicos para a idade e o sexo.

9 ALIMENTAÇÃO E ALEITAMENTO

9.1 INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno deve ser oferecido exclusivamente para a criança até os primeiros 6 meses de idade (água e chás não devem ser oferecidos), com o acompanhamento do crescimento e ganho ponderal.

As vantagens do aleitamento materno são:

Nutricionais: é um alimento fisiologicamente perfeito para o bebê; a maioria das mulheres produz leite em quantidade e qualidade adequada às necessidades do seu bebê (o leite de mães de prematuros é diferente daquelas de bebês de termo). Colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição energético-protéica e consequentemente a mortalidade infantil;

Imunológicas: protege a criança contra infecções, principalmente do aparelho digestivo, pois retarda a exposição da criança a possíveis contaminações alimentares em ambientes desfavoráveis. Diminui também a probabilidade de processos alérgicos decorrentes da exposição precoce às proteínas do leite de vaca;

Psicológicas: estabelece relação afetiva mãe-filho positiva;

Econômicas: representa economia real (em compra de leite em pó, esterilização da água e utensílios pela fervura, gasto com gás de cozinha, etc.);

Planejamento Familiar: ajuda no espaçamento de nova gravidez, mas é falho em alguns casos após os 2 meses, de modo que é preciso orientar a mãe para usar outros métodos contraceptivos.

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

9.2 SINAIS DA “BOA PEGA”

- A boca está bem aberta;
- O lábio inferior voltado para fora;
- O queixo toca o seio;
- Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo;
- Pega toda a aréola, não apenas o mamilo.

Caso haja dificuldades de pega, dificuldades de sugar adequadamente ou lesões na mama materna devido a sucção, solicitar avaliação da enfermeira da unidade do paciente e agendar avaliação no Consultório de Incentivo ao Aleitamento Materno conforme sua referência.

Para auxiliar no tratamento das lesões mamilares, o município de Ponta Grossa disponibiliza desde Dezembro de 2020 a *laserterapia*, o serviço está disponível em 5 Unidades de Saúde, Luiz Conrado Mansani (Uvaranas), Ambrósio Bicailo (Bonsucesso), Alfredo Levandovski (Gralha Azul), Lauro Muller (Santa Maria) e Sady Silveira (Olarias). As puérperas podem ser encaminhadas pelas enfermeiras da unidade de referência após avaliação e percepção da necessidade do serviço. Os atendimentos são realizados com horário marcado previamente através de agenda compartilhada via *Google Drive*.

9.3 POSICIONAMENTO PARA UMA BOA AMAMENTAÇÃO

- A mulher deverá estar sentada ou deitada em posição confortável, com apoio nas costas; o corpo da criança alinhado (cabeça e tronco), e a barriga da criança voltada para a barriga da mãe.

- Orientar a mãe a dar o peito toda vez que a criança chorar, mesmo que muitas vezes, isso fará com que haja produção de mais leite. Alguns bebês são muito quietos e reclamam pouco, dormindo muitas horas, isso faz com que tenham hipoglicemia (pior em prematuros), Pequeno para Idade Gestacional (“PIG”) e Grande para Idade Gestacional (“GIG”) e fiquem mais hipoativos ainda, orientar para acordá-los a cada 3 horas para mamar, pelo menos nos primeiros 15 dias de vida, depois haverá adaptação natural.

9.4 HÁBITOS DE SUCÇÃO DELETÉRIOS NO BEBÊ

O uso de chupeta, sucção digital, sucção dos lábios, sucção da língua, entre outros, são prejudiciais ao crescimento craniofacial e à fisiologia oclusal do bebê.

A prevenção destes hábitos se faz por meio do estímulo à amamentação em seio materno. Caso não seja possível tal conduta e se desenvolva o hábito oral deletério, faz-se necessária a remoção do mesmo até os dois anos de idade, pois até esta fase, todos os prejuízos já causados são autocorrigidos. A remoção do hábito deve envolver o acompanhamento clínico de uma equipe multidisciplinar da USF (médico, dentista, enfermeiro) evitando seus possíveis agravos: respiração oral, más formações dentárias, prejuízos à articulação da fala, dentre outros.

Caso o bebê tenha dificuldades para sugar e/ou necessite de via alternativa de alimentação, agendar consulta com o médico e avaliar a necessidade de encaminhá-lo para avaliação da fonoaudióloga. Pode também ser encaminhada para a Pediatria de Alto Risco.

9.5 RECONSTITUIÇÃO DO LEITE DE VACA PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS TOTALMENTE

Com base no Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos do Ministério da Saúde de 2015, **não** se recomenda nem se induz o uso do leite de vaca e/ou artificial e sim há uma valorização para o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementado até os dois anos ou mais.

No entanto, sabe-se que há condições em que as crianças não estão mais sendo amamentadas ao peito e não há a possibilidade de reverter essa situação. Assim, as orientações a seguir permitirão aos profissionais de saúde atuar de maneira mais adequada frente a tais casos e de forma individualizada. Essas devem ser adotadas apenas excepcionalmente, quando esgotadas todas as possibilidades de relactação da mãe e analisados caso a caso.

Segundo o Guia Alimentar do Ministério da Saúde atualizado em 2021, as crianças não amamentadas requerem cuidados adicionais no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. A idade da oferta de novos alimentos e o tipo de alimento a ser ofertado para crianças poderá ser diferente dependendo se ela ainda recebe um pouco de leite materno ou se não é mais amamentada e recebe fórmula infantil ou leite de vaca.

A amamentação deve ser protegida. Por isso, a orientação sobre preparo de leites artificiais nunca deve ser coletiva. Nos casos em que há necessidade de orientar sobre o preparo de leites artificiais (por exemplo, mães HIV positivo) esta orientação deve ser feita de maneira individualizada e por profissional qualificado.

As fórmulas infantis industrializadas consistem em um alimento para fins especiais em pediatria, modificado para atender às necessidades nutricionais e para não agredir o sistema digestivo do bebê não amamentado. São fórmulas nutricionalmente completas e estão disponíveis em farmácias e supermercados e possuem custos mais elevados para compra.

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).

Na impossibilidade de relactação, a recomendação é a de que as crianças recebam fórmula infantil. O uso de leite de vaca antes de 9 meses não é recomendado, mas é considerado em função do elevado consumo na população brasileira e deve ser avaliado por um profissional de saúde, que deve orientar a mãe quanto aos procedimentos a seguir, que incluem a diluição adequada para a idade, a correção da deficiência de ácido linoléico com óleo nos primeiros quatro meses e a suplementação com vitamina C e ferro.

O custo elevado das fórmulas infantis possibilita que o consumo de leite de vaca no Brasil seja elevado nos primeiros seis meses de vida. Por isso, os

nutricionistas e demais profissionais de saúde devem ter o conhecimento de como as mães devem ser orientadas no preparo de fórmulas infantis caseiras.

Assim, esse leite deve ser diluído até os 4 meses de idade por causa do excesso de proteína e eletrólitos que fazem sobrecarga renal. Nessa diluição de $\frac{2}{3}$ ou 10% (42 calorias) há deficiência de energia e ácido linoléico, então para melhorar a densidade energética a opção é preparar o leite com 3% de óleo (1 colher de chá = 27 calorias).

O carboidrato fica reduzido, no entanto a energia é suprida e não é necessária a adição de açúcares e farinhas que não são aconselhados para crianças menores de 24 meses. Então, até completar 4 meses o leite diluído deve ser acrescido de óleo, ou seja, 1 colher de chá de óleo para cada 100 ml (como exemplificado no quadro 13). Após completar 4 meses de idade o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança receberá outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

Quadro 13 - Diluição do Leite de vaca integral para menores de 4 meses

Leite em pó integral:

1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida.

1 $\frac{1}{2}$ colher das de sobremesa rasas para 150ml de água fervida. 2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.

Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e em seguida adicionar a água restante necessária.

Leite integral fluído: $\frac{2}{3}$ de leite fluído + $\frac{1}{3}$ de água fervida. 70ml de leite+30ml de água= 100ml.

100ml de leite+50ml de água=150ml.

Perguntar à mãe ou responsável como ela prepara o leite que oferece à criança e corrigir, se for o caso, a diluição (que pode estar muito diluída ou concentrada), o volume de cada refeição e o número de refeições que estão sendo oferecidos (as tabelas a seguir mostram as diluições e volumes aproximados por faixa etária). Identificar as práticas de higiene usadas na manipulação e no preparo dos alimentos complementares, orientando adequadamente as mães e cuidadores, quando necessário.

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

Quadro 14 - Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade

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

9.6 RECOMENDAÇÕES PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

A prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança deve ser recomendada por todos os profissionais de saúde como importante estratégia para a promoção da saúde da população infantil. Além disso, o Ministério da Saúde recomenda a adequação das práticas da alimentação complementar ao leite materno, também a partir dessa idade (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implantação da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que divulgou uma versão atualizada dos “Doze passos para uma alimentação saudável”.

Quadro 15 - Doze passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos

Passo 1 – Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.
Passo 2 - Oferecer alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses.
Passo 3 – Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.

Passo 4 – Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.
Passo 5 – Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade.
Passo 6 – Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.
Passo 7 – Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.
Passo 8 – Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.
Passo 9 – Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.
Passo 10 – Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.
Passo 11 – Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.
Passo 12 – Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Quadro 16 - Alimentação da criança aos 6 meses de idade que recebe leite materno

9.6.1 Alimentação da criança aos 6 meses de idade que recebe leite materno

Café da manhã — leite materno
Lanche da manhã — fruta e leite materno
Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — fruta e leite materno
Jantar — leite materno
Antes de dormir — leite materno

O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.

Quadro 17 - Alimentação da criança entre 7 e 8 meses de idade que recebe leite materno

9.6.2 Alimentação da criança aos 6 meses de idade que recebe leite materno

Café da manhã — leite materno
Lanche da manhã — fruta e leite materno
Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.
Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — fruta e leite materno
Jantar É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Antes de dormir — leite materno

O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.

Quadro 18 - Alimentação da criança entre 9 e 11 meses de idade que recebe leite materno

9.6.3 Alimentação da criança entre 9 e 11 meses de idade que recebe leite materno

Café da manhã — leite materno
Lanche da manhã — fruta e leite materno

Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — fruta e leite materno
Jantar É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Antes de dormir — leite materno

O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser. Ofereça água ao longo do dia.

Quadro 19 - Alimentação da criança entre 1 a 2 anos de idade que recebe leite materno

9.6.4 Alimentação da criança entre 1 a 2 anos de idade que recebe leite materno

Café da manhã — fruta e leite materno OU cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e leite materno OU raízes e tubérculos (aipim/batata doce/inhame) e leite materno.
Lanche da manhã — fruta e leite materno

Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — fruta e leite materno OU leite materno e cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e leite materno OU raízes e tubérculos (aipim/batata doce/inhame).
Jantar É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Antes de dormir — leite materno

O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser. Ofereça água ao longo do dia.

***IMPORTANTE!**

O Guia Alimentar do Ministério da Saúde enfoca a alimentação complementar de crianças de 6 a 24 meses que são amamentadas. Algumas crianças, por várias razões, recebem pouco ou nenhum leite materno nessa idade, o que significa que as suas necessidades de energia e nutrientes devem ser supridas por meio dos alimentos complementares e algumas outras fontes de leite, ou apenas pelos alimentos da família. As recomendações de alimentação desta publicação precisam ser adaptadas para essas crianças. Por

exemplo, algumas crianças podem necessitar de quantidades maiores dos alimentos da família ou podem necessitar ser alimentadas mais frequentemente.

9.7 QUANDO INICIAR A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR?

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a partir dos 6 meses, o bebê consegue sentar, sustentar a cabeça, o tronco e perder o reflexo de esticar a língua para mamar, o que levaria a empurrar a colher para fora. Ele passa a ser mais curioso e abre a boca mais facilmente para provar novas coisas.

Além da questão da maturação motora e cognitiva:

- Certas enzimas digestivas começam a ser mais eficazes no sexto mês;
- As bactérias intestinais já estão instaladas e protegem o bebê de possíveis infecções;
- Os rins começam a ser capazes de eliminar maiores quantidades de sódio;
- As defesas (sistema imunológico) estão prontas para entrar em contato com novos nutrientes e proteínas, impedindo que o bebê desenvolva alergias alimentares. Introduzir novos alimentos antes do período de 4 a 6 meses pode ser perigoso devido a diminuição de ingestão do leite materno (alimento mais rico para o período), levando à deficiência de vitaminas e sais minerais e ao excesso de peso. Lembrar da imaturidade gastrointestinal e imune que podem levar ao desenvolvimento de quadros infecciosos e de alergia alimentar. Oferecer alimentos muito tarde também é negativo, porque nesta fase de muitas mudanças a amamentação exclusiva precisa ser complementada com mais nutrientes. O bebê está crescendo!!

9.7.1 Alimentação da criança de 6 meses de idade que recebe fórmula infantil

Quadro 20 - Alimentação da criança de 6 meses de idade que recebe fórmula infantil

Café da manhã — fórmula infantil
Lanche da manhã — fruta

Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — fórmula infantil e fruta
Entre o lanche e a ceia - fórmula infantil
Ceia — fórmula infantil

9.7.2 Alimentação da criança de 7 e 8 meses de idade que recebe fórmula infantil

Quadro 21 - Alimentação da criança de 7 e 8 meses de idade que recebe fórmula infantil

Café da manhã — fórmula infantil
Lanche da manhã — fruta
Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — fórmula infantil e fruta
Jantar - igual ao almoço
Ceia — fórmula infantil

9.7.3 Alimentação da criança de 9 e 11 meses de idade que recebe fórmula infantil

Quadro 22 - Alimentação da criança de 9 e 11 meses de idade que recebe fórmula infantil

Café da manhã — leite de vaca integral
Lanche da manhã — fruta
Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — leite de vaca integral e fruta
Jantar - igual ao almoço
Ceia - leite de vaca integral

9.7.4 Alimentação da criança entre 1 e 2 anos de idade que recebe fórmula infantil

Quadro 23 - Alimentação da criança entre 1 e 2 anos de idade que recebe fórmula infantil

Café da manhã — leite de vaca integral e fruta OU leite de vaca integral e cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) OU raízes e tubérculos (aipim/batata doce/inhame).
Lanche da manhã — fruta
Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — leite de vaca integral e fruta OU leite de vaca integral e cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) OU raízes e tubérculos (aipim/batata doce/inhame).

Jantar - igual ao almoço
Ceia - leite de vaca integral

9.7.5 Alimentação da criança aos 4 meses de idade que recebe leite de vaca

Quadro 24 - Alimentação da criança aos 4 meses de idade que recebe leite de vaca

Café da manhã — leite de vaca diluído
Lanche da manhã — fruta
Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 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.
Lanche da tarde — leite de vaca diluído e fruta
Jantar - leite de vaca diluído
Ceia - leite de vaca diluído

9.7.6 Alimentação da criança entre 5 e 11 meses de idade que recebe leite de vaca

Quadro 24 - Alimentação da criança entre 5 e 11 meses de idade que recebe leite de vaca

Café da manhã — leite de vaca integral
Lanche da manhã — fruta

Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada entre 5 e 6 meses - 2 a 3 colheres de sopa no total. Quantidade aproximada entre 7 e 8 meses - 3 a 4 colheres de sopa no total. Quantidade aproximada entre 9 e 11 meses - 4 a 5 colheres de sopa no total. Essas quantidades servem 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.
Lanche da tarde — leite de vaca integral e fruta
Jantar - igual ao almoço
Ceia - leite de vaca integral

9.7.7 Alimentação da criança entre 1 e 2 anos de idade que recebe leite de vaca

Quadro 25 - Alimentação da criança entre 1 e 2 anos de idade que recebe leite de vaca

Café da manhã — leite de vaca integral e fruta OU leite de vaca integral e cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) OU raízes e tubérculos (aipim/batata doce/inhame).
Lanche da manhã — fruta
Almoço É recomendado que o prato da criança tenha: -1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; -1 alimento do grupo dos feijões; -1 alimento ou mais do grupo dos legumes e verduras; -1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada 5 a 6 colheres de sopa no total. Essas quantidades servem 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.
Lanche da tarde — leite de vaca integral e fruta OU leite de vaca integral e cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) OU raízes e tubérculos (aipim/batata doce/inhame).

Jantar - igual ao almoço
Ceia - leite de vaca integral

9.8 ORIENTAÇÃO PARA CRIANÇAS FILHOS DE PAIS VEGETARIANOS

A dieta vegetariana bem planejada é adequada para crianças desde que sejam feitas adequações na sua rotina alimentar. Quando essas adequações são bem planejadas, satisfazem as necessidades nutricionais dos bebês, crianças e adolescentes, e promovem um crescimento normal.

Algumas vitaminas e minerais merecem particular atenção no planejamento de uma dieta vegetariana. São eles: cálcio, ferro, vitamina B12 e D.

CÁLCIO: Fundamental durante a infância e adolescência para assegurar uma deposição óssea e evitar futuras patologias como a osteoporose, e um correto desenvolvimento dentário. Em vegetarianos estritos ao leite, o cálcio poderá ser obtido através da ingestão de bebidas de soja suplementadas com esse mineral, bem como os derivados de soja.

FERRO: As leguminosas como feijão, lentilha, grão de bico, frutos secos, sementes e os vegetais de folhas verdes, fornecem cálcio e contém quantidades favoráveis de ferro. O consumo de alimentos ricos em vitamina C (laranja, kiwi, tomate, morango) numa refeição que inclua alimentos fornecedores de ferro, pode triplicar a absorção.

VITAMINA B12: Possui uma função indispensável na formação do sangue e na adequada manutenção do Sistema Nervoso. Encontrada exclusivamente em alimentos de origem animal, os vegetarianos deverão consumir alimentos suplementados com essa vitamina como cereais, derivados de soja, ou suplementos específicos, como devida recomendação médica.

VITAMINA D: Obtida através de cereais e bebidas à base de soja. Mas a vitamina D é mais facilmente obtida pela exposição solar. Quinze minutos diários, é suficiente para síntese da vitamina D, a qual promove a absorção do cálcio.

9.9 DESVIOS NUTRICIONAIS

9.9.1 Sobrepeso ou obesidade

- Verifique a existência de erros alimentares, identifique a dieta da família e oriente a mãe ou o cuidador a administrar à criança uma alimentação mais adequada, de acordo com as recomendações para uma alimentação saudável para a criança.
- Verifique as atividades de lazer das crianças, como o tempo em frente à televisão e videogame, estimulando-as a realizar passeios, caminhadas, andar de bicicleta, praticar jogos com bola e outras brincadeiras que aumentem a atividade física.
- Realize a avaliação clínica da criança.
- Para crianças de 0 a 24 meses solicite avaliação pediátrica via SISREG.

9.9.2 Magreza ou peso baixo para a idade

- Investigue possíveis causas, com atenção especial para o desmame.
- Oriente a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade.
- Se a criança não ganhar peso, e tiver abaixo da linha de risco, solicite avaliação pediátrica e nutricionista.
- Oriente o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.

Para crianças maiores de 2 anos:

- Investigue possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, para as intercorrências infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.
- Trate as intercorrências clínicas, se houver.
- Solicite o acompanhamento da criança com especialista Pediatra e Nutricionista da rede do Município.
- Oriente a família para que a criança realize nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.

10 IMUNIZAÇÕES

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança encontram-se disponíveis nas unidades de saúde.

Quadro 18 - ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

IDADE	VACINA	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	Hepatite B	Ao Nascer	Hepatite B
	BCG	Dose única	Formas graves de tuberculose
2 MESES	DTP/Hib/HB (Penta)	1º DOSE	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	VIP		Poliomielite
	VORH (Rota Vírus)		Diarréia por rotavírus
	Pneumo 10		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F
3 MESES	Meningo C	1º DOSE	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
4 MESES	DTP/Hib/HB (Penta)	2º DOSE	Difteria, tétano, coqueluche, meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b e hepatite B
	VIP		Poliomielite
	VORH (Rota Vírus)		Diarreia por rotavírus

	Pneumo 10		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
5 MESES	Meningo C	2º DOSE	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
6 MESES	DTP/Hib/HB (Penta)	3º DOSE	Difteria, tétano, coqueluche, meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b e hepatite B
	VIP		Poliomielite
9 MESES	Febre Amarela	Dose inicial	Febre Amarela

12 MESES	Triplice Viral	1º DOSE	Sarampo, caxumba e rubéola
	Pneumo 10	REFORÇO	Contra doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
	Meningo C	REFORÇO	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
15 MESES	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela (SCRV)	Dose única	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela
	VOP	1º reforço	Poliomielite
	DTP Tríplice bacteriana	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Hepatite A	ÚNICA	Hepatite A
4 ANOS	DTP Tríplice bacteriana	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	VOP		Poliomielite
	Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela
	Varicela	2ª dose	Varicela (catapora)

5 A 11 ANOS	Covid-19	2 doses	Covid-19
9 ANOS* (meninas) *até 14 anos, 11 meses e 29 dias.	HPV quadrivalente	2 doses	Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18
CAMPANHA	Influenza	2 doses ou dose única	Infecções pelos vírus influenza

11 PRINCIPAIS ACHADOS NAS CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO

11.1 ANEMIA

A anemia por deficiência de ferro pode instalar-se em qualquer indivíduo que não receba a quantidade adequada desse nutriente na dieta ou que tenha dificuldades em sua absorção, como por exemplo, carência nutricional e parasitoses intestinais. As crianças fazem parte desse grupo de risco para a anemia ferropriva.

Principais sinais e sintomas: palidez (palmar, conjuntiva ocular e oral), dificuldade de concentração/memorização, irritabilidade e alteração do apetite.

Como observar sinais de palidez palmar:

- Inspeção a palma da mão da criança mantendo-a aberta, caso a observe pálida, a criança será identificada por palidez palmar leve, se for grande a intensidade que pareça branca, a palidez palmar será considerada grave.
- Associe a cor da palma da mão da criança com a cor da palma da mão de sua mãe ou de uma pessoa da mesma raça.
- Em caso de dúvidas, solicitar hemograma para definição de condutas.

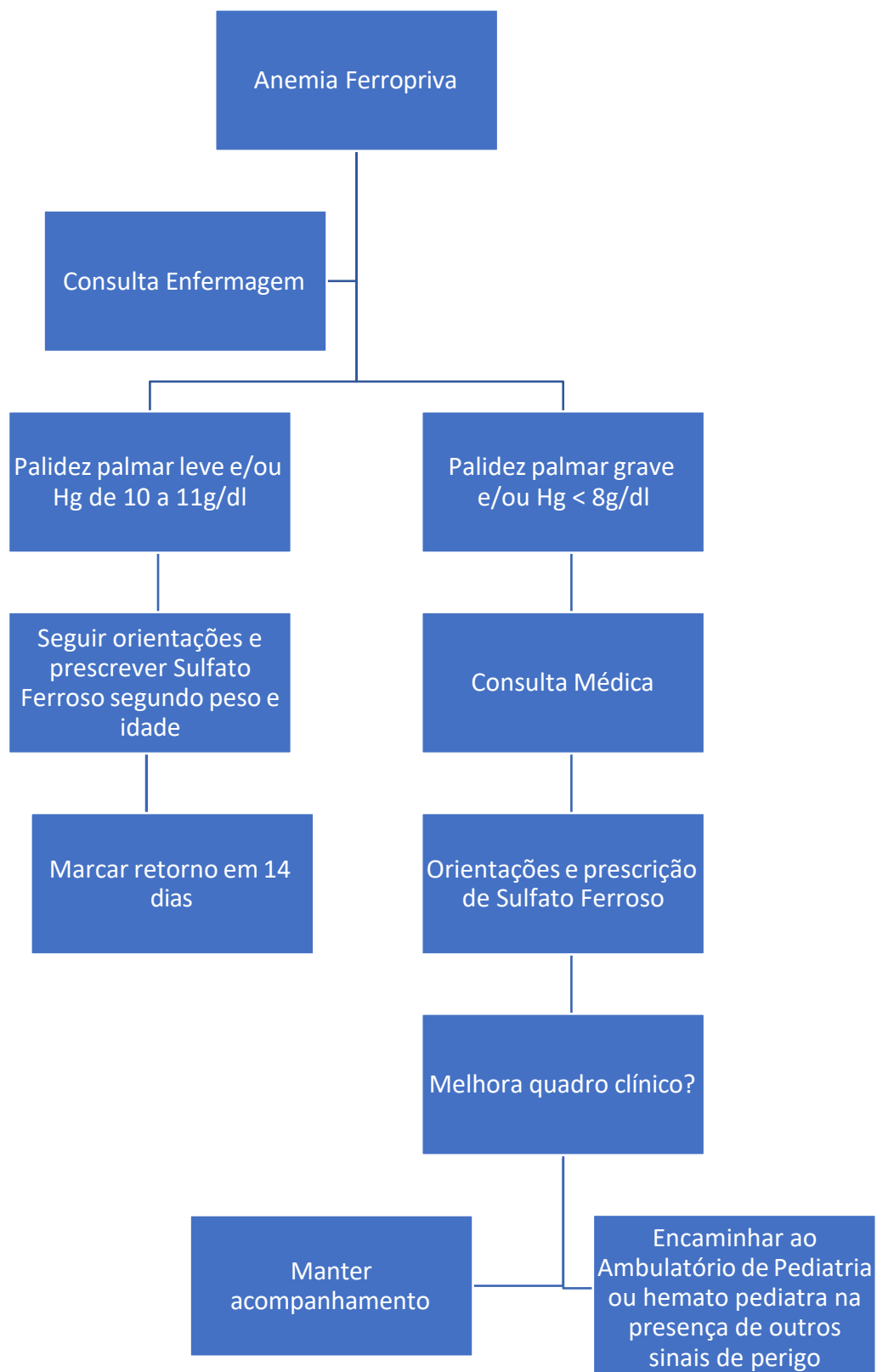
O *diagnóstico* é estabelecido por avaliação dos sinais e sintomas e solicitação de hemograma (taxa de hemoglobina menor que 11).

Recomenda-se oferecer uma fruta com vitamina C *in natura*, amassada, após as refeições principais, como o almoço e o jantar. O ácido ascórbico, presente nas frutas cítricas (laranja, limão, caju, lima, acerola, abacaxi, goiaba, tomate, etc.) facilita a absorção de ferro. O suco natural (feito na hora) pode ser oferecido, em pequenas quantidades, após as refeições principais. Para não reduzir a absorção do ferro pelo organismo, orienta-se *não oferecer a criança* chá preto ou mate, café e refrigerante próximo às refeições.

Condução:

- ☐ Tratar anemia conforme peso (quadro 12);
- ☐ Encaminhar para consulta do pediatra em caso de falha do tratamento;
- ☐ Encaminhar para Pronto Atendimento Infantil da UPA Santa Paula quando sinais de gravidade (taquipneia, taquicardia, sugando mal) ou hemoglobina < 8g/dl;
- ☐ Encaminhar para pediatra quando falha no tratamento da anemia, associado a outras alterações no hemograma ou sinais clínicos sem alteração do estado geral e dados vitais da criança.

Fluxograma 8: INVESTIGAÇÃO/TRATAMENTO ANEMIA FERROPRIVA



11.2 ACHADOS DE PELE

11.2.1 Escabiose

É uma doença dermatológica e altamente infecciosa, cujo agente etiológico é o *Sarcoptes scabiei*. O agente sobrevive até 36 horas no ambiente. A transmissão ocorre mediante contato direto ou indireto, sendo o tempo de incubação entre 24 horas até 6 semanas.

As áreas de lesões mais comuns são entre os dedos das mãos e através das mãos e podem se estender para punhos (face anterior), coxas, região periumbilical, nádegas, axilas, cotovelo e couro cabeludo. Forma-se erupção pápulo-eritomatosa em consequência da infestação e da reação de hipersensibilidade ao ácaro. O prurido se manifesta intensamente no período da noite, devido a reprodução e deposição dos ovos do agente. Crianças imunodeprimidas estão mais susceptíveis a infecção, a apresentação de lesões com crostas ou generalizadas. É especificada como sarna norueguesa e há intensa descamação.

Tratamento: (Médico/Enfermeiro) via tópica - Permetrina creme 5% Via oral:

Ivermectina cp 6mg (crianças acima de 15 kg)

- ☐ 15 a 24 kg – ½ comprimido dose única
 - ☐ 25 a 35 kg – 1 comprimido dose única
 - ☐ 36 a 50 kg – 1 ½ comprimido dose única
- Cuidados de Enfermagem:

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

11.2.2 Pediculose

É a infestação por parasitas (piolhos) que acomete a cabeça (*Pediculus humanus capitis*), o corpo (*Pediculus humanus corporis*), ou a área genital (*Phthirus pubis*). A transmissão ocorre de uma pessoa para outra e por meio de objetos pertencentes a essa pessoa. O tempo de incubação é de 8 a 10 dias. As crianças em fase escolar são as mais sujeitas a infestações e se não forem

tratadas, podem apresentar prejuízo no desempenho escolar e na saúde (coceira, noites mal dormidas) e, em casos mais graves, a anemia provocada pelo parasita.

Para o tratamento, são utilizados os mesmos medicamentos tópicos usados na escabiose, porém a Permetrina é de 1%. O ideal é que sejam usados por cinco dias consecutivos e repetir aplicação sete a dez dias depois.

11.2.3 Icterícia Do Recém-Nascido

Corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia, concentração sérica de bilirrubina indireta maior que 1,3 a 1,5 mg/dl ou bilirrubina direta superior a 1,5 mg/dl. Aproximadamente 2/3 dos recém-nascidos tem icterícia visível durante os primeiros dias de vida.

11.2.3.1 Icterícia fisiológica:

Caracterizada por um rápido e progressivo aumento da bilirrubina não conjugada (indireta), que se inicia após 24 horas de vida e aumenta em distribuição corpórea e em intensidade, fazendo pico nos recém-nascidos a termo, entre o 03° e o 05° dia.

Pode desaparecer até o 10° dia de vida, é chamada fisiológica porque é transitória e está relacionada com os mecanismos fetais de eliminação da bilirrubina. É uma condição benigna, mas se acentuada pode ser danosa, por isso devemos estar alerta na avaliação do recém-nascido, quando este fizer a primeira avaliação na UBS.

Determinação da Bilirrubina:

Em recém-nascidos de termo saudáveis, a constatação de icterícia somente na face (zona 1) está associada a valores de BI que variam de 4 a 8 mg/dl e a presença de icterícia desde a cabeça até a cicatriz umbilical (zona 2) corresponde a valores de 5 até 12 mg/dl. Já pacientes a termo com icterícia até os joelhos e cotovelos (zona 3) podem apresentar BI superior a 15 mg/dl.

Fatores de risco para hiperbilirrubinemia indireta significativa:

Icterícia nas primeiras 24-36 horas de vida;
Incompatibilidade materno-fetal Rh, ABO ou antígenos irregulares;
Idade gestacional de 35 e 36 semanas (independente do peso ao nascer);
Aleitamento materno exclusivo com dificuldade ou perda de peso >7% em relação ao peso de nascimento;
Irmão com icterícia neonatal tratado com fototerapia;
Presença de céfalo-hematoma ou equimoses;
Descendência asiática;
Mãe diabética.

Orientações: O aleitamento materno exclusivo deve ser reforçado e intensificado como prevenção da hiperbilirrubinemia.

11.2.4 Dermatite amoniacal

É conhecida como dermatite das fraldas e por monília /cândida. Acomete a região da pele da criança que tem contato com as fraldas.

Orientações de enfermagem:

- Lavar o local com água morna a cada troca de fralda.
- Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
- Usar amido de milho na água do banho e/ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local, retirar cuidadosamente todo o resíduo após cada troca de fralda;
- Suspender fraldas descartáveis;
- Lavar as fraldas com sabão neutro, enxaguar bem e evitar o uso de produtos perfumados;
- Usar Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias;

- Usar cremes a base de pasta d'água;
- Retornar a unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

11.2.5 Impetigo

É uma doença comum que na infância, geralmente, manifesta-se entre o segundo e terceiro dia de vida, com alta probabilidade de transmissão. Os agentes causadores mais frequentes são: *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus beta-hemolitico*.

11.2.5.1 Impetigo bolhoso

Lesão inicial assemelha-se a queimadura de cigarro. As áreas mais afetadas são: tronco, face, coxa, nádegas. Na pele íntegra, desenvolvem-se bolhas, vesículas, porém sem sinais de eritema ao redor. A crosta amarelada que se forma após o resultado da dessecação do conteúdo seroso inicial.

Indicações para tratamento com antibióticos sistêmicos:

Mais de cinco lesões, linfadenomegalia, febre, infecções no couro cabeludo, pela dificuldade do uso de cremes ou pomadas no local, faringite associada, acometimento de estruturas mais profundas, e infecções próximas a cavidade oral uma vez que a criança pode retirar a medicação tópica com a boca.

Na ausência de manifestações sistêmicas, o tratamento instituído poderá ser tópico. Deve-se, nesse caso, remover as crostas, com água e sabão, duas a três vezes ao dia.

Tratamento sistêmico: Exclusivo médico

- ☐ Cefalexina 50 mg/kg/dia, 6/6h, VO, por 7 dias.

Peso (Kg)	Dose (ml)	Frequência
2,0	0,5	A cada 6 horas
2,5	0,6	
3,0	0,7	

3,5	0,9
4,0	1,0
4,5	1,1
5,0	1,2

- ☐ Eritromicina: 30-50mg/kg/dia; 6/6h, VO, 7 dias;
- ☐ Amoxicilina +clavulanato: 45 mg/kg/dia, 12/12h, VO, 7 dias.

11.2.5.2 Impetigo não bolhoso

Ocorre eritema seguido de formação de vesículas que facilmente rompem-se. Observam-se áreas com erosão de pele e crostas amareladas que localizam-se mais frequentemente na face, braços, pernas e nádegas. As áreas acometidas são costumeiramente as úmidas como virilha, dobras do pescoço e axilas.

Tratamento sistêmico - Impetigo não Bolhoso: Exclusivo médico: apresentação característica (crostas), agente etiológico isolado (*S. pyogenes*): Penicilina benzatina 600.00UI em crianças até 6 anos e 1.200.00UI para crianças acima de sete anos, IM, dose única.

11.2.6 Miliária (Brotoeja)

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

Orientações de Enfermagem:

- Usar roupas leves.
- Lavar as roupas novas antes de usa-las e evitar amaciantes, talcos, cremes e perfume.
- Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes neutros.
- Enxaguar a criança após o banho com 1 litro de água e 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho, caso as lesões sejam das formas rubra e/ou profunda.

- Orientar o pai quanto ao contato com a barba.
- Retornar a unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

11.3 ACHADOS GASTROINTESTINAIS

11.3.1 Constipação

As manifestações clínicas variam com a idade da criança. As características das fezes podem apresentar diferenças entre elas. Enquanto algumas evacuam fezes em cíbalas e com dificuldade, outras evacuam fezes volumosas a cada 5 a 7 dias.

Em recém-nascidos pode haver um longo período (até 10 dias) sem evacuações, uma vez que o seu intestino está adaptando ao novo alimento (leite materno) e desenvolvendo o peristaltismo. Já em lactentes, após o desmame ou a transição para a alimentação complementar, pode-se observar a eliminação, com dor ou dificuldade, de fezes ressecadas não muito volumosas.

É importante saber que, em lactentes em aleitamento natural exclusivo, não devem receber tratamento para constipação, pois uma situação fisiológica ocorre quando eliminam fezes amolecidas e volumosas sem dificuldade/dor em intervalo de tempo maiores.

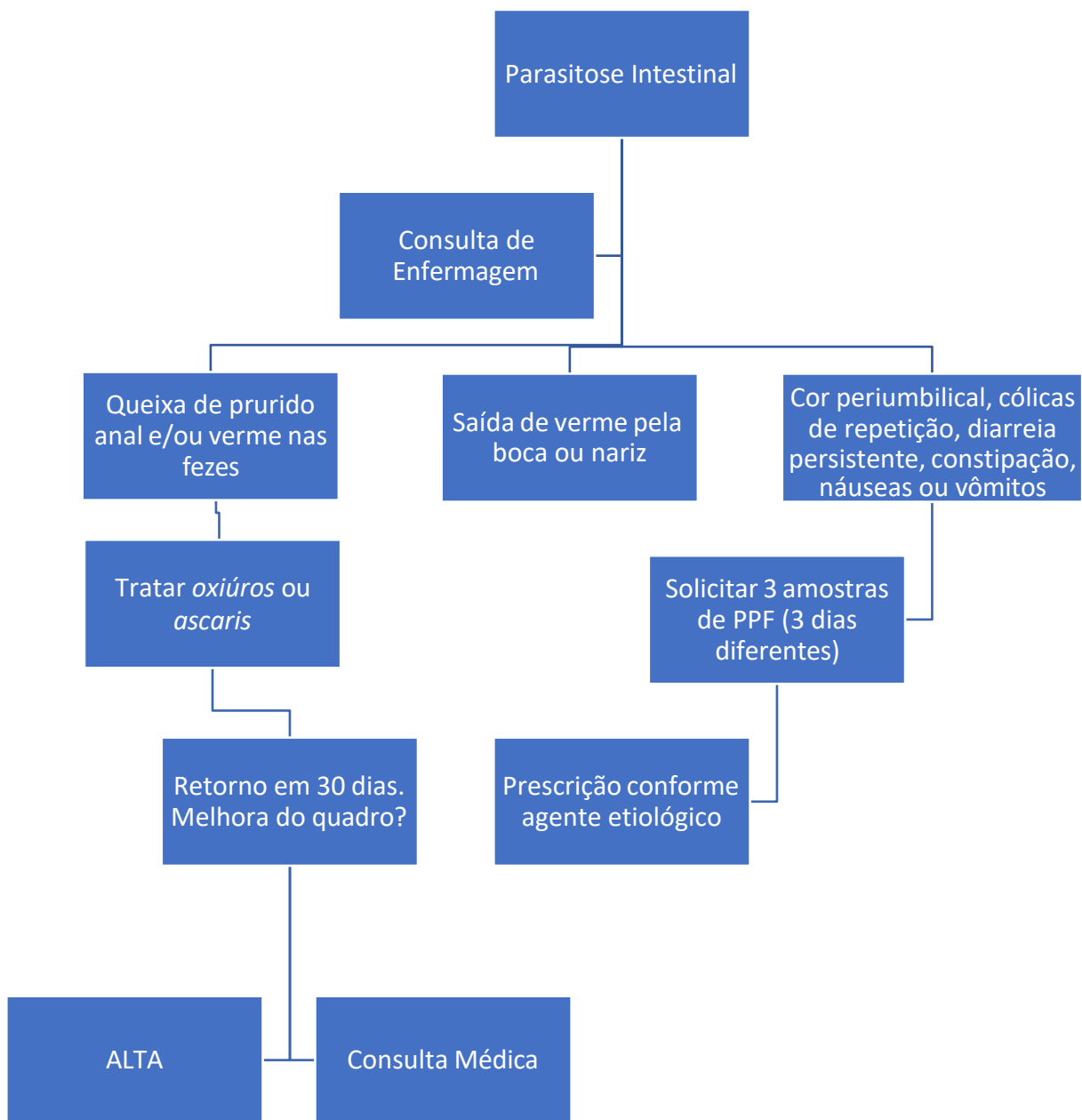
Cuidados de Enfermagem:

- Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã, farináceos);
- Oferecer alimentos ricos em fibras (verduras, mamão, laranja, ameixa);
- Aumentar a ingestão hídrica;
- Orientar exercícios físicos e massagem abdominal.

Prescrição Medicamentosa: (Médico/Enfermeiro) Deve ser evitada, porém se necessário pode ser utilizado óleo mineral na dose de 5 a 20 ml/dia, divididos em até 2 doses. Utilizar apenas em crianças maiores de 6 anos.

11.3.2 Parasitose Intestinal

Fluxograma 10: CONDUTA PERANTE SUSPEITA DE PARASITOSE INTESTINAL



Quadro 19 - Tratamento das parasitoses intestinais segundo etiologia:

DOENÇA	IDADE/PESO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÃO
Ascaridíase	Acima de 10 kg ou 2 anos	Albendazol 400 mg (Prescrição médica)	5 ml 2x dia VO por 3 dias 1cp ou 10 ml VO dose única	Repetir após 3 semanas
Ancilostomíase	Acima 10 kg	Albendazol 400 mg (Prescrição médica)	5 ml 1 x dia VO por 3 dias	Repetir após 3 semanas

Amebíase	Acima 2 anos	Metronidazol não exceder 750 mg/dose (Prescrição médica)	35mg/kg/dia 3x/dia em casos leve por 5 dias Extraintestinal ou sintomática 50mg/kg/dia por 10 dias	Efeito colateral: náusea, cefaleia, vômito diarreia, gosto metálico, ataxia, leucopenia, convulsões
Enterobíase ou Oxiuríase	Todas as crianças	Albendazol 400 mg (Prescrição médica)	Suspensão: VO dose única	Repetir após 3 semanas Tratar todas as crianças da casa
Estrongiloidíase	Acima 2 anos	Albendazol 400mg (Prescrição médica)	1 cp VO 2x/dia por 3 dias	Repetir após 3 semanas Tratar todas as crianças da casa
Giardíase	Acima 2 anos	Metronidazol (Prescrição médica)	15 mg/kg/dia (máximo 250mg) VO 2x dia, 5 dias	Efeitos colaterais: náusea, cefaleia, vômito diarreia, gosto metálico, ataxia, leucopenia, convulsões
Tricocefalíase	Acima 2 anos	Albendazol 400mg (Prescrição médica)	10 ml dose única ou 1 cp 400mg VO ao dia por 3 dias	Repetir após 14 dias s/n; Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaleia, diarreia, náusea e vômito
Teníase	Acima 2 anos	Albendazol 400 mg (Prescrição médica)	10 ml ou 1 cp VO ao dia, por 3 dias	Tratar todas as crianças da casa

Quadro 20 - Prescrição de Metronidazol solução 40mg/ml, VO (12/12h se giardíase e 8/8h se amebíase), por 7 dias (Prescrição médica)

Kg/peso	Giardíase (12/12h)	Amebíase (8/8h)
10	2,5 ml	
11	3 ml	
12		
13		
14	3,5 ml	
15		

16	4 ml
17	4,5 ml
18	
19	
20	5 ml
21	5,5 ml
22	
23	6 ml
24	
25	6,5 ml (dose máxima)

11.3.3 Diarreia

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

Plano A

As ações deste plano visam evitar a desidratação no domicílio e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

- 1 Observe estado geral: bem e em alerta; olhos: normais; lágrimas: presentes; sede: bebe normal, sem sede.
- 2 Exame físico/explore – sinal de prega: desaparece rapidamente; pulso: normal; enchimento capilar: cheio
- 3 Decida: se não tem sinais de desidratação, trate com o plano A

Tratamento do Plano A

Orientar pais ou responsáveis a:

- 1 Dar mais líquido do que o habitual em casa, para prevenir a desidratação. A criança deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
- 2 Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição. Continuar o aleitamento materno. Se a criança não mamar na mãe, continuar com o leite

habitual. Manter a dieta normal para as crianças maiores de 4 meses que comem alimentos sólidos.

3 Levar ao serviço de saúde, se a criança não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo:

Sinais de perigo: ☐

piora da diarreia ☐

recusa de alimentos ☐

vômitos repetidos ☐

febre ☐ muita sede

☐ sangue nas fezes

Quadro 21 - Terapia de reidratação oral (Prescrição médico/enfermeiro):

Idade	Quantidade de SRO apos evacuação diarreica	Quantidade de SRO para levar para o domicílio
Menores de 1 ano	50 a 100 ml	1 envelope por dia
1 a 10 anos	100 a 200 ml	2 envelopes por dia
Maiores de 10 anos	Tudo que quiser	4 envelopes por dia

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

Estudos tem demonstrado bons resultados na utilização de Sulfato de Zinco para redução do tempo e gravidade da diarreia em crianças. A dosagem utilizada nos estudos foi de 20mg/dia durante a fase diarreica e 10 mg/dia por 10 dias após cessar os episódios.

Plano B

As ações deste plano visam prevenir, por via oral, a desidratação e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

- 1 Observe estado geral: irritado, intranquilo; olhos: fundos; lágrimas: ausentes; sede: sedento, bebe rápido e avidamente;
- 2 Exame físico/explore – sinal de prega: desaparece lentamente; pulso: rápido, débil; enchimento capilar: prejudicado;

3 Decida: se apresentar dois ou mais sinais supracitados, tem desidratação; tratar com Plano B.

Tratamento Plano B

Sempre que possível, pesar a criança e seguir os seguintes passos: 1 Administrar Sais de Reidratação Oral (SRO). A quantidade de solução ingerida dependerá da sede da criança. O SRO devera ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. A orientação inicial é que a criança devera receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas.– Observar o paciente continuamente, durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral.

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

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

4 As crianças que estiverem em estado de desidratação deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa.

Plano C

As ações deste plano visam prevenir a desidratação grave e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

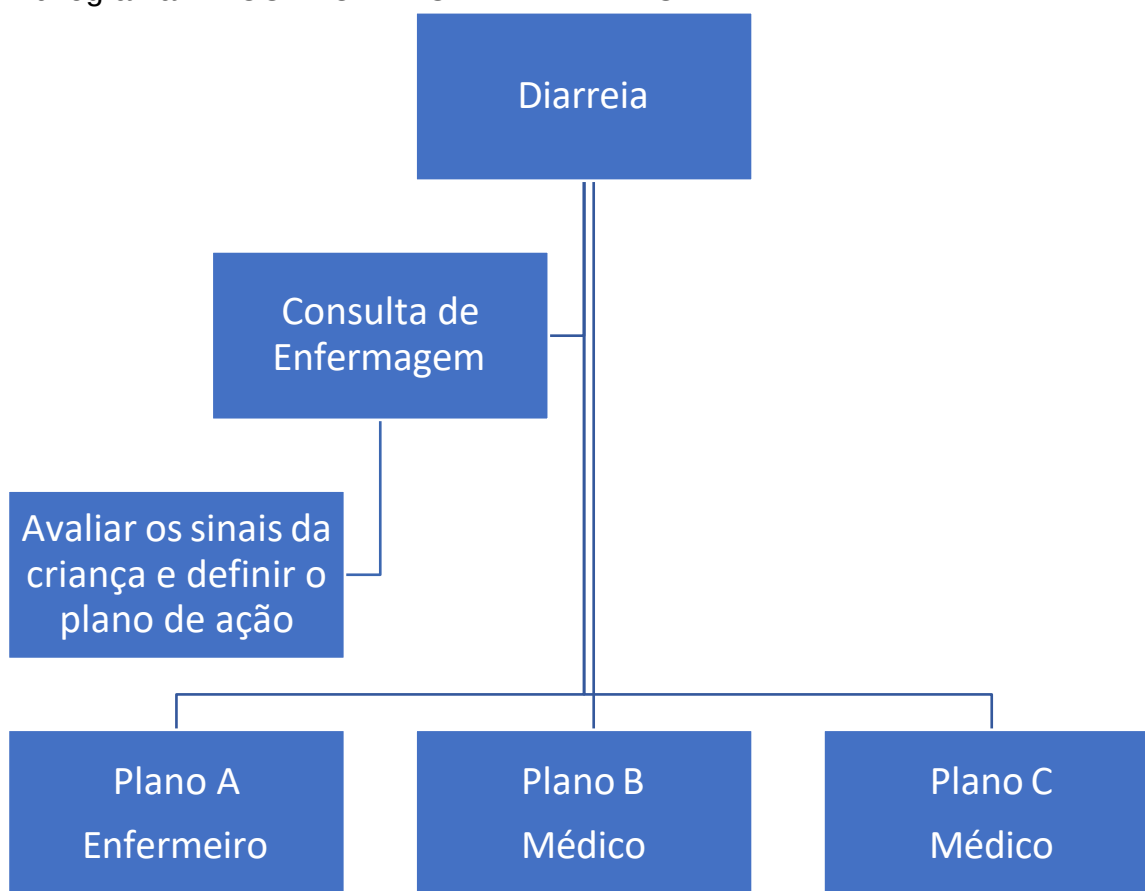
1 Observe estado geral: comatoso, hipotônico; olhos: muito fundos e secos; lágrimas: ausentes; sede: bebe mal ou não e capaz de beber;

2 Exame físico/explore – sinal de prega: desaparece muito lentamente (> 2 segundos); pulso: muito débil, ausente; enchimento capilar: muito prejudicado; 3 Decida: se apresentar dois ou mais sinais supracitados, incluindo um sinal, tem desidratação grave; tratar com Plano C.

Tratamento Plano C

Pesar a criança e referenciar para o Pronto Atendimento Infantil (UPA Santa Paula) para iniciar terapia intravenosa e ser monitorizada.

Fluxograma 11: CONDOTA NO TRATAMENTO DA DIARREIA



11.3.4 Cólica do recém-nascido

A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e regride por si mesmo, antes do 6º mês de vida. Traduz em choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatus, abdome rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem duração de 3 horas, por pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida. Orientar:

- Reduzir estímulos sonoros e luminosos;
- Colo dos pais por período mais prolongado;
- Abraço/contenção/enrolamento;
- Sucção não nutritiva com solução adocicada;
- Massagem abdominal;

- Correções de postura durante a amamentação que reduzem a aerofagia;
- Decúbito ventral; Compressa abdominal morna;
- Banho morno (balde) para promover relaxamento.

11.3.5 Monilíase oral

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

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

O tratamento recomendado é 1,0 ml de Nistatina Suspensão Oral 100.000UL/ML. O uso é diário, sendo aplicado 4 vezes ao dia (6/6h), na mucosa oral por sete dias. Deve-se realizar antes a higiene oral com água bicarbonatada, aguardar 10 minutos e, então, aplicar a solução de nistatina, metade em cada região da mucosa oral. Desaparecendo os sintomas, manter esquema por mais 2 dias. Pode ser utilizada em crianças de qualquer idade.

Orientações de enfermagem

- Limpar as lesões superficiais com solução bicarbonatada: 1 xícara de chá com água (fervida e já fria) e 1 colher de chá de bicarbonato de sódio. Essa higiene oral deve ser feita antes da mamada, assim como do seio materno, antes e após cada oferta ao bebê.
- Remover, quando possível, bicos de mamadeiras, chupetas, mordedores **e outros. Caso não seja possível, suspende-os ou lava-os com água e sabão e ferver por 15 minutos.**
- Evitar beijar a criança próximo aos lábios.
- Lavar sempre as mãos antes e após contato com a criança, antes e após higienizar as mamas.
- Agendar retorno após 2 dias.

11.3.6 Coto umbilical

É a parte do cordão umbilical que fica anexa ao abdome, após o clampeamento e corte do mesmo. Inicialmente apresenta-se gelatinoso e seco, progressivamente, mumificando perto do 3º ou 4º dia de vida e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia. É importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical.

Na presença de Granuloma deve-se realizar cauterização com nitrato de prata 2%, em bastão, 1 vez ao dia, durante 1 minuto, protegendo a região periumbilical. O ideal é que a aplicação seja realizada na Unidade de Saúde.

Orientações de enfermagem:

- Realizar higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem.
- Aplicar álcool 70% com cotonete ou gaze limpa após cada troca de fralda e após o banho, no mínimo 3 vezes ao dia.
- Procurar atendimento mediante sinais de infecção (secreção purulenta, odor fétido, vermelhidão na pele ao redor do umbigo).
- Não cobrir o coto umbilical com faixas.
- Não utilizar outros produtos como: pomadas, talcos, moedas etc.

Caso o coto umbilical/umbigo apresente secreção purulenta e/ou eritema sem estender-se para a pele ao redor deve-se tratar com **Cefalexina 50mg/Kg/dia via oral por 7 dias**, segundo o esquema a seguir (Prescrição Médica):

Peso (Kg)	Dose (ml)	Frequência
2,0	0,5	A cada 6 horas
2,5	0,6	
3,0	0,7	
3,5	0,9	
4,0	1,0	
4,5	1,1	
5,0	1,2	

11.3.7 Hérnia umbilical

A hérnia umbilical é um achado frequente no lactente. Geralmente está ausente ao nascer, vindo a aparecer somente entre o primeiro e o segundo mês de vida. Costuma aumentar de tamanho antes de desaparecer espontaneamente por volta do 4º mês. Como não há risco de complicações, a cirurgia corretiva só é feita após o 3º ou 4º ano de vida, por motivos puramente estéticos. O uso de cintos, faixas, moedas e botões não tem nenhuma indicação, já que não modifica a evolução natural da hérnia.

11.4 ACHADOS EM VIA AÉREA SUPERIOR

11.4.1 Tosse

As crianças comumente apresentam episódios de tosse no decorrer de seu crescimento e desenvolvimento. A tosse isolada e inespecífica e as possíveis causas da mesma, na maioria das vezes, são diferentes em crianças. Ela é um reflexo fisiológico importante, ajuda a expulsar secreções e partículas aspiradas pelas vias aéreas. Apesar do amplo diagnostico diferencial para tosse em crianças, são imprescindíveis a identificação da causa e o tratamento adequado.

Avaliar sinais e sintomas de perigo

1. Febre > 38°C

2. História pregressa de asma ou “bronquite”

3. Frequência respiratória elevada *

79

- Informe à mãe sobre quando retornar imediatamente: qualquer sinal geral de perigo, piora do estado geral, aparecimento ou piora da febre ou dificuldade para respirar e respiração rápida.
- Se estiver tossindo há mais de 3 semanas é necessária avaliação médica.
- Em < 6 meses: aumentar a oferta de Leite materno
- Em > 6 meses: aumentar a oferta de líquidos • Seguimento em 5 dias se não melhorar.

Opção Tratamento Fitoterápico: (Médico/Enfermeiro) Xarope

de Guaco - Indicado para Tosse.

Posologia: Crianças de 2 a 5 anos – 5ml, 3 vezes ao dia. Crianças > 5 anos – 7,5ml, 3 vezes ao dia.

Contra-Indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina.

Precauções: Evitar uso prolongado, mais de 100 dias ininterruptos.

Apresentação: Frascos de 100ml.

11.4.2 Obstrução Nasal (Médico/Enfermeiro)

Deve-se lembrar que bebês menores de 1 ano são respiradores nasais exclusivos. Utilizar soro fisiológico 0,9%, duas gotas em cada narina, sempre que necessário.

11.4.3 Dor de ouvido

A dor de ouvido é o sintoma mais frequente de otite média. A **otite média aguda** é uma infecção aguda localizada no ouvido médio com início rápido de sinais e

78

sintomas. A **otite média recorrente** é definida quando ocorre por três vezes, em um intervalo de seis meses ou, quando ocorrem quatro eventos, em um período de doze meses. No caso de otite média recorrente, encaminhar o paciente para avaliação pela otorrinolaringologia via SISREG.

Diagnóstico Diferencial

Otite Media Aguda

Apresenta dor e febre (febre > 39,5°C se acompanhada de bacteremia), irritabilidade, cefaleia, vômitos, anorexia e diarreia. A membrana timpânica visualizada por otoscopia apresenta aumento da vascularização, abaulada, opaca, hiperemiada e com otorreia purulenta. Torna-se difícil a visualização de perfuração de membrana timpânica em detrimento do edema e secreção.

Otite Media Secretora

E silenciosa e assintomática, acompanhada de sensação de orelha entupida e diminuição da audição. A membrana timpânica visualizada por otoscopia apresenta-se retraída e não há sinais de inflamação. Para avaliação auditiva na otite media secretora são realizados exames audiométricos e impedanciometria. Essa otite pode provocar alterações no desenvolvimento cognitivo e na linguagem, dependendo da idade.

Tratamento (Médico)

Otite Media Aguda: em crianças maiores de dois anos, em casos não complicados, recomenda-se a averiguação clínica sem introdução de antibioticoterapia, com ressalvas para que a criança seja monitorada no período de 48-72 horas, ocorrendo sintomas.

A Amoxicilina é o fármaco de escolha. Ocorrendo falha terapêutica e objetivando atuar sob *H. influenza* e *M. Catarralis* resistentes administra-se

Amoxicilina-Clavulato. Considera-se falha terapêutica o paciente que não apresentar melhora clínica após 72h do início da antibioticoterapia.

Prescrição de Amoxicilina: Apresentação de suspensão oral 250mg/ml:

Crianças de 2 a 3 anos: 2,5 ml, VO, de 8/8h

Crianças de 3 a 12 anos: 5 ml, VO, de 8/8h

Prescrição de Amoxicilina + clavulanato: Apresentação de suspensão oral 250mg + 62,50 mg/5ml:

Crianças de zero a 1 ano: 1,25 ml, VO, 8/8h

Crianças de 1 a 6 anos (10 a 18kg): 2,5 ml, VO, 8/8h

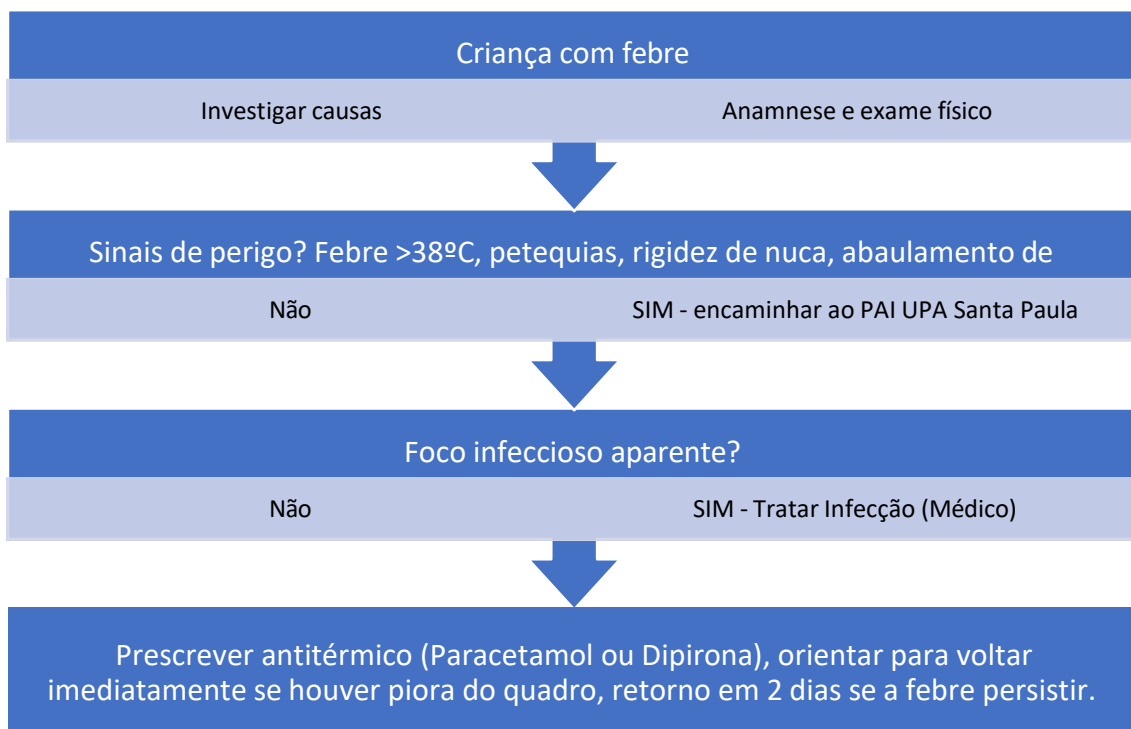
Crianças de 6 a 12 anos (18 a 40 kg): 5 ml, VO, 8/8h

Crianças alérgicas a penicilina: Sulfametropina conforme esquema (quadro 11)

Orientações de enfermagem

- Inspecionar hipertermia e medicar (temperatura > ou = 37,5°C).
- Orientar a secagem do pavilhão auditivo com algodão ou gaze, conforme necessidade e realizar a substituição desses até quando o pavilhão auditivo estiver seco.
- Recomendar o uso de compressa morna e alertar quanto aos cuidados com queimaduras.

11.5 FEBRE



Orientações de Enfermagem:

- Indicar o uso de antitérmico (paracetamol ou dipirona), ver esquema abaixo.
- Orientar o risco de administração de antitérmicos em intervalos menor de 6 horas.
- Orientar o uso de vestimentas leves.

Quadro 22 - Tratamento da febre

PESO (kg)	PARACETAMOL gts 200 mg/ml	DIPIRONA gts 500 mg/ml
	1 gota por kilo	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
Acima de 40 kg	Até 40 gotas (dose máxima por tomada)	

11.6 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção de trato urinário (ITU) constitui uma das infecções bacterianas mais frequentes em Pediatria. É, provavelmente, a infecção bacteriana mais prevalente no lactente. Os sinais e sintomas na criança dependem principalmente da idade do paciente. Crianças menores apresentam sinais e sintomas mais inespecíficos. Febre é o sintoma mais frequente no lactente. Outros sinais e sintomas que nesta faixa etária devem ser levados em conta são: irritabilidade, recusa alimentar, icterícia, distensão abdominal e baixo ganho ponderal.

Após os dois anos de idade aparecem sintomas mais relacionados ao trato urinário inferior tais como: disúria, polaciúria, urge-incontinência, enurese (em crianças que já apresentavam controle esfíncteriano prévio) e tenesmo, quadros clínicos denominados, cistites. Importante observar que estes quadros podem evoluir para pielonefrite. O diagnóstico é clínico, sendo que a presença de disúria e polaciúria tem sensibilidade de 97%.

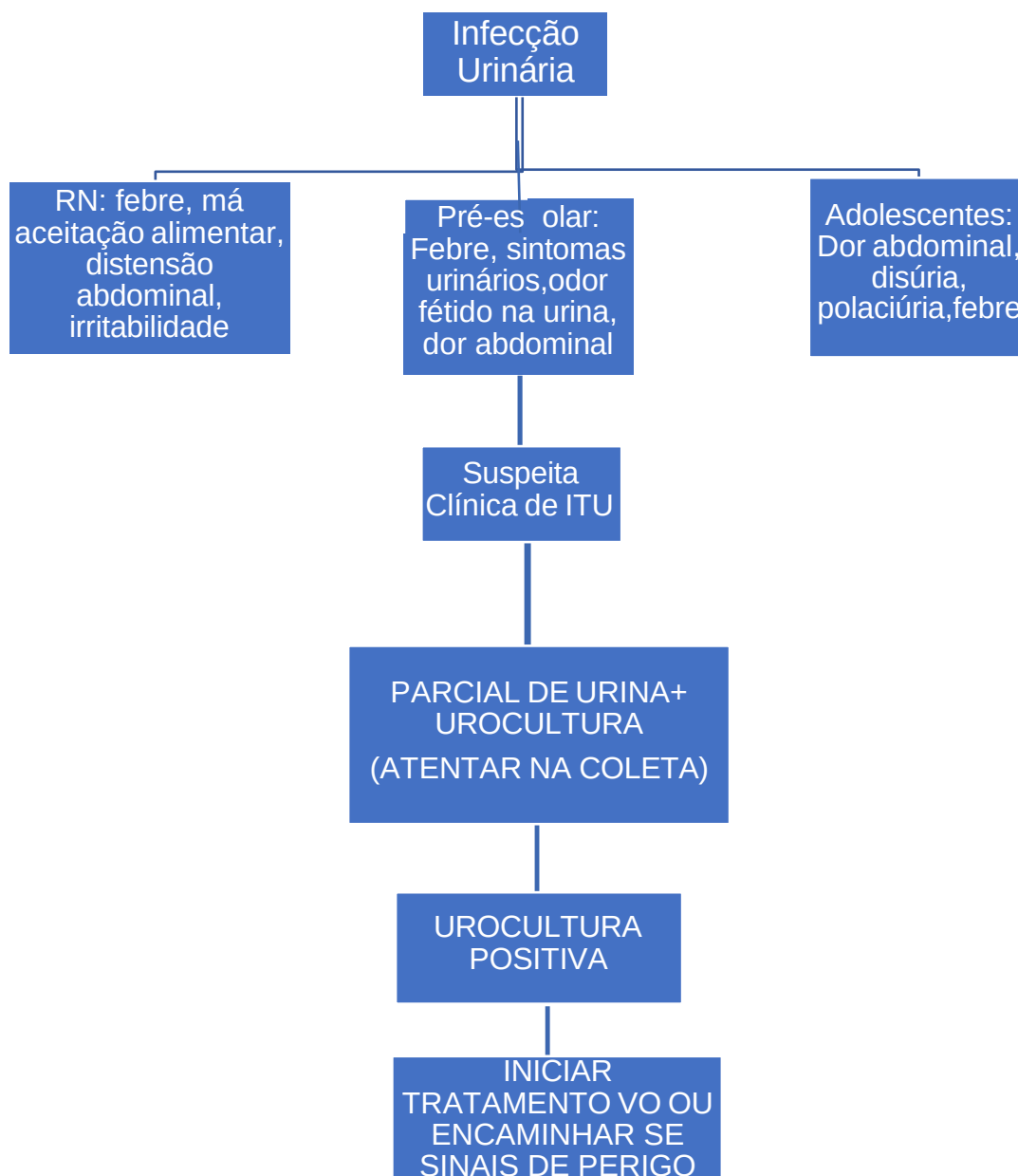
As fitas urinárias podem auxiliar no diagnóstico em crianças menores de 2 anos ou em quadros duvidosos. Elas são tiras reagentes que podem detectar leucócitos esterase (LE) e nitrito, fatores a serem observados nas tiras. O LE reflete a piúria e é liberado pelos leucócitos, tipicamente no cenário de mais de 10 glóbulos brancos por campo de alta potência, exibindo sensibilidade de 75% a 96% e especificidade de 94% a 98% para o diagnóstico de ITU. Para avaliar adequadamente a piúria, a fita precisa ficar de 30 segundos a 1 minuto em contato com a urina.

Resultados falso-positivos ocorrem com amostras contaminadas, infecção por trichomonas, e drogas ou alimentos que deixem a urina vermelha. Resultados falso-negativos ocorrem com terapia antibiótica recente, glicosúria, proteinúria, alta densidade específica da urina e contagens baixas de bactérias.

Define-se ITU de repetição como infecção comprovada por urinocultura que tenha ocorrido pelo menos duas vezes em seis meses ou três vezes em um ano. Pacientes com ITU de repetição devem ter investigação com ultrassonografia de aparelho urinário e encaminhamento ao pediatra.

O tratamento deve ser realizado preferencialmente conforme Quadro 23 e individualizado no caso em que seja solicitada urocultura com antibiograma quando dúvida diagnóstica, ITU de repetição, má-formação congênita conhecida e a critério clínico.

Fluxograma 12: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO



Quadro 23 - Tratamento de Infecção Urinária (Médicos)

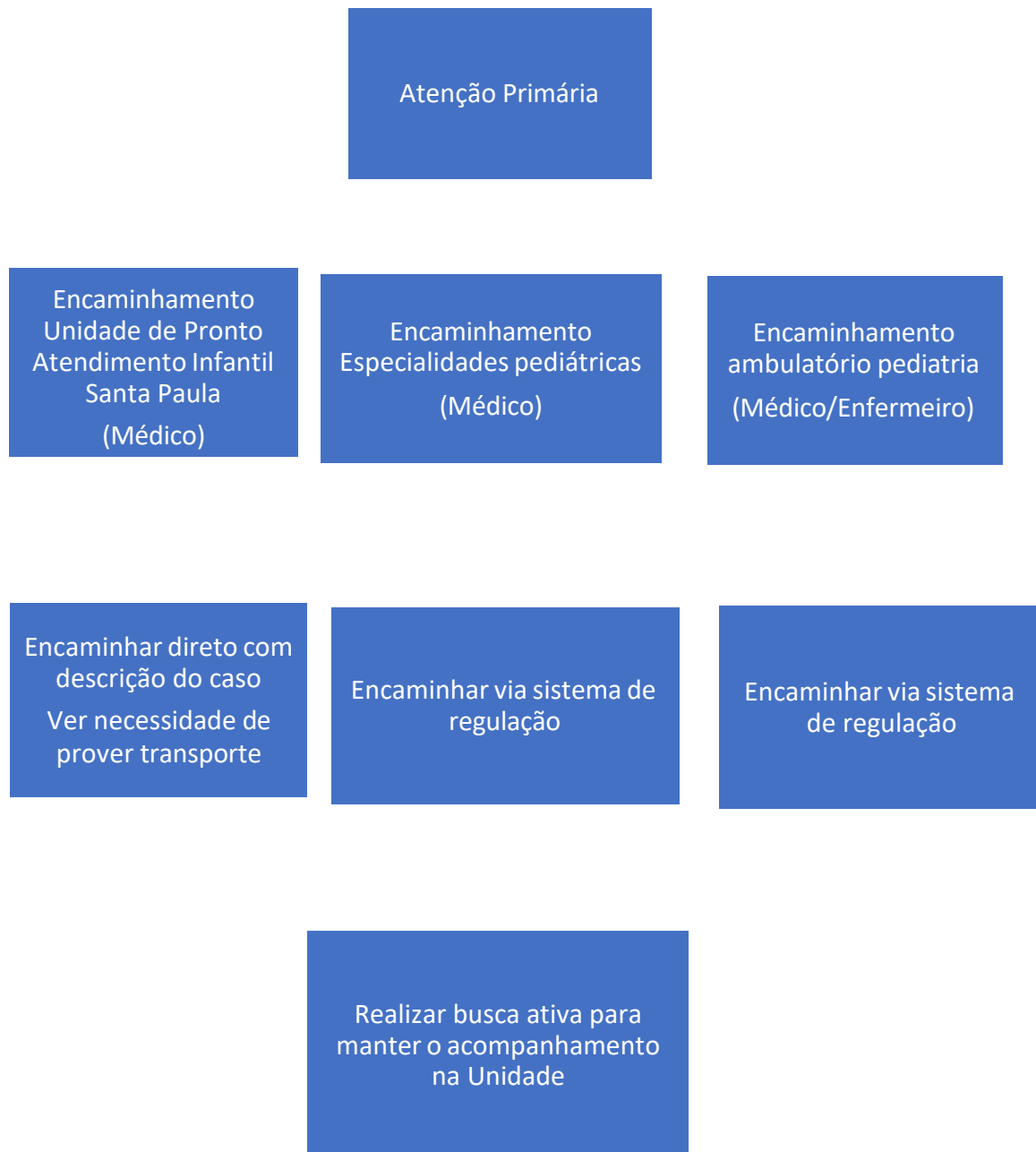
DROGA	DOSE	EFEITOS COLATERAIS
Sulfa-trimetoprim (Prematuros + 6 semanas) Suspensão 40mg+8mg/ml	40mg/kg/dia 2x/dia	Não usar no primeiro mês de vida Alto índice de resistência bacteriana
Cefalexina (crianças com + 10 kg) Suspensão 50mg/ml	50-100mg/kg/dia 4x/dia	Intolerância gástrica Repercussão na flora intestinal
Amoxicilina- clavulanato (crianças a partir 0 meses) Suspensão 250mg+62,50mg	30-50 mg/kg/dia 3xdia	Sintomas gastrointestinais

Quadro 24 - Prescrição de Antibiótico para tratamento de ITU segundo peso/idade (médicos)

MEDICAÇÃO	PESO/ IDADE	DOSAGEM	APRAZAMENTO
Sulfa+Trimetoprim	6 semanas a 5 meses	2,5 ML	12/12H
	6 meses a 5 anos	5 ML	12/12H
	6 a 12 anos	10 ML	12/12H
Amoxicilina+ clavulanato	Zero a 1 ano	1,25 ml	8/8H
	1 a 6 anos (10 a 18 kg)	2,5 ml	8/8 h
	6 a 12 anos (18 a 40 kg)	5 ml	8/8 H
Cefalexina	10 kg	3 ml	12/12h
	20 kg	6ml	12/12h
	40 kg	12 ml	12/12h

12 ENCAMINHAMENTOS

Fluxograma 13: Fluxos de encaminhamentos



Especialidade pediátrica encaminhar quando necessário através do sistema de regulação do MV para:

- Atendimento em Terapia Ocupacional
- Atendimento em Serviço Social
- Alergologia
- Dermatologia

- Fonoaudiologia
- Oftalmologia (Geral e PSE)
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Avaliação para Diagnóstico Diferencial de Deficiência Auditiva
- Cirurgia Pediátrica
- Endocrinologia Pediátrica
- Pediatria Alto Risco
- Neurologia Pediátrica
- Oncologia

Demais questões devem ser encaminhadas ao Pediatra para avaliação e posterior encaminhamento, como hematopediatria, pneumopediatria, cardiopediatria, gastropediatria, uropediatria, psiquiatria e psicologia pediátrica: fazer referência pediatria.

12.1 CRITÉRIOS ENCAMINHAMENTOS – CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS INCOMPLETOS

- Afecções perinatais e malformações congênicas;
- Peso ao nascer <2.400g e ≥4.000g;
- Prematuridade ≤34 semanas;
- Asfixia perinatal e/ou APGAR <7 no 5º minuto;
- Hiperbilirrubinemia com esangüineotransfusão;
- Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;
- Doença genética, malformações congênicas graves (com repercussão clínica), cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;
- Testes de triagem neonatal alterados;
- Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para faixa etária, RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para idade e sexo (microcefalia) ou crianças com crescimento inadequado;
- Sinais de violência/maus tratos;

- Desnutrição grave e/ou obesidade;
- RN egresso de internação em unidade neonatal (UTI ou UCI), com condições que caracterizem alto risco ao nascimento;
- Criança com doença crônica, com múltiplas internações;
- 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.
- Abuso ou dependência ao álcool e/ou a outras drogas na família, por parte da gestante/mãe, do pai ou outro membro do núcleo familiar.

13 SÍFILIS CONGÊNITA

Ocorre por meio da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente, por via transplacentária. A sífilis congênita é prevenível quando se identificam e se tratam adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais.

Não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança.

Quadro 25 - Classificação Sífilis Congênita

Evolução	Estágios da Sífilis Congênita	Manifestações Clínicas
Sífilis Congênita (antes de 2 anos de idade)	Precoce	Prematuridade e baixo peso.
		Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia.
		Lesões cutâneas, petéquias, púrpura.
		Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros.

		Sofrimento respiratório com ou sem pneumonia.
		Rinite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada.
		Fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite.
Sífilis congênita (após 2 anos de idade)	Tardia	Tíbia em “lâmina de sabre”
		Articulações de Clutton
		Fronte “olímpica” e nariz “em sela”
		Dentes incisivos medianos superiores deformados, molares em “amora”
		Rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado
		Ceratite intersticial
		Surdez neurológica e dificuldade no aprendizado

13.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

☐ **Teste treponêmico (teste rápido):**

Confirma infecção em crianças maiores de 18 meses, uma vez que os anticorpos maternos transferidos passivamente já terão desaparecido da circulação sanguínea da criança.

☐ **Teste não treponêmico (VDRL):**

Indicado para diagnóstico e seguimento terapêutico, deve ser realizado no sangue do neonato. Resultado reagente em crianças menores de 18 meses de idade só tem significado clínico quando o título encontrado for duas vezes maior do que o título encontrado na amostra materna, e deve ser confirmado com uma segunda amostra coletada na criança.

Em RN que apresente resultado não reagente nos testes, se persistir a suspeita epidemiológica, o VDRL deve ser repetido com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, devido à possibilidade de ocorrer soroconversão, interrompendo o seguimento após 2 exames VDRL consecutivos e negativos.

Todos os casos de filhos de mães com sífilis, independente do tratamento, devem realizar seguimento com exame VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. A coleta deve ser realizada no Laboratório Central.

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

Na identificação de uma criança com sífilis congênita ao nascimento e sem acompanhamento especializado, encaminhar à Pediatria de Alto Risco.

14 ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

14.1 NATUREZA DA VIOLÊNCIA

- **Física:** violência empregada com o uso da força ou de ações, em geral, praticadas por pais ou responsáveis, pessoas conhecidas ou desconhecidas, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes.
- **Psicológica:** toda forma de rejeição, depreciação e desrespeito cometidos contra a criança com o intuito de atender às necessidades psíquicas dos adultos. Cobranças e punições exageradas são formas de violência psicológica que podem trazer graves danos ao desenvolvimento da criança.
- **Negligência:** omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, mental e social. São exemplos: privação de medicamentos e cuidados com a saúde da criança, descuido com a higiene, ausência de proteção contra o frio, o calor, privação de alimentos, falta de estímulos e condições para frequentar a escola. O *abandono* é a forma extrema de negligência.
- **Sexual:** abuso de poder, quando a criança é usada para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais de que ela não tem entendimento, com ou sem violência física associada.

OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS

- **Síndrome do bebê sacudido:** caracteriza-se por lesões de gravidade variável que ocorrem quando um adulto provoca fortes sacudidas num bebê (em geral, menor de 6 meses), frequentemente pela irritação com o seu choro ou quando a criança realiza algum ato sobre o qual não tem domínio, o que desagrade o cuidador. São sequelas frequentes deste tipo de violência: cegueira ou lesões oftalmológicas, hemorragia de retina, atraso no desenvolvimento, convulsões, fraturas de costelas, lesões na coluna, lesões ou hemorragias cerebrais (hematoma subdural). Dependendo da gravidade da violência, o quadro pode evoluir para o óbito da criança.
- **Síndrome de Münchausen por procuração:** é a condição em que doenças ou sintomas são forjados na criança, em geral por suas mães. É um transtorno psiquiátrico da mãe, que assume a doença indiretamente, por intermédio da criança, exacerbando, falsificando ou produzindo histórias clínicas e evidências laboratoriais, causando lesões físicas e induzindo a criança à hospitalização

com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos para ela. • **Trabalho infantil:** é o conjunto de tarefas de natureza econômica que inibem as crianças de viver sua condição de infância e pré-adolescência. Consiste em tarefas efetuadas de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições desqualificadas e que põem em risco o bem-estar físico, psíquico, social ou moral da criança, limitando seu crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.

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

- **Atendimentos de rotina:**

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

- **Acidentes domésticos:**

- Acolher a demanda sem pré-julgamentos, respeito a privacidade do momento, realizar anamnese e escuta qualificada com atenção nos detalhes do acidente.
 - Realizar exame físico completo do corpo da criança.
- Observar se além da demanda que apresenta, existem outros Hematomas ou outros sinais pelo corpo da criança. Há coerência entre a história e o exame físico? As informações fornecidas pelos responsáveis são contraditórias,

duvidosas ou confusas?A relação temporal está correta?As lesões são compatíveis com algum tipo de violência?

- Observar o comportamento e envolvimento com a criança nessa situação?
- Houve retardo na busca de auxílio? É inexplicável o atraso entre o “acidente” e a procura de tratamento médico?Existe história anterior semelhante?
- Relatar exame físicos e achados em prontuário; ○ Orientar familiares que o atendimento minucioso faz parte dos protocolos de atendimento à saúde da criança, atenção e proteção à criança conforme legislações vigentes.

Diante de ambas situações, se houver entendimento de suspeita/Confirmação de que a criança possa estar sofrendo qualquer tipo de violência, a situação deve ser notificada para o órgão protetivo, Conselho Tutelar, do território em que a Unidade de Saúde pertence.

Realizar notificação SINAN- Formulário violência interpessoal/autoprovocada e encaminhar a Vigilância epidemiológica.

14.2 ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE TENHAM OCORRIDO ATÉ 72H:

Atender uma criança ou adolescente em situação de violência é extremamente complexo, as situações que chegam são imprevisíveis.

A criança que passou pelo trauma da violência, tem o direito de se manter protegida, para isso, os atendimentos em todos os equipamentos da rede, devem ser voltado para a proteção da criança;

O acolhimento a situação de violência:

- A equipe deve oferecer um ambiente/espço tranquilo para a espera da abordagem. Oferecer atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;
- As principais informações para direcionamento do atendimento deve ser obtido com o adulto que a acompanha. Coleta de informações com o responsável pela criança, buscar saber qual é a suspeita, tipo de violência que a criança sofreu.

Dia/data/horário da violência, principal suspeito.

Se a violência aconteceu até 72h, notificar Conselho Tutelar com urgência, encaminhar paciente e responsável para Hospital Universitário Materno Infantil, exame clínico, profilaxias das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e outras doenças recorrentes, e periciais (ato libidinoso e conjunção carnal) realizado pelo Instituto Médico Legal (IML). Realizar contato telefônico de preferência, encaminhamento formal, por escrito das abordagens realizadas no 1º atendimento.

E se houver a REVELAÇÃO ESPONTÂNEA: quando a criança opta em relatar o que houve por vontade própria.

Diante de uma revelação espontânea da criança ou adolescente sobre atos de violência, o profissional a quem a revelação foi feita, independentemente de que órgão fizer parte, deverá acolher a vítima, escutá-la sem interrupções, efetuando o mínimo possível de perguntas (perguntas essas sempre abertas, nunca fechadas ou direcionadas). Não deve gravar, pedir para criança esperar outra pessoa chegar.

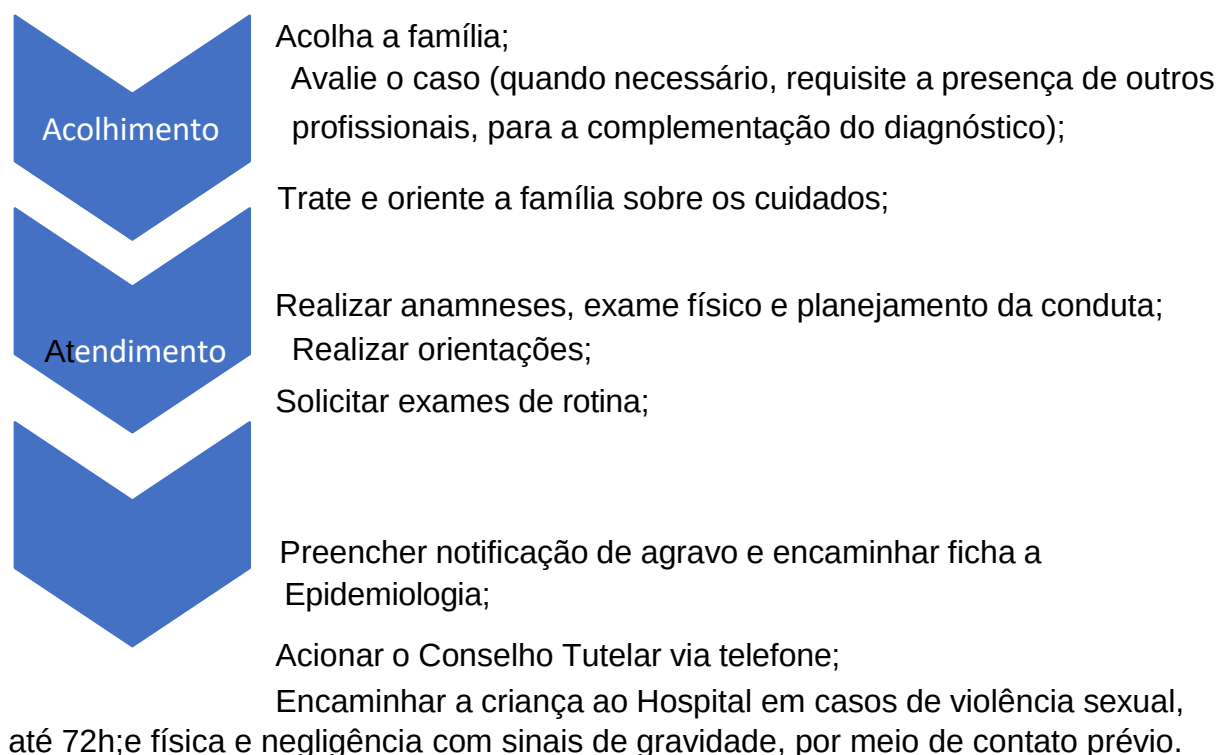
Após a revelação espontânea, o profissional informará, de acordo com o grau de entendimento da criança ou adolescente, que irá efetuar a comunicação obrigatória às autoridades competentes, quanto à situação de violência. O profissional deve descrever o que a criança relatou com o máximo de detalhes e encaminhar para os órgãos de proteção como Conselho Tutelar, para que a mesma não seja abordada novamente sobre o assunto.

**** Abordar a criança sobre o assunto novamente pode trazer prejuízo psicológicos, fazendo que a mesma reviva os momentos da violência, levando para a revitimização.*

- Após atendimento deve ser descrito atendimento e encaminhamento realizados no prontuário;
- Realizar notificação ESUS VS- Formulário violência interpessoal/ autoprovocada e encaminhar a Vigilância epidemiológica.

- Orientar familiares que o atendimento faz parte dos protocolos de atendimento à saúde, atenção e proteção à criança, que demais órgãos da rede de atendimento deverão acompanhar a criança e sua família.

Fluxograma 14: Fluxo de Atendimento à Vítimas de Violência



Informações relevantes:

Violências sexuais ocorridas após 72h não há possibilidade de realizar coleta de vestígios da violência pelo Instituto Médico Legal, e perde-se o efeito de algumas profilaxias, diante disso não é necessário encaminhar paciente até os hospitais. Acionar Conselho Tutelar para demais encaminhamentos e procedimentos legais.

15 SAÚDE BUCAL

15.1 ATENDIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

A puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, aproveitando-se a consulta do puerpério, programada para até 7 dias após o parto, quando devem ser dadas orientações e recomendações à nutriz e realizado o primeiro exame clínico para avaliação da higiene dos rodets gengivais e a detecção de alguma anomalia na Unidade de Saúde de referência. As recomendações mais importantes a serem dadas durante essa consulta dizem respeito a:

- Aleitamento e amamentação
- Cárie da primeira infância (cárie de mamadeira)
- Limpeza da boca e dos dentes
- Alterações de desenvolvimento
- Erupção dos dentes (quando e como)
- Chupetas e hábitos viciosos
- Uso de fluoretos

15.2 CÁRIE DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Conhecida também como cárie de mamadeira ou cárie de aleitamento, a cárie da primeira infância é uma doença aguda que afeta a criança ainda no primeiro ano de vida. A ausência de limpeza ou escovação dos dentes, a presença de um substrato oriundo de resíduos do leite materno, bovino e artificial, o hábito de adoçar chupetas com açúcar ou mel e o aleitamento irrestrito durante o dia são fatores de risco para o aparecimento da cárie da primeira infância. É importante lembrar que durante a noite há uma diminuição da salivação e também do reflexo da deglutição que favorecem a retenção dos alimentos junto ao dente.

15.3 LIMPEZA E ESCOVAÇÃO

A equipe de saúde bucal deve orientar os pais ou responsável sobre a limpeza da boca do bebê, que deve começar nos primeiros dias de vida. Os rodets gengivais devem ser limpos após cada mamada com o auxílio de uma gaze ou ponta da fralda embebida em água filtrada para a remoção do leite residual. Esta medida permite que a criança se acostume com a manipulação de sua boca, além de deixá-la mais limpa. A escovação deve ser iniciada após a erupção dos primeiros dentes de leite, por volta dos seis meses, com a utilização de uma escova de cerdas macias e o mínimo de dentifrício.

15.4 ALTERAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO

No exame intrabucal dos bebês, o profissional deve ficar atento a alguma alteração de desenvolvimento. As mais frequentes são cistos, pérolas e nódulos, que na maioria das vezes desaparecem, mas que em alguns casos podem aumentar de tamanho e chamar a atenção, devendo ser observados até a sua involução.

15.5 ERUPÇÃO DOS DENTES

A erupção dos dentes é um processo fisiológico que começa em torno dos seis meses de idade, geralmente com o aparecimento na cavidade bucal dos incisivos inferiores. Embora fisiológica, a erupção dos dentes pode vir acompanhada de uma série de sintomas decorrentes dela ou simplesmente coincidentes. Os sintomas mais frequentes são a salivação abundante, diarreia e sono agitado. Outros sintomas, como irritabilidade, coriza, erupção cutânea, febre, vômito, tosse e inapetência, também podem ser relatados pelos pais.

A conduta dos profissionais frente a essas pequenas alterações é de orientação aos pais, recomendando massagem digital sobre os roletes gengivais, bem como o uso de mordedores plásticos resfriados. O uso de soluções tópicas anestésicas ocasionalmente pode ser indicado.

Além da sintomatologia geral, a erupção dos primeiros dentes pode apresentar distúrbios locais, como o hematoma de erupção, o cisto de erupção

e a fibrose gengival. Em todos os casos, o bebê deve ser mais bem avaliado e observado pelo cirurgião-dentista da equipe de saúde.

15.6 HÁBITOS

Os hábitos de sucção da chupeta e do dedo podem se manifestar na fase oral do desenvolvimento, nos primeiros dois anos de vida. Contudo, quando mantidos por período prolongado, podem levar a uma alteração de oclusão.

Por isso, os profissionais de saúde devem orientar os pais a tentar tirar esteshábitos. Pesquisadores reconhecem a dificuldade na remoção desses costumes, principalmente quando se diz respeito à sucção do dedo. Se por ventura o comportamento vicioso persistir até a dentição mista (6 anos), fatalmente deverá ser utilizada uma terapia ortodôntica para correção da dentição.

15.7 FLÚOR

15.7.1 Meios Coletivos

a Fluoretação das águas de abastecimento público

É considerado o meio mais barato e eficaz na redução da doença cárie em crianças e adultos. Além da ação sistêmica, este método tem também uma ação tópica, na passagem da água pela boca e posteriormente através dos fluidos bucais.

b Dentifrícios fluoretados

O uso sistemático de dentifrícios fluoretados é a maneira mais racional para a prevenção da doença cárie, pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor.

Crianças menores de seis anos de idade devem usar pequenas quantidades de dentifrícios. Deve-se recomendar a colocação de cerca de 0,3 gramas (equivalente a um grão de arroz). Uma técnica muito utilizada é a técnica transversal, na qual a colocação do dentifrício na escova é realizada transversalmente, diminuindo a quantidade. Toda a população, em especial

crianças menores de 6 anos de idade, deve usar o produto em pequenas quantidades, evitando-se a ingestão do dentífrico e diminuindo o risco da fluorose dentária.

15.7.2 Meios Individuais

a Vernizes fluoretados

São materiais que se aderem à superfície dentária com o objetivo de manter uma liberação de flúor para o ambiente bucal por um período maior de tempo.

É um material muito utilizado na prevenção e no controle da doença cárie da primeira infância (cárie de mamadeira). A avaliação do risco e atividade de doença individual é que vai determinar a frequência de seu uso pela equipe de saúde.

b Materiais dentários liberadores de flúor

Em paciente que tem atividade de doença cárie, uma alternativa adequada é o uso de materiais dentários que liberam flúor, como os cimentos de ionômero de vidro (CIV) e cimentos de ionômero de vidro modificados (CIVMR). A grande vantagem desses materiais é a liberação de flúor constantemente, mantendo baixas concentrações do produto no meio bucal, controlando a cárie. Após este acolhimento inicial o Dentista da Unidade de Saúde fará o agendamento do paciente para prevenção e tratamentos odontológicos.

15.8 REFERÊNCIA AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ODONTOPEDIATRIA

Quando houver a necessidade de um tratamento especializado o paciente é encaminhado ao CEO – Centro de Especialidades Odontológicas através do Sistema MV de acordo com o protocolo de regulação vigente.

Todos os casos não previstos no protocolo de Referência (encaminhamentos) deverão ser resolvidos mediante contato via telefone, pessoalmente ou através da ficha de contra referência entre o profissional do CEO e o profissional da Atenção Básica.

16 ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE

16.1 ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

- Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), particularmente em relação aos papéis específicos dos vários membros da referida equipe;
- Participar do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas;
- Participar do processo de educação permanente em saúde;
- Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção da saúde, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe;
- Orientar as famílias sobre a necessidade de realização das vacinas conforme o estabelecido neste Caderno de Atenção Básica, quando indicadas; • Orientar Amamentação Materna exclusiva até 6 meses de idade;
- Contribuir para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis e que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas e ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas, o acesso à água tratada e potável, bem como o incentivo à adoção de medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora;
- Colaborar com a implementação de políticas locais que permitam o acesso adequado de crianças deficientes aos estabelecimentos escolares e os amparem em seus direitos, além de garantir a sua segurança;
- Identificar as famílias de crianças que estejam inseridas no Programa Bolsa Família, bem como acompanhar suas condicionalidades de forma articulada com os setores de Educação e de Desenvolvimento Social/Assistência Social.

16.2 ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde da família nas atividades e nas ações direcionadas às crianças;
- Ser articulador da comunidade perante as instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, para sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população infantil;
- Contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares, quando isso for necessário;
- Realizar a primeira visita domiciliar à mãe e bebê no primeiro dia útil após alta hospitalar;
- Realizar busca ativa à crianças faltosas nas consultas de puericultura;
- Monitorar as crianças da sua área quanto à vacinação e acompanhamentos;
- Anotar na carteirinha da criança e no prontuário sobre as buscas realizadas;
- Informar a equipe de saúde sobre situações de risco identificadas que possam comprometer a saúde da criança;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

16.3 ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR E DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Realizar a aferição da pressão arterial das crianças conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
- Realizar a aplicação da dose vacinal conforme o esquema estabelecido neste Caderno de Atenção Básica;
- Aferir os dados antropométricos de peso e altura das crianças e repassar tais informações para o profissional que realiza a puericultura na equipe;
- Realizar a primeira visita domiciliar à mãe e bebê no primeiro dia útil após alta hospitalar;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela PNAB.

16.4 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Realizar consultas de puericultura conforme o preconizado neste Protocolo;
- Monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos vacinais adversos;
- Realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC das crianças;
- Prescrever medicamentos, solicitar exames e proceder encaminhamentos conforme preconizado neste protocolo.
- Realizar busca ativa às crianças faltosas nas consultas, acionando sua equipe;
- Coordenar as atividades nas salas de vacina;
- Promover educação continuada a toda a equipe de saúde;
- Acionar o Conselho Tutelar para crianças faltosas por mais de 3 meses, casos de violência, família sem condições de suprir necessidades básicas, resistência do cuidador em cumprir esquemas terapêuticos;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

16.5 ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

- Realizar a puericultura conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e indicar exames complementares quando forem necessários; incentivar Aleitamento Materno exclusivo até o 6º mês;
- Encaminhar para o médico oftalmologista as crianças com alterações da acuidade visual detectadas em avaliação médica pessoal ou nas realizadas pelos demais profissionais da equipe;
- Realizar a aferição da pressão arterial das crianças conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica, iniciar a investigação de hipertensão arterial secundária e encaminhar os pacientes para o serviço de referência, quando isso for necessário;
- Monitorar a saúde de crianças e orientar pais e cuidadores diante de efeitos vacinais adversos;

- Indicar para pais e cuidadores os imunobiológicos especiais para situações específicas;
- Realizar a avaliação da acuidade auditiva das crianças e, quando necessário, solicitar exames complementares;
- Encaminhar as crianças com alterações na acuidade auditiva para o serviço de referência, para a continuidade da investigação diagnóstica e/ou do serviço de reabilitação;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

16.6 ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO E DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL

- Realizar ações de apoio conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, sob a supervisão do cirurgião-dentista;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela PNAB.

16.7 ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA

- Realizar a avaliação clínica conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Identificar as necessidades em saúde bucal das crianças, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

17 OBSERVAÇÕES

Este protocolo traz condutas já definidas pelo Ministério da Saúde, Linha Guia Mãe Paranaense e protocolos já instituídos em outros Municípios/Estados e validados pelos respectivos conselhos de classe dos profissionais envolvidos. Estão previstas revisões anuais de rotina ou semestrais, conforme a necessidade observada. Serão aceitas solicitações de revisões, inclusões,

alterações e/ou exclusões mediante ofício expondo a situação a ser alterada, com a referência científica, encaminhado à Gerência da Atenção Primária à Saúde, aos cuidados do Núcleo Técnico de Elaboração de Protocolos.

A existência de protocolo não anula a autonomia profissional – o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claro as razões para não fazê-lo, quais evidências científicas dão suporte à essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Se seguir um protocolo institucional também continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso tem o endosso da instituição para fazê-lo.

REFERÊNCIAS

- 1 Paraná. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Linha Guia – Atenção Materno Infantil: Gestação/ Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. 8. Ed. Curitiba: SESA, 2022.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (versão resumida). Brasília, 2021.
- 3 COREN Rio de Janeiro – Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde. Rio de Janeiro, 2012.
- 4 Guideline para o Diagnóstico e Tratamento das Infecções cutâneas e das partes moles: Atualização pela Sociedade Americana de Doenças Infecciosas. Ano 2014, Volume: 4, número 3.
- 5 Isabel Cristina Leal Firmino – Infecções de pele e partes moles: proposta de protocolo de atendimento em unidade pediátrica. Secretaria de Saúde do

Ditrito Federal, Residência Médica em Pediatria. Monografia de especialização em pediatria, Brasília, 2010.

- 6 Linha Guia da Rede de Saúde Bucal do Paraná- 2014.
- 7 Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica 33: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, Brasília, 2012.
- 8 Ministério da Saúde – Manual AIDPI Neonatal, 4ª edição. Brasília, 2013.
- 9 Ministério da Saúde – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015.
- 10 Ministério da Saúde - Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, 2021.
Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ1NQ==>.
- 11 Prefeitura Municipal de Londrina - Protocolo de Saúde da Criança. Londrina, 2006.
- 12 Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – Atenção à Saúde da Criança. Ribeirão Preto, 2010.
- 13 Prefeitura Municipal de São Paulo – Atenção à Saúde da Criança. São Paulo, 2009.
- 14 Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás. Goiás, 2015.
- 15 Protocolo de Atenção à Saúde Bucal da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde- 2016.

- 16 Sociedade Brasileira de Pediatria – Antimicrobianos na Prática Clínica
Pediátrica: Guia Prático para manejo no ambulatório, na emergência e na
enfermaria. Rio de Janeiro, 2003.
- 17 Sociedade Brasileira de Pediatria – Departamento de Nutrologia:
Deficiência de vitamina D em crianças e adolescentes. Outubro, 2014.
- 18 Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021. Disponível em:
[https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-
familias/nutricao/quandointroduzir-novos-alimentos-para-o-bebe/](https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/nutricao/quandointroduzir-novos-alimentos-para-o-bebe/).ANEXOS

ANEXO I: Ficha de Acompanhamento de Puericultura

	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA Saúde da Criança – Puericultura			
Nome da criança: _____				
DN: ____/____/____	Código: _____	Tel.: _____		
Mãe: _____		DN: ____/____/____		
Endereço: _____				
ACS: _____	Prontuário: _____	Visita Puerperal: ____/____/____		
Houve intercorrências na gravidez? () sim () não				
Estratificação de risco: () Habitual () Intermediário () Alto risco				
Obs.: _____				
BIOMETRIA DO NASCIMENTO				
Peso ao nascer: _____	Peso alta: _____	Est.: _____		
APGAR: ____/____	Tipo de parto: _____	IG: _____		
Local: _____				
Complicações: _____				
Sinal de Ortolani	() positivo	() negativo		
Teste do Olhinho: realizado ____/____/____	() normal	() alterado		
Teste do Orelhinha: realizado ____/____/____	() normal	() alterado		
Teste do Linguinha: realizado ____/____/____	() normal	() alterado		
Teste do Coraçãozinho: realizado ____/____/____	() normal	() alterado		
Teste do Pezinho: realizado ____/____/____	() normal	() alterado		
VACINAS				
BCG ____/____/____	PENTA 1ª ____/____/____	VIP 1ª ____/____/____		
HEP B ____/____/____	PENTA 2ª ____/____/____	VORH 1ª ____/____/____		
	PENTA 3ª ____/____/____	VORH 2ª ____/____/____		
	VOP 3ª ____/____/____			
	DPT Ref. 1 ____/____/____	PN10 1ª ____/____/____		
	VOP Ref. 1 ____/____/____	PN10 2ª ____/____/____		
	DPT Ref. 2 ____/____/____	PN10 3ª ____/____/____		
	VOP Ref. 2 ____/____/____	PN10 Ref. ____/____/____		
		MENINGO 1ª ____/____/____		
		MENINGO 2ª ____/____/____		
		MENINGO 3ª ____/____/____		
		FA ____/____/____		
		SCR ____/____/____		
		TETRA VIRAL ____/____/____		
		HEP A ____/____/____		
SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A				
06 – 11 meses	12 – 23 meses	24 – 35 meses	36 – 47 meses	48 – 59 meses
DOSE ÚNICA ____/____/____ Megadose 100.000UI	1ª DOSE ____/____/____ Megadose 200.000UI	1ª DOSE ____/____/____ Megadose 200.000UI	1ª DOSE ____/____/____ Megadose 200.000UI	1ª DOSE ____/____/____ Megadose 200.000UI
	2ª DOSE ____/____/____ Megadose 200.000UI	2ª DOSE ____/____/____ Megadose 200.000UI	2ª DOSE ____/____/____ Megadose 200.000UI	2ª DOSE ____/____/____ Megadose 200.000UI

Data: __/__/__	Idade:	P:	E:	PC:	PT:
Compareceu acompanhado por:					
Alimentação:					
Eliminações fisiológicas:				Sono:	
Intercorrências:					
Medicamentos em uso:					
EXAME FÍSICO					
Fontanela: () normotensa () pulsátil () alterada:					
Mucosa ocular: () normocorada () hipocorada					
Cavidade oral: () íntegra () alterada:					
Dentição:				Higiene oral:	
Pescoço e clavícula: () normal () alterado:					
Tórax: () normal () alterado:					
Abdômen: () normal () alterado:					
Membros: () normal () alterado:					
Genitália: () normal () alterado:					
Higiene corporal: () satisfatória () insatisfatória					
Desenvolvimento neuropsicomotor: () adequado a idade () inadequado a idade					
Orientações:					
Retorno:				Profissional responsável:	
Data: __/__/__	Idade:	P:	E:	PC:	PT:
Compareceu acompanhado por:					
Alimentação:					
Eliminações fisiológicas:				Sono:	
Intercorrências:					
Medicamentos em uso:					
EXAME FÍSICO					
Fontanela: () normotensa () pulsátil () alterada:					
Mucosa ocular: () normocorada () hipocorada					
Cavidade oral: () íntegra () alterada:					
Dentição:				Higiene oral:	
Pescoço e clavícula: () normal () alterado:					
Tórax: () normal () alterado:					
Abdômen: () normal () alterado:					
Membros: () normal () alterado:					
Genitália: () normal () alterado:					
Higiene corporal: () satisfatória () insatisfatória					
Desenvolvimento neuropsicomotor: () adequado a idade () inadequado a idade					
Orientações:					
Retorno:				Profissional responsável:	

OBS: Ficha disponível no botão QUALIDADE do Tasy