

PROTOCOLO REGIONAL DE PUERICULTURA



LAGES
2022

ELABORAÇÃO:

Câmara Técnica da Rede Cegonha:

Bruna Correa Vaz – Enfermeira Gerente das Unidades de Saúde

Daniela da Silva Barbosa – Enfermeira da Atenção Primária à Saúde do município de Lages

Daniela Rosa de Oliveira – Gerente Regional de Saúde

Dayane Cristina Bordin – Enfermeira da Atenção Primária à Saúde do município de Lages

Fernanda de Matia – Enfermeira e Gerente Assistencial do HSBMI

Georgia Parizzi – Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO

Karen Cristina Pereira – Psicóloga do município de Lages

Kelly Aparecida Martins – Médica da Atenção Primária à Saúde do município de Lages

Ludimara de Oliveira Rosa – Enfermeira do HMTR

Nayara Alano Moraes – Enfermeira da Atenção Primária à Saúde do município de Lages

Priscila Gomes Almeida – Cirurgiã-dentista Gerente das Unidades de Saúde

Renata Meurer Tausendfreund Laidens – Enfermeira Coordenadora do CEASM

Simone Silva Santos – Assistente Social do município de Lages

Lista de Imagens

Imagem 01 – Mancha Mongólica.....	26
Imagem 02 – Miliun Sebáceo.....	26
Imagem 03 – Pesando o bebê.....	27
Imagem 04 – Medindo o bebê.....	28
Imagem 05 – Perímetro cefálico.....	28
Imagem 06 – Perímetro torácico.....	29
Imagem 07 – Hordéolo.....	32
Imagem 08 – Reflexo de Moro.....	38
Imagem 09 – Reflexo Tônico-Cervical.....	38
Imagem 10 – Preensão Palmar.....	39
Imagem 11 – Preensão Palmar (2)	39
Imagem 12 – Preensão Plantar.....	39
Imagem 13 – Preensão Plantar (2)	40
Imagem 14 – Reflexo Cutâneo-Plantar.....	40
Imagem 15 – Reflexo da Marcha Reflexa.....	41
Imagem 16 – Reflexo da Voracidade.....	41
Imagem 17 – Reflexo de Galant.....	42
Imagem 18 – Pega correta.....	65
Imagem 19 – Relactação.....	77
Imagem 20 – Pega correta (2)	118
Imagem 21 – Quantidade correta de creme dental.....	120
Imagem 22 – Estomatite.....	123
Imagem 23 – Candidíase.....	123

Lista de Quadros

Quadro 01 – Zonas de Kramer.....	25
Quadro 02 – Tipos de teste de sífilis.....	46
Quadro 03 – Exames complementares para crianças com sífilis congênita.....	50
Quadro 04 – Seguimento clínico da criança com sífilis congênita.....	53
Quadro 05 – Marcos de desenvolvimento até 2 meses.....	57
Quadro 06 – Marcos de desenvolvimento de 2 até 4 meses.....	57
Quadro 07 – Marcos de desenvolvimento de 4 até 6 meses.....	58
Quadro 08 – Marcos de desenvolvimento de 6 até 9 meses.....	58
Quadro 09 – Marcos de desenvolvimento de 9 até 12 meses.....	59
Quadro 10 – Marcos de desenvolvimento de 1 ano até 1 ano e 6 meses.....	60
Quadro 11 – Marcos de desenvolvimento de 1 ano e 6 meses até 2 anos.....	60
Quadro 12 – Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação, quanto à manutenção ou contra-indicações do aleitamento materno.....	68
Quadro 13 – Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade.....	71
Quadro 14 – Leite de vaca modificado.....	71
Quadro 15 – Intercorrências ou complicações no aleitamento materno.....	72
Quadro 16 – Critérios de suplementação complementar de ferro elementar.....	87
Quadro 17 – Quadro clínico das deficiências de vitaminas do complexo B.....	89
Quadro 18 – Alimentação de criança que recebe fórmula infantil por faixa etária.....	111
Quadro 19 – Introdução alimentar a partir de 4 meses de idade, para crianças em uso de leite de vaca modificado.....	111
Quadro 20 – Alimentação da criança ao longo do dia entre 6 e 8 meses.....	113
Quadro 21 – Alimentação da criança ao longo do dia entre 9 e 11 meses.....	114
Quadro 22 – Alimentação da criança ao longo do dia entre 1 e 2 anos de idade.....	114
Quadro 23 – Quedas.....	124
Quadro 24 – Queimaduras.....	125
Quadro 25 – Afogamento.....	125
Quadro 26 – Sufocamento.....	125
Quadro 27 – Aspiração de corpo estranho.....	126
Quadro 28 – Intoxicação.....	126

Lista de Siglas

AAE: Ambulatório de Atenção Especializada

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APOMT: Aviso Por Maus Tratos Contra Criança ou Adolescente

APS: Atenção Primária à Saúde

BCG: Bacilo de Calmette e Guérin

BPM: Batimentos por Minuto

CIATox: Centro de Informações e Assistências Toxicológicas

CID: Classificação Internacional de Doenças

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

COVID-19: Coronavírus Disease 19

CPF: Cadastro de Pessoa Física

CRAS: Centro de Referência da Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESCA: Centro de Referência Especializado à Saúde da Criança e do Adolescente

CRIE: Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

DHA: Ácido Docosa-Hexaenoico

DNA: Ácido Desoxirribonucleico

DRGE: Doença do Refluxo Gastroesofágico

DTP: Difteria, Tétano e Pertussis

DTPa: Difteria, Tétano e Pertussis atenuado

DVA: Deficiência de Vitamina A

FA: Vacina Febre Amarela

HA: Vacina Hepatite A

HB: Vacina Hepatite B

HBsAg: Antígeno de Superfície da Hepatite B

HIB: Haemophilus Influenzae tipo b

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HMTR: Hospital e Maternidade Tereza Ramos

HTLV: Vírus Linfotrópico Humano de Células T

IG: Idade Gestacional

IMC: Índice de Massa Corporal

IRPM: Inspirações Respiratórias por Minuto

IVAS: Infecção de Vias Aéreas Superiores
LCR: Líquido Cefalorraquidiano
LSD: Dietilamida do Ácido Lisérgico
MENINGO C: Vacina Meningocócica C
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial da Saúde
PNEUMO 10: Vacina Pneumocócica Conjugada 10
PNEUMO 23: Vacina Pneumocócica Polissacarídica 23
PNI: Plano Nacional de Imunizações
PPD: derivado proteico purificado
RC: Rede Cegonha
RG: Registro Geral
RGE: Refluxo Gastroesofágico
RN: Recém-Nascido
RNPT: Recém-Nascido Pré-Termo
SC: Sífilis Congênita
SF: Soro Fisiológico
SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISREG: Sistema Nacional de regulação
SNC: Sistema Nervoso Central
SUS: Sistema Único de Saúde
TMI: Taxa de Mortalidade Infantil
UBS: Unidade Básica de Saúde
UCINCa: Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINCo: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI: Unidade de Terapia Intensiva
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
VIP: Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 Inativada
VOP: Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 Atenuada
VORH: Vacina Rotavírus Humano Atenuada
VSR: Vírus Sincicial Respiratório
VZ: Vacina Varicela

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	10
2	CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO NA FAMÍLIA.....	16
3	VISITA PUERPERAL.....	17
4	PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO.....	18
4.1	Identificação do Recém-Nascido.....	19
4.2	Inquérito Sobre os Diversos Aparelhos e Sistemas.....	20
4.3	Avaliação dos Testes de Triagem Neonatal.....	21
4.4	Verificar Registro Vacinal.....	23
4.5	Estimular Amamentação.....	23
4.6	Exame Físico do Recém-Nascido (Completo).....	24
4.6.1	<u>Sinais Vitais</u>	29
4.6.2	<u>Avaliação Sobre os Diversos Aparelhos e Sistemas</u>	31
4.7	Orientações Gerais.....	42
5	CONSULTAS SUBSEQUENTE.....	43
6	SIFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SIFÍLIS.....	45
6.1	Seguimento Clínico-Laboratorial da Criança Exposta à Sífilis.....	47
6.2	Criança com Sífilis Congênita.....	48
6.3	Exame Físico da Criança com Sífilis Congênita.....	49
6.4	Exames Complementares Para a Criança com Sífilis Congênita.....	50
6.5	Neurosífilis na Criança Com Sífilis Congênita.....	52
6.6	Seguimento Clínico da Criança Com Sífilis Congênita.....	52
6.7	Tratamento da Criança Com Sífilis Congênita.....	54
7	ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO....	55
7.1	Idade Corrigida Para Recém-Nascido Pré-Termo.....	56
7.2	Desenvolvimento Físico/Lúdico.....	56
8	ALEITAMENTO MATERNO.....	61
8.1	Acolhimento com Escuta Qualificada.....	64
8.2	Avaliação Global.....	64
8.3	Exame Físico Geral e Específico.....	65
8.3.1	<u>Avaliação das Mamas</u>	65
8.4	Avaliação do Posicionamento e da Pega.....	65
8.5	Plano de Cuidados.....	66

8.6	Benefícios para a Mulher.....	66
8.7	Orientar Sobre a Amamentação.....	66
8.8	Avaliação e Manejo dos Problemas Relacionados à Amamentação.....	67
8.9	Orientações Sobre a Ordenha do Leite Para Mulheres que Retornarão ao Trabalho/Estudo ou que Desejam Doar.....	67
8.10	Orientar Sobre o Retorno ao Trabalho.....	67
8.11	Contraindicações do Aleitamento Materno.....	68
8.11.1	<u>Inibição da Lactação</u>	70
8.11.2	<u>Prescrição Médica de Cabergolina</u>	70
8.12	Intercorrências ou Complicações no Aleitamento Materno.....	71
9	MÉTODO CANGURU	78
9.1	Aplicação do Método Canguru.....	79
9.2	Questões Norteadoras da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru.....	80
9.3	Possíveis Intercorrências do Recém-Nascido Pré-Termo.....	81
10	SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIENTES	82
10.1	Leite Materno.....	83
10.2	Suplementação Vitamínico-Mineral.....	84
10.2.1	<u>Vitamina D</u>	84
10.2.2	<u>Vitamina A</u>	85
10.2.3	<u>Ferro</u>	86
10.2.4	<u>Zinco</u>	88
10.2.5	<u>Complexo B</u>	89
11	VACINAÇÃO	92
11.1	Contraindicações, Situações Especiais, Adiamento, Vacinação Simultânea e Falsas Contraindicações.....	93
11.1.1	<u>Contraindicações Comuns a Todo Imunobiológico</u>	94
11.1.2	<u>Situações Especiais</u>	94
11.1.3	<u>Adiamento da Vacinação</u>	95
11.1.4	<u>Vacinação Simultânea</u>	95
11.1.5	<u>Falsas Contraindicações</u>	96
11.2	Especificações de Cada Vacina.....	97
11.2.1	<u>Vacina Bacilo de Calmette e Guérin (BCG)</u>	97
11.2.2	<u>Vacina Hepatite B (Recombinante)</u>	98

11.2.3	<u>Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)</u>	99
11.2.4	<u>Vacina Adsorvida Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B (Recombinante) e Haemophilus Influenzae b (Conjugada) (PENTA)</u>	100
11.2.5	<u>Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (Inativada) (VIP)</u>	100
11.2.6	<u>Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (Atenuada) (VOP)</u>	101
11.2.7	<u>Vacina Pneumocócica Conjugada 10 Valente (PNEUMO 10)</u>	102
11.2.8	<u>Vacina Rotavírus Humano (Atenuada) (VORH)</u>	102
11.2.9	<u>Vacina Meningocócica C (Conjugada) (MENINGO C)</u>	103
11.2.10	<u>Vacina Febre Amarela (Atenuada) (FA)</u>	104
11.2.11	<u>Vacina Sarampo, Caxumba e Rubéola (TRÍPLICE VIRAL)</u>	105
11.2.12	<u>Vacina Hepatite A (HA)</u>	106
11.2.13	<u>Vacina Varicela (VZ)</u>	106
11.2.14	<u>Vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (Atenuada) (TETRA VIRAL)</u>	107
11.2.15	<u>Vacina Influenza (Fracionada, Inativada)</u>	108
11.3	Palivizumabe.....	108
11.3.1	<u>Crítérios de Elegibilidade</u>	109
11.3.2	<u>Modalidades de Busca Ativa</u>	109
12	INTRODUÇÃO ALIMENTAR	110
12.1	Os 12 Passos Para Uma Alimentação Saudável.....	110
12.2	Alimentação de Crianças Não Amamentadas.....	111
12.3	Alimentação das Crianças de 6 Meses a 2 Anos.....	112
13	SAÚDE BUCAL	116
13.1	Roteiro da Consulta.....	116
13.2	Segunda Consulta.....	119
13.3	Consultas Subsequentes.....	122
13.4	Principais Problemas Oraís em Crianças até 2 Anos de Idade.....	122
14	PREVENÇÃO DE ACIDENTES	123
15	VIOLÊNCIA	127
16	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
	ANEXO 01 – Avaliação do Edema	136
	ANEXO 02 – Manejo do Quadro de Febre em Crianças na APS pelo Enfermeiro	137
	ANEXO 03 – Gráfico Recém-Nascido Pré-Termo	138

ANEXO 04 – Estratificação de Risco da Criança.....	140
ANEXO 05 – Fluxo de Seguimento de Consultas de Puericultura na Criança Exposta na APS.....	141
ANEXO 06 – Gráficos.....	142
ANEXO 07 – Registros na Caderneta da Criança.....	144
ANEXO 08 – Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes..	151
ANEXO 09 – Quimioprofilaxia da Tuberculose.....	152
ANEXO 10 – Calendário de Vacinação da Rede Pública de Santa Catarina.	153
ANEXO 11 – Calendário Vacinal Especial Para o Prematuro Extremo em Santa Catarina.....	154
ANEXO 12 – Fluxograma de Busca Ativa Mensal de Palivizumabe.....	155
ANEXO 13 – Fluxograma de Busca Ativa Anual de Palivizumabe.....	156
ANEXO 14 – Fluxo de Busca Ativa - Violação dos Direitos da Criança.....	157

1 APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se em um território privilegiado, onde permite aos profissionais o seguimento das famílias ao longo do ciclo vital, permitindo o conhecimento e o reconhecimento de situações que necessitem maior atenção, e acompanhamento mais amigável.

Na APS, os profissionais que realizam o pré-natal, na maioria das vezes, são os mesmos que realizarão a puericultura da criança, o que favorece o vínculo e conhecimento das necessidades de saúde destas famílias.

O nascimento de uma criança é um momento ímpar de transição do ciclo de vida das famílias, que mesmo que não seja o primeiro filho, traz uma gama de dúvidas e inseguranças. Neste momento o vínculo com a equipe de APS é fundamental, para superação das dificuldades e adaptações, pois surgem novos papéis (mãe, pai, irmão mais velho, irmão do meio, etc.).

Em Santa Catarina, na série histórica de 10 anos no período de 2011 a 2020, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresentou uma redução de aproximadamente 22%, indo de 11,9 em 2011 para 9,3 em 2020. Em 2016 chegou a apresentar taxa de 8,7 óbitos a cada mil nascidos vivos. Embora o indicador do estado esteja entre os melhores do país, ao avaliarmos as diferenças regionais, percebe-se grandes disparidades. Em 2020, as regiões Serra Catarinense (15,8), Xanxerê (13,0) e Extremo Sul Catarinense (11,4) apresentaram as maiores TMI do estado, e as regiões de Laguna (7,3), Extremo Oeste (7,4) e Meio Oeste (7,8) apresentaram as menores TMI (SANTA CATARINA, 2021a).

Em 2020, as taxas de óbito neonatal precoce mais elevadas ocorreram nas regiões de Xanxerê (10,1), Serra Catarinense (9,0) e Alto Vale do Rio do Peixe (7,0). Em relação a mortalidade neonatal tardia, as maiores taxas ocorreram nas regiões Serra Catarinense (3,8), Extremo Sul Catarinense (3,3) e Oeste (2,8). No componente pós-neonatal se destacam as regiões Extremo Sul Catarinense (3,7), Foz do Rio Itajaí (3,3), Meio Oeste (3,1) e Serra Catarinense (3,0) com as maiores taxas de mortalidade. E, em relação à taxa de mortalidade na infância, prevaleceram as regiões Serra Catarinense (18,1), Xanxerê (14,9), Extremo Sul Catarinense (12,9) e Alto Uruguai Catarinense (11,4) (SANTA CATARINA, 2021a). Pode-se notar que a região em destaque para este estudo a Serra Catarinense sempre está na lista dos piores apesar de todos os esforços.

O município de Lages em 2019 teve uma TMI de 15,35 e em 2020 de 14,47 a cada 1000 nascidos vivos. A Portaria n.º 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta de dados, a análise do óbito e a conclusão da investigação devem ocorrer no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência do óbito. O propósito da investigação de óbito e atuação dos Comitês de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal, não é culpabilizar pessoas ou serviços, mas evitar novas mortes por causas similares (BRASIL, 2010).

Conforme vários estudos demonstram, é um indicador sensível às condições de vida de uma dada população. Expressa o acesso dela a itens básicos para sua sobrevivência saudável, tais como alimentos em quantidade e qualidade, água potável, condições de saneamento básico e acesso facilitado a serviços de saúde, entre outros. (BRASIL, 2021a). De acordo com França et al, 2017, a maior parte desses óbitos se concentra no primeiro mês de vida e a elevada participação das causas perinatais, como a prematuridade, evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral passíveis de serem prevenidas por meio de assistência à saúde de qualidade.

A TMI pode ser considerada um reflexo das condições socioeconômicas e de saúde materna, bem como da assistência ao pré-natal e ao parto. Observou-se no Brasil, ao longo dos anos, uma redução da TMI principalmente, devido à diminuição de óbitos por doenças infecciosas e aumento na mortalidade por afecções perinatais. O maior desafio atual para redução da mortalidade infantil está na redução do componente neonatal precoce (0 a 6 dias) e um dos fatores de risco para mortalidade neonatal no Brasil é a presença de malformação congênita (ROCHA, et al, 2021).

O objetivo deste documento é subsidiar a conduta profissional para a promoção de atendimento de qualidade e segurança ao usuário que vai do nascimento até os dois anos de idade no SUS, através da Rede Cegonha (RC); respaldado pelos protocolos ministeriais e dos órgãos competentes na fiscalização das atividades desses profissionais bem como melhoria dos indicadores de morbimortalidade.

Nesse contexto justifica-se a importância e a oportunidade de se ter um protocolo para os profissionais da APS, regionalizado de modo a se promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e à morbimortalidade materna, infantil e fetal, relacionados aos

seus determinantes e condicionantes – modos de viver, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

As principais vantagens do protocolo incluem a oferta de um valioso material consolidado, validado e de fácil consulta. O que permite sistematizar o cuidado ofertado e corroborar a tomada de decisões. Sua característica é instrumentalizar as ações cotidianas, tais como as consultas de puerpério e puericultura da enfermagem, do médico, do cirurgião dentista, do acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS), das intervenções de outros profissionais no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e também nas ações desenvolvidas na comunidade e nos diferentes espaços de atuação.

Teremos ao longo dos capítulos temas pertinentes e norteadores como:

CHEGADA DO RECÉM NASCIDO (RN) NA FAMÍLIA:

Abordará:

- Espera de uma criança à todos os membros da família;
- Equipe de saúde como apoio a esta família e se for necessário solicitar o suporte da rede familiar ampliada e comunitária;
- Vínculo emocional, apego, cuidados diários, proteção e bem-estar do bebê, principalmente na relação mãe-bebê;
- Participação paterna/parceria/cuidador durante todas as fases do desenvolvimento da criança;
- Fase como o denominado “Baby Blues” estado de fragilidade e hiperemotividade transitória com maior intensidade do 3.º ao 6.º dia após o parto, também a depressão puerperal entre a 5.ª e 6.ª semana.
- Mudanças de comportamento no(s) filho(s) mais velho(s), neste sentido é importante que o profissional ao perceber esta situação possa orientar e tranquilizar a família.

VISITA PUERPERAL

Abordará:

- As estratégias para realização da visita para mãe-bebê-família, a qual deve ser pela equipe técnica da APS (médico, enfermeiro, dentista) e ACS, preferencialmente até o 10.º dia de vida do bebê.

PRIMEIRA CONSULTA DO RN

Abordará:

- Oportunidade de oferecer um conjunto de informações e cuidados para as famílias;
- Acolhimento do RN e dos acompanhantes, ouvir as queixas referidas, valorizar as dúvidas e medos devido a grande mudança no ciclo vital dessa família;
- Anamnese e exame físico/sinais vitais;
- Triagem Neonatal;
- Vacinação;
- Amamentação;
- Orientações Gerais;
- Registros.

CONSULTAS SUBSEQUENTES

Abordará:

- Condutas clínicas, sociais, vulnerabilidade da consulta bem como registros adequados tanto caderneta e prontuário.

SIFILIS CONGÊNITA (SC) E CRIANÇA EXPOSTA À SIFÍLIS

Abordará:

- Sobre a garantia do seguimento adequado de todas as crianças expostas à sífilis;
- Fluxos de seguimento e violação de direitos;
- Consulta de puericultura de criança exposta à sífilis ou com SC confirmada (exame físico, exames, condutas/tratamentos, orientações, seguimentos, registros).

ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Abordará:

- Idade corrigida para Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT);
- Desenvolvimento físico e lúdico;
- Abordagens por faixa etária.

ALEITAMENTO MATERNO

Abordará:

- Aspectos no bebê, mulher, equipe multiprofissional, condutas, intercorrências, contraindicações, rede de apoio, etc.

MÉTODO CANGURU

Abordará:

- Aspectos e questões sobre o método canguru
- Aplicação do método e possíveis intercorrências com o RNPT

SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIENTES

Abordará:

- Necessidades para o desenvolvimento e possíveis deficiências/condutas;
- Aleitamento materno; alimentação, suplementos e vitaminas.

VACINAÇÃO

Abordará:

- Calendário vacinal do Ministério da Saúde (MS).
- Contraindicações/ intercorrências/fluxos.

INTRODUÇÃO ALIMENTAR

Abordará:

- Guia alimentar para menores de 2 anos de idade;
- Abordagens profissionais e familiares para alimentação saudável;
- Crianças em aleitamento materno e crianças não amamentadas;
- Faixa etária.

SAUDE BUCAL

Abordará:

- Consulta e subconsultas anamnese e exame físico;
- Promoção da saúde, prevenção, higiene, aleitamento materno, alimentação, uso de chupetas;
- Principais problemas orais até 2 anos de idade.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Abordará:

- Fatores de risco para acidentes e seus cuidados, que objetivam auxiliar o profissional de saúde na orientação;
- Tipos de acidentes/prevenção/conduas.

VIOLÊNCIA

Abordará:

- Prevenção; notificação; abordagens e condutas.

2 CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO NA FAMÍLIA



A espera de uma criança não gera expectativa apenas para a mãe, mas para todos os membros da família. O novo bebê é gerado e nasce dentro de um contexto familiar e comunitário, sendo importante que o profissional de saúde observe e perceba como se dão estas relações e se o ambiente social e psicológico é favorável para a criança recém-chegada, principalmente se for o primeiro filho.

De acordo com Konradt et al (2011) o suporte social, refere-se ao suporte emocional ou prático fornecido pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, ou seja, fazendo com que a paciente sintam-se amada, estimada, cuidada, valorizada e segura.

Caso se observe o contrário a equipe de saúde deve apoiar esta família e se for necessário solicitar o suporte da rede familiar ampliada e comunitária, pois adaptar-se às mudanças e aos cuidados do bebê pode ocasionar estresse nas relações familiares e afetivas, deve-se levar em consideração que nos tempos atuais existem várias alterações e configurações dos papéis de cada membro da família. É importante observar como se dá o vínculo emocional, apego, cuidados diários, proteção e bem-estar do bebê, principalmente na relação mãe-bebê.

Os profissionais de saúde podem apoiar no desenvolvimento da função parental, auxiliando os pais a desenvolverem as responsabilidades e habilidades de que necessitam. O termo parentalizar designa a influência positiva que uma pessoa exerce sobre o sentimento que um adulto tem de ser pai ou mãe e refere-se à vivência da identidade parental e aos sentimentos de competência dos pais com relação aos cuidados que eles dispensam ao seu bebê (KONRADT et al, 2011).

Ressalta-se a importância do fortalecimento da participação paterna/cuidador durante todas as fases do desenvolvimento da criança, a equipe de saúde da família deve promover o acolhimento e acesso, levando em consideração aspectos socioculturais e demais fatores que podem ocasionar preconceitos.

Após o parto a equipe deve estar atenta a presença de sintomas emocionais que podem ser gerados nesta fase como o denominado “Baby Blues” estado de fragilidade e hiperemotividade transitória com maior intensidade do 3.º ao 6.º dia após o parto, também

a depressão puerperal entre a 5.^a e 6.^a semana, que influência no contexto familiar e principalmente na relação mãe-bebê (BRASIL, 2012).

“São considerados fatores de risco para depressão pós-parto: vivenciar eventos estressantes, relação marital precária, pouco suporte social, história de depressão ou ansiedade durante a gravidez e história familiar prévia de depressão” (KONRADT et al, 2011).

Em se tratando da chegada de um ou mais filhos, e como de fato tal acontecimento altera a dinâmica e a rotina familiar, podendo gerar mudanças de comportamento no(s) filho(s) mais velho(s), neste sentido é importante que o profissional ao perceber esta situação possa orientar e tranquilizar a família sobre a importância da inclusão e atenção para com o irmão mais velho. O profissional de saúde deve estimular a busca de uma rede de apoio que pode ser familiar e comunitária, a fim de propiciar um suporte maior às novas adequações e mudanças que a família está passando neste momento da chegada de um bebê.

Importante!

- Utilizaremos neste protocolo o fortalecimento da interconsulta entre os profissionais da APS (médico / enfermeiro). Reforçando a atuação complementar entre as categorias profissionais e com a responsabilização compartilhada dentro dos princípios ético-legais de cada categoria, e fortalecendo o trabalho em equipe.

3 VISITA PUERPERAL

A visita puerperal realizada para mãe-bebê-família, deve ser feita pela equipe técnica da APS (médico, enfermeiro, dentista) e ACS, preferencialmente até o 10.^o dia de vida do bebê com o intuito de:

- Avaliar as modificações (gerais e locais), detectando patologias.
- Proporcionar espaço para troca de conhecimentos.
- Estimular e dar subsídios para que a mulher possa ser sujeita de suas ações, e juntamente com a família, possa assumir os cuidados com o RN.
- Identificar sinais de vulnerabilidade dos mesmos, com devidos encaminhamentos se necessários. (ex.: RNPT, baixo peso ao nascer, dificuldade de sucção, hipotonia, etc.);



- Verificar na caderneta de saúde da criança, os dados preenchidos na maternidade, tais como: data de nascimento, hora, sexo, apgar no 1.º e 5.º minuto, peso ao nascer, estatura, perímetros, intercorrências, idade gestacional (IG), fator Rh da mãe, exames sorológicos da mãe, imunizações, testes realizados e/ou agendados, registros, tipo de parto, etc;
- Verificar as condições de alta da mulher e do RN;
- Reforçar sobre a importância das vacinas (Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) e anti-hepatite B) e testes a serem realizados, orientando a família em qualquer dúvida e garantindo que estas sejam realizadas;
- Observar e orientar a mamada, reforçando as orientações fornecidas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o 6.º mês de vida do bebê, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao RN;
- Observar a criança em geral: o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, as eliminações e o aleitamento materno, na ectoscopia, as características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), o crânio, as orelhas, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen (as condições do coto umbilical), a genitália, as extremidades e a coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente;
- Agendar as próximas consultas, de acordo com o calendário previsto, para o seguimento da criança (conforme capítulo 5)
- Orientar registro no cartório e confecção de documentos da criança (registro geral (RG), cadastro de pessoa física (CPF), cartão SUS);
- Realizar cadastramento e vincular crianças na área de abrangência.

4 PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

A primeira consulta do RN é mais uma oportunidade de oferecer um conjunto de informações e cuidados para as famílias, reforçar dados que foram fornecidos durante o pré-natal, sendo o primeiro contato após a alta da maternidade. Tanto a primeira consulta como as visitas domiciliares devem ocorrer nos **primeiros 10 dias após a alta da maternidade**, com vistas a garantir o



vínculo da família com UBS de sua referência e seus profissionais. Permite ainda a observação de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê e de riscos de vulnerabilidade familiares (BRASIL, 2018a).

Na primeira consulta de vida do RN o profissional deve acolher o RN e os acompanhantes, ouvir as queixas referidas, valorizar as dúvidas e medos devido a grande mudança no ciclo vital dessa família com a chegada do novo membro e registrar os dados pertinentes conforme descritos a seguir.

- Identificação do RN;
- História clínica do RN;
- História familiar do RN;
- Inquérito e avaliação sobre os diversos aparelhos e sistemas;
- Avaliar resultados dos testes de triagem neonatal;
- Verificar registro vacinal;
- Estimular a amamentação.



4.1 Identificação do Recém-Nascido

História clínica do RN: que é dividido em dados da gestação, dados do parto e condições de nascimento.

Dados da gestação: Os dados sobre a gestação, com as informações obtidas durante o seguimento pré-natal, são fundamentais. É importante registrar se foi uma gestação planejada ou não, desejada ou não. Período em que iniciou o acompanhamento pré-natal, quantas consultas foram realizadas e qual o local (caso seja necessário o resgate de alguma informação). Devem constar ainda a data da última menstruação e a IG conforme primeiro exame ultrassonográfico, realizado preferencialmente até a 12.^a semana.

Registrar os resultados de exames de doenças transmissíveis durante a gestação, tais como: sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatites B e C, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e coronavírus disease 19 (COVID-19), entre outros. Informações sobre vacinação, intervenções cirúrgicas, procedimentos, complicações, medicamentos utilizados e hábitos durante a gestação.

Importante!

- Em partos prematuros identificar se a mãe recebeu corticosteróide antenatal em tempo oportuno, e o motivo da prematuridade.
- Registrar em prontuário dados da gestação, se desejada ou não, dados do parto, condições de nascimento e intercorrências.

Dados do parto: Duração do trabalho de parto e período expulsivo, apresentação (cefálica, pélvica), o tipo de parto (normal ou cesariana), tempo de ruptura da bolsa, características do líquido amniótico e demais dados registrados na carteirinha do pré-natal e/ou da criança.

Condições de nascimento: Horário de nascimento, sexo, gemelaridade, peso, comprimento, tempo da primeira respiração, do primeiro choro e momento de ligadura do cordão devem constar na história. Valores registrados na escala de Apgar ao 1.º e 5.º minutos, eventuais manobras utilizadas durante o parto: se foi submetida à aspiração das vias aéreas superiores, se recebeu oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal e drogas.

Obs: É importante registrar, também, se o bebê foi colocado em contato pele a pele com a mãe, por quanto tempo e se foi amamentado na sala de parto, registrando-se quando ocorreu a primeira mamada (Ex. aos 20 minutos de vida).

História familiar do RN: reforçar histórico dos pais, avós, tios e irmãos (buscar informações sobre a gestação, amamentação e intercorrências, destes).

4.2 Inquérito Sobre os Diversos Aparelhos e Sistemas

- Geral: COONG (cabeça, olhos, orelhas, nariz, cavidade oral, garganta e pescoço);
- Sistema respiratório;
- Sistema cardiovascular;
- Sistema digestório;
- Sistema geniturinário;
- Sistema locomotor;



- Sistema nervoso.



4.3 Avaliação dos Testes de Triagem Neonatal

Teste da orelhinha: Deve ser realizado ainda na maternidade,

geralmente no segundo ou terceiro dia de vida e identifica

problemas auditivos no RN. Desde 2010 é determinado por lei

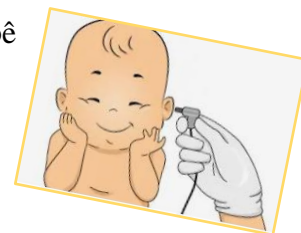
que nenhuma criança saia da maternidade sem ter feito o teste, que é obrigatório

e gratuito. As crianças nascidas fora do ambiente hospitalar devem fazê-lo antes de

completarem 3 meses de vida. O teste da orelhinha é realizado com o bebê

dormindo, em sono natural, é indolor, não machuca, não tem

contraindicações e dura em torno de 10 minutos.



Importante!

- Se a criança nasceu no sistema particular, e tiver necessidade de reteste, inserir via sistema nacional de regulação (SISREG);
- Demais municípios conforme referência.

Teste do olhinho: É um exame simples, rápido e indolor, que consiste na identificação

de um reflexo vermelho, que aparece quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê. O

fenômeno é semelhante ao observado nas fotografias. O “Teste do Olhinho” pode detectar

qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma

congenito e outros problemas – cuja identificação precoce pode possibilitar o tratamento

no tempo certo e o desenvolvimento normal da visão. O exame é realizado nas

maternidades públicas até a alta do RN. A recomendação é que o Teste

do Olhinho seja feito pelo pediatra logo que o bebê nasce. Se isto não

ocorrer, o exame deve ser feito logo na primeira consulta médica de

acompanhamento na APS. Se o profissional encontrar algum problema,

encaminhar para avaliação do oftalmologista.



Teste do coraçãozinho: Deve ser realizado ainda na maternidade, entre

24h a 48h após o nascimento. O teste é simples, gratuito e indolor.

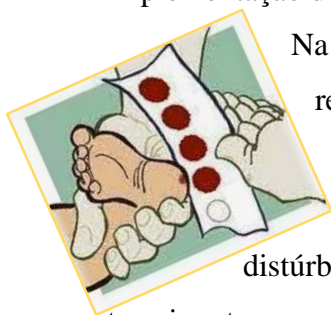
Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do RN com o auxílio de um oxímetro no pulso e no pé do bebê. Caso algum problema seja detectado, o bebê é encaminhado para fazer um ecocardiograma, e se alterado, referenciado para um centro especializado.

Obs: Problemas no coração são a terceira maior causa de morte em RN, por isso, quanto mais cedo for diagnosticado, melhores são as chances do tratamento.

Teste do Pezinho: no SUS possibilitam o diagnóstico precoce de fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase, (toxoplasmose congênita, aguardando adequação da lei).

A data para a coleta do teste do pezinho foi preconizada entre o 3.º e o 5.º dia de vida do bebê. Quanto maior a rapidez na identificação e início do tratamento das doenças, maior a possibilidade de evitar sequelas. Todas as doenças investigadas, se diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno, podem evitar quadros clínicos graves, como o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e até o óbito.

Em 28 de maio de 2021 foi sancionada a Lei n.º 14.154, que amplia para 50 o número de doenças rastreadas pelo Teste do Pezinho oferecido SUS. O exame, feito por meio da coleta de gotas de sangue dos pés do RN, atualmente engloba apenas seis doenças. Com a nova lei, o exame passará a abranger 14 grupos de doenças. Essa ampliação ocorrerá de forma escalonada e caberá ao MS estabelecer os prazos para implementação de cada etapa do processo (BRASIL, 2021b).



Na primeira etapa da ampliação do teste está prevista a inclusão de doenças relacionadas ao excesso de fenilalanina; patologias relacionadas à hemoglobina e toxoplasmose congênita. Na segunda etapa, serão detectados: nível elevado de galactose no sangue; aminoacidopatias; distúrbio do ciclo de ureia; e distúrbios de betaoxidação de ácidos graxos. Na terceira etapa, serão incluídas doenças que afetam o funcionamento celular, e, na quarta etapa, problemas genéticos no sistema imunológico. A partir da quinta etapa será testada também a atrofia muscular espinhal. As mudanças entram em vigor 365 dias após a publicação da lei.

Importante!

- Realizar o teste do pezinho entre o 3.º e o 5.º dia de vida do bebê;
- Lages agendamento telefônico no Centro de Referência Especializado à Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCA);
- Demais municípios conforme referência.

Teste da linguinha: É um exame que possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela alteração do frênulo lingual que podem comprometer as funções exercidas pela língua: sugar, mastigar, deglutir e falar. Através da Lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014, foi decretado que todos os hospitais e maternidades são obrigados a realizar o protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês (BRASIL, 2014a).



Importante!

- Quando detectado a não realização dos testes de triagem, orienta-se o agendamento conforme referência do município. (Lages - CRESCA)
- Em caso de alterações, quando necessário, encaminhar para atenção especializada.



4.4 Verificar Registro Vacinal

- Atentar para a presença de registro de vacina BCG e Hepatite B na caderneta.
- Se mãe possuir o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) positivo, verificar registro de administração de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B. Caso não tenha registro, encaminhar ao serviço especializado para seguimento.

4.5 Estimular Amamentação

Para uma boa estimulação é necessário sempre:

- Acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões



em relação à amamentação.

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

Importante!

- As mães que não podem amamentar, necessitam de apoio da equipe de saúde e devem ser orientadas sobre a substituição do aleitamento materno por fórmula infantil (conforme protocolo municipal de leites especiais).
- Demais orientações no capítulo 8.



4.6 Exame Físico do Recém-Nascido (Completo)

Verificação do estado geral: Avaliação geral do grau de doença ou de bem-estar da criança (exemplo: bom, regular ou mal estado geral).

- **Atitude:** Observar atividade, posições eletivas, choro fácil, irritabilidade, depressão, torpor.
- **Faces:** Descrever o tipo de expressão facial (exemplo: faces de sofrimento ou medo) ou a presença de faces típicas de determinadas doenças (exemplo: Síndrome de Down).
- **Estado nutricional:** Observar panículo adiposo ou edemaciação. Descrever eventuais sinais típicos de desnutrição.
- **Pele:** Geralmente a textura é macia e lisa e a coloração rosa-pálido, pode ocorrer secura e descamação da pele alguns dias após o parto, especialmente nas dobras dos punhos e tornozelos. Observar alterações na coloração (cianose, icterícia, palidez) e na textura da pele. Descrever lesões encontradas (hemangiomas, nevos, máculas, pápulas, pústulas, petéquias, etc.), e sua localização. No caso das lesões permanentes, para posterior acompanhamento é importante medi-las nos seus dois maiores eixos. Grande

parte dos RN's desenvolve icterícia no segundo ou terceiro dia de vida, que persiste por cerca de uma semana (icterícia fisiológica).

Importante!

* **Icterícia fisiológica:** de origem benigna que ocorre em 25%-60% dos RN, sem alteração no metabolismo da bilirrubina. No RN a termo a hiperbilirrubinemia pode atingir valores de 12-15 mg/dl entre o 3.º e o 5.º dia de vida e nos pré-termos, o pico é de até 12-17 mg/dl entre o 5.º e o 7.º dia.

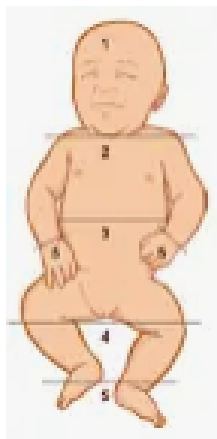
- A hiperbilirrubinemia fisiológica costuma regredir em uma semana nos RN a termo e até o 10.º dia de vida nos prematuros.

* **Icterícia ligada à amamentação ao seio:** ocorre por baixo aporte de leite, levando ao aumento da circulação entero-hepática de bilirrubina. Ocorre em até 13% dos RN em aleitamento materno exclusivo, com pico de hiperbilirrubinemia maior que 12 mg/dl.

* **Icterícia pelo leite humano:** ocorre em 2%-4% dos RN por uma provável interferência de fatores presentes no leite materno com o processo de conjugação da bilirrubina. A hiperbilirrubinemia pode atingir um pico de 20 mg/dl por volta do 14.º dia de vida, com redução gradual em até 12 semanas. Em certos casos, intervenção médica se fará necessária.

* **Icterícia patológica:** ocorre por sobrecarga de bilirrubina no hepatócito, deficiência/inibição da conjugação da bilirrubina ou colestase (quadro 1). Frequentemente, a bilirrubina sérica já atinge nível maior que 12 mg/dl nas primeiras 24 horas de vida.

Quadro 01: Zonas de Kramer



Zona 1: Icterícia de cabeça e pescoço (BT 4 a 8 mg/dl, média 6 mg/dl);

Zona 2: Icterícia até o umbigo (BT 5 a 12 mg/dl, média 9 mg/dl);

Zona 3: Icterícia até os joelhos (8 a 17 mg/dl, média 12 mg/dl);

Zona 4: Icterícia até os tornozelos 11 a 18 mg/dl, média 15 mg/dl);

Zona 5: Icterícia até região plantar e palmar (BT >15 mg/dl, média >18 mg/dl)

○ **Mancha mongólica:** Outra peculiaridade é a presença de áreas azul-escuro mal definidas localizadas sobre as nádegas e a região lombo-sacra, denominadas manchas mongólicas. São mais comuns em bebês negros e orientais e desaparecem entre um e cinco anos.

Imagem 1: Mancha Mongólica



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2022

* Três condições dermatológicas são observadas em RN's com alguma frequência e merecem descrição:

- **Milium sebáceo:** áreas elevadas do tamanho da cabeça de um alfinete, lisas e brancas, sem eritema circundante, localizadas sobre o nariz, queixo e fronte. São causadas pela retenção sebácea e desaparecem em algumas semanas;

Imagem 2: Milium Sebáceo



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

- **Miliária rubra:** vesículas esparsas sobre uma base eritematosa, em geral na face ou tronco, causadas pela obstrução das glândulas sudoríparas (“brotoeja”);
- **Eritema tóxico:** consiste de máculas eritematosas com pústulas ou vesículas centrais espalhadas difusamente sobre todo o corpo, que surgem entre o primeiro e o terceiro dia e desaparecem em uma semana.

Obs: Preferencialmente realizar o exame com luz natural próximo à janela.

- **Tecido subcutâneo:** O tecido celular subcutâneo é avaliado através do pinçamento de uma prega abdominal ou da coxa, devendo-se observar o volume e o turgor (resistência firme e elástica à compressão). Pesquisar presença e localização de edemas, classificando sua intensidade (ANEXO 01).

- **Mucosas:** Observar as mucosas conjuntival e oral, registrando qualquer alteração de coloração (icterícia, cianose, palidez) e umidade, bem como presença de ulcerações, fissuras e outras lesões. Levar em consideração que o choro e infecções respiratórias causam hiperemia adicional da mucosa conjuntival.

- **Fâneros:** Observar quantidade, distribuição, características e alterações dos pelos, considerando os padrões normais para cada idade. Verificar alterações nas unhas.

Avaliação antropométrica:

- **Peso:** Os bebês devem ser pesados em balança infantil, completamente despidos. Crianças de um a três anos frequentemente têm medo do procedimento, podendo ser necessária a aferição indireta em casos excepcionais (pesar a mãe com a criança no colo e subtrair o peso), com o mínimo possível de roupas.

Imagem 3: Pesando o bebê



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

- **Comprimento:** Os lactentes têm seu comprimento medido em posição supina usando-se o antropômetro. É necessário que os quadris e os joelhos sejam completamente estendidos para que não haja erro na aferição, principalmente em RN's que tendem à flexão. Para aferir a estatura de crianças maiores, recomenda-se colocá-las eretas, encostadas em uma superfície vertical graduada. Usar uma pequena prancha horizontal, apoiada na cabeça, em ângulo reto com a régua.

Imagem 4: Medindo o bebê



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

- **Perímetro cefálico:** Deve ser medida regularmente durante os dois primeiros anos (após, medir a cada dois anos e em todos os exames iniciais em qualquer idade). Usar fita métrica de boa qualidade, não distensível, passando-a sobre a glabella e a protuberância occipital.

Imagem 5: Perímetro cefálico



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2022

- **Perímetro torácico:** Deve ser medida regularmente durante os dois primeiros anos (após, medir a cada dois anos e em todos os exames iniciais em qualquer idade). Usar fita métrica de boa qualidade, não distensível, passando por toda circunferência do tórax na altura dos mamilos.

Imagem 6: Perímetro torácico



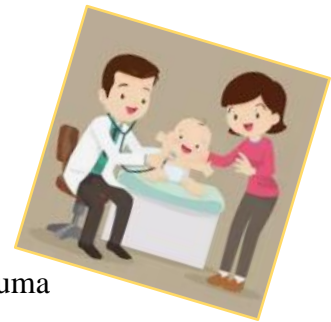
Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

Importante!

- Os valores aferidos de peso, comprimento e circunferência craniana devem ser colocados em gráficos apropriados conforme idade.

4.6.1 Sinais Vitais

● **Temperatura:** Pode ser aferida por via retal, oral, auricular ou axilar. A primeira seria a mais fidedigna; entretanto, uma vez que, para fins clínicos, não é preciso ter valores extremamente acurados, por hábito e praticidade pode-se aferir a temperatura axilar. A temperatura axilar é cerca de 0,5 °C menor que a oral, que é cerca de 0,5 °C menor que a retal. No anexo 02 encontra-se o manejo do quadro de febre em crianças na APS pelo enfermeiro.



Importante!

Se temperatura > 38 °C e desconforto (prescrição médico e enfermeiro):

Paracetamol 200 mg/ml (gotas) 1 gota/kg/dose de 6/6h se dor ou febre. **OU**

Dipirona 500 mg/ml (gotas) 1 gota/2 kg/dose de 6/6h se dor ou febre.

- **Evitar prescrição de antitérmico sem identificação de foco infeccioso, devido risco de mascarar quadros de gravidade potencial.**

-**O enfermeiro deve solicitar reavaliação em 48h.**

- **Menores de 3 meses com febre (mesmo que relatada), necessitam de avaliação médica no mesmo período.**

- **Caso persista a febre além de 3 dias, será necessária avaliação médica imediata.**

● **Frequência de pulso:** A medida da frequência de pulso na criança é feita por um dos seguintes métodos: palpação dos pulsos periféricos (femoral, radial e carotídeo); ausculta cardíaca direta; observação da pulsação das fontanelas.

● **Frequência cardíaca média – batimentos por minuto (bpm):** varia com a idade;

- Ao nascimento: frequência média 140 bpm e desvio de 25 bpm;
- Até 6 meses: frequência média 130 bpm e desvio 25 bpm;
- De 6 a 12 meses frequência média 115 bpm e desvio 20 bpm;
- 1 a 2 anos frequência média 110 bpm e desvio 20 bpm;

● **Frequência respiratória - inspirações respiratórias por minuto (irpm):** Observar, além da frequência, a amplitude, a facilidade ou dificuldade dos movimentos respiratórios, assim como a frequência cardíaca a frequência respiratória também varia conforme a idade.

- 0 a 6 meses: em sono 35 irpm, em vigília 65 irpm;
- 6 a 12 meses: em sono 25 irpm, em vigília 65 irpm;
- 1 a 4 anos: em sono 20 irpm, em vigília 35 irpm;

Importante!

As infecções de vias aéreas superiores (IVAS) estão entre as causas mais comuns de atendimento na APS e podem surgir como uma demanda espontânea, para além da puericultura já realizada na UBS, sendo importante para o enfermeiro se apropriar e realizar o manejo adequado.

Caracterizam **sinais de gravidade*** e necessitam de atendimento médico imediato: criança letárgica; criança não consegue beber ou mamar; batimento de asa do nariz e/ou gemência; tiragem subcostal/intercostal; cianose; estridor em repouso; febre há mais de 3 dias; ausculta pulmonar alterada (sibilos, estertores); tempo de enchimento capilar

acima de 2 segundos; placas ou abscessos em tonsilas; dificuldade para deglutir.

Cuidados de enfermagem no manejo de IVAS:

- Evitar aglomerações, se possível manter criança afastada das atividades escolares;
- Aumentar ingestão hídrica (água, sucos, sopas);
- Criança em aleitamento materno, aumentar a frequência e intensidade das mamadas;
- Para >1 ano: 1 colher de chá de mel puro ao dia. Realizar higiene bucal após o uso;
- Retirar alérgenos da residência (mofo, umidade, bolor)
- Vaporização em domicílio (vapor d'água do chuveiro, inalador) ***Se descartado**

doença de transmissão viral;

- Manter casa arejada e ventilada;
- Aumentar a higiene das mãos;
- Realizar higiene com lenço de papel;
- Não fumar na presença das crianças e evitar a fumaça do fogão a lenha;
- Realizar higiene nasal com soro fisiológico (SF) 0,9%;
- Reavaliar na UBS se necessário;
- Orientar sinais de gravidade* e procurar a rede de urgência de referência.

4.6.2 Avaliação Sobre os Diversos Aparelhos e Sistemas

• Cabeça:

- **Forma e tamanho:** Observar e registrar formato e simetria do crânio e da face. Alterações do tamanho da cabeça são evidenciadas pela medida do perímetro cefálico.

- **Fontanelas:** A fontanela anterior mede, ao nascer, 4 cm a 6 cm no diâmetro fronto-parietal, e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior mede 1 cm a 2 cm, e costuma fechar por volta dos 2 meses de idade. A pressão intracraniana se reflete no grau de tensão e plenitude da fontanela anterior. Uma criança chorando, com tosse ou vômitos, apresentará fontanela proeminente e arredondada. Logo, pesquisar fontanelas quando a criança estiver tranquila e sentada. Fontanela tensa e abaulada sugere doença do sistema nervoso central infecciosa ou neoplásica; fontanela deprimida é observada como sinal de desidratação.



- **Olhos**

- **Exame geral:** Avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, cor da esclerótica, estrabismo, fotofobia, nistagmo, anisocoria, exoftalmia ou enoftalmia, microftalmia, hipertelorismo, e/ou outras alterações.

- **Avaliação da visão do RN:** Avaliar aspecto e simetria dos olhos, comparar a intensidade e claridade ou brilho do reflexo vermelho (regular o oftalmoscópio na dioptria "0" e visualizar a pupila numa distância de aproximadamente 25 cm). Assimetria pode sugerir estrabismo ou opacidade do olho. Avaliar presença de visão através da observação de reflexos visuais: constrictão visual direta e consensual à luz; pestanejamento em resposta à luz brilhante.

Importante!

Afecções oculares consideradas benignas como o hordéolo, edema palpebral isolado e infecções de origem viral podem ser manejados pelo enfermeiro na APS.

Hordéolo (tercol)

- Higiene local com SF 0,9%;
- Compressas mornas com gaze estéril por 10-15 minutos, 2-4x/dia;
- Massagear com a ponta dos dedos sobre a gaze durante 10 minutos.
- Se necessários prescrever analgesia;

A remissão dos sintomas pode demorar semanas. Caso não haja resposta ao tratamento e ocorra aparecimento de infecção secundária, encaminhar ao médico da APS.

Imagem 7: Hordéolo



Fonte: Santa Catarina, 2018a

Infecções de etiologia viral

- Compressas **frias** e lavagem ocular 4x/dia;
- Arejar bem o ambiente;
- Usa lenços de papel para higiene;
- Lavar seguidamente as mãos da criança;

- Usar toalhas e roupas de cama individuais;
- Solicitar atestado médico em consulta compartilhada para afastamento escolar por 5 dias;
- Retorno para reavaliação se piora e/ou início de secreção purulenta;

Prescrição medicamentosa (enfermeiro):

Paracetamol 200 mg/ml (gotas) 1 gota/kg/dose de 6/6h se dor ou febre **OU**

Dipirona 500 mg/ml (gotas) 1 gota/2 kg/dose de 6/6h se dor ou febre.

- **Ouvidos**

- **Exame geral:** Observar a forma, alterações e implantação das orelhas. A porção superior do pavilhão auditivo se implanta ao nível ou acima de uma linha que cruza os cantos interno e externo dos olhos (anormalidades podem indicar síndromes genéticas).
- **Avaliação da acuidade auditiva:** No lactente, observar pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta a um estímulo sonoro. Se há suspeita de anormalidade, a criança deve ser encaminhada ao especialista para a realização de testes adequados. A avaliação da acuidade auditiva pode ser feita pelo próprio médico se este dispuser de aparelhagem adequada, mas terá sempre caráter de triagem.
- **Exame do ouvido:** É importante uma contenção adequada, exigindo uma atitude delicada mas firme tanto da parte do médico como dos pais. Geralmente lactentes são examinados deitados e crianças maiores contidas no colo. Existem várias formas eficientes de contenção, sendo importante que o examinador sinta-se seguro com uma delas. É fundamental que qualquer movimento brusco da cabeça da criança seja neutralizado, o que é mais facilmente obtido pelo apoio da mão que segura o otoscópio na superfície do crânio.

Na criança até um ano, o lobo da orelha deve ser tracionado para baixo. Entre um e cinco anos, tracionar o canal para cima e para trás. Avaliar o aspecto do conduto auditivo externo quanto à presença de hiperemia, descamação, lesões, corpo estranho, etc. Quanto à membrana timpânica, observar perda de transparência, hiperemia, abaulamento ou retração, bolhas, presença de secreção, ruptura, entre outros.

Importante!

Dor no conduto auditivo é queixa frequente na APS, pode estar associada ou não a quadro infeccioso e compete ao enfermeiro identificar o melhor manejo.

- Não indicar uso de hastes flexíveis de algodão para higiene interna de conduto auditivo;
- Caracterizam sinais de gravidade e necessitam de atendimento médico imediato: sangramento no ouvido (com ou sem trauma); corpo estranho no ouvido próximo ao tímpano, aderido ao conduto auditivo ou de difícil remoção;
- Identificar sinais infecciosos que necessitam de conduta médica preferencialmente no mesmo período: dor associada a febre acima de 38,5 °C; edema de conduto auditivo ou pós-auricular; presença e sinais meníngeos; hiperemia timpânica, e/ou abaulamento; opacidade da membrana timpânica; secreção purulenta em conduto auditivo.

Cuidados de enfermagem no manejo da dor de ouvido:

- Criança em aleitamento materno aumentar a frequência e intensidade das mamadas;
- Criança em leite artificial manter ângulo de 45°;
- Aplicar compressa morna (seca) para conforto e alívio dos sintomas. Atentar para temperatura, testar antes no próprio conduto do adulto;
- Identificar possíveis alérgenos na residência (fumaça, poeira, etc);
- Contra indicar utilizar cotonetes e manter a higiene externa somente com toalha ou similar;
- Contra indicar pingar soluções sem indicação prévia;
- Realizar proteção auricular de crianças realizando atividade aquática ou sintomatológica (algodão embebido em óleo de soja);
- Retorno imediato à unidade se aparecimento de sinais de gravidade/infeccioso por mais de 24 horas.

Prescrição medicamentosa (enfermeiro):

Paracetamol 200 mg/ml (gotas) 1 gota/kg/dose de 6/6h se dor ou febre.

OU

Dipirona 500 mg/ml (gotas) 1 gota/2 kg/dose de 6/6h se dor ou febre.

- Se presença de cerume impactado sem sinais infecciosos, utilizar óleo de oliva/mineral (temperatura ambiente) 5 gotas 2-3 vezes ao dia por 3 dias; reavaliar após 3 dias. Atentar para corpo estranho.

- **Nariz**

- Verificar presença e aspecto de secreção (hialina, sero-mucosa, purulenta, sanguinolenta). Pela inspeção e palpação pesquisar desvio de septo nasal ou outras deformidades. A porção interna anterior do nariz pode ser visualizada facilmente com iluminação, empurrando sua ponta para cima. Para olhar profundamente, pode-se usar um espelho com orifício calibroso preso ao otoscópio. Observar coloração da mucosa, condições dos cornetos, calibre da via aérea, secreção.

- **Boca e faringe**

- Iniciar pela inspeção da cavidade oral, observando se há presença de dentes neonatais, dentes natais, pérolas de Epstein, nódulos, cistos, anomalias congênitas, problemas com freios e/ou bridas musculares, problemas com língua (tamanho, tonicidade, posicionamento, alterações fisiológicas) e palato.

- Em lactentes, a cavidade oral, bem como a faringe são visualizadas facilmente durante o choro. Ao examinar a orofaringe, observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias e gota pós nasal.

- **Pescoço**

- Avaliar se há cistos, fístulas, torcicolo congênito ou anormalidades da tireóide, devendo-se fazer a palpação da glândula de modo sistemático a partir da idade escolar.

- **Linfonodos:** Inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência.

- **Rigidez de nuca:** Flexionar a cabeça da criança ou em crianças maiores, pedir que ela encoste o queixo ao peito.

- **Tórax:**

- **Geral:** Observar forma, simetria, sinais de raquitismo (cintura diafragmática e rosário raquítico).

- **Pulmão:**

- **Inspeção:** Observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios.

- **Palpação:** pesquisa de frêmito tóraco-vocal (durante o choro).

- **Percussão:** Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax.

- **Ausculta:** Se a criança chora moderadamente, pode auxiliar na ausculta, pois o choro equivale à voz, e a inspiração profunda auxilia a ausculta do murmúrio vesicular.

Procurar alterações dos sons respiratórios e sua localização.

- **Coração:**

- **Inspeção:** Ver impulso apical (ao nível do quarto espaço intercostal até os sete anos).

- **Palpação:** Palpar ictus; presença de frêmitos.

- **Ausculta:** As bulhas são facilmente audíveis, B1 é mais forte que B2 no ápice. O desdobramento de B2 é encontrado em 25% a 33% das crianças. Mais de 70% das crianças normais pode apresentar sopros cardíacos inocentes, sem evidências demonstráveis de cardiopatias, que costumam ser sistólicos, de intensidade baixa a moderada, que variam a cada ciclo cardíaco e com a inspiração, aumentam com febre, anemia ou exercícios e deixam livres a primeira e a segunda bulhas.

- **Abdome:**

-**Inspeção:** Observar alterações globais de forma e volume (exemplo: abdômen ascítico, distendido ou obeso) e abaulamentos localizados. Durante o choro, pode-se também perceber se há hérnias umbilicais, ventrais, ou diástases dos retos. Lembrar que o abdômen da criança, principalmente em lactentes, é protuberante devido ao pouco desenvolvimento da musculatura da parede.

- **Ausculta:** Os ruídos hidroaéreos estão aumentados nas gastroenterites ou na obstrução mecânica do delgado e diminuídos no íleo paralítico. Sopros abdominais também podem ser detectados.

- **Palpação:** Realizar palpação geral, superficial e profunda, incluindo fígado e baço. Se a criança estiver chorando moderadamente, inspirará mais profundamente, auxiliando a palpação abdominal. Se o choro for forte, a tensão da parede dificultará o exame. Para diminuir a tensão muscular, flexionar os membros inferiores. Se há cócegas, distrair a atenção da criança ou colocar toda a mão rente à superfície abdominal por alguns momentos, sem realizar movimentos exploratórios iniciais com os dedos. Em lactente é possível palpar o fígado, a ponta do baço, os rins e o globo vesical quando distendido. Deve-se sempre registrar a extensão total do fígado utilizando palpação e percussão, ao invés de anotar somente o que se palpa abaixo do rebordo costal. Observar presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede. Na palpação profunda, avaliar visceromegalias ou massas;

- **Percussão:** Através da percussão pode-se delimitar o tamanho do fígado, confirmar presença de ascite (macicez móvel) ou hipertimpanismo (como nas distensões de alças).

- **Genitália e períneo:**

- **Nos meninos:** observar presença de fimose (a aderência bálano-prepucial é fisiológica nos lactentes) e testículos na bolsa escrotal. Reflexos cremastéricos hiperativos podem dar origem a uma criptorquidia aparente (que é a tração superior do testículo por suave toque na face interna da coxa, costuma estar ausente). Observar também hidrocele, hipospádia ou hipogonadismo.

- **Nas meninas:** ver orifício himenal, presença de secreção vaginal e sinéquia de pequenos lábios. Nas recém-nascidas, pode haver secreção mucóide ou às vezes sanguinolenta, nos primeiros dias de vida, devido a uma influência estrogênica materna.

- **Extremidades:**

- **Geral:** Observar deformidades, hemiatrofia, valgismo/varismo, paralisias, edema, alterações da temperatura, postura, assimetria.

- **Pulsos:** Palpar pulsos radiais, femorais e pediosos. Lembrar que a diminuição ou ausência dos pulsos femorais, comparado com os radiais, sugere coarctação aórtica.

- **Articulações:** Observar sinais inflamatórios (edema, calor, rubor e dor), alterações da mobilidade (limitação ou hiper mobilidade), nódulos.

***Articulação do quadril:** No RN realizar a manobra de Ortolani: posicionar a criança com as coxas flexionadas em ângulo reto e realizar manobras de abdução. Suspeita-se de luxação quando há limitação da abdução, assimetria ou percepção tátil da fuga da cabeça do fêmur do acetábulo (positivo no quadril luxado até 5 a 12 semanas de idade). Nos lactentes comparar a simetria da abdução, das pregas glúteas e das fossas poplíteas.

- **Mãos e pés:** Observar dedos extranumerários, baqueteamento digital, linha simiesca, clinodactilia, sindactilia. Examinar os pés sob o ponto de vista estático (sem carga: criança sentada; com carga: criança em pé) e dinâmico (observação do reflexo da marcha). Fazer manipulação passiva para avaliar a flexibilidade dos pés.

- **Dorso:**

- **Coluna vertebral:** Examinar em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvaturas. Registrar presença de espinha bífida, fosseta ou cisto pilonidal, tufos de pelos, hipersensibilidade.

- **Exame neurológico:** Verificação de reflexos próprios do RN.
- **Reflexo de Moro (susto):** Ao ser colocada em posição supina, a cabeça da criança é suspensa com suporte pelo examinador, levantando também o corpo da criança minimamente. Num movimento súbito, o examinador solta a criança, simulando uma queda e presenciando o reflexo de Moro. Em condições normais observa-se uma abdução e extensão dos membros superiores com abertura das mãos seguida de uma adução e flexão cruzada destes membros. Esse reflexo primitivo, tende a desaparecer por volta do 5.º ou 6.º mês de vida, não devendo persistir no segundo semestre.

Imagem 8: Reflexo de Moro



Fonte: Stuppiello, 2016

- **Reflexo tônico-cervical (assimétrico):** Ao ser colocada em posição supina, a cabeça da criança deve ser rotacionada em 90° para um dos lados pelo examinador e assim permanecer durante 15 segundos. O reflexo tônico-cervical assimétrico será perceptível pela extensão ipsilateral (à rotação) dos membros superior e inferior e flexão contralateral (do lado occipital) dos membros superior e inferior. Esse reflexo primitivo, tende a desaparecer por volta 3.º mês de vida, não devendo persistir no segundo semestre. Atentar para reflexos exacerbados que podem indicar comprometimento neural.

Imagem 9: Reflexo Tônico-Cervical



Fonte: Reich, 2020

- **Preensão palmar e plantar:** Para avaliar o reflexo de preensão palmar, o examinador deve posicionar o dedo indicador na palma da mão da criança, obtendo como resposta a flexão dos dedos. Já o reflexo de preensão plantar é avaliado com o examinador colocando o polegar na planta do pé do bebê, logo abaixo os dedos, observando também a flexão dos mesmos. Ambos os reflexos são substituídos por ações voluntárias. O reflexo da preensão palmar desaparece entre 4 e 6 meses, e o reflexo da preensão plantar desaparece por volta dos 15 meses.

Imagem 10: Preensão Palmar



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

Imagem 11: Preensão Palmar (2)



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

Imagem 12: Preensão Plantar



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

Imagem 13: Preensão Plantar (2)



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

- **Reflexo cutâneo-plantar:** A fim de avaliar o reflexo cutâneo-plantar, o examinador deve estimular a porção lateral do pé da criança, no sentido proximal-distal. Após realizar esse movimento, será observada a extensão do hálux. Este reflexo primitivo é considerado normal na criança até os 18 meses de vida.

Imagem 14: Reflexo Cutâneo-Plantar



Fonte: Melo, 2020

- **Reflexo da marcha reflexa:** Para verificação da marcha reflexa, o avaliador deve segurar e suspender a criança pelo tronco, mas permitindo que ela toque os pés em uma superfície. O reflexo será obtido com a inclinação do corpo da criança após obter o apoio plantar, estando presente já nos primeiros dias de vida e desaparecendo entre a 4.^a e 8.^a semana de vida.

Imagem 15: Reflexo da Marcha Reflexa



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

- **Reflexo da voracidade:** Também chamado de reflexo dos pontos cardeais ou da busca, o examinador deve tocar a região perioral da criança, o que fará com que ela vire a cabeça em direção ao estímulo, abrindo a boca e realizando uma tentativa de sucção com protrusão da língua. Por anteceder a pega correta, esse reflexo é extremamente importante para a amamentação. Ainda assim, espera-se que ele desapareça por volta dos 4 meses.

Imagem 16: Reflexo da Voracidade



Fonte: Ricco, Del Ciampo, Almeida; 2008

- **Reflexo de sucção:** O reflexo de sucção está intimamente relacionado com o reflexo da voracidade, mas pode ser avaliado individualmente com a presença de um estímulo tátil nos lábios com o próprio dedo indicador do examinador. Seu desaparecimento se dá por volta dos dois meses. A ausência deste reflexo pode indicar uma lesão neurológica grave e requer avaliação especializada.

- **Reflexo de Galant:** A criança deve estar em decúbito ventral, suspenso pelo examinador ou não, o qual deve realizar um estímulo tátil na região dorso-lateral da criança. Com isso, tanto o quadril quanto o tronco da mesma se direcionarão para o lado no qual ocorreu o estímulo e será observado um encurtamento do tronco ipsilateral. Este reflexo desaparece por volta dos 2 meses.

Imagem 17: Reflexo de Galant



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

4.7 Orientações Gerais

- Orientar banho diário.
- Evitar uso de talcos e perfumes;
- Higienizar coto umbilical a cada troca de fralda com álcool 70%
- Orientar medidas para prevenção de acidentes;
- Evitar contato com fumantes;
- Evitar levar o RN a locais com aglomerados de pessoas;
- Orientar posição supina para dormir (barriga para cima);
- Orientar riscos da cama compartilhada;
- Amamentação sob livre demanda (guiada pelo bebê);
- Desestimular o uso de mamadeiras, chupetas e intermediários de silicone;
- Orientar vacinações: seguir o Calendário Nacional de Imunizações vigente disponível no site do MS;
- Coletar o Teste do Pezinho entre o 3.º e o 5.º dia de vida da criança;
- Orientar sobre icterícia e outros sinais de perigo, quando é recomendado o retorno imediato à UBS (Brasil, 2018b; Brasil, 2019a).

Importante!

São considerados sinais de alerta a icterícia que atinge braços e pernas em crianças com mais de duas semanas de vida e a presença de urina escura e fezes claras.

Para fins deste protocolo, será permitido ao enfermeiro, quando julgar necessário, para garantir a qualidade da assistência e ampliar o acesso, solicitar os seguintes exames:

- **Tipagem sanguínea e fator rh;**
- **Hemograma completo;**
- **Bilirrubina total e frações**

5 CONSULTAS SUBSEQUENTES

É fundamental que os profissionais da APS e a família estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento e desenvolvimento da criança. Durante as consultas de seguimento preconizadas pelo MS, são oportunizadas a oferta de imunizações, orientações de promoção de saúde e prevenção de agravos, bem como identificação de desvios da normalidade. (BRASIL, 2012)



Importante!

- O MS orienta que as consultas de rotina sigam o seguinte aprazamento: **1.^a semana, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses.**
- A oferta de consultas pode ser ampliada conforme a necessidade de cada criança.
- Para fins de regionalização deste protocolo sugerimos que as consultas sejam compartilhadas de forma multiprofissional, ou quando na impossibilidade desta, realizar consultas intercaladas entre médico e equipe.

Em cada consulta subsequente, o profissional deve:

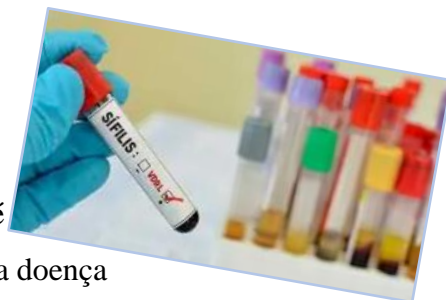
- Registrar obrigatoriamente o atendimento em prontuário eletrônico e/ou físico e carteirinha da criança;
- Ouvir as queixas referidas pelos acompanhantes;
- Acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação;
- Observar durante a mamada posição e pega e realizar intervenção quando necessário;
- Esclarecer sobre a amamentação sob livre demanda e alimentação da nutriz;
- Informar sobre as leis que protegem a mulher que amamenta, no retorno ao trabalho;
- Realizar exame físico completo;
- Coletar dados antropométricos (peso, comprimento, perímetro cefálico e torácico) e preencher os gráficos. (BRASIL, 2019a):

Importante!

Atentar para o RNPT e realizar a idade corrigida para preenchimento de gráfico específico (ANEXO 03).

- Calcular Índice de Massa Corporal (IMC);
- Verificar o registro vacinal, conforme Calendário Nacional de Imunização vigente;
- Consultar e orientar pais e/ou cuidadores sobre os marcos do desenvolvimento para cada faixa etária no conforme capítulo 7;
- Prescrever suplementação vitamínica conforme capítulo 10;
- Verificar e orientar quanto a alimentação da criança conforme capítulo 12;
- Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme capítulo 14;
- Orientar que a higienização da cavidade bucal do bebê a partir da erupção do primeiro dente decíduo;
- Orientar que a partir do nascimento do primeiro dente utilizar uma escova de dente pequena de cerdas macias, com o uso de pequena quantidade (menos de um grão de arroz cru) de creme dental com flúor e registrar o acompanhamento, conforme capítulo 13;
- Agendar a próxima consulta.

6 SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS



De acordo com Brasil (2019b) a transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento.

Todas as crianças expostas a sífilis ou SC deverão ser avaliadas ao nascimento. O exame físico dessas crianças deve ser completamente normal, o achado de qualquer sinal e sintoma deve levar a investigação complementar.

Todos os RN nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico periférico. O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado, o teste não treponêmico, configura o melhor cenário para a determinação do significado dos achados sorológicos da criança. No teste não treponêmico, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de SC. Não há correlação entre a titulação dos testes treponêmicos do RN e da mãe que possa sugerir SC. Dessa forma, não se recomenda a realização do teste treponêmico no bebê até os 18 meses (SINGH et al., 2013).

É essencial garantir o seguimento de todas as crianças expostas à sífilis, excluída ou confirmada a doença em uma avaliação inicial, na perspectiva de que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento na maternidade.

Importante!

Devido às particularidades da região serrana, foi necessário a criação de fluxos de busca ativa e de seguimento da criança exposta (ANEXO 05).

Quadro 2: Tipos de testes de sífilis

TESTES DE SÍFILIS	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
Teste não treponêmico	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.	<p>Não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno, baixo risco de SC.</p> <p>Reagente com titulação superior à materna em pelo menos duas diluições: SC. Realizar notificação imediata do caso de SC.</p> <p>Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses. Se no seguimento ocorrer elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou persistência da titulação aos 6 meses de idade, a criança deverá ser investigada, submetida à coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR), tratada para SC com benzilpenicilina potássica (cristalina) por 10 dias e notificada a vigilância epidemiológica.</p>

Teste treponêmico	NÃO é obrigatório. Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade confirma o diagnóstico de SC. Um resultado não reagente não exclui SC nos casos em que a criança foi tratada precocemente. Crianças com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenham histórico de tratamento prévio deverão passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificadas como caso de SC.
-------------------	---	---

Fonte: adaptado de Brasil, 2019b

Importante!

Todas as crianças da região serrana, com diagnóstico de SC, são acompanhadas no ambulatório de atenção especializada (AAE), até os 2 anos de idade, no Hospital e Maternidade Tereza Ramos (HMTR), conforme ANEXO 04.

6.1 Seguimento Clínico-Laboratorial da Criança Exposta à Sífilis

É esperado que os testes não treponêmicos das crianças declinem aos três meses de idade, devendo ser não reagentes aos seis meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada ou que tenha sido adequadamente tratada. A resposta pode ser mais lenta em crianças tratadas após um mês de idade. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.



Importante!

- Considera-se falha no tratamento: Persistência da titulação reagente do teste não treponêmico após seis meses de idade; e/ou aumento nos títulos não treponêmicos em duas diluições ao longo do seguimento (ex.: 1:2 ao nascimento e 1:8 após).
- Seguimento na rotina da puericultura: na 1.^a semana de vida e nos meses 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 16 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso. A partir dessa idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se SC.
- Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos.
- Crianças que mesmo tratadas mantiveram ou aumentaram a titulação deverão repetir o tratamento.
- Utilizar o fluxo de seguimento de consultas de puericultura na criança exposta na APS conforme o ANEXO 05.

Nesses dois casos, as crianças serão notificadas para SC e submetidas à punção lombar para estudo do LCR com análise do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), contagem celular e proteína, devendo ser tratadas durante dez dias com penicilina parenteral (a escolha do tratamento dependerá da presença ou não de neurosífilis), mesmo quando houver histórico de tratamento prévio. A coleta do LCF é realizada no AAE do HMTR para crianças em acompanhamento deste.

6.2 Criança com Sífilis Congênita

A SC precoce pode surgir até o segundo ano de vida. Já a SC tardia é definida como aquela em que os sinais e sintomas surgem após os dois anos de idade da criança.

A SC precoce deve ser diagnosticada por meio de criteriosa avaliação clínica e epidemiológica da situação materna, associada à avaliação clínico-laboratorial e exames de imagem na criança.



As crianças com SC deverão ser investigadas ainda na maternidade quanto às manifestações clínicas, exames complementares e resultado do teste não treponêmico.

Importante!

Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de SC, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares.

6.3 Exame Físico da Criança com Sífilis Congênita

Nas crianças com SC, aproximadamente 60% a 90% dos RN são assintomáticos ao nascimento, apenas os casos mais graves nascem com sinais/sintomas. As manifestações clínicas das crianças com SC raramente surgem após três a quatro meses; dois terços desenvolvem sintomas em três a oito semanas.

A presença de sinais e sintomas ao nascimento depende do momento da infecção intrauterina e do tratamento durante a gestação, sendo mais frequentes os seguintes sinais:

- Hepatomegalia;
- Esplenomegalia;
- Icterícia;
- Corrimento nasal (rinite sífilítica);
- Exantema cutâneo;
- Linfadenopatia generalizada;
- Anormalidades esqueléticas.



As manifestações clínicas da SC tardia estão relacionadas à inflamação cicatricial ou persistente da infecção precoce e se caracterizam pela presença de formação das gomas sífilíticas em diversos tecidos. Surgem em aproximadamente 40% das crianças nascidas de mulheres não tratadas para sífilis durante a gestação. Algumas manifestações podem ser prevenidas por meio do tratamento materno durante a gestação ou do tratamento da criança nos primeiros três meses de vida, tais como: ceratite intersticial, articulações de Clutton, surdez neurosensorial e gomas sífilíticas.



6.4 Exames Complementares Para a Criança Com Sífilis Congênita

Nos casos de SC, o *Treponema pallidum* é liberado diretamente na circulação fetal, resultando em ampla disseminação das espiroquetas por quase todos os órgãos e sistemas. As manifestações clínicas decorrem da resposta inflamatória e são variáveis. Ossos, fígado, pâncreas, intestino, rins e baço são os órgãos mais frequente e gravemente envolvidos. Dessa forma, a investigação com exames complementares tem como objetivo a identificação dessas alterações.

Quadro 3: Exames complementares para crianças com sífilis congênita

EXAME COMPLEMENTAR	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
Hemograma	De acordo com alterações clínicas A critério clínico.	Anemia hemolítica com Coombs não reagente no período neonatal ou crônica não hemolítica no período pós-natal; Leucopenia ou leucocitose; Hemólise pode estar acompanhada de crioglobulinemia, formação de complexo imune e macroglobulinemia. Esse quadro pode durar semanas e costuma não ser responsivo à terapêutica; Plaquetopenia.
Plaquetas		Trombocitopenia.
Exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos.		Aumento das transaminases; Icterícia; Distúrbios hidroeletrólíticos.

LCR	Deve ser avaliado a cada 6 meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurossífilis), até normalização.	VDRL reagente no LCR; Pleocitose; Proteína aumentada; VDRL reagente no LCR ou aumento na celularidade ou da proteína que não possam ser atribuídos a outras causas requerem tratamento para possível neurossífilis.
Radiografia de ossos longos	De acordo com alterações clínicas	Bandas metafisárias luzentes; Desmineralizações simétricas localizadas e destruição óssea da porção medial da metáfise proximal tibial; Serrilhado metafisário (sinal de Wegener); Periostite diafisária com neoformação óssea; Áreas irregulares de aumento de densidade e rarefação.
Radiografia de tórax		A descrição clássica é a opacificação completa de ambos os campos pulmonares. No entanto, com o advento da penicilina, é mais comum encontrar infiltrado difuso envolvendo todos os campos pulmonares.

Neuroimagem		Realizar neuroimagem nas crianças que apresentem alterações LCR persistentes (VDRL reagente, proteinorraquia ou celularidade), sem outra explicação mais provável. Ultrassom Transfontanela é uma opção de exame não invasivo.
-------------	--	--

Fonte: Brasil, 2019b

6.5 Neurosífilis na Criança Com Sífilis Congênita

A neurosífilis é de ocorrência mais provável em crianças que nascem sintomáticas do que nas assintomáticas; portanto, o benefício do teste deve ser considerado, especialmente em razão da necessidade de internação para administração de benzilpenicilina potássica/cristalina. Acredita-se que a neurosífilis ocorra em 60% das crianças com SC, com base na presença de alterações no LCR, como reatividade no VDRL, pleocitose e aumento na proteinorraquia. Além disso, a reatividade do VDRL no LCR do RN pode representar falso reagente relacionado a anticorpos maternos circulando no sistema nervoso central (SNC) do neonato, ou contaminação com sangue periférico por acidente de punção; podem existir, ainda, falso-negativos (RN com VDRL não reagente em um primeiro momento) que posteriormente desenvolvem sinais de neurosífilis.



A despeito disso, o teste não treponêmico reagente é o parâmetro mais importante, com 90% de especificidade e 54% de sensibilidade. Mas, para adequada avaliação desses parâmetros, o LCR deve estar livre de qualquer contaminação por sangue que possa ocorrer em casos de acidente de punção.

6.6 Seguimento Clínico da Criança Com Sífilis Congênita

O seguimento pode ser feito na puericultura, na AB, durante as consultas de rotina, conforme orientação da saúde da criança, com atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de SC.



Mesmo recebendo tratamento com penicilina na maternidade, deve-se considerar que essa criança se insere em um grupo de risco de desenvolvimento de SC sintomática. Assim, é fundamental o seguimento clínico dessa criança. As orientações poderão mudar de acordo com as necessidades da criança, devendo ser garantido o cuidado tanto na APS como nos serviços especializados e hospitalares, quando for o caso.

Quadro 4: Seguimento clínico da criança com sífilis congênita

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consultas ambulatoriais de puericultura (interconsulta médico e enfermeiro)	1. ^a semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno. Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos	Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada.
Consulta oftalmológica	Semestrais por 2 anos	Anomalias oftalmológicas. As mais comuns são ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea e atrofia óptica. A faixa etária de acometimento de ceratite intersticial costuma ser dos 2 aos 20 anos.

Consulta audiológica	Semestrais por 2 anos	Anomalias auditivas. A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8.º par craniano.
Consulta neurológica	Semestrais por 2 anos	Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor. No caso de neurosífilis, repetir punção lombar a cada 6 meses, até normalização bioquímica, citológica e sorológica. Se o VDRL líquido se mantiver reagente ou celularidade e/ou proteína líquoricos se mantiverem alterados, realizar nova investigação clínico laboratorial e retratar. Exame de imagem pode ser considerado também nesse cenário.

Fonte: adaptado de Brasil, 2019b

6.7 Tratamento da Criança Com Sífilis Congênita

O medicamento para tratamento de crianças com SC é a benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação e/ou titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e/ou exames clínicos e laboratoriais da criança.

Para as crianças com SC que apresentem neurosífilis, a cristalina é o medicamento de escolha, sendo obrigatória a internação hospitalar. Na ausência de



neurossífilis, a criança com SC pode ser tratada com benzilpenicilina procaína fora da unidade hospitalar, por via intramuscular, ou com benzilpenicilina potássica/cristalina, por via endovenosa, internada.

Até o momento, não há evidências científicas da eficácia do uso da ceftriaxona no tratamento de SC e, portanto, reforça-se que essa medicação poderá ser utilizada como alternativa somente em situações de indisponibilidade das benzilpenicilinas potássica (cristalina) e procaína. As crianças nascidas de mãe com cicatriz sorológica para sífilis antes da gestação não necessitam de avaliação ou tratamento na maternidade.

7 ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Constitui um dos indicadores de saúde da criança, é influenciado por fatores intrínsecos

(genéticos) e extrínsecos (ambientais), entre os quais se destacam a alimentação, saúde, higiene, habitação e os cuidados gerais com a criança, atuando para acelerar ou restringir o processo. O acompanhamento sistemático do crescimento e do ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade por meio da sinalização precoce da subnutrição, obesidade e déficit estatural (BRASIL, 2012).

Para adequado acompanhamento se faz necessário o registro dos seguintes gráficos: perímetro cefálico, peso para a idade, comprimento/estatura para a idade, IMC para a idade (ANEXO 06).

Crianças **menores de 2 anos deverão ser mensuradas deitadas** em superfície lisa (comprimento) com régua antropométrica, e as **crianças maiores de 2 anos deverão ser mensuradas em pé** (altura). A avaliação deve ser realizada sem calçados ou adornos na cabeça.



Importante!

Este protocolo seguirá os padrões do MS para avaliar as crianças e seu registro deve ser realizado na caderneta de saúde da criança (ANEXO 07) ou similar, quando esta estiver indisponível. É obrigatório o registro em prontuário físico ou eletrônico.



7.1 Idade Corrigida Para Recém-Nascido Pré-Termo

Considera-se RNPT, aquela criança que tenha nascido antes das 37 semanas de IG. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento **deve utilizar gráfico específico** com a idade corrigida até completar as 40 semanas de IG. Este deve ser utilizado para crianças que nasceram entre o período de 27 semanas (antes do parto) até as 64 semanas pós-parto. Somente após as 64 semanas que os gráficos serão transpostos para as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS)/MS (ANEXO 03). (BRASIL, 2020a).

Importante!

Na correção é preciso diminuir a idade atual do tempo que faltou para completar as 40 semanas da gestação.

Ex: 40 sem - 28 sem (idade o nascer) = 12 sem (3 meses).

Descontar 3 meses da idade cronológica da criança. Se a criança estiver com 6 meses de idade, desconta-se 3 meses da IG corrigida.

Utilizar idade corrigida até 2 anos de idade cronológica e até 3 anos se IG < 28 semanas (prematureo extremo).

7.2 Desenvolvimento Físico / Lúdico

Entende-se que o desenvolvimento infantil é amplo e se refere a uma transformação complexa e contínua, que inclui aspectos de crescimento, maturação e aprendizagem, bem como aspectos psíquicos e sociais (RAPPAPORT, 1981).

Na primeira infância (até os 6 anos), são definidas as principais características do jeito de ser da criança e a maneira como ela irá interagir com a sociedade. O acompanhamento do desenvolvimento da criança na APS objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Todas as atividades de cuidado são potencialmente



educativas e destaca-se o acompanhamento pré-natal e as consultas sistematizadas de puericultura (BRASIL, 2012).

Apesar da singularidade de cada criança, esta deve atravessar uma sequência regular de estágios de desenvolvimento cognitivo. Se ela não for estimulada ou motivada no devido momento, poderá ter atraso no seu desenvolvimento.

Algumas das atividades fundamentais para o desenvolvimento da identidade e autonomia são aprendidas durante o ato de brincar. Os profissionais de saúde devem estimular os cuidadores para realização das práticas de lazer e atividades lúdicas, que promovam e fomentem espaços de desenvolvimento pleno e fortaleçam laços afetivos.

Segue abaixo marcos do desenvolvimento em crianças menores de 2 anos que devem ser orientadas durante as consultas na APS.

Quadro 5: Marcos de desenvolvimento até 2 meses

Do nascimento até os 2 meses
<ul style="list-style-type: none">- Orientar que desde o nascimento a criança é capaz de ouvir, reconhecer e se acalmar com a voz de pessoas da família e já enxerga a uma distância de 20 cm;- Conversar de forma carinhosa com a criança estimulando o cérebro e fortalecendo o vínculo;- Mostrar objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm dos olhos movendo-os para cima, para baixo e para os lados;- Cantar para a criança. Os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de cantigas de roda. A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria.- Orientar o fortalecimento dos músculos do pescoço. Deite a criança de barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos, diga seu nome, estimulando-a a levantar a cabeça.

Fonte: Brasil, 2020a

Quadro 6: Marcos de desenvolvimento de 2 até 4 meses

Entre 2 e 4 meses
<ul style="list-style-type: none">- Orientar que neste período a bebê começa a balbuciar e brincar com o som de sua própria voz, e gosta quando você corresponde ou o imita;- Oriente brincar com o bebê, oferecer objetos ou brinquedos para ele pegar ou tocar com a mão;

- Quando acordado, deixar o bebê em lugar firme, seguro, no qual ele possa ficar com os braços livres. Vire-o de bruços por breves períodos no seu próprio colo ou na cama, para que ele possa olhar o mundo de outro ângulo;

Fonte: Brasil, 2020a

Quadro 7: Marcos de desenvolvimento de 4 até 6 meses

Entre 4 e 6 meses

- Após o 4.º mês de vida, os bebês podem segurar objetos com as duas mãos, observá-los e levá-los à boca;
- Oferecer brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, como pequenas tigelas de plástico, chocalhos e mordedores, para que seu filho possa buscá-los, segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar;
- Deixar os bebês sem calçados para que possa explorar os pés e conhecer o próprio corpo;
- Estimular a audição fazendo barulhos de um lugar onde o bebê não esteja vendo para que ele tente localizar de onde vem o som;
- Estimular o bebê a expressar suas vontades. Ao final desse período, ele já é capaz de chamar sua atenção: ele já sabe encontrar formas de lhe pedir algo. Ofereça brinquedos e espere um pouco para ver sua reação. Assim, ele também aprenderá a expressar vontade e aceitação, prazer e desconforto.
- Estimular o movimento de rotação, próximo ao 5.º mês de idade.

Fonte: Brasil, 2020a

Quadro 8: Marcos de desenvolvimento de 6 até 9 meses

Entre 6 e 9 meses

- Nesta faixa etária, o bebê busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las para obter a sua aprovação, já consegue dormir, comer e brincar em uma rotina mais organizada, de acordo com o ritmo da família. A manutenção de uma rotina diária dá segurança e ajuda no aprendizado da organização e da disciplina.
- Orientar que o bebê começa a estranhar as outras pessoas e demonstra desagrado;
- Orientar brincadeira de esconder, cobrindo o rosto ou objetos com um pano e pergunte ao seu filho onde está. Caso ele não o encontre, retire o pano para que ele possa vê-lo. Aos poucos, ele perceberá que você ou o objeto está escondido por trás do

pano. Essa brincadeira possibilita que a criança aprenda que as pessoas e os objetos continuam existindo mesmo quando ele não os vê.

- Dar à criança brinquedos com cores, texturas e temperaturas variadas, fáceis de segurar, para que ela aprenda a passar objetos de uma mão para a outra. Elas também gostam de batê-los no chão e colocá-los dentro de caixas ou de outros recipientes de boca larga.
- Conversar com a criança usando palavras de fácil repetição, como “dadá”, “papá”;
- Colocar objetos à sua frente para que ele vá buscá-los, incentivando-o a se arrastar ou engatinhar;
- Colocar a criança no chão, em uma esteira ou colchonete, estimulando-o a sentar-se.

Fonte: Brasil, 2020a

Importante!

Evite deixar seu filho muito tempo sentado sem que ele possa sair dessa posição sozinha. Ele precisa de liberdade para movimentar o corpo inteiro e rolar, para depois, por volta dos 6 meses, começar a tentar sentar sozinho, embora ainda com o apoio das próprias mãos.

Quadro 9: Marcos de desenvolvimento de 9 até 12 meses

Entre 9 e 12 meses

- Em torno de 1 ano de vida a criança já consegue falar algumas palavras e nomear os objetos e as ações mais comuns, neste período faz-se importante a estimulação da linguagem explicando todas as ações realizadas;
- Orientar a conversa, imitação, cantigas, leituras;
- Fazer perguntas simples e pequenas ordens: “Vem aqui”, “Pegue o brinquedo”, “Me dá” etc;
- Estimular a criança a reconhecer e repetir os nomes das pessoas, dos animais e dos objetos que vê. As crianças gostam de apontar as figuras e ouvir alguém contar uma história sobre elas;
- Estimular a criança a caminhar. Inicialmente, ele buscará apoio nos móveis e gradualmente irá largá-los. Os móveis devem estar firmes para que não caiam sobre ele. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule seu filho a pegá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem

precisar de apoio. Aos poucos, ele irá soltando as mãos e se equilibrará nas duas pernas e conseguirá caminhar;

- Não utilizar o andador;
- Estimular o contato entre as crianças;
- Ofertar pequenos objetos, como bolinhas de papel, pedaços de frutas ou outros para que ele possa pegar e treinar fazer uma pinça com os dedos. Atentar para que ele não leve estes objetos a boca ou aos ouvidos ou ao nariz;
- Não deixar a criança sozinha com pequenos objetos.

Fonte: Brasil, 2020a

Quadro 10: Marcos de desenvolvimento de 1 ano até 1 ano e 6 meses

Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses

- Orientar que a linguagem deve ser clara e firme, ordens diferentes, dadas ao mesmo tempo, deixam a criança confusa, sem saber o que fazer;
- Orientar que a criança já sofre com a ausência do cuidador. Que deverá ser feita por períodos curtos, até que a criança se sinta mais segura e acostume aos poucos com a sua ausência;
- Criar oportunidades para que a criança aprenda a comer sozinho, a usar o talher com a própria mão, direita ou esquerda, de acordo com a sua habilidade;
- Oferecer caixas ou potes de diversos tamanhos e incentivar a criança a empilhá-los;
- Criar oportunidades para que a criança aprenda a andar sozinho, com equilíbrio e segurança, de modo que possa alcançar, pegar ou largar um brinquedo;
- Criar oportunidades para que a criança aprenda a rabiscar (com materiais como o giz de cera). Essa atividade estimula a criatividade e a coordenação dos movimentos das mãos.

Fonte: Brasil, 2020a

Quadro 11: Marcos de desenvolvimento de 1 ano e 6 meses até 2 anos

Entre 1 ano e 6 meses até 2 anos

- Nesta idade, a criança já compreende melhor o que é dela e o que é dos outros, mas ainda precisa de orientação para aprender a compartilhar brinquedos e para aceitar que não pode fazer tudo o que quer.

- Incentivar a criança a usar o vaso sanitário ou o penico. Fazer isso em clima de brincadeira, sem pressioná-lo ou repreendê-lo. Inicialmente, deixar a criança sem fraldas durante o dia, com calcinha ou shorts, para que ela perceba suas eliminações;
- Continuar oferecendo brinquedos de encaixe que possam ser empilhados e brinque com seu filho para que ele possa imitar e aprender;
- Estimular a criança a tirar as próprias roupas;
- Estimular a brincadeira, leitura e cantigas;
- As birras – gritar, chorar, se jogar no chão – são comportamentos frequentes nestas e nas próximas fases do desenvolvimento infantil. Os cuidadores devem ficar vigilantes, aguardando calmamente e sem ceder às vontades da criança, bem como elogiar por ter conseguido superar a birra.

Fonte: Brasil, 2020a

8 ALEITAMENTO MATERNO

A gravidez traz mudanças significativas ao corpo feminino e principalmente às mamas, que ao seu término, estão preparadas para amamentar. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Durante o período da amamentação as necessidades energéticas aumentam e o estado nutricional materno influencia principalmente o volume de leite produzido. No entanto, mesmo as mulheres com consumo alimentar inadequado produzem leite de boa qualidade e o aleitamento materno exclusivo continua sendo a melhor forma de alimentação nos primeiros 6 meses de vida do bebê.

O pré-natal é o momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o aleitamento materno e para promover e incentivar familiares e cuidadores, quanto à alimentação complementar saudável. Uma equipe de saúde preparada para reconhecer as dificuldades das mulheres e orientar de forma oportuna e, de acordo com a realidade de cada família e seu arranjo, influencia positivamente na realidade de seu território,



melhorando indicadores relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável.

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, podem ser realizados em diferentes contextos, com o envolvimento de todos os profissionais da APS, seja no domicílio ou na UBS, em consultas, visitas ou atividades de grupo. Abrangem ações de educação em saúde, cuidado clínico da mãe e do bebê, abordagem ampliada do contexto cultural, psicossocial e familiar.

A OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o MS recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dos 6 meses até 2 anos de idade ou mais, ela seja complementada, com a introdução de alimentos semi-sólidos/sólidos de qualidade e em tempo oportuno. Esse procedimento resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida.

A avaliação da mulher quanto ao aleitamento materno, deve estar vinculada à avaliação do bebê, suas condições clínicas, crescimento e desenvolvimento. É fundamental que a mãe receba esclarecimentos sobre a produção do leite materno, a importância da amamentação, as mudanças no corpo, bem como a necessidade de descanso durante a rotina de amamentação e organização familiar para apoiá-la neste momento. É de extrema importância o apoio e a escuta da mulher que tem dificuldades para amamentar, sem julgamentos e ofertando momentos de cuidado para superação das dificuldades. Dentre os exemplos de superação destacamos: os cuidados com as mamas para evitar a mastite, o manejo para retirada e armazenamento do leite, o uso correto de compressas, cuidado com os mamilos no aparecimento de rachaduras e feridas.

Deve-se observar também algum tipo de sofrimento, decorrente deste processo, para caso seja necessário, encaminhar a outro serviço. Da mesma forma, deve-se considerar o desejo, as ideias, os saberes, os medos e as dificuldades da mulher, em relação à amamentação, suas experiências prévias, expectativas e frustrações.

Existem fatores que podem levar ao desmame precoce, como a introdução de água, chás e outros leites, que também estão associados ao aumento da morbimortalidade infantil. Alguns utensílios oferecidos à criança podem trazer riscos para a continuidade da amamentação, como as chupetas e mamadeiras. Seu uso está associado à “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira, que pode comprometer ainda, a produção de leite, pois as crianças que usam chupeta comumente são amamentadas com menos frequência.

Outras condições precisam ser observadas, como o término da licença maternidade aos 4 meses de vida da criança, o que pode gerar insegurança na mãe, quanto à continuidade da amamentação exclusiva, sendo importante o profissional de saúde orientar a mulher sobre como manter a amamentação exclusiva, mesmo após o retorno ao trabalho.

Neste contexto, cabe à equipe multidisciplinar, conforme suas atribuições:

- Manter uma alimentação equilibrada, seguindo as recomendações dos 10 passos para uma alimentação saudável das gestantes (ANEXO 08);
- Durante a amamentação beber no mínimo 1 litro de água além da ingestão habitual diária;
- Não há contraindicações de alimentos, a não ser que haja comprovações clínicas ou bioquímicas da necessidade de determinados alimentos a serem excluídos da alimentação. Caso seja percebido algum efeito na criança de algum componente de sua alimentação, pode-se indicar a prova terapêutica: retirar o alimento por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais/sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento e piore com a sua reintrodução, ele deverá ser evitado;
- Não fazer dietas rigorosas durante a amamentação, pois isto poderá diminuir a produção de leite e prejudicar o aleitamento do bebê;
- A amamentação exclusiva ao seio, sem redução na ingestão calórica, contribui para o retorno ao peso normal, uma vez que o corpo queima muitas calorias para a produção do leite materno;
- Desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerirem álcool e tabaco;
- Evitar o café, chá preto, refrigerante à base de cola e chocolate. Esses alimentos reduzem a absorção de ferro;
- Discutir as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais;
- Explicar a gestante a fisiologia da lactação, enfatizando que a manutenção da produção do leite, depende do estímulo à sucção dos mamilos;
- Alertar para as dificuldades que poderão surgir e ensinar a preveni-las ou a superá-las;
- Realizar trimestralmente teste rápido na mãe durante o aleitamento;

- Desfazer certos tabus, explicando às gestantes que todas as mulheres, salvo raras exceções, têm condições de amamentar, que não existe “leite fraco” e que a produção do leite é independente do tamanho da mama. As mulheres que vão ter o primeiro filho e as que não amamentaram ou apresentaram dificuldades na amamentação de filhos anteriores, devem receber atenção especial.

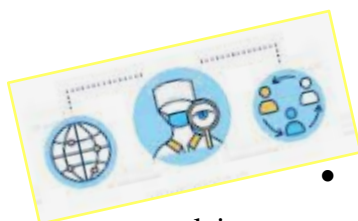
- Compete a UBS influenciar para o aumento da incidência da amamentação, na comunidade, onde estes profissionais de saúde atuam. E manter sua equipe de saúde preparada e bem treinada no processo da lactação.

Listamos abaixo as principais ações e os responsáveis da equipe a estarem realizando as mesmas:

8.1 Acolhimento com Escuta Qualificada

Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento e realização de procedimentos necessários.

QUEM FAZ? Equipe multiprofissional.



8.2 Avaliação Global

- Expectativas, dificuldades, ideias, conhecimentos relacionados ao aleitamento;
- Experiência pessoal com a amamentação: se amamentou, por quanto tempo, dificuldades, facilidades, conhecimento sobre a importância da amamentação;
- Experiência familiar e da rede social em relação à amamentação;
- História clínica: cirurgia mamária (redução de mamas ou implantes mamários), problemas na mama, tipo de parto;
- Presença de condições clínicas maternas, que necessitem de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento e uso de medicamentos;
- Aleitamento atual: tipo de aleitamento, frequência das mamadas, dificuldades na amamentação, satisfação do RN, condições das mamas;
- Busque identificar risco de abandono da amamentação.

QUEM FAZ? Equipe multiprofissional

8.3 Exame Físico Geral e Específico

8.3.1 Avaliação das Mamas



- Inspeção estática e dinâmica: identificar visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura, sinais flogísticos e no padrão de circulação venosa;
- Palpação: consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele;
- Cuidar com as expressões usadas após o exame das mamas como: suas mamas são muito pequenas, seu mamilo é plano ou invertido e você terá dificuldade para amamentar.

QUEM FAZ? Enfermeiro(a) / médico(a)

8.4 Avaliação do Posicionamento e da Pega



- O posicionamento da criança deve garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga dela junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição.
- A cabeça da criança deve estar mais elevada que o corpo.
- Na pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na mama, conforme imagem 18:

Imagem 18: Pega correta



Fonte: da autora Kelly Aparecida Martins, 2021

- Atenção para os sinais que são indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção; ruídos da língua; mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada; mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama e dor na amamentação.

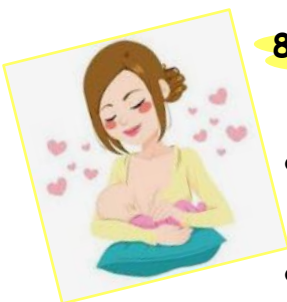
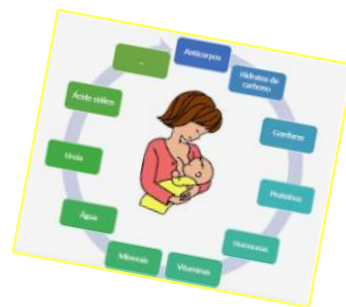
- Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

QUEM FAZ? Equipe multiprofissional.

8.5 Plano de Cuidados

- Orientar sobre os benefícios do aleitamento materno.

QUEM FAZ? Equipe multiprofissional;



8.6 Benefícios Para a Mulher

- Fortalecer o vínculo afetivo;
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia;
- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações (contracepção);
- Protege contra o câncer de mama.

QUEM FAZ? Equipe multiprofissional.

8.7 Orientar Sobre a Amamentação

- As mamadas devem ser de livre demanda, ou seja, sem restrição de horário ou duração;

- É de suma importância esvaziar a mama antes de oferecer a outra. Na próxima mamada, deve-se iniciar pela mama que não foi oferecida;

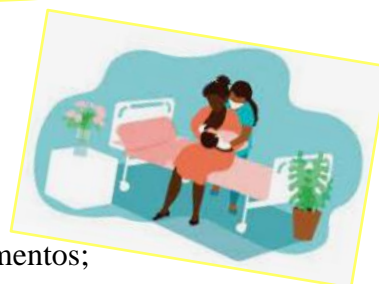
- Não ofertar chá, água ou outros leites, pois podem causar o desmame precoce;
- Alertar sobre as alterações decorrentes de hábitos orais deletérios: uso de chupeta, mamadeira, sucção digital.



QUEM FAZ? Equipe multiprofissional.

8.8 Avaliação e Manejo dos Problemas Relacionados à Amamentação

- Identificar as principais dificuldades em amamentar, intercorrências e manejo;
- Orientar a manutenção ou contraindicação da amamentação conforme condição clínica ou por uso de medicamentos;
- Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar (respeitar a autonomia da mulher, após decisão informada), oferecendo informações sobre alternativas seguras de alimentação complementar para o bebê (referenciar para os serviços de assistência social, nas situações em que a mulher e a família não têm condição de adquirir os insumos necessários).



QUEM FAZ? Equipe Multiprofissional.

8.9 Orientações Sobre a Ordenha do Leite Para Mulheres que Retornarão ao Trabalho/Estudo ou que Desejam Doar



- Lavar as mãos, realizar a ordenha em recipiente (de preferência com tampa plástica e que tenha sido fervido por 15 minutos), desprezando os primeiros jatos;
- Guardar em geladeira por 12 horas, no congelador por 15 dias;
- Descongelar na geladeira e aquecer em banho-maria.

QUEM FAZ? Equipe multiprofissional.

8.10 Orientar Sobre o Retorno ao Trabalho

- Manter a amamentação quando estiver em casa;
- Evitar mamadeiras – quando a mãe não estiver, oferecer o leite materno ordenhado no copo ou em colher;



- O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), assegura à mãe o direito de amamentar seu filho, até que complete 6 (seis) meses, dois descansos especiais, de meia hora a cada período, durante a jornada de trabalho;
- Caso o bebê necessite de um prolongamento do referido cuidado, o médico fornecerá atestado para que os repouso para a amamentação durante a jornada de trabalho, sejam prorrogados, fixando inclusive o respectivo período;
- A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado, dentro da empresa conforme o artigo 400 da CLT (BRASIL, 1943).

QUEM FAZ? Equipe multiprofissional.

8.11 Contraindicações do Aleitamento Materno

Existem alguns casos onde a amamentação está contra-indicada, conforme elencamos no quadro abaixo:



Quadro 12: Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação, quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento materno.

CONDIÇÃO CLÍNICA MATERNA	RECOMENDAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Infecção por HIV	Contra-indicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê
Infecção pelo Vírus Linfotrópico Humano de Células T (HTLV)	Contra-indicado	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento, praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno
Infecção pelo vírus da hepatite C	Manter aleitamento materno, com restrição.	Contra-indicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada

Tuberculose pulmonar	Permitido	A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz, com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada e receber quimioprofilaxia, conforme o ANEXO 09.
Doença de Chagas	Manter aleitamento materno, com restrição	Contraindicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos;
Uso de drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), maconha e haxixe	Manter aleitamento materno, com restrição	Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação.
Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool	Manter aleitamento materno, com restrição	Devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.

Em tratamento quimioterápico e radioterápico	Contraindicado	Conduta do médico oncologista.
Puérperas COVID-19 positivo	Manter aleitamento materno, com restrição	Devem utilizar máscara durante todo o período da amamentação.

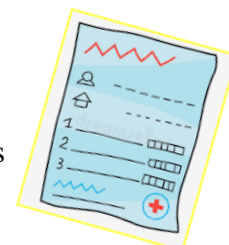
Fonte: Adaptado de Brasil, 2016a; Brasil, 2020b

8.11.1 Inibição da Lactação



- Manter as mamas comprimidas (enfaixar ou usar sutiã apertado); a inibição mecânica da lactação pelo enfaixamento das mamas deve ser indicada apenas quando a Cabergolina não estiver disponível;
- Se as mamas estiverem ingurgitadas devido apojadura, ordenhar manualmente até sentir alívio do sintoma.

8.11.2 Prescrição Médica de Cabergolina



- Inibição da lactação: a dose recomendada é 1 mg (dois comprimidos de 0,5 mg), dose única no primeiro dia pós-parto;
- Para a supressão da lactação: a dose recomendada é de 0,25 mg (metade de um comprimido de 0,5 mg), a cada 12 horas, por dois dias (dose total de 1 mg).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), na impossibilidade do aleitamento natural no primeiro ano de vida, quando foi estimulada a relactação e esgotadas todas as possibilidades da manutenção do aleitamento materno, há indicação de uso de fórmulas lácteas infantis. A prescrição da fórmula láctea deve ser conforme a disponibilidade do município, podendo ser realizada pelo enfermeiro ou médico.

Segue no quadro 13 a quantidade de mamadeiras a serem oferecidas para crianças não amamentadas, conforme a idade.

Quadro 13: Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade

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

Fonte: Santa Catarina, 2019

A introdução de leite de vaca não modificado, nesta faixa etária não é considerada adequada, porém, em alguns casos de vulnerabilidade social, é o único leite disponível. Apesar do leite de vaca, fluído ou em pó, não ser a melhor opção de alimentação para crianças menores de 12 meses é importante que os profissionais de saúde saibam orientar as mães, famílias e cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura. (BRASIL, 2019c).

Quadro 14: Leite de vaca modificado

Leite integral líquido	Leite em pó integral
100 ml de leite + 50 ml de água fervida	1 ½ colher de sobremesa rasa para 150 ml de água fervida
130 ml de leite + 70 ml de água fervida	2 colheres de sobremesa para 200 ml de água fervida

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012

Devido à carência de nutrientes do leite de vaca modificado, as crianças que recebem esse tipo de leite devem iniciar a introdução da alimentação complementar saudável a partir dos 4 meses com orientação do profissional da saúde.

8.12 Intercorrências ou Complicações no Aleitamento Materno

As equipes de APS devem estar aptas a orientar as puérperas, em casos de dificuldade no manejo da amamentação, de forma multiprofissional.



Quadro 15: Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
Bebê que não suga ou tem sucção fraca	<ul style="list-style-type: none">● Atentar para o ganho de peso do RN● Orientar ordenha “de preferência manual” (no mínimo 5 vezes ao dia) para garantir a continuidade da produção do leite Suspender o uso de chupeta ou mamadeira. <ul style="list-style-type: none">● Estimular o bebê, introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole.● Oferecer o leite ordenhado em colher ou copo. Atenção: crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação	
Demora na apojadura ou “descida do leite”	<ul style="list-style-type: none">● Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesáreo.● Estimular a autoconfiança da mãe.	

	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha. ● A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama, conforme imagem 19. 	
Mamilos planos ou invertidos	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. ● Promover segurança para mãe ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor ● Manter a ordenha, para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança. 	
Ingurgitamento mamário (“leite empedrado” – quando há a compressão dos ductos lactíferos, que impede a saída de leite dos alvéolos)	<ul style="list-style-type: none"> ● Ordenha manual antes da mamada. ● Massagens delicadas, com movimentos circulares. 	<p>Médico e Enfermeiro</p> <p>- Dipirona 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p> <p>OU</p> <p>- Paracetamol 500 mg, VO, 6/6h, se dor.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos. ● Uso de sutiã com alças largas e firmes. ● Compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas. 	
Dor nos mamilos/fissuras	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema. ● Manter os mamilos secos, banho de sol e trocas frequentes dos forros úmidos. ● Não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante. ● Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio. ● Ordenhar manualmente antes da mamada. ● Passar o leite do final das mamadas nas lesões. 	
Candidíase (monilíase)	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem 	<p>Médico e Enfermeiro <u>Tratamento tópico –</u> <u>1.ª opção</u></p>

	<p>ser tratados simultaneamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifesta-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhadas, brilhante com fina descamação. Na criança, aparecem placas brancas na região oral. • Orientar manter os mamilos secos, expor à luz alguns minutos no dia. • Chupetas são fontes importantes de reinfecção. 	<p>Indicado aplicar após cada mamada:</p> <p>- Nistatina / Miconazol / Cetoconazol, por 14 dias.</p> <p><u>Tratamento oral –</u> <u>2.ª opção</u></p> <p>Se tratamento tópico ineficaz:</p> <p>- Fluconazol 150 mg/dia, por 14 a 18 dias (RISCO A)</p> <p>OU</p> <p>- Cetoconazol 200 mg/dia, por 10 a 20 dias. (RISCO C</p> <p>- somente prescrição médica)</p>
Reflexo de ejeção do leite exagerado	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a ordenha antes de cada mamada. • Estimular a doação de leite materno. 	
Galactocele	<ul style="list-style-type: none"> • Por tratar de formação cística nos ductos mamários, o tratamento é feito com aspiração, no entanto frequentemente tem que ser extraído cirurgicamente. 	Até 45 dias pós-parto, encaminhar ao HMTR
Mastite	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e 	<p>Médico e Enfermeiro</p> <p>- Dipirona 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p> <p>OU</p>

	<p>edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras. • Não suspender o aleitamento. • Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual. • Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada. • Caso não haja regressão do quadro com o tratamento em 48 horas, considerar a possibilidade de abscesso. 	<p>- Paracetamol 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>- Ibuprofeno 400 mg, VO, 6/6h.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>- Ibuprofeno 600 mg, VO, 8/8h</p> <p style="text-align: center;">Antibioticoterapia (somente médicos)</p> <p>- Cefalexina 500 mg, VO, 6/6h – 10 dias (Risco A);</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>- Amoxicilina 500 mg, VO, 8/8h – 10 dias (Risco A);</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>- Amoxicilina + Ácido clavulânico 875 mg/125 mg, VO, 12/12h – 7 à 10 dias (Risco B);</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>- Eritromicina 500 mg, VO, 6/6h – 10 dias (Risco B - em pacientes alérgicas aos demais medicamentos)</p>
<p>Abscesso mamário (Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de áreas de flutuação à palpação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer precocemente os sinais de alerta. • Exige intervenção rápida, geralmente é causada por mastite não 	<p style="text-align: center;">Médico e Enfermeiro</p> <p>- Dipirona 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>- Paracetamol 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p>

	<p>tratada ou início tardio do tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drenagem cirúrgica. • Antibioticoterapia e esvaziamento da mama afetada, regularmente (descritos no manejo da mastite infecciosa). • Interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia. • Manutenção da amamentação na mama sadia. 	<p>OU</p> <p>- Ibuprofeno 400 mg, VO, 6/6h.</p> <p>OU</p> <p>- Ibuprofeno 600 mg, VO, 8/8h</p> <p>Antibioticoterapia (somente médico)</p> <p>- Cefalexina 500 mg, VO, 6/6h – 10 dias (Risco A);</p> <p>OU</p> <p>- Amoxicilina 500 mg, VO, 8/8h – 10 dias (Risco A);</p> <p>OU</p> <p>- Amoxicilina + Ácido clavulânico 875 mg/125 mg, VO, 12/12h – 7 à 10 dias (Risco B);</p> <p>OU</p> <p>- Eritromicina 500 mg, VO, 6/6h – 10 dias (Risco B - utilizar em pacientes alérgicas aos demais medicamentos)</p>
--	---	---

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016a

Imagem 19: Relactação



9 MÉTODO CANGURU



Muitos são os desafios para o acompanhamento do RN e bebê prematuros, a relação da assistência seja ela hospitalar ou ambulatorial demandam de uma atenção diferenciada, com o foco voltado para garantir a vida e o desenvolvimento saudável do neonato e de sua família. O método canguru vem para auxiliar nos cuidados aos RN's e reduzir os óbitos neste período crítico de vida. Além disso, vem para qualificar a assistência, proposta de clínica ampliada e do cuidado com a ambiência.

De acordo, com Brasil (2017, pg. 13) "o método canguru veio para garantir a humanização do cuidado neonatal, compreendida como respeito à integralidade e à singularidade de cada RN, não dissociada da qualidade técnico-científica e das boas práticas do campo da terapia intensiva neonatal".

O método canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao RN e à sua família. O método promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Faz parte do método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru.

As vantagens do método estão descritas abaixo:

- Reduz o tempo de separação mãe/pai-filho;
- Facilita o vínculo afetivo mãe/pai-filho;
- Possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar;
- Estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração;
- Possibilita ao RN adequado controle térmico;
- Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar;
- Reduz o estresse e a dor;
- Propicia melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- Favorece ao RN uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral;
- Melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor;

População a ser atendida:

- Mulheres com gestação que necessitam cuidados especializados;
- RN's que necessitem de internação em unidade neonatal tais como os RNPT e/ou de baixo peso;
- Mãe, pai e família do RN internado em unidade neonatal.

9.1 Aplicação do Método Canguru



Primeira etapa:

Tem início no pré-natal da gestação que necessita cuidados especializados, durante o parto/nascimento, seguido da internação do RN na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e/ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).

Segunda etapa:

A segunda etapa (hospitalar) é realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), garantindo todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa com especial atenção ao aleitamento materno. O RN permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. A presença e a participação do pai nos cuidados devem ser estimuladas.

Terceira etapa (compartilhada entre a APS e AEE):

Os RN's pré-termo e/ou de baixo peso na terceira etapa receberão alta hospitalar e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe do hospital e a APS do método canguru.

São critérios para iniciar a terceira etapa na APS:

Da mãe:

- Mãe segura, motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do RN;
- Compromisso materno e familiar para a realização da posição canguru pelo maior tempo possível.

Do RN:

- Peso mínimo de 1.600 g;

- Ganho de peso nos três dias que antecederem a alta hospitalar;
- Sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação.

Das equipes:

- A primeira consulta pela equipe da APS, deverá ser realizada até 48 horas após a alta e as demais no mínimo uma vez por semana;
- Assegurar acompanhamento ambulatorial do RN até o peso de 2.500 g compartilhado entre a APS e AEE de acordo com a agenda proposta pelo método canguru;
- Garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa;
- Avaliar características clínicas gerais como atividade, cor da pele, ganho de peso, etc;
- Avaliar, promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

9.2 Questões Norteadoras da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru



- Corrigir ou solicitar a correção das situações de risco, como ganho de peso inadequado, sinais de doença do refluxo, infecção e apneia, entre outras;
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados;
- Orientar esquema de imunizações;
- Ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o RN necessite;
- Observar a dinâmica psicoafetiva entre o RN e a família, valorizando boas condutas e oferecendo suporte quando necessário;
- Estimular a realização do contato pele a pele entre o RN e seus pais;
- Estimular a busca ou a manutenção de uma rede social de apoio;
- O tempo de permanência em posição canguru será determinado pelos pais e pelo RN;
- Ao atingirem o peso de 2.500 g, os RNs serão avaliados e, de acordo com a mesma, respeitando os critérios de elegibilidade para acompanhamento especializado, serão encaminhados para ambulatórios de seguimento ou de reabilitação, havendo sempre a garantia de todos os cuidados propostos pela APS.

9.3 Possíveis Intercorrências de Recém-Nascido Pré-Termo



- Termorregulação: hipotensão, bradicardia, bradipneia, hipoatividade, hiporreatividade, sucção débil, hiporreflexia. Medidas para evitar a perda de calor em casa: posição canguru e aquecimento de roupas, aquecer brandamente a água do banho, evitar correntes de ar durante o banho.
- Hipertermia: ambiente quente, bebê excessivamente agasalhado, pouca ingestão de leite, desidratação, infecção, disfunção do SNC, medicações.
- Refluxo Gastroesofágico (RGE): é comum em lactentes saudáveis. Pode ocorrer, 30 ou mais episódios de refluxo durante o dia, embora nem todos resultem em regurgitação. Apenas 10% das crianças que têm RGE apresentarão o quadro de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Os sintomas extra-digestivos associados à DRGE são: laringite posterior, sinusite, tosse crônica, quadro de broncoespasmo, otite de repetição, pneumonias, apneias, alteração do esmalte dos dentes. Medidas para alívio da DRGE: dar alívio aos sintomas do paciente, promover ganho de peso e crescimento adequados, regressão dos processos inflamatórios, prevenir doenças respiratória e outras complicações. Posturação no RGE: posição supina (de barriga para cima), com inclinação de 30°-40°. Posição Canguru pós-prandial. Se a criança não responder às mudanças posturais e dietéticas após 2-3 semanas solicitar avaliação do pediatra.
- Apneia: crianças que nasceram pré-termo podem apresentar apneia mesmo após sair do hospital. Pré-termo: Geralmente ocorre do 2.º ao 7.º dia de vida, menores de 34 semanas tem maior risco; a melhora ocorre por volta de 37 semanas de IG corrigida, podendo persistir até depois do termo. São descritos 3 tipos de apneia: *CENTRAL*: Parada dos movimentos respiratórios e da entrada de ar nas vias aéreas superiores (10% a 25% dos episódios). *OBSTRUTIVA*: Parada do fluxo em via aérea superior com movimentos ativos (10% a 20% dos episódios). *MISTA*: alternância entre a obstrutiva e a central e vice-versa, acontecendo uma maior queda da frequência cardíaca e Sat O₂ (70% dos episódios).
- Anemia: A deficiência de ferro e a anemia prejudicam o desenvolvimento físico, motor, psicológico, comportamental, cognitivo e de linguagem. Todos os RN irão apresentar uma queda nos valores da série vermelha. É importante manter a suplementação, mesmo naqueles que têm estoques elevados de ferro, porque estes se esgotam rapidamente.

Importante!

- A suplementação deve ser mantida até dois anos de idade, numa dose mais alta que o recomendado para o recém-nascido termo, mesmo naqueles em aleitamento exclusivo.
- Até 1 ano = 2 a 4 mg/kg/dia.
- Até 2 anos = 1 mg/kg/dia (mesma quantidade que os recém-nascido termo).

Atenção aos sinais de descompensação da anemia: taquipneia, respiração periódica e/ou apneia; diminuição da atividade, letargia e diminuição de sucção; dificuldade de ganho de peso. Exames: hematócrito e hemoglobina, reticulócitos (ou hemograma com reticulócitos), ferro sérico, ferritina.

- Displasia broncopulmonar: este é uma intercorrência neonatal que pode levar a repercussões clínicas e comprometimento no desenvolvimento neuromotor. Sempre encaminhar para o pediatra.

Importante!

- Todo RNPT necessita realizar a imunização com Palivizumabe.

O profissional de saúde deve classificar as crianças de 0 até 12 meses de idade em todas as consultas, conforme o ANEXO 04, e caso a somatória de pontos seja igual ou superior a 4, a criança deverá ser encaminhada ao AAE.

10 SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIENTES

Em decorrência do rápido crescimento e desenvolvimento principalmente nos primeiros mil dias (gestação e os dois primeiros anos de vida), as crianças apresentam suscetibilidade para deficiência de macro e micronutrientes.

O ápice do desenvolvimento cerebral acontece a partir do terceiro trimestre de gestação, até os dois anos de vida. No primeiro ano, o cérebro ganha de 350-700 gramas, o que representa 25%-50% do peso adulto. No segundo ano, o ganho está entre 700-950 gramas – 50%-68% do peso adulto. Este período crucial do neurodesenvolvimento é



dependente da oferta de nutrientes específicos, cuja deficiência pode afetar a habilidade cognitiva e aumentar o risco para a ocorrência de doenças crônico-degenerativas em longo prazo.

O corpo precisa receber através da alimentação lipídios sob a forma de ácidos graxos. Os lipídios são classificados como saturados e insaturados, conforme as ligações simples ou duplas das pontes de carbono da sua estrutura química. As gorduras insaturadas, de maior importância para o organismo, podem ser sub classificadas entre as da classe ômega-6 (denominada ácido linoleico) provenientes principalmente dos óleos vegetais como de soja e milho; ômega-9, encontrada no azeite de oliva e ômega-3 (denominado ácido alfa-linolênico), encontrada em menor quantidade nos óleos vegetais, germe de trigo e peixes. Através da cadeia metabólica dos ácidos graxos precursores da série ômega-3 e ômega-6, o produto final dará origem respectivamente aos ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, ácido docosa-hexaenoico (DHA) e ácido araquidônico, que se incorporam nas membranas celulares e, em especial, na composição do tecido cerebral e retina.

A deficiência de DHA no início da vida pode resultar em prejuízo do desenvolvimento neurocomportamental e cognitivo. O DHA também é necessário ao longo da vida para manutenção da acuidade visual.

Além destes, há os micronutrientes como o ferro, zinco, iodo, vitamina A e D, folato e as do complexo B (B6 e B12), que também têm importância no crescimento e homeostase do corpo.

10.1 Leite Materno

A OMS recomenda o aleitamento materno desde o momento do parto até os dois anos de vida (ou mais). Deve ser exclusivo até os seis meses e após, inicia-se a alimentação complementar. O leite materno é fonte inigualável de nutrição ideal para o crescimento e desenvolvimento humano.



Importante!

- Crianças não amamentadas devem receber DHA através de sua fonte láctea complementar, caso contrário, suplementar o DHA isoladamente.

10.2 Suplementação Vitamínico-Mineral

As vitaminas A e D e os minerais iodo, zinco e ferro estão associados às maiores deficiências. São consideradas de elevado impacto social e priorizadas pela OMS em todo o mundo.



10.2.1 Vitamina D

A deficiência de vitamina D é uma das carências nutricionais mais frequentes em todo o mundo. No Brasil, embora a maioria das regiões apresente adequada iluminação solar, a hipovitaminose D é um problema frequente. Ela é a principal responsável pelo desenvolvimento e manutenção do tecido ósseo e por manter a homeostase corporal de cálcio e fósforo. A síntese cutânea é a principal fonte de vitamina D, mas suas necessidades diárias também podem ser atingidas por ingestão alimentar ou suplementação exógena.



Na atualidade, a vitamina D e sua forma ativa, a 1,25-di-hidroxitamina D, vêm adquirindo uma importância biológica e clínica cada vez maior, sendo hoje considerada hormônio esteroide de grande importância. Correlacionam a sua insuficiência ao desenvolvimento de doenças metabólicas, como diabetes mellitus, obesidade e hipertensão. Assim como em outras doenças como asma, dermatite atópica, alergia alimentar, doença inflamatória intestinal, artrite reumatoide, doença cardiovascular, esquizofrenia, depressão e variadas neoplasias (mama, próstata, pâncreas, cólon).

Importante!

- A dose preventiva universal da vitamina D é de 400UI para lactentes de 0-12 meses e 600UI para os maiores de 1 ano.
- Pode ser prescrito tanto por médico quanto enfermeiro nas consultas de puericultura intercaladas

10.2.2 Vitamina A



A vitamina A é um micronutriente encontrado em fontes de origem animal (retinol) e vegetal (provitamina A).

Importante!

- Nos alimentos de origem animal, as principais fontes são: leite humano, fígado, gema de ovo e leite.
- A provitamina A é encontrada em vegetais folhosos verdes (espinafre, couve e mostarda), vegetais amarelos (abóbora e cenoura) e frutas amarelo-alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui), além de óleos e frutas oleaginosas.

O corpo humano não é capaz de fabricar vitamina A, a qual deve ser ingerida através dos alimentos. Podemos armazenar vitamina A no fígado, garantindo uma reserva que será utilizada na medida de sua necessidade.

A deficiência de vitamina A (DVA) pode se manifestar como subclínica ou clínica. A DVA clínica (xerofthalmia) é um problema no sistema visual, atingindo três estruturas oculares: retina, conjuntiva e córnea, ocasionando a diminuição da sensibilidade à luz até cegueira parcial ou total. A primeira manifestação funcional é a cegueira noturna, que constitui a diminuição da capacidade de enxergar em locais com baixa luminosidade. A DVA subclínica caracteriza-se por uma situação na qual as concentrações estão baixas e contribuem para a ocorrência de agravos à saúde, como diarreia e morbidades respiratórias.

Alguns grupos populacionais precisam de atenção especial, pois são mais suscetíveis à deficiência de vitamina A:

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

Importante!

- O leite materno fornece a quantidade de vitamina A que as crianças precisam nos seis primeiros meses de vida quando é oferecido de forma exclusiva.
- As quantidades são suficientes para garantir a saúde, permitir crescimento normal e saudável, e para a manutenção de estoques suficientes da vitamina no fígado.

As crianças que não mamam no peito ou ingerem menor quantidade de leite materno devem receber alimentos que forneçam boas quantidades de vitamina A. A alimentação complementar saudável deve ser oferecida assim que a criança completar 6 meses de vida, sempre que possível as frutas e as refeições devem conter alimentos ricos em vitamina A.

Importante!

- Existe o programa nacional de suplementação de vitamina A, que consiste na suplementação profilática medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto por não atingir, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo.
- A adesão é individual por município conforme a necessidade.

10.2.3 Ferro

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

Considerada um sério problema de saúde pública, a anemia pode prejudicar o desenvolvimento mental e psicomotor, causar aumento de morbidade e mortalidade materna e infantil, além da queda no desempenho do indivíduo no trabalho e redução da resistência às infecções.

A prevenção da anemia em âmbito coletivo deve ser realizada pela manutenção das políticas públicas revisadas de proteção ao aleitamento materno e suplementação



profilática, fortificação de alimentos e refeições. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018) para evitar a anemia ferropriva, recomenda-se:

- Estímulo aos testes de triagem neonatal para análise de outras causas da anemia;
- Clampeamento adequado do cordão umbilical após o parto;
- Orientações adequadas para alimentação complementar do lactente e uso adequado de fórmulas infantis;
- Orientações nutricionais adequadas para famílias com rotinas alimentares específicas, como o vegetarianismo ou famílias cujas crianças fazem todas as refeições na escola.

Importante:

- As novas recomendações da sociedade brasileira de pediatria (SBP) indicam a suplementação preventiva para RN de termo, de peso adequado para a IG, de 1 mg de ferro elementar/kg/dia, a partir do 3.º mês (independentemente se em aleitamento materno exclusivo, misto ou somente fórmula infantil) até os 2 anos de idade.
- Orientar a ingestão do suplemento de ferro após as refeições e evitar a ingestão de leites e chás junto com o ferro.
- Incentivar o consumo conjunto de alimentos com vitamina C ou A.
- Realizar orientações alimentares adequadas a realidade para famílias de baixa renda.

Quadro 16: Critérios de suplementação complementar de ferro elementar

SITUAÇÃO	PRESCRIÇÃO
RN's a termo, de peso adequado para a IG em aleitamento materno exclusivo ou não. Cada caso deve ser avaliado e discutido com a equipe.	1 mg de ferro elementar/kg/dia a partir dos 3 meses até os 24 meses de vida (médico e enfermeiro).
Crianças em desmame precoce (<4 meses) mesmo a termo e com peso adequado.	1 mg/kg/dia a partir dos 4 meses até os 24 meses. Solicitar hemograma entre 9 e 12 meses (médico e enfermeiro).

RN's a termo, de peso adequado para a IG em uso de menos de 500 ml de fórmula infantil por dia.	1 mg de ferro elementar/kg/dia a partir dos 3 meses até 24 meses de vida (médico e enfermeiro).
RN's a termo com peso inferior a 2500 g.	2 mg/kg/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1 mg/kg/dia mais um ano (médico e enfermeiro).
RNPT com peso entre 2500 g e 1500 g.	2 mg/kg/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1 mg/kg/dia mais um ano (médico e enfermeiro). Solicitar hemograma entre 6 e 15 meses.
RNPT com peso entre 1500 g e 1000 g.	3 mg/kg/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1 mg/kg/dia mais um ano (somente médico). Solicitar hemograma entre 6 e 15 meses (médico e enfermeiro).
RNPT com peso inferior a 1000 g.	4 mg/kg/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1 mg/kg/dia mais um ano (somente médico). Solicitar hemograma aos 6 e 15 meses (médico e enfermeiro).

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018; Santa Catarina, 2019

OBS: As doses são referentes a ferro elementar. Para uso com sais de ferro, é necessário a conversão da dose e a prescrição será feita somente pelo médico da APS. A posologia do ferro elementar deverá ser conforme a disponibilidade da medicação no momento da prescrição.

10.2.4 Zinco

Tem ação biológica no crescimento, no desenvolvimento cognitivo, na reparação tissular e replicação celular, o que o torna um elemento de



grande importância para o organismo, particularmente para o sistema imunológico.

Importante!

- No tratamento da carência, utiliza-se a dose de zinco elementar, 1-2 mg/kg/dia por via oral e correção dietética adequada; na diarreia aguda se prescreve 20 mg/dia para crianças acima de 6 meses de idade e metade da dose para aquelas abaixo dessa idade.
(prescrição médica)

10.2.5 Complexo B

As vitaminas do complexo B tem importante papel como coenzimas em vários sistemas enzimáticos. São oito as principais vitaminas que o compõem: B1 – tiamina; B2 – riboflavina; B3 – niacina; B5 – ácido pantotênico; B6 – piridoxina; B7 – biotina ou vitamina H; B9 – folacina ou ácido fólico; B12 – cianocobalamina.



Os déficits de vitaminas específicas desse grupo dificilmente ocorrem de forma isolada, estando habitualmente associados a desnutrição energética proteica e ao uso prolongado de dietas com muita restrição de produtos de origem animal.

Quadro 17: Quadro clínico das deficiências de vitaminas do complexo B

VITAMINA DEFICIENTE	QUADRO CLÍNICO PRESCRIÇÃO (SOMENTE MÉDICO)
B1	- Deficiência isolada de B1 é muito rara; - Resulta em quadro clínico denominado Beribéri: anorexia, perda de peso, fadiga fácil e até mesmo insuficiência cardíaca; Prescrição médica: - De 1 a 4 anos – 0,4 a 0,5 mg/dia; - Em maiores de 4 anos – 0,5 a 0,6 mg/dia.
B2	- Queilose, queilite angular, glossite, palidez de mucosas e manifestações oculares como sensibilidade a luz, além de

	<p>interferir no metabolismo do ferro e de outras vitaminas do complexo B;</p> <p>Prescrição médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até 6 meses – 0,2 mg/dia; - De 7 a 12 meses – 0,3 mg/dia; - De 1 a 4 anos – 0,4 mg/dia; - Maiores de 4 anos – 0,5 mg/dia.
B3	<ul style="list-style-type: none"> - Pelagra, que se caracteriza por dermatite, diarreia e depressão, habitualmente associadas a glossite e anemias; <p>Prescrição médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até os 6 meses – 2 mg/dia; - De 7 a 12 meses – 4 mg/dia; - De 1 a 3 anos – 5 mg /dia; - Acima de 4 anos – 6 mg/dia.
B5	<ul style="list-style-type: none"> - Emagrecimento, distúrbios do crescimento, cefaleia, irritabilidade, insônia, lesões descamativas em mucosa e distúrbios do comportamento (participa na síntese de aminoácidos, ácidos graxos, hormônios esteroides e da síntese de hemoglobina). <p>Prescrição médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até 6 meses – 1,7 mg/dia; - De 7 a 12 meses – 1,8 mg/dia; - De 1 a 4 anos – 2 mg/dia; - Acima de 4 anos – 3 mg/dia.
B7	<ul style="list-style-type: none"> - Emagrecimento, distúrbios do crescimento, cefaleia, irritabilidade, insônia, lesões descamativas em mucosa e distúrbios do comportamento (participa na síntese de aminoácidos, ácidos graxos, hormônios esteroides e da síntese de hemoglobina). <p>Prescrição médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até 6 meses – 1,7 mg/dia;

	<ul style="list-style-type: none"> - De 7 a 12 meses – 1,8 mg/dia; - De 1 a 4 anos – 2 mg/dia; - Acima de 4 anos – 3 mg/dia.
B9	<p>- Anemia, é essencial para síntese de tiamina – nucleotídeo que compõe o ácido desoxirribonucleico (DNA) das células – sua deficiência acarreta em uma menor síntese de DNA.</p> <p>Prescrição médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até 6 meses – 65 mcg/dia; - De 7 a 12 meses – 80 mcg/dia; - De 1 a 3 anos – 150 mcg/dia; - Acima de 4 anos – de 200 a 400 mcg/dia.
B12	<p>- Anemia; a anemia por deficiência de B12 tem distribuição universal, com aparecimento importante nos vegetarianos estritos;</p> <p>- Manifestações clínicas incluem sintomas relacionados a anemia, sintomas gastrointestinais e sinais neurológicos, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cansaço, palidez acentuada, língua lisa, ardor lingual, sensações parestésicas em membros inferiores e mãos (neuropatia periférica), dificuldade de locomoção, perturbações esfíncterianas, hipo ou hiperreflexia e perturbações mentais (alucinações até demência). <p>Prescrição médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até 6 meses – 0,4 mg/dia; - De 6 a 12 meses – 0,5 mg/dia; - De 1 a 4 anos – 0,7 mg/dia; - Acima de 4 anos – 1,0 mg/dia.

Fonte: Adaptado de DRI, 2006.

11 VACINAÇÃO



Em 1973 foi formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), por determinação do MS, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações, programa esse que inspira respeito internacional e é um sucesso do Brasil reconhecido no mundo.

As baixas coberturas vacinais foram substancialmente afetadas com a pandemia da COVID-19, tornando essencial reavaliar estratégias e processos de trabalho no âmbito da imunização, devido a necessidade de intensificar as ações de vacinação para garantir a promoção e proteção da saúde da população.

A vacinação requer adoção de boas práticas de vacinação segura que e compreendida desde o momento em que a vacina e produzida até a administração. O processo da vacinação requer uma triagem completa e minuciosa do indivíduo, sendo fundamental que o profissional da sala de vacinas conheça a situação de saúde do indivíduo, a situação epidemiológica da região que trabalha, instrumentos básicos da enfermagem e conhecimentos aplicáveis a imunização.

As etapas que contemplam o atendimento na sala de vacinação são:

- Acolhimento na unidade de saúde;
- Triagem e coleta de informações do estado de saúde e situação vacinal;
- Preparo e administração segura do imunobiológico;
- Registro de vacinação no sistema de informação do PNI e cartão de vacinas e aprazamento das doses subsequentes.
- Orientar sobre eventos adversos, cuidados com o sítio de aplicação e, na ocorrência de eventos adversos pós-vacinação orientar a retornar a unidade de saúde.

Importante!

- A referência regional para crianças nascidas no SUS é o HMTR, com a administração dos imunobiológicos de segunda a sexta-feira. Crianças nascidas aos finais de semana ou em outros hospitais, devem procurar a UBS de sua referência ou no caso de Lages o CRESÇA, para a administração das vacinas.
- Para fins deste protocolo, destacamos somente as vacinas contempladas até a faixa etária de 4 anos.

As solicitações de imunobiológicos especiais devem ser solicitados junto à Regional de Saúde de Lages, seguindo os critérios para indicação de cada vacina.

- Solicitação vacina Hepatite A (HA): além da prescrição médica é obrigatório anexar o resultado do exame anti-HAV (validade 6 meses);
- Solicitação de vacina difteria, tétano, pertussis acelular (DTPa) + Haemophilus influenzae tipo b (Hib) quando indicada por reação vacinal deverá incluir o anexo completo da notificação no sistema de informações de eventos adversos pós vacinação e no sistema de informações do programa nacional de imunizações com a orientação de troca de esquema;
- Solicitação para 1.^a dose de DTPa + Hib quando indicada para prematuros extremos (abaixo de 31 semanas e peso menor que 1.000 g), deverá constar explícito na prescrição médica: semana gestacional e/ou peso e a continuidade do esquema deverá ser com pentavalente (D2 e D3). A DTPa + Hib quando não realizada até o 3.^o mês, não possui mais indicação pois a criança deixou de ser prematura extrema e apresenta mais de 1.000 g.
- Solicitação de vacina Pneumocócica Polissacarídica 23 (PNEUMO 23) está indicada a partir de 2 anos de idade conforme as indicações clínicas.



11.1 Contraindicações, Situações Especiais, Adiamento, Vacinação Simultânea e Falsas Contraindicações

Alguns fatores, situações e condições podem ser considerados como possíveis contraindicações gerais à administração de todo imunobiológico e devem ser objeto de avaliação, podendo apontar a necessidade do adiamento ou da suspensão da vacinação.

Especial atenção deve ser dada às falsas contraindicações, que interferem de forma importante para o alcance das metas e dos percentuais de cobertura dos grupos-alvo.

Em geral, as vacinas bacterianas e virais atenuadas não devem ser administradas a usuários com imunodeficiência congênita ou adquirida, portadores de neoplasia maligna, em tratamento com corticosteroides em dose imunossupressora e em outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia, radioterapia etc.).

11.1.1 Contraindicações Comuns a Todo Imunobiológico



A contraindicação é entendida como uma condição do usuário a ser vacinado que aumenta, em muito, o risco de um evento adverso grave ou faz com que o risco de complicações da vacina seja maior do que o risco da doença contra a qual se deseja proteger.

Importante!

Consideram-se como contraindicações:

- Ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior;
 - História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos.
- A ocorrência de febre acima de 38,5 °C, após a administração de uma vacina, não constitui contraindicação à dose subsequente.
- Quando ocorrer febre, administrar antitérmico de acordo com a prescrição médica/enfermagem.
- Não indique o uso de paracetamol antes ou imediatamente após a vacinação para não interferir na imunogenicidade da vacina.

11.1.2 Situações Especiais



Usuários que fazem uso de terapia com corticosteroides devem ser vacinados com intervalo de, pelo menos, três meses após a suspensão da droga.

Importante!

- É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia e para adultos por tempo superior a 14 dias.
- Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação.

- O uso de corticoides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta duração (menor do que 14 dias) não constitui contraindicação de vacinação.

Usuários infectados pelo HIV precisam de proteção especial contra as doenças imunopreveníveis, mas é necessário avaliar cada caso, considerando-se que há grande heterogeneidade de situações, desde o soropositivo (portador assintomático) até o imunodeprimido, com a doença instalada, conforme conduta clínica.

Usuários com imunodeficiência clínica ou laboratorial grave não devem receber vacinas de agentes vivos atenuados.

O usuário que fez transplante de medula óssea (pós-transplantado) deve ser encaminhado ao CRIE de 6 a 12 meses após o transplante, para revacinação conforme indicação.

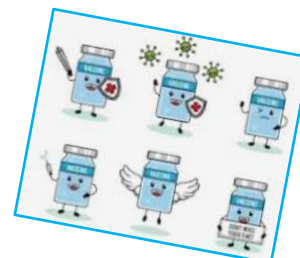
11.1.3 Adiamento da Vacinação

- Usuário de dose imunossupressora de corticoide – vacinar 90 dias após a suspensão ou o término do tratamento.
- Usuário que necessita receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados – não vacinar com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos.
- Usuário que apresenta doença febril grave – não vacinar até a resolução do quadro, para que os sinais e sintomas da doença não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina.



11.1.4 Vacinação Simultânea

A vacinação simultânea consiste na administração de duas ou mais vacinas no mesmo momento em diferentes regiões anatômicas e vias de administração. De um modo geral, as vacinas dos calendários de vacinação podem ser administradas simultaneamente sem que ocorra interferência na resposta imunológica, exceto as vacinas da febre amarela (FA), tríplice viral, varicela (VZ) e tetra viral, que devem ser administradas com intervalo de 30 dias.



11.1.5 Falsas Contraindicações



- Doença aguda benigna sem febre – quando a criança não apresenta histórico de doença grave ou infecção simples das vias respiratórias superiores;
- Prematuridade ou baixo peso ao nascer – as vacinas devem ser administradas na idade cronológica recomendada, com exceção para a vacina BCG, que deve ser administrada nas crianças com peso ≥ 2 kg;
- Ocorrência de evento adverso em dose anterior de uma vacina, a exemplo da reação local (dor, vermelhidão ou inflamação no lugar da injeção);
- Diagnósticos clínicos prévios de doença, tais como tuberculose, coqueluche, tétano, difteria, poliomielite, sarampo, caxumba e rubéola;
- Doença neurológica estável ou pregressa com sequela presente;
- Antecedente familiar de convulsão ou morte súbita;
- Alergias, exceto as alergias graves a algum componente de determinada vacina (anafilaxia comprovada);
- História de alergia não específica, individual ou familiar;
- História familiar de evento adverso à vacinação (exemplo: convulsão);
- Uso de antibiótico, profilático ou terapêutico e antiviral;
- Tratamento com corticosteroides em dias alternados em dose não imunossupressora;
- Uso de corticosteroides inalatórios ou tópicos ou com dose de manutenção fisiológica;
- Quando o usuário é contato domiciliar de gestante, uma vez que os vacinados não transmitem os vírus vacinais do sarampo, da caxumba ou da rubéola;
- Convalescença de doenças agudas;
- Usuários em profilaxia pós-exposição e na reexposição com a vacina raiva (inativada);
- Internação hospitalar.

O calendário de vacinação da rede pública de Santa Catarina e o calendário vacinal especial para o prematuro extremo em Santa Catarina encontram-se respectivamente nos ANEXOS 10 e 11.

11.2 Especificações de Cada Vacina



11.2.1 Vacina Bacilo de Calmette e Guérin (BCG)

BCG é preparada com bacilos vivos, a partir de cepas do *Mycobacterium bovis*, atenuadas. A subcepa utilizada no Brasil é a Moureau-Rio de Janeiro, sendo administrada por via intradérmica em deltoide direito.

Indicação: prevenir as formas graves da tuberculose (miliar e meníngea).

Contraindicação: ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior; história de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos; bem como para os usuários a partir dos 5 anos de idade portadores de HIV, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência.

Importante!

- Administre o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento. Para os prematuros com menos de 36 semanas, administrar a vacina depois que eles completarem 1 mês de vida e atingirem 2 kg.
- A presença da cicatriz vacinal é considerada como dose para efeito de registro, independentemente do tempo transcorrido desde a vacinação até o aparecimento da cicatriz.
- Para crianças que foram vacinadas com a vacina BCG e que não apresentem cicatriz vacinal após 6 meses, revacine-as apenas uma vez, mesmo que não apresentem cicatriz novamente.
- Os RN contatos de indivíduos bacilíferos deverão ser vacinados somente após o tratamento da infecção latente da tuberculose ou a quimioprofilaxia.
- Ao administrar dose adicional em contato de paciente de hanseníase, respeite o intervalo de seis meses da dose anterior. Administre um pouco acima (± 1 cm) da cicatriz existente.
- Em gestante contato de indivíduo portador de hanseníase, a vacinação com BCG deve ser adiada para depois do parto.
- A realização do teste tuberculínico é dispensável antes ou depois da administração da vacina BCG, inclusive para os contatos de pacientes de hanseníase.

11.2.2 Vacina Hepatite B (Recombinante)

A vacina hepatite B (recombinante) (HB) contém HBsAg, que é purificado e previne a infecção pelo vírus da hepatite B.

RN's devem receber a primeira dose (vacina monovalente) nas primeiras 24 horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, ainda na maternidade ou na primeira visita ao serviço de saúde, até 30 dias de vida.

A continuidade do esquema vacinal será com a vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, HB e Haemophilus influenzae b (conjugada) – penta e, nesta situação, o esquema corresponderá a quatro doses, para as crianças que iniciam esquema vacinal a partir de 1 mês de idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias. (1.^a dose HB, 2, 4 e 6 meses - Penta);

Administrar a vacina por via intramuscular, em usuário portador de discrasia sanguínea (por exemplo: hemofílico), a vacina pode ser administrada por via subcutânea.

Importante!

- Em menores de 2 anos de idade, administre a vacina no músculo vasto lateral da coxa.
- No caso do músculo deltoide, em usuários acima de 2 anos, a administração será feita na face externa superior do braço.
- Deve ser evitada administração na região glútea em razão da maior quantidade de tecido adiposo, situação em que a vacina não é inoculada no interior do músculo.

Indicação:

- Para RN's, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas, ainda na maternidade ou na primeira visita ao serviço de saúde, até 30 dias de vida;
- Para indivíduos integrantes dos grupos vulneráveis, independentemente da faixa etária.

Contraindicação: na ocorrência de reação anafilática após o recebimento de qualquer dose da vacina ou de seus componentes.

Importante!

- A vacina HB pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas, independentemente de qualquer intervalo.
- Em RN's de mães portadoras da hepatite B, administre a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B preferencialmente nas primeiras 12 horas, podendo a imunoglobulina ser administrada no máximo até 7 dias de vida

11.2.3 Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)

Na vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (DTP ou tríplice bacteriana) o primeiro reforço deve ser administrado aos 15 meses e, o segundo, aos 4 anos de idade. A idade máxima para administrar as vacinas com o componente pertussis de células inteiras é 6 anos, 11 meses e 29 dias.

Indicação: vacinação de crianças menores de 7 anos de idade como dose de reforço do esquema básico da vacina penta.

Contraindicação:

- Convulsões até 72 horas após a administração da vacina;
- Colapso circulatório, com estado de choque ou com episódio hipotônico-hiporresponsivo (EHH), até 48 horas após a administração da vacina;
- Encefalopatia nos primeiros sete dias após a administração da vacina;
- Usuários a partir de 7 anos de idade;
- Ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior

Importante!

- Quando a vacina for contraindicada, devido à ocorrência de convulsões ou colapso circulatório, administre a vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) conforme orientação dada no manual do CRIE.
- Em casos de encefalopatia, está contraindicada qualquer dose subsequente com vacinas com componente pertussis, sendo indicada, nestes casos, a vacina adsorvida difteria e tétano infantil (dupla infantil).
- Administre a vacina em crianças menores de 2 anos no músculo vasto lateral da coxa e, nos maiores de 2 anos, no deltóide.

11.2.4 Vacina Adsorvida Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B (Recombinante) e Haemophilus Influenzae b (Conjugada) (PENTA)

É composta pela combinação de toxoides purificados de difteria e tétano, suspensão celular inativada de Bordetella pertussis (células inteiras), antígeno de superfície da hepatite B (recombinante) e oligossacarídeos conjugados de Hib (conjugada). O esquema corresponde a três doses, administradas aos 2, aos 4 e aos 6 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. São necessárias doses de reforço com a vacina adsorvida DTP, que devem ser administradas aos 15 meses e aos 4 anos de idade. A idade máxima para se administrar as vacinas com o componente pertussis de células inteiras é 6 anos, 11 meses e 29 dias.

Indicação: crianças menores de 5 anos de idade como dose do esquema básico.

Contraindicação: nas situações onde a criança apresentar quadro neurológico em atividade ou quando, após dose anterior de vacina com estes componentes, a criança registrar qualquer das seguintes manifestações:

- Convulsão nas primeiras 72 horas após a administração da vacina;
- Episódio hipotônico-hiporresponsivo nas primeiras 48 horas após a administração da vacina;
- Encefalopatia aguda grave depois de sete dias após a administração de dose anterior da vacina;
- História de choque anafilático após administração de dose anterior da vacina.

Nestas situações, busque orientação no CRIE sobre as vacinas que devem ser indicadas para o usuário.

11.2.5 Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (Inativada) (VIP)

A vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) (VIP) é trivalente e integra o esquema sequencial com a vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) (VOP). O esquema sequencial corresponde a três doses, sendo duas doses da vacina VIP (aos 2 e 4 meses) e uma dose da VOP (aos 6 meses), com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias.

Indicação: prevenir contra a poliomielite causada por vírus dos tipos 1, 2 e 3. O PNI recomenda a vacinação de crianças a partir de 2 meses até menores de 5 anos de idade, como doses do esquema básico.

Contraindicação: na ocorrência de reação anafilática após o recebimento de qualquer dose da vacina ou aos seus componentes.

Importante!

- Em usuários menores de 5 anos de idade sem comprovação vacinal, administrar esquema sequencial.
- Criança filha de mãe HIV positivo deve receber o esquema básico e também os reforços com a vacina VIP, mesmo antes da definição diagnóstica.
- A vacina pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas dos calendários de vacinação do MS.

11.2.6 Vacina Poliomielite 1, 2, 3 (Atenuada) (VOP)

A VOP é trivalente, ou seja, contém os três tipos de poliovírus 1, 2 e 3. Tem como adjuvante o cloreto de magnésio e como conservantes a estreptomicina e a eritromicina. Protege contra a poliomielite causada por vírus dos tipos 1, 2 e 3.

Esta vacina integra o esquema sequencial com a vacina VIP. O esquema sequencial corresponde a três doses, sendo duas doses da vacina VIP (aos 2 e 4 meses) e uma dose da VOP (aos 6 meses), com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias.

Indicação: prevenir contra a poliomielite causada por vírus dos tipos 1, 2 e 3. O PNI recomenda a vacinação de crianças de 6 meses até menores de 5 anos de idade como dose do esquema básico ou reforço.

Contraindicação: nos seguintes casos:

- Usuários com hipersensibilidade sistêmica conhecida a qualquer componente da vacina;
- Usuários com imunodeficiência humoral ou mediada por células com neoplasias ou usuários que estão fazendo uso de terapia imunossupressora;
- Usuários que apresentaram poliomielite paralítica associada à dose anterior desta mesma vacina;
- Usuários que estejam em contato domiciliar com pessoas imunodeficientes suscetíveis;
- Lactentes e crianças internados em unidade de terapia intensiva (UTI).

Importante!

- Nos casos de poliomielite parálitica associada à vacina VOP, indique a vacina VIP.
- A vacina é administrada por via oral.
- Administre duas doses de reforço com a VOP aos 15 meses e aos 4 anos de idade.
- Cada dose da vacina corresponde a duas gotas.
- A vacina pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas dos calendários de vacinação do MS.

*** Repita a dose se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar.**

11.2.7 Vacina Pneumocócica Conjugada 10 Valente (PNEUMO 10)

A vacina pneumocócica conjugada 10 valente (PNEUMO 10), deve ser administrada aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias, em crianças menores de 1 ano de idade.

O reforço deve ser feito entre 12 e 15 meses, preferencialmente aos 12 meses, considerando-se o intervalo de 6 meses após o esquema básico. Administre o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose em crianças que iniciam o esquema básico após 6 meses de idade.

Em crianças entre 12 e 23 meses de idade sem comprovação vacinal ou com esquema incompleto, administre uma única dose. Pode ser administrada simultaneamente (ou com qualquer intervalo) com outras vacinas do calendário nacional de vacinação.

Indicação: prevenir contra infecções invasivas (sepse, meningite, pneumonia e bacteremia) e otite média aguda causadas pelos 10 sorotipos de Streptococcus pneumoniae, contidos na vacina, em crianças menores de 2 anos de idade.

Contraindicação: ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior e história de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos.

11.2.8 Vacina Rotavírus Humano (Atenuada) (VORH)

A vacina rotavírus humano (atenuada) (VORH) é constituída por um sorotipo do rotavírus humano atenuado da cepa (RIX4414). O esquema corresponde a duas doses, administradas aos 2 meses e 4 meses de idade. A primeira dose pode ser administrada a

partir de 1 mês e 15 dias até 3 meses e 15 dias. A segunda dose pode ser administrada a partir de 3 meses e 15 dias até 7 meses e 29 dias

Indicação: prevenção de gastroenterites causadas por rotavírus dos sorotipos G1 em crianças menores de 1 ano de idade. Embora seja monovalente, a vacina oferece proteção cruzada contra outros sorotipos de rotavírus que não sejam G1 (G2, G3, G4, G9).

Contraindicação: sua principal contraindicação é a administração fora da faixa etária preconizada. Mesmo que a criança esteja na faixa etária preconizada, a vacina é contraindicada:

- Na ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos;
- Presença de imunodepressão severa;
- Vigência do uso de corticosteroides em doses imunossupressoras ou quimioterápicos;
- Crianças que tenham histórico de invaginação intestinal ou com malformação congênita não corrigida do trato gastrointestinal.

Importante!

- Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação ou se a vacina for administrada fora das faixas etárias preconizadas, **não repita a dose**. Nestes casos, considere a dose válida.

- Recomenda-se completar o esquema da vacina VORH do mesmo laboratório produtor.

*** A vacina é administrada exclusivamente por via oral**

11.2.9 Vacina Meningocócica C (Conjugada) (MENINGO C)

A vacina meningocócica C (conjugada) (MENINGO C) é constituída por polissacarídeos capsulares purificados da *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C. O esquema corresponde a duas doses, administradas aos 3 meses e 5 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias. O reforço deve ser feito entre 12 meses e 15 meses (preferencialmente aos 15 meses). Em crianças entre 12 meses e 23

meses de idade sem comprovação vacinal ou com esquema incompleto, administre uma única dose.

Indicação: para a prevenção da doença sistêmica causada pela *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C em crianças menores de 2 anos.

Contraindicações: Na ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior; história de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos.

Importante!

- A vacina é administrada exclusivamente por via intramuscular.
- **Em nenhuma circunstância deve ser administrada por via subcutânea ou endovenosa.**

11.2.10 Vacina Febre Amarela (Atenuada) (FA)

A vacina FA é composta de vírus vivos atenuados da FA derivados da linhagem 17 DD. O esquema vacinal corresponde à administração de uma dose a partir dos 9 meses de idade e um reforço aos 4 anos de idade.

Indicação: para prevenir contra a febre amarela em residentes ou viajantes que se deslocam para as áreas com recomendação de vacinação e países com risco para a doença, a partir dos 9 meses de idade, conforme calendário nacional de vacinação.

Contraindicação:

- Na ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior;
 - História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos;
 - Para crianças menores de 6 meses de idade;
 - Para o imunodeprimido grave, independentemente do risco de exposição;
 - Portadores de doenças autoimunes (consulte o manual de eventos adversos pós vacinação);
- **Em caso de reação anafilática após a ingestão de ovo de galinha**, a vacinação deve ser feita em ambiente hospitalar após avaliação médica.

Importante!

- Não administre a vacina da FA simultaneamente com a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e/ou tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e/ou varicela, estabelecendo o intervalo mínimo de 30 dias

* **A vacina é administrada por via subcutânea**

11.2.11 Vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola (TRÍPLICE VIRAL)

A vacina sarampo, caxumba e rubéola é composta por vírus vivos e o esquema básico da vacina é de duas doses para indivíduos de 12 meses a 19 anos de idade, nas seguintes situações:

- A primeira dose (aos 12 meses de idade) deve ser com a vacina tríplice viral e a segunda dose (aos 15 meses de idade) deve ser com a vacina tetra viral, para as crianças que já tenham recebido a 1.^a dose da vacina tríplice viral.
- Para as crianças acima de 15 meses de idade não vacinadas, administre a vacina tríplice viral observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considere vacinada a pessoa que comprovar duas doses de vacina com componente de sarampo, caxumba e rubéola.

Indicação: vacinação de usuários a partir de 12 meses de idade.

Contraindicação:

- Registro de anafilaxia após recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos;
- Usuários com imunodeficiência clínica ou laboratorial grave;
- Gestação.

Importante!

- Em situação de bloqueio vacinal em crianças menores de 12 meses, administre uma dose entre 6 meses e 11 meses de idade e mantenha o esquema vacinal.

- Não administre tal vacina simultaneamente com a vacina FA (atenuada), estabelecendo o intervalo mínimo de 30 dias.

* **A vacina é administrada por via subcutânea**, de preferência, na região do deltoide, na face externa superior do braço, ou na face ântero-lateral externa do antebraço.

11.2.12 Vacina Hepatite A (HA)

Contém antígeno do vírus da hepatite é recomenda uma dose aos 12 meses de idade na rotina de vacinação. Situações individuais específicas podem exigir a adoção de esquema e dosagem diferenciados nos CRIE.

Indicação: vacinação de crianças de 12 meses até menores de 2 anos de idade.

Contraindicação: a presença de história de reação anafilática a algum dos componentes da vacina.

Importante!

- A vacina é administrada por via intramuscular, em crianças menores de 2 anos no músculo vasto lateral da coxa e, nos maiores de 2 anos, no deltóide.
- O volume da vacina a ser administrado é de 0,5 ml. A vacina pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas dos calendários de vacinação do MS.

11.2.13 Vacina Varicela (VZ)

A vacina VZ é de vírus vivo atenuado, a primeira dose da vacina com componente da varicela é administrada aos 15 meses de idade (vacina tetraviral). Já a segunda é administrada aos 4 anos de idade (VZ). Na profilaxia de pós-exposição, a vacina pode ser utilizada a partir dos 9 meses de idade. Para o **usuário indígena** que perdeu a oportunidade de receber o esquema quando criança, administre uma ou duas, conforme indicação da bula.

Indicação: Na rotina de vacinação da população indígena. Esta vacina também está indicada para usuários com condições clínicas especiais nos CRIE.

Contraindicação:

- Registro de anafilaxia após recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos;
- Gestantes ou mulheres em idade fértil que pretendem engravidar dentro de um mês.

Importante!

- Não considere como válida a dose administrada a menores de 12 meses de idade na vigência de surto. Neste caso, mantenha o esquema vacinal.

- Não administre tal vacina simultaneamente com a vacina FA, estabelecendo o intervalo mínimo de 30 dias

*** A via de administração recomendada é a subcutânea**

11.2.14 Vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (Atenuada) **(TETRA VIRAL)**

O esquema corresponde a uma dose aos 15 meses de idade em crianças que tenham recebido a **primeira dose da vacina tríplice viral**

Indicação: vacinação de crianças com 15 meses de idade que já tenham recebido a primeira dose da vacina tríplice viral.

Contraindicação:

- Anafilaxia após dose anterior;
- História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos;
- Usuários com imunodeficiência clínica ou laboratorial grave.

Importante!

- Em situação de bloqueio vacinal em surto de sarampo ou rubéola para crianças menores de 12 meses, administre uma dose da vacina tríplice viral entre 6 meses e 11 meses de idade e mantenha o esquema vacinal, ou seja, uma dose de tríplice viral aos 12 meses de idade e uma dose de tetra viral aos 15 meses de idade.

- Em surto de varicela em ambiente hospitalar ou em área indígena, utilize a vacina varicela (atenuada) a partir dos 9 meses de idade.

- **Não administre tal vacina simultaneamente com a vacina FA (atenuada) e estabeleça o intervalo mínimo de 30 dias.**

*** A vacina é administrada por via subcutânea de preferência, na região do deltoide, na face externa superior do braço.**

11.2.15 Vacina Influenza (Fracionada, Inativada)

A vacina é composta por diferentes cepas do vírus Myxovirus influenzae, a composição e a concentração de antígenos de hemaglutinina são definidas a cada ano em função dos dados epidemiológicos, que apontam o tipo e a cepa do vírus influenza que está circulando de forma predominante nos hemisférios Norte e Sul.

A vacina é administrada anualmente para grupos elegíveis. O número de doses e o volume são estabelecidos de acordo com a faixa etária para indivíduos a partir dos 6 meses de idade.

Indicação: proteção contra o vírus da influenza e contra as complicações da doença, principalmente as pneumonias bacterianas secundárias.

Contraindicação:

- Para menores de 6 meses de idade;
- Para indivíduos que, após o recebimento de qualquer dose anterior, apresentaram hipersensibilidade imediata (reação anafilática);
- História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos;
- Em caso de ocorrência da síndrome de Guillian-Barré no período de até 6 semanas após a dose anterior, recomenda-se realizar avaliação médica criteriosa sobre o benefício e o risco da vacinação.

Importante!

- A vacina é administrada por via intramuscular;
- Recomenda-se a administração da vacina por via subcutânea em indivíduos que apresentam discrasias sanguíneas ou estejam utilizando anticoagulantes orais



11.3 Palivizumabe

O Palivizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado, utilizado para a prevenção de infecções graves pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em crianças nascidas prematuras e com algumas indicações bem definidas.

O período de sazonalidade na região sul do Brasil, compreende o período dos meses de abril a agosto. A primeira dose deve ser administrada no mês de março. As

doses subsequentes devem ser administradas com intervalos de 30 dias durante o período definido, no total de até 5 doses, dependendo do mês de início das aplicações, da idade limítrofe de inclusão no programa e critérios relacionados. Neste período, a criança inscrita no programa deve receber as doses mensais do imunobiológico, nos serviços de saúde.

Importante!

- Na região serrana o polo de administração é o Hospital Seara do Bem Materno Infantil, onde a busca ativa mensal e anual de crianças que atendem aos critérios de elegibilidade, para o recebimento de Palivizumabe, é realizada pelas equipes de saúde vinculadas às UBS. Esta ação é fundamental para a prevenção do adoecimento e óbito causado pela infecção do VSR.

11.3.1 Critérios de Elegibilidade

- **Critério 1:** Criança prematuras nascidas com IG \leq 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano.
- **Critério 2:** Crianças com idade inferior a 2 anos com doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia broncopulmonar.
- **Critérios 3 e 4:** Crianças com idade inferior a 2 anos com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada, exceto se não apresentar risco elevado de infecção pelo VSR.

11.3.2 Modalidades de Busca Ativa

- Busca ativa mensal: Refere-se às crianças que foram incluídas no programa na sazonalidade do ano corrente, mas não comparecem nas datas agendadas para aplicação das doses (ANEXO 12).
- Busca ativa anual: refere-se às crianças que foram incluídas no programa e realizaram aplicação de doses na sazonalidade do ano anterior, mas não apresentaram a documentação para reavaliação, embora apresentem critérios de elegibilidade para a inclusão no ano vigente (ANEXO 13).

12 INTRODUÇÃO ALIMENTAR



O guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos é o referencial do MS para recomendações sobre alimentação infantil.

Objetiva promover um crescimento e desenvolvimento saudável, utilizando alimentos *in natura* ou minimamente processados. A composição das refeições deve ter como base a valorização das preparações culinárias locais regionais, bem como a prática social e cultural, e a importância da dedicação de tempo à alimentação, local das refeições e companhia.

A saúde da criança é prioridade absoluta e responsabilidade de todos. O ambiente familiar é o espaço para a promoção da saúde e os primeiros anos de vida são os mais importantes para a formação de hábitos alimentares. O estímulo à autonomia da criança contribui para o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação.

12.1 Os 12 Passos Para Uma Alimentação Saudável



1. Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.
2. Oferecer alimentos *in natura* ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses.
3. Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
4. Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.
5. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade.
6. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.
7. Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.
8. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.
9. Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.
10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.

11. Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.

12. Proteger a criança da publicidade de alimentos.



12.2 Alimentação de Crianças Não Amamentadas

As crianças que recebem fórmula infantil poderão iniciar a alimentação complementar a partir dos 6 meses seguindo a mesma recomendação de introdução alimentar para crianças amamentadas.

Quadro 18: Alimentação da criança que recebe fórmula infantil por faixa etária

Aos 6 meses de idade
Café da manhã — fórmula infantil
Lanche da manhã — fruta
Almoço: É recomendado que o prato da criança tenha: <ul style="list-style-type: none">● 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;● 1 alimento do grupo dos feijões;● 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;● 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser oferecido 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

Fonte: Brasil, 2019c

Quadro 19: Introdução alimentar a partir de 4 meses de idade, para crianças em uso de leite de vaca modificado

Aos 4 meses de idade
Café da manhã — leite de vaca integral
Lanche da manhã — fruta

<p>Almoço: É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; • 1 alimento do grupo dos feijões; • 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; • 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição, pode ser oferecido 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.</p>
Lanche da tarde — leite de vaca integral e fruta
Jantar — leite de vaca integral
Ceia — leite de vaca integral

Fonte: Brasil, 2019c

12.3 Alimentação das Crianças de 6 Meses a 2 Anos

O guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos apresenta recomendações sobre a alimentação complementar. É no período em que completa 6 meses que a maioria das crianças estarão prontas para iniciar a alimentação. Contudo, esse primeiro momento é de adaptação: a criança poderá recusar o alimento e chorar durante a alimentação. A família precisa ser informada que é importante ter paciência, tornando o momento da refeição uma experiência amorosa e positiva (BRASIL, 2019c).

A introdução alimentar deve começar com três refeições por dia, podendo ser duas refeições de lanche (fruta) e uma de comida (almoço ou jantar), ou duas refeições de comida (almoço e jantar) e um lanche (fruta). Não é preciso fixar uma regra sobre qual refeição oferecer primeiro, mas sim ter a compreensão que, ao completar 7 meses, o bebê precisa estar recebendo habitualmente três refeições por dia (BRASIL, 2019c).

A aquisição de hábitos alimentares saudáveis é determinante para a saúde do indivíduo. No início da oferta de alimentos, a criança deve receber alimentos amassados com o garfo. Conforme a criança cresce e se desenvolve, a consistência da alimentação também vai ficando menos pastosa para se tornar cada vez mais parecida com a consistência da comida da família. A consistência adequada é aquela que não escorre da

colher, que é firme, que dá trabalho para mastigar, ajudando no desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça, colaborando para a respiração adequada e o aprendizado da mastigação.

Importante destacar que o uso do liquidificador, mixer ou peneiras deve ser evitado, isso porque a criança que recebe alimentos muito líquidos pode ter dificuldade em comer alimentos mais sólidos e também porque alimentos como sopas, sucos e caldos, por conterem mais água, fornecem menos energia que a criança necessita.

A criança pode e deve, desde o início, ser alimentada com a comida da família, que deve ser preparada com óleo vegetal em pequena quantidade, temperos naturais e com uma quantidade mínima de sal. Não utilizar temperos industrializados. O sal, além de aumentar o risco de hipertensão arterial no futuro, modula a percepção das papilas gustativas e, com isso, as crianças desenvolvem preferências alimentares por alimentos ricos nesse produto (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). Orienta-se que os temperos naturais como cebola, alho, salsa, cebolinha, sálvia, manjericão e demais ervas e especiarias do gosto da família devem ser usados para temperar a comida.

Outra orientação importante é com relação ao consumo de açúcar, que deve ser evitado antes dos 2 anos de idade. Não ofertar açúcar e produtos que contenham esse ingrediente nos 2 primeiros anos de vida contribui para a formação de hábitos alimentares mais saudáveis, diminui a chance de ganho de peso excessivo durante a infância e, conseqüentemente, o desenvolvimento de obesidade e outras doenças na vida adulta.

Veja a seguir a recomendação para a alimentação complementar saudável por faixa etária:

Quadro 20: Alimentação da criança ao longo do dia entre 6 e 8 meses

Entre 6 e 8 meses de idade	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a	Café da manhã — leite materno
	Lanche da manhã e da tarde — fruta e leite materno
	Almoço e jantar: É recomendado que o prato da criança tenha: <ul style="list-style-type: none"> ● 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; ● 1 alimento do grupo dos feijões; ● 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; ● 1 alimento do grupo das carnes e ovos.

criança quiser	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

Fonte: Brasil, 2019c

Quadro 21: Alimentação da criança ao longo do dia entre 9 e 11 meses

Entre 9 e 11 meses de idade	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser	Café da manhã — leite materno
	Lanche da manhã e da tarde — fruta e leite materno
	Almoço e jantar: É recomendado que o prato da criança tenha: <ul style="list-style-type: none"> ● 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; ● 1 alimento do grupo dos feijões; ● 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; ● 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>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.</p>
	Antes de dormir — leite materno

Fonte: Brasil, 2019c

Quadro 22: Alimentação da criança ao longo do dia entre 1 e 2 anos de idade

Entre 1 e 2 anos de idade	
O leite materno pode ser oferecido	<p>Café da manhã</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fruta e leite materno ou ● Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e leite materno ou

sempre que a criança quiser	<ul style="list-style-type: none"> ● Raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) e leite materno
	Lanche manhã — fruta e leite materno
	<p>Almoço e jantar: É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos ● 1 alimento do grupo dos feijões ● 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras ● 1 alimento do grupo das carnes e ovos <p>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</p>
	<p>Lanche da tarde</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Leite materno e fruta ou ● Leite materno e cereal (pães caseiros, pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame)
	Antes de dormir — leite materno

Fonte: Brasil, 2019c

Importante!

Incentivar a alimentação com alimentos naturais e não adicionar qualquer tipo de complementos como: açúcar, mel, achocolatados e ou carboidratos. Sempre lembrar de oferecer água assim que for iniciada a introdução alimentar. A alimentação complementar deve ser balanceada, economicamente acessível e agradável à criança.

Lembrar que mel é contraindicado em menores de 2 anos!

Envolver a criança na escolha da refeição da família, no planejamento da alimentação e no seu preparo é uma excelente estratégia para que ela passe a apreciar mais os alimentos. O cuidado com a alimentação da criança continua sendo uma tarefa

coletiva e compartilhada com os familiares, escola e outros espaços de convívio da criança, sempre favorecendo a prática da alimentação adequada e saudável.

13 SAÚDE BUCAL



Cuidar da saúde oral do bebê é de fundamental importância para o bem-estar e a qualidade de vida dele. Todas as crianças, desde o nascimento, têm o direito ao atendimento odontológico garantido e priorizado pela UBS, na sua área de abrangência. As ações educativas e preventivas durante os primeiros anos de vida requerem cuidados profissionais e comprometimento familiar, com foco na prevenção das afecções bucais. (BRASIL, 2018c; SANTA CATARINA, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020)

A Lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014 obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. O teste da linguinha, caso não tenha sido realizado na maternidade ao nascer, ou necessitando de um reteste, deverá ser realizado nas primeiras consultas médica, odontológica, enfermagem e/ou fonoaudiológica (SANTA CATARINA, 2019; BRASIL, 2014a).

13.1 Roteiro da Consulta



A primeira consulta odontológica do bebê é recomendada antes da erupção do primeiro dente decíduo, onde o cirurgião dentista deverá utilizar técnicas de manejo para melhorar a adaptação da criança ao atendimento odontológico. Durante a primeira consulta, a família deve ser orientada quanto a bons hábitos. O exame clínico detalhado da cavidade bucal do bebê também deve ser realizado. (BRASIL 2018c, SANTA CATARINA 2006).

Importante!

- Onde não houver profissionais de saúde bucal, a avaliação da cavidade oral, bem como orientações sobre prevenção e promoção de saúde, é de responsabilidade da equipe da APS.

O roteiro da consulta deve ser realizado da seguinte maneira:

- Anamnese: deve ser criteriosa, ouvindo a família e/ou responsável, e quando houver queixa, priorizá-la. Observar o comportamento do bebê, perguntar sobre intercorrências durante a gestação, como: doenças, medicamentos utilizados, carências nutricionais, traumas (SANTA CATARINA, 2006).
- Preenchimento da ficha clínica: é imprescindível que os registros do atendimento sejam realizados e compreensíveis, no prontuário do paciente, seja físico ou digital e se possível com autorização do responsável pelo paciente para o tratamento, quando necessário (SANTA CATARINA, 2006).
- Orientações para os pais ou responsável: o atendimento odontológico ao RN se constitui num momento importante para orientar os pais sobre os mais diversos assuntos, relacionados ao crescimento e desenvolvimento da criança e sua relação com a saúde bucal, podendo ser realizada por qualquer membro da equipe.
- Aleitamento materno: o aleitamento materno deve ser exclusivo até os 06 meses de idade, excetuando-se situações especiais. Confere imunidade natural ao bebê além de benefícios relacionados à proteção do bebê e à saúde materna. A partir dessa idade, deve-se incentivar a oferta progressiva de alimentos em colheres e copos. A amamentação promove benefícios odontológicos que devem ser levados em consideração. É importante na prevenção da maloclusão dentária, principalmente porque a atividade muscular exercida leva a mandíbula a se desenvolver melhor, corrigindo assim seu posicionamento posterior (retrognatismo mandibular). Promove o desenvolvimento dos músculos relacionados aos maxilares e língua, auxiliando na aquisição da fala, deglutição, oclusão e colabora efetivamente na prevenção da respiração bucal. Durante o aleitamento materno, é importante que o bebê faça esforço ao sugar, para estimular todos os músculos orais, promovendo a respiração nasal, fala, desenvolvimento das arcadas dentárias e articulações temporomandibulares.
- Pega correta: O cirurgião-dentista deve ter conhecimento da pega correta e incorreta do bebê à mama da mãe. A boca deve estar bem aberta e a língua sobre a gengiva inferior; o mamilo deve ser posicionado apontado para o palato. O queixo do bebê deve ser o primeiro a encostar na mama. O bebê deve abocanhar a aréola, com o lábio inferior e o maxilar cobrindo quase toda a parte superior. (SANTA CATARINA, 2019; BRASIL, 2008; SANTA CATARINA, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020)

Imagem 20: Pega correta (2)



Fonte: da autora Georgia Parizzi, 2022

- **Sucção Não Nutritiva:** Ao se falar em sucção não nutritiva, o próprio nome já revela que são hábitos bucais estabelecidos que devem ser desaconselhados por períodos prolongados, por trazer consequências negativas às crianças. Os profissionais devem estar preparados a orientar as famílias com relação à sucção do dedo, chupeta ou mamadeira, pois são fatores que podem interferir negativamente no desenvolvimento facial da criança, podendo levar a alterações bucais, tais como: mordida aberta, mordida cruzada, inclinação inadequada dos dentes, diastemas e alterações no padrão de deglutição. Um termo vem sendo utilizado pelos estudiosos sobre aleitamento materno, a “confusão de bicos”, onde o RN confunde o peito da mãe, com chupetas e intermediários de silicone. Por esse motivo, o uso da chupeta e intermediários de silicone tem sido desaconselhados, pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno. O uso de intermediários de silicone deve ser avaliado individualmente e ter o uso indicado somente em casos de necessidade. Crianças que usam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência, o que pode comprometer a produção de leite, e o crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2015; SANTA CATARINA, 2019; SANTA CATARINA, 2006).
- **Higienização:** Bebês edêntulos não precisam ter seus rodetes gengivais higienizados, principalmente se eles estiverem sendo amamentados no peito, pois as imunoglobulinas do leite materno agem como proteção da mucosa oral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020; SANTA CATARINA, 2019).

- Dieta da Mãe: na orientação alimentar de cada nutriz, deve-se levar em consideração, as preferências, os hábitos culturais e a acessibilidade aos alimentos. Estimular o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados, e limitar a utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar, comer com regularidade, devagar e em ambientes apropriados. Orientar a ingestão de calorias e de líquidos além do habitual, para que a produção do leite seja suficiente. É comum o relato do aumento do apetite e da sede da mulher durante o período de amamentação, e também algumas mudanças nas preferências alimentares. O leite materno pode variar de sabor de acordo com a alimentação da mulher. Por meio do leite materno o bebê entra em contato desde cedo com sabores dos alimentos ingeridos por sua mãe. (BRASIL, 2019c; BRASIL, 2015).

- Exame clínico: É de fundamental importância que a cavidade oral do RN seja examinada, visando o diagnóstico precoce de alterações e disfunções, afim de preservar características próprias que permitirão a adequada realização das funções vitais do RN. Quando houver a necessidade de intervenção, o planejamento terapêutico humanizado deve ser uma prioridade de toda equipe multidisciplinar neonatal.

Durante o exame clínico, deve-se observar inicialmente as mucosas, a presença de pérolas de Epstein e nódulos, a forma do palato, se normal ou em ogiva, e sua integridade. Na gengiva, deve-se verificar a presença de cistos de retenção gengival, dentes neonatais, dentes natais e dentes supranumerários. O tamanho e a mobilidade da língua devem ser avaliados, bem como problemas com freios e o posicionamento. Deve também ser avaliado o tamanho da mandíbula.

Cabe ressaltar que o registro das informações deve estar na ficha clínica de cada paciente. O exame clínico pode ser feito durante o choro e, na maioria das vezes, não há necessidade de se utilizar abaixador de língua para sua melhor visualização. O estímulo da pressão suave na transição mucosa-pele do lábio inferior e leve tração da mandíbula para baixo facilita a abertura da boca do RN. (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2015; SANTA CATARINA, 2006)

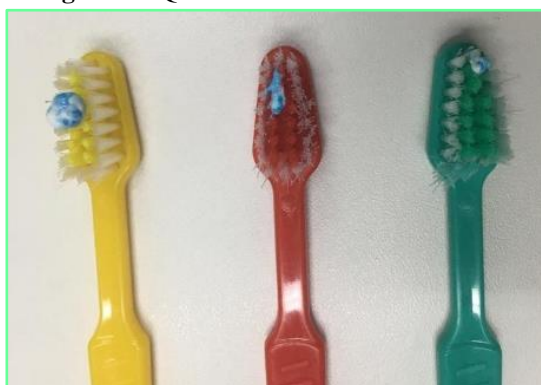
13.2 Segunda Consulta



A segunda consulta da criança deverá ser realizada de acordo com a necessidade, no nascimento dos primeiros dentes de leite ou no 6.º mês de vida, e deverá ser realizada da seguinte maneira:

- Anamnese: sempre priorizar a queixa principal, quando houver, ouvir a família, observar o comportamento da criança, questionar os pais/responsáveis sobre hábitos, doenças, medicamentos utilizados, alergias, carências nutricionais e traumas, lembrando de realizar os registros necessários na ficha clínica do paciente.
- Orientações preventivas para os pais ou responsável: cabe aos profissionais da saúde no período perinatal conscientizar e motivar os pais quanto à promoção da saúde oral ao longo da primeira infância. (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2015; SANTA CATARINA, 2006)
- Higiene oral: A escovação contínua deve ser de responsabilidade dos pais ou responsáveis, mas à medida que a criança cresce, deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha. A escovação dental associada ao uso de creme dental com flúor na concentração de mais de 1.000 partes por milhão, está indicada a partir da erupção do primeiro dente decíduo. A quantidade de creme dental colocada na escova deve ser pequena (menos de um grão de arroz cru). A escova deve ter cabeça compatível com o tamanho da cavidade bucal do bebê e as cerdas deverão ser macias. O uso de fio dental deve ser introduzido com ajuda de um adulto assim que ocorra a erupção dos primeiros dentes. (BRASIL, 2018c; BRASIL, 2008; SANTA CATARINA, 2019; SANTA CATARINA, 2006). Conforme a imagem 20, podemos visualizar a quantidade correta de creme dental a ser utilizada de 0 a 3 anos, de 3 a 6 anos e acima de 6 anos (da direita para esquerda, respectivamente).

Imagem 21: Quantidade correta de creme dental



Fonte: da autora Georgia Parizzi, 2022

- Dieta: após os seis meses de idade, a alimentação complementar saudável deve ser iniciada através da introdução de alimentos sólidos, mesmo sem o aparecimento dos dentes, pois as terminações nervosas que acionam os músculos da mastigação estão

totalmente mielinizadas e o desenvolvimento neuropsicomotor deve ser estimulado. Nesse período, a mastigação dos alimentos torna-se tão prazerosa quanto a sucção. A introdução de alimentos saudáveis favorece a limpeza dos dentes e deve ser realizada de acordo com a cultura e os hábitos alimentares em cada local. (BRASIL, 2015; SANTA CATARINA, 2006; BRASIL, 2018c; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; SANTA CATARINA, 2019)

- Hábitos Bucais Deletérios: predisõem à má oclusão e devem ser trabalhados no processo educativo. O ideal seria não ter se instalado o hábito, porém, se já existir o hábito deletério, faz-se necessário algumas orientações aos pais/responsáveis sobre o assunto:

- * Sucção de chupeta – recomenda-se a remoção gradual até os três anos de idade. Após esta idade, o hábito de sucção anormal pode trazer problemas de oclusão;

- * Sucção digital – depende da forma, frequência, duração e intensidade do hábito para causar má oclusão;

- * Deglutição atípica – projeção da língua entre os dentes anteriores, tanto durante o repouso quanto no ato da deglutição;

- * Hábito de roer unha;

- * Respiração bucal.

Sempre acalmar os pais e lembrar que o uso de medidas não traumáticas para a remoção destes hábitos é fundamental, uma vez que envolve questões emocionais. O trabalho em conjunto com psicólogo e equipe multiprofissional pode ser necessário para a remoção do hábito. (BRASIL 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; SANTA CATARINA, 2019).

- Exame clínico: O preenchimento correto e completo da ficha clínica deve ser realizado. O início do nascimento dos dentes decíduos acontece, em média, por volta dos 8 meses de idade. Algumas crianças podem apresentar alteração do sono, perda de apetite, pequeno aumento de temperatura, aumento da salivação, coceira nas gengivas e irritabilidade. O tratamento deve ser sintomático quando necessário. Importante que o cirurgião dentista descarte outras possíveis causas para a sintomatologia descrita. A utilização de mordedores gelados e de massagem com dedeira auxilia a redução dos sintomas locais (SANTA CATARINA, 2006; SANTA CATARINA, 2019).

13.3 Consultas Subsequentes



A periodicidade do atendimento odontológico deve ser avaliada pela equipe de acordo com cada caso, considerando os fatores de risco. A boca deve ajudar as crianças a engolir, mastigar, falar e respirar pelo nariz sem problemas. Qualquer alteração no crescimento ou desenvolvimento da criança deve ser corrigido o mais breve possível. As consultas devem ter foco na prevenção e promoção de saúde bucal.

Sempre reforçar os hábitos de higiene oral (escovação e uso de fio dental) e estimular a criança a realizá-los sozinha, sob supervisão até os 8 anos de idade, não eximindo a responsabilidade dos pais/responsáveis desta atividade. Atentar para o uso excessivo de creme dental e ensinar a criança a cuspir o excesso.

O cirurgião dentista poderá utilizar técnicas de manejo para melhorar a adaptação da criança ao atendimento odontológico. As técnicas recomendadas são mostrar-contar-fazer, controle de voz e reforço positivo. Importante salientar que as consultas de condicionamento devem ser realizadas afim de evitar traumas emocionais futuros.

Durante o exame da cavidade oral, avaliar a oclusão dentária, defeitos de alinhamento, presença de cáries, cálculo e placa bacteriana. O plano de tratamento deverá ser individualizado de modo a preservar os dentes decíduos para que não ocorra a alteração da erupção dos dentes permanentes, o que poderá acarretar em má oclusão.

Cabe salientar que em todos os atendimentos odontológicos, deve-se realizar o registro e evolução na ficha clínica do paciente. (SANTA CATARINA, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; BRASIL, 2018c).

13.4 Principais Problemas Oraís em Crianças Até 2 Anos de Idade



Estomatite: Alteração bucal de etiologia viral e caracterizado por lesões dolorosas e hipocrômicas em região da boca, podendo acometer a língua/mucosas e palato.

- Tratamento: para alívio de sintomatologia dolorosa

- Paracetamol ou Dipirona em gotas, conforme o peso da criança;
- Spray de Isetionato de Hexamidina 1 mg/ml + Cloridrato de Tetracaína 0,5 mg/ml;

* Alimentos frios e pastosos são melhores aceitos. (MATOS et al, 2016).

Imagem 22: Estomatite



Fonte: Santa Catarina, 2018a

Candidíase: É a infecção fúngica mais frequente em pacientes pediátricos. Causada pela *Candida Albicans*, fungo que é integrante da microflora oral em grande parte das pessoas saudáveis; os RN's e as crianças são particularmente susceptíveis à doença. Popularmente conhecido como "sapinho", apresenta-se como placas brancas grumosas aderentes a cavidade oral.

- Tratamento:

- Nistatina 100.000 UI/ml-1 ml 6/6 horas por 7 dias;

* Casos de aleitamento materno, mamas devem ser avaliadas. (MATOS et al, 2016).

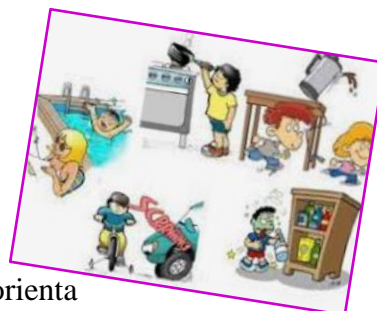
Imagem 23: Candidíase



Fonte: Santa Catarina, 2018a

14 PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A palavra “acidente” é tradicionalmente usada para definir a ocorrência de eventos que resultem em uma lesão, e para fins deste protocolo, utilizaremos o conceito do MS que orienta



que tais eventos podem ser de maior ou menor grau, previsíveis e preveníveis (BRASIL, 2012).

É importante que os profissionais de saúde reflitam sobre os tipos de acidentes e suas repercussões, de modo a prevenir situações que coloquem em risco a integridade física e mental da criança. A APS por manter um contato mais próximo com as famílias, têm oportunidades únicas durante as visitas domiciliares para realizar ações educativas de como evitar e prevenir acidentes. É recomendado que cada profissional aproveite os momentos das visitas para avaliar aspectos relevantes de segurança no ambiente doméstico e de todos os membros da família (BRASIL, 2012).

Levando-se em consideração que a criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento apresenta naturalmente comportamento exploratório, diversas situações podem colocar em risco a sua integridade. A seguir relacionamos alguns fatores de risco para acidentes e seus cuidados, que objetivam auxiliar o profissional de saúde na orientação (BRASIL, 2012).

Quadro 23: Quedas

Quedas
<ul style="list-style-type: none">- As quedas são os tipos de acidentes mais prevalentes na faixa etária de 0 a 6 meses;- Nunca deixar o bebê sozinho sobre qualquer móvel, mesmo que por segundos apenas;- Deixar o bebê conforto no chão, nunca sob algum móvel e sempre com o cinto de segurança afivelado;- Não deixar o bebê sob cuidados de outra criança;- Proteger cercados e berços com grades altas e com no máximo 6 cm de distância entre elas;- Evite posicionar camas e quaisquer outros móveis perto da janela. Eles podem ser usados para escalar;- Fixe à parede os móveis que apresentam risco de tombamento, como cômodas e armários;- Instale redes ou grades de proteção.

Fonte: Brasil, 2012; Brasil, 2020c; São Paulo, 2018

Quadro 24: Queimaduras

Queimaduras
<ul style="list-style-type: none">- Verifique a temperatura do banho antes de colocar o bebê na água (37 °C);- Banho de sol somente antes das 10 horas e após as 16 horas;- Testar a temperatura dos alimentos antes de oferecer a criança;- Nunca prepare as refeições da família com a criança no colo;- Dificultar o acesso a ferro de passar;- Não ingira líquidos quentes como café e chimarrão com a criança no colo;- Use as bocas de trás do fogão e certifique-se de que os cabos das panelas estejam virados para dentro, para não serem alcançados pelas crianças;- Cuidado ao acender e manter aceso fogo em lareiras e fogão à lenha;- Mantenha fósforos, isqueiros, álcool líquido, álcool em gel, fora do alcance das crianças;- Cuidado no uso de toalha comprida na mesa de jantar pelo risco de ser puxada pela criança;- Proteja tomadas com tampas ou fita isolante.

Fonte: Brasil, 2012; Brasil, 2020c

Quadro 25: Afogamento

Afogamento
<ul style="list-style-type: none">- Jamais deixar a criança sozinha no banho ou sob supervisão de outra criança;- Esvazie piscinas infantis após o uso e guarde-as longe do alcance das crianças;- Após utilizar baldes e bacias, esvazie-os, guarde-os virados para baixo e longe do alcance das crianças;- Evite brincar de empurrar, dar “caldo” dentro da água ou simular que está se afogando;- Instalar cercas protetoras com tranca e acesso limitado em piscinas e poços, por serem mais eficientes que coberturas e alarmes.

Fonte: Brasil, 2012; Brasil, 2020c; São Paulo, 2018

Quadro 26: Sufocamento

Sufocamento
<ul style="list-style-type: none">- Não utilize talco na higiene da criança;- Ajustar lençóis e cobertores evitando que caiam sobre a criança;

- Não utilizar almofadas ou brinquedos na cama da criança;
- Evitar realizar “cama compartilhada”;
- Evitar brincadeiras com balões ou sacolas sem supervisão de um adulto.

Fonte: Brasil, 2012; Brasil, 2020c; São Paulo, 2018

Quadro 27: Aspiração de corpo estranho

Aspiração de corpo estranho

- Atentar para o reflexo da tosse em crianças que não estejam resfriadas, este pode ser um indicativo de aspiração de corpo estranho;
- Para crianças que engatinham, tenha certeza de que o piso está livre de objetos pequenos (botões, colar, brincos, comida, bolas de gude, moedas, tampas de caneta), pois a tendência da criança é levar à boca;
- Alimentos comumente aspirados devido dificuldade na mastigação/deglutição e que a ingesta deve ser supervisionada por um adulto: amendoim, feijão, pipoca, balas, salsicha;
- Atentar para brinquedos com peças pequenas que possam ser ingeridas pela criança. Verifique a indicação da faixa etária;
- As crianças devem comer em local adequado, sentadas e supervisionadas (evitar alimentá-las enquanto correm, andam, brincam, riem ou estão deitadas).

Fonte: Brasil, 2020c; São Paulo, 2018

Quadro 28: Intoxicação

Intoxicação

- As intoxicações ocorrem com maior frequência por meio da ingestão acidental de medicamentos, seguido de produtos de uso domiciliar (soda cáustica, derivados de petróleo e solventes, água sanitária, naftalina, detergentes, inseticidas, álcool), raticidas (chumbinho) e plantas;
- Deixe medicamentos, vitaminas, produtos de higiene e de beleza longe do alcance das crianças;
- Atentar para as plantas venenosas onde as crianças podem encontrá-las facilmente, como em jardins (copo-de-leite, comigo-ninguém-pode, espirradeira, coroa-de-cristo).
- Produtos de limpeza devem ser guardados em lugares altos ou trancados;

- Mantenha os produtos de limpeza em seus recipientes originais para não ser confundido com suco ou refrigerante;
- Não reutilize as embalagens vazias e não dê o frasco vazio à criança como brinquedo.

Fonte: Brasil, 2012; Brasil, 2020c; São Paulo, 2018

Importante!

- Em caso de intoxicação ou mordedura de animais peçonhentos, entre em contato imediatamente para orientações com o Centro de Informações e Assistências Toxicológicas (CIATox/SC) 0800-643-5252

Orientações por vezes consideradas simples e óbvias devem ser prestadas aos pais, responsáveis e/ou cuidadores em todas as consultas de puericultura. Tais como o transporte adequado em equipamentos conforme a idade da criança, atentar ao manobrar em garagens quando esta já estiver engatinhando e eliminação de qualquer fator de risco para acidente como objetos pontiagudos (SÃO PAULO, 2018).

15 VIOLÊNCIA

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

É importante, que os trabalhadores dos serviços deem maior atenção aos sujeitos que ao fato em si. A violência tem consequências potencialmente traumáticas para aqueles que a vivem diretamente. A investigação dos fatos, nesse caso, deve ficar a cargo das instituições responsáveis por esse tipo de trabalho, e não dos profissionais que ali estão para prestar cuidados à pessoa atendida. Deve-se utilizar da neutralidade, se não for possível, a empatia. É importante quebrar com os conceitos de “mais vítima” e “menos vítima”, reforçar conceitos de ética, sigilo profissional, e evitar a revitimização.

O profissional tem a obrigação de notificar todos os casos de suspeita de violência que tiver conhecimento, sendo assim, esse documento orienta todo o fluxo de



atendimento, os direitos das pessoas em situação de violências, redes de proteção e notificação compulsória em caso de crianças e adolescentes.

Segundo Platt, Guedert e Coelho (2021), no ano de 2017, 42% dos registros de violência as vítimas foram crianças e adolescentes, num total de 21.559 mortes por acidentes e violências. Em 2019 o disque 100 registrou 86.837 denúncias de violências contra a criança e ao adolescente, entre elas estão: a negligência, violência psicológica, violência física, violência sexual, exploração e trabalho infantil.

Brasil (2012), sugere uma linha de cuidado como prática de saúde, um caminho a ser percorrido, em se tratando de violência contra criança e adolescente, sugerindo o acolhimento, atendimento, notificação via sistema de informações de agravos de notificação (SINAN) e seguimento na Rede.

Quanto ao seguimento na rede o conselho tutelar é o órgão do sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente, deve ser acionado em todas as situações suspeitas de violência através de aviso por maus tratos contra criança ou adolescente (APOMT). Este deve ser encaminhado via e-mail para o endereço eletrônico do conselho tutelar do município.

De acordo com Brasil (2016b) os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o CREAS e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar.

Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 2014b).

O trabalho realizado em rede propicia uma maior efetividade das ações propostas pelos profissionais em prol de um objetivo comum, principalmente nas questões e necessidades mais complexas que dependem de uma intervenção em conjunto.

Importante!

- Em situações de violências, a APS é responsável em realizar o acolhimento, dar os devidos encaminhamentos de acordo com as necessidades em cada tipo de violência (ANEXO 14).
- Sugere-se que cada município elabore seu próprio fluxo de violência conforme os equipamentos sociais disponíveis.

Se tratando de saúde mental o cuidado deve ser de forma integral e em conjunto com outros serviços especializados da área da saúde de média e alta complexidade disponíveis, incluindo serviços oferecidos por organizações não governamentais.

Em situações complexas e de violências o profissional da APS conta com uma rede intersetorial que apoia e presta suporte nos casos de maiores vulnerabilidades. Destacam-se alguns serviços e equipamentos: centro de referência da assistência social (CRAS), centro de referência especializado de assistência social (CREAS), secretaria da educação, conselho tutelar, ministério público, delegacia da criança e do adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JUNIOR, J. A. (orgs). **Protocolos assistências: anestesiologia, neonatologia, obstetrícia**. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Conselho Municipal de Saúde de Campinas. Boletim No. 25 – 18 de junho de 2021. **A Mortalidade Infantil no primeiro quadrimestre de 2021: Aumento da taxa deveria acender uma luz amarela na Saúde de Campinas**. Campinas. 6p. 2021a. Disponível em: <https://cms.campinas.sp.gov.br/sites/cms.campinas.sp.gov.br/files/2021-06/Boletim%20SE%20No%2025_Mortalidade%20Infantil%201o%20quadri%202021%20aumento%20acende%20luz%20amarela_18062021a.pdf>. Acesso em: 24 set 2021.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Prevenção aos acidentes domésticos & guia rápido de primeiros socorros**. Brasília, DF. 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-publica-guia-de-prevencao-a-acidentes-domesticos-e-primeiros-socorros/SNDCA_PREVENCAO_ACIDENTES_A402.pdf>. Acesso em: 01 abr 2021.

_____. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. **Passaporte da Cidadania**. Brasília: Editora MS, 2. ed. Brasília/ DF, 2019a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>>. Acesso em: 15 fev 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. **Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html#:~:text=Estabelece%20que%20a%20vigil%C3%A2ncia%20do,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)>](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html#:~:text=Estabelece%20que%20a%20vigil%C3%A2ncia%20do,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)>)>. Acesso em: 17 set 2021.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica-Saúde das Mulheres**. Brasília-DF, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: **Orientações para a implementação**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf>. Acesso em: 12 fev 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendarionacional-de-vacinacao>>. Acesso em: 12 set 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_m_anual_3ed.pdf>. Acesso em: 27 ago 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. **Caderneta da Gestante**. Tiragem: 4ª edição. Brasília, DF – 2018d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 350 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 25 jul 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 22 maio 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** – Brasília. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 01 abr 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p: il. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 04 out 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Criança**. 2ª ed. Brasília, DF. 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. NT nº 14/2020. **Amamentação e COVID-19**, 2020b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** – Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. 265 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf>. Acesso em: 15 nov 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico E Diretrizes Para Prevenção Vertical De Hiv, Sífilis E Hepatites Virais**. 1, 252. 2019b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-paraprevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 17 ago 2021.

_____. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Decreto-Lei nº 5.452. **Consolidação das leis do trabalho**. Rio de Janeiro, RJ. 1943. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 ago 2021.

_____. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. **Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês**. Brasília, DF. 2014a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113002.htm#:~:text=1%C2%BA%20%C3%89%20obrigat%C3%B3ria%20a%20realiza%C3%A7%C3%A3o,dias%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o%20oficial.>. Acesso em: 10 out 2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Brasília, DF. 2014b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm>. Acesso em: 07 nov 2021.

_____. **Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012**. Brasília, DF. 2016b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm>. Acesso em: 25 ago 2021.

_____. **Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei nº 14.154. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triage Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho; e dá outras providências**. Brasília, DF. 2021b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14154.htm>. Acesso em: 10 set 2021.

DRI - Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements Washington, DC: **The National Academies Press**, 2006. Disponível em: <http://books.nap.edu/openbook.php?record_id//537&page=I>. Acesso em: 18 ago 2021.

FRANÇA E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de carga global de doença. **Rev Bras Epidemiol** 2017; 20(1):46-60.

KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, pág. 76-79, 2011. Disponível em <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 set 2021.

MATOS, A. L. et al. Lesões bucais na infância: revisão sistemática de interesse da fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**. Jan-Fev; 18(1):209-213. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/97VKpnsct5NPMthvWngQPcQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 out 2021.

MELO, G. **Reflexo de Moro e outros reflexos primitivos do recém-nascido**. 2020. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/reflexo-de-moro-e-outros-reflexos-primitivos-do-recem-nascido-colunistas>>. Acesso em: 23 set 2021.

PLATT, V. B.; GUEDERT, J. M.; COELHO, E. B. S. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Rev. paul. pediatr.** 39 • 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Ghh9Sq55dJsrg6tsJsHCfTG/?lang=pt#>>. Acesso em: 12 nov 2021.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. **Psicologia do Desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1981.

REICH, J. **O que é o reflexo tônico do pescoço?** 2020. Disponível em: <http://bacana.one/o-que-e-o-reflexo-tonico-do-pescoco>. Acesso em: 19 out 2021.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura: Princípios e Práticas**. São Paulo: Atheneu, 2008. 2ª ed. P. 55-63.

ROCHA, M. O. et al (2021). Tendência temporal e perfil da mortalidade infantil por malformação congênita em uma região de saúde de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13(4), e6808. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e6808.2021>>. Acesso em: 12 ago 2021.

SANTA CATARINA. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal**. Florianópolis, 2006.

SANTA CATARINA. Regional de Saúde. Comitê de Transmissão Vertical Serra Catarinense. **Fluxograma de seguimento de consultas de puericultura, criança exposta à sífilis gestacional e sífilis congênita (SC) na atenção básica-serra catarinense**. Lages, SC. 2018b.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. Rede cegonha. Governo de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde, **Redes de Atenção à Saúde - Profissionais**.

2021a. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/redes-de-atencao-a-saude-profissionais/2283-rede-cegonha>>. Acesso em: 20 abr 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado de Saúde Bucal**. Florianópolis. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-saude-bucal/16356-linha-de-cuidado-de-saude-bucal-2019/file>>. Acesso em: 19 mar 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 09/2021 - **Orientações sobre o fluxo de busca ativa de crianças elegíveis para receber o medicamento Palivizumabe**. Florianópolis - SC. 2021c.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Calendário de vacinação da rede pública de Santa Catarina**. Atualizado em novembro de 2021. Florianópolis - SC. 2021b. Disponível em: <<https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/geral/Calendrio-Vacina-2021.pdf>>. Acesso em: 15 fev 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Protocolo de enfermagem volume 5**. Atenção à demanda de cuidados na criança. 58p. Florianópolis. 2018a.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado criança: manual de acompanhamento da criança** / organizado por Renata Pinheiro de Almeida e Sandra Pedutti. – 3 ed. - São Paulo: Secretaria da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/crianca/manual_acompanhamento_crianca_linha_cuidado.pdf>. Acesso em: 01 abr 2021.

SINGH, A. E. et al. Seroreversion of treponemal tests in infants meeting canadian surveillance criteria for confirmed early congenital syphilis. **Pediatr Infect Dis J**. 2013; 32(3):199.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3ªed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. **Consenso Sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica!** n.2. 2018.

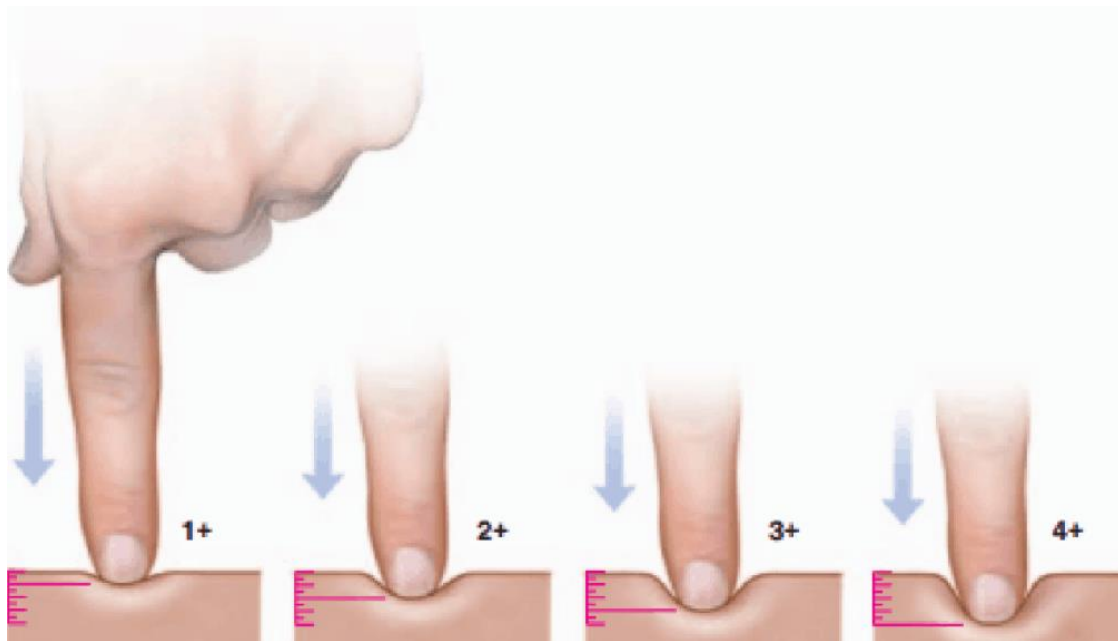
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de saúde Oral Materno-Infantil**. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Guia-de-Saude_Oral-Materno-Infantil.pdf. Acesso em: 15 ago 2021.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Recomendações. **Atualização de Condutas em Pediatria**. Departamentos Científicos SPSP - Gestão 2013-2016. nº 72.

Abril 2015. Disponível em:
<https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec_72_Reumato.pdf>. Acesso em:
12 set 2021.

STUPPIELLO, B. **Reflexo de Moro nos bebês: o que é e seu significado.** 2016.
Disponível em: <https://bebemamae.com/bebe/desenvolvimento-do-bebe/reflexo-de-moro-nos-bebes-o-que-e-e-seu-significado>>. Acesso em: 08 out 2021.

ANEXO 01 - Avaliação do Edema



CLASSIFICAÇÃO DO EDEMA CONFORME MAGNITUDE

Grau	Cruzes	Magnitude	Extensão
I	+ / 4	Leve depressão sem distorção do contorno até 2 mm	Desaparecimento quase imediato
II	++ / 4	Depressão de até 4 mm	Desaparece em 15 segundos
III	+++ / 4	Depressão de até 6 mm	Desaparece em 1 minuto
IV	++++ / 4	Depressão mais de 8 mm	Desaparece entre 2 e 5 minutos

Fonte: Potter, Perry; 2009.

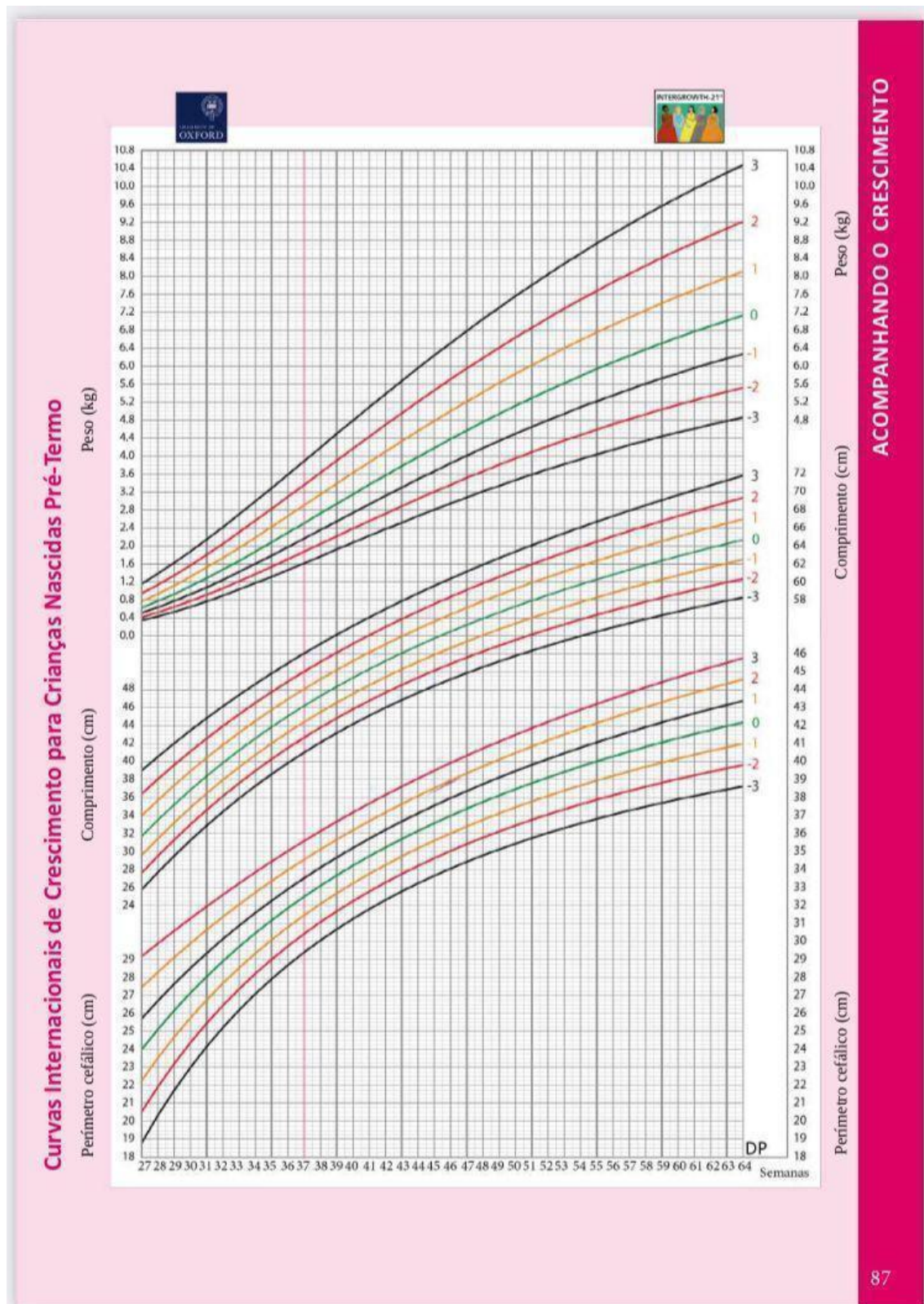
ANEXO 02 - Manejo do Quadro de Febre em Crianças na APS pelo Enfermeiro

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	CONDUTA FARMACOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações claras para estabelecer vínculo com familiar e esclarecer que a grande maioria das febres é de origem viral e com bom prognóstico, diferentemente das bacterianas onde a febre geralmente é acima de 39 °C e com alterações no exame físico; - Orientar que medidas não farmacológicas na grande maioria das vezes são suficientes para controle da temperatura; - A cada nova avaliação o foco da febre deve ser buscado; - Evitar prescrição de antitérmico sem identificação de foco infeccioso, devido risco de mascarar quadros de gravidade potencial; - Orientar familiar quanto ao uso de roupas leves, evitando superaquecer mais a criança; - Indicar banhos mornos ou esponjamento para controle da termorregulação; - Não utilizar álcool para controle de temperatura; - Manter ambiente ventilado; - Criança em aleitamento materno aumentar a frequência e intensidade das mamadas; - Manter oferta alimentar conforme aceite; - Orientar repouso relativo e que caso a criança manifeste vontade de brincar este deve ser estimulado, pois indica uma melhora no quadro geral; - Aumentar ingestão hídrica (água e outros líquidos) conforme o aceite auxiliando na reposição hídrica e controle térmico; - Erupção dentária não causa febre significativa - A convulsão febril é um evento pouco comum, caráter benigno e que não costuma ter novo episódio nas próximas 24 horas. Orientar os pais para diferenciação dos quadros convulsivos clássicos da convulsão febril; - Verificar calendário vacinal; - Descrever em receituário simples os sinais de gravidade; - Reavaliar na UBS se necessário em 24/48h; - Orientar sinais de gravidade/piora*** e procurar a rede de urgência de referência. <p>***Sinais de gravidade/piora: Queda do estado geral; letargia; criança inconsolável; febre persistente mesmo com uso de antitérmico; aparecimento de novos sinais e sintomas; novo episódio convulsivo.</p>	<p>Se temperatura > 38 °C e desconforto, utilizar as medicações abaixo:</p> <p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas)* 1 gota/kg/dose de 6/6h se dor ou febre. *atentar risco de doenças hepáticas prévias (contraindicado)</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (gotas)** 1 gota/2 kg/dose de 6/6h se dor ou febre. **atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado)</p> <p>OU</p> <p>Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas) 1 gota/kg/dose de 6/6h se dor ou febre. Não utilizar em suspeita de arbovirose.</p>

Fonte: Santa Catarina, 2018a

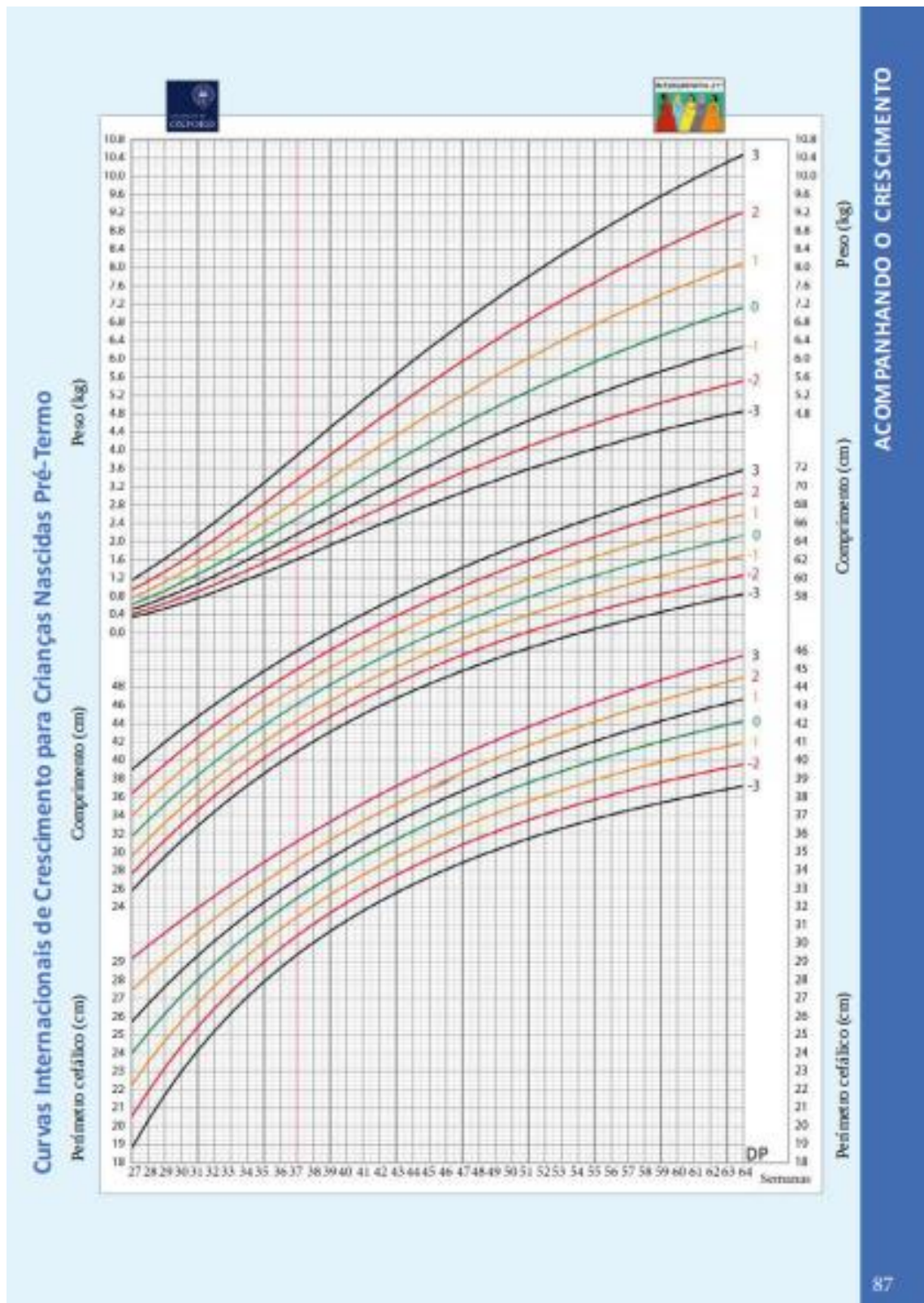
ANEXO 03 - Gráfico do Recém-Nascido Pré-Termo

GRÁFICO MENINA



Fonte: BRASIL, 2020a

GRÁFICO MENINO



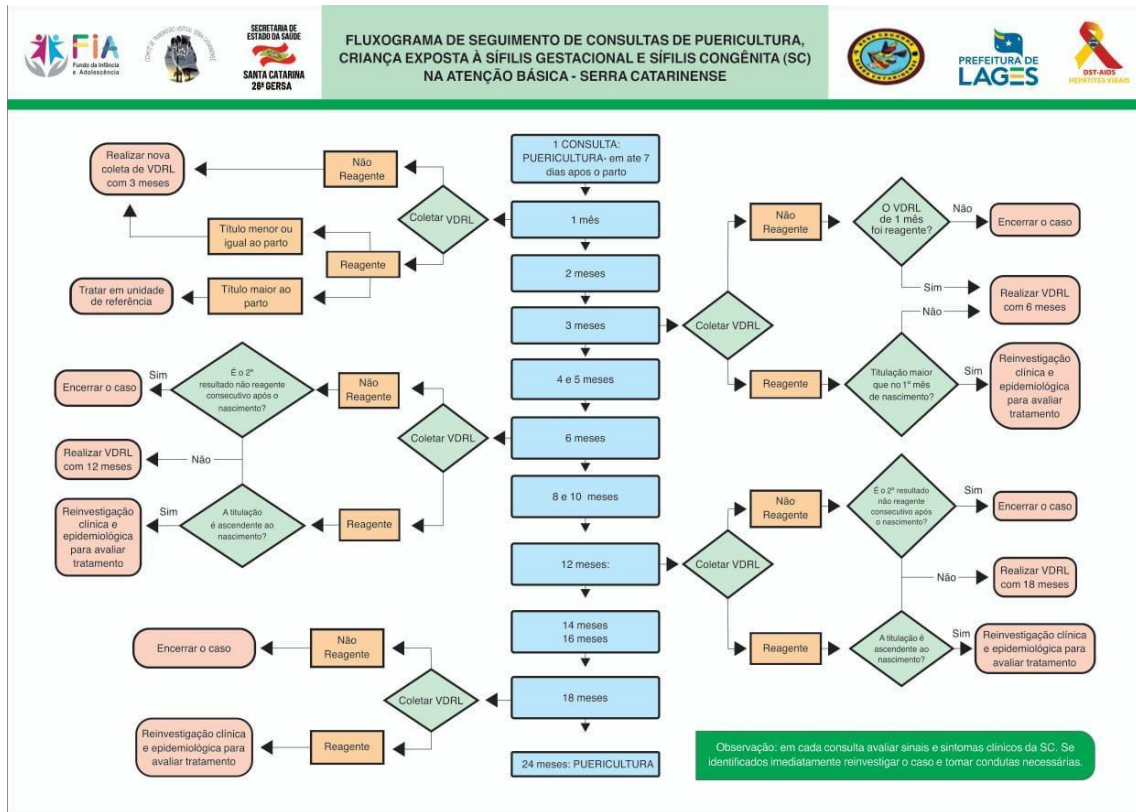
Fonte: BRASIL, 2020a

ANEXO 04 - Estratificação de Risco da Criança

Estratificação de Risco - Crianças de 0 a 12 meses		
Crítérios	Pontos	Sim
IG < ou = 32s	4	
PN < ou = 1500g	4	
Displasia broncopulmonar (DBP) moderada ou severa: RN prematuro extremo que necessitou de O2 e/ou suporte ventilatório com 36s de IGC (idade gestacional corrigida)	4	
ROP (retinopatia da prematuridade) que necessitou de tratamento	4	
PIG abaixo do percentil 3	4	
Doenças de transmissão vertical-Neurosífilis (LCR alterado com VDRL+/aumento de celularidade/aumento proteína) ou bebê em acompanhamento devido a exposição a sífilis que apresentou necessidade de tratamento ou retratamento no 1.º mês ou VDRL do 3.º mês com titulação > que no 1.º mês ou VDRL do 6.º mês ascendente	4	
Doenças de transmissão vertical- Toxoplasmose congênita confirmada no RN /com IGM da criança+	4	
Doenças de transmissão vertical-CMV (citomegalivirose) confirmada-PCR positivo na urina até 3 semanas de vida (infecção congênita) ou 12 semanas de vida (infecção perinatal)	4	
Alteração em exames de neuroimagem	4	
Convulsões no período neonatal	4	
Meningite	4	
Parada cardio-respiratória (com necessidade de MCE e/ou uso de drogas)	4	
Asfixia perinatal- Apgar < 7 no quinto minuto	4	
Perímetro cefálico com crescimento anormal (2 medidas alteradas com intervalo de 1 mês)	4	
Crescimento alterado- alteração na curva de peso e/ou estatura – avaliar com 2 medidas com intervalo de 1 mês	4	
Desenvolvimento neuropsicomotor alterado- não preenche critérios para idade conforme tabela da carteirinha de saúde	4	
IG entre 32s1d e 37s	3	
ROP que não precisou de tratamento	3	
RN PIG	1	
Mãe com ausência de pré-natal	1	
Mãe analfabeta	1	
Mãe com menos de 15 anos ou mais de 40	1	
Mãe com menos de 20 anos e mais de 3 partos	1	
Mãe que morreu no puerpério	1	
RN com história de ECN (enterocolite necrotizante)	1	
RN com história de infecção grave	1	
Testes de triagem alterados	1	
RN que usou O2 por mais de 28 dias	1	
RN que demorou 10 dias ou mais para iniciar dieta (NPO de mais de 10 dias)	1	
Total de pontos *A criança que somar 4 ou mais pontos deverá ser encaminhada ao AAE		

Elaborado por: Caroline Marin Tirello-Pediatra e Gastropediatra-CRM 11050/RQE. Juliana Matos Schelemberg Newton-Pediatra e Neonatologista-CRM 10978/RQE 6487. **Bibliografia:** 1) Puerari C. Atenção Humanizada ao Recém-nascido. Método Canguru. Manual Técnico, 3.ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 2) Martins CK, Silva LP, Linhares MBM. Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de Follow-up: Goiânia, Ver.Cefac, São Paulo, vol.20, no.3, maio/junho 2018. 3) Curitiba, Programa Mãe Curitibana. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba, 2019. **OBS:** Instrumento de estratificação revisado em setembro de 2021. **Adaptado por:** Câmara Técnica da Rede Cegonha da Serra Catarinense.

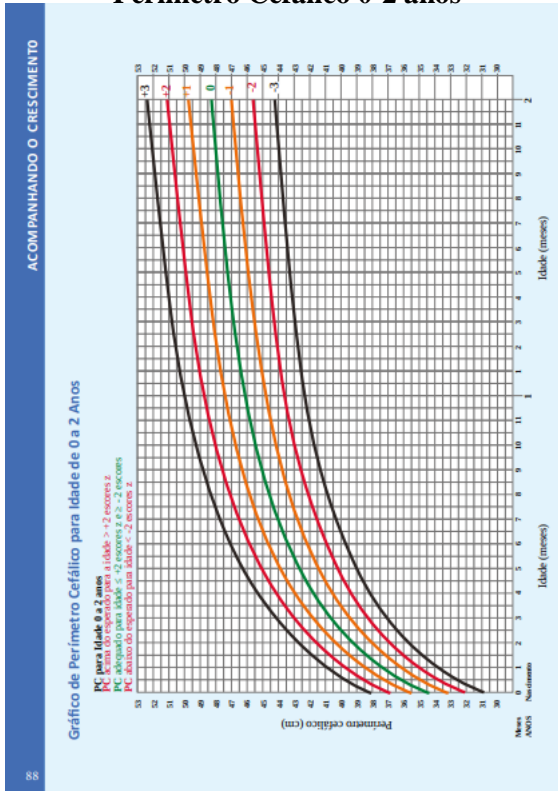
ANEXO 05 - Fluxo de Seguimento de Consultas de Puericultura na Criança Exposta na APS



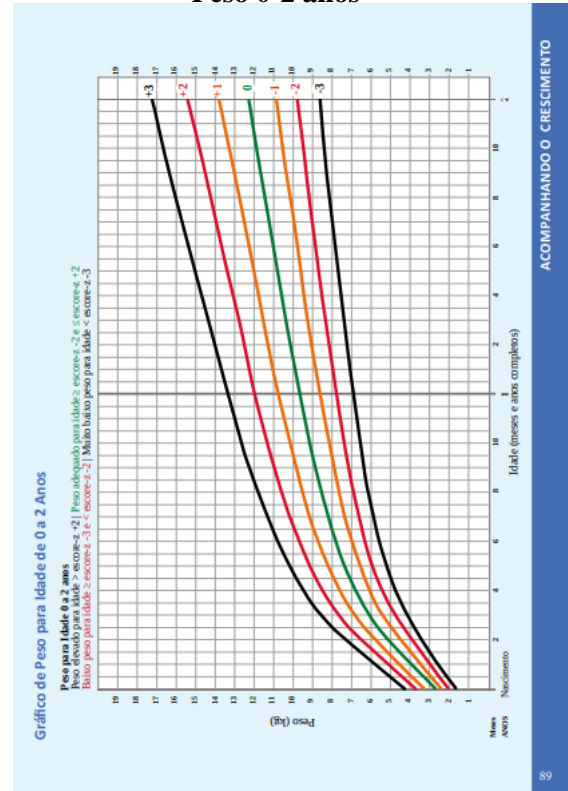
Fonte: Santa Catarina, 2018b

MENINOS

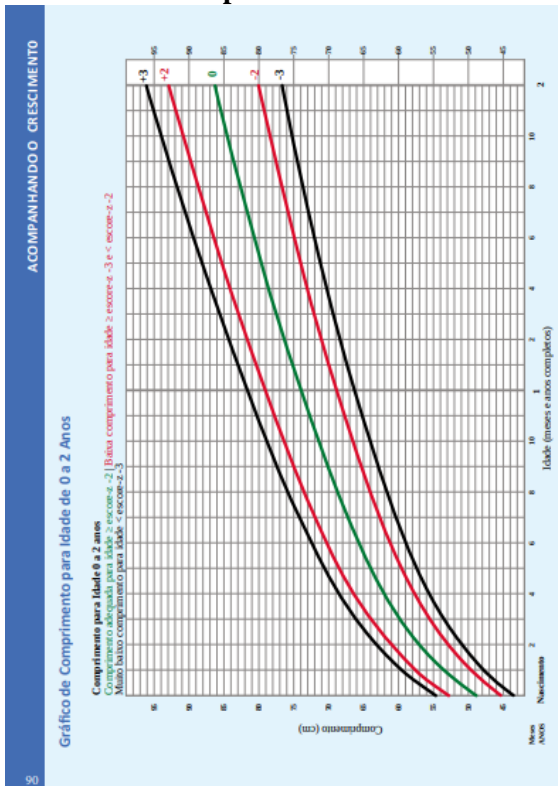
Perímetro Cefálico 0-2 anos



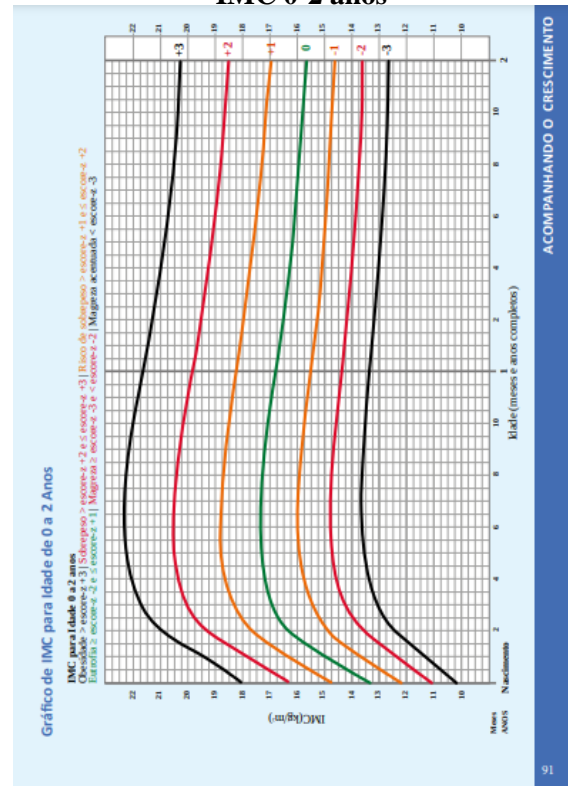
Peso 0-2 anos



Comprimento 0-2 anos



IMC 0-2 anos



Fonte: Brasil, 2020a

ANEXO 07 - Registros na Caderneta da Criança

Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta

Gravidez planejada? () Não () Sim _____

Fez pré-natal? () Não () Sim _____

Número de consultas: _____ Iniciou consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla _____

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual? _____

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CID-10)

Agravos	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			Vacinas no pré-natal		
	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT	DPTa	SIM	NÃO
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()	DPTa	()	()
Z21	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Influenza	()	()
B18	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Hepatite B	()	()
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()			
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()			

Parto em: () Hospital () Centro de Parto Normal () Domicílio

() Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: _____

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim _____

Contato pele a pele: () Não () Sim. Mamou na primeira hora de vida? () Não () Sim

Apgar 1º min: ___ 5º min: ___ Clampamento oportuno do cordão umbilical: () Não () Sim

IG: ___ Semanas e ___ dias () DUM () USG () Exame RN. Qual? _____

Peso: ___ g Comprimento: ___ cm PC: ___ cm Adequação peso/IG: () AIG () PIG () GIG

Reanimação neonatal () Não () Sim. RN assistido no parto por: _____

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe _____ CI _____ Bebê _____ CD _____

Prevenção: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (vit. K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Utin ___ dias () Ucinco ___ dias () Ucinca ___ dias

Motivo da internação: _____

Anote com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações após a alta. _____

Data da alta: ___/___/___ Peso na alta: ___ g Comprimento: ___ cm

Alimentação: () Leite materno exclusivo () Leite materno e leite artificial () Leite artificial

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais ___/___/___

Esta consulta deve ser realizada nos primeiros sete dias de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Triagens neonatais

a. Teste do reflexo vermelho - Teste do olhinho

Deve ser realizado antes da alta da maternidade

() Não realizado () Realizado em ___/___/___

Olho Direito: () Normal () Alterado

Olho Esquerdo: () Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento: _____

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica

Oximetria de pulso - Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade após 24h de vida

() Não realizado () Realizado em: ___/___/___

Resultado: () Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento: _____

c. Triagem auditiva - Teste da orelhinha

Deve ser realizada na maternidade entre 24 e 48h depois do nascimento e no máximo, durante o 1º mês de vida

() Não realizado () Realizado em: ___/___/___

Testes: () Emissão Otoacústica Evocada

() Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

Ouvido direito: () Normal () Alterado

Ouvido esquerdo: () Normal () Alterado

Conduta: _____

d. Triagem biológica - Teste do pezinho

Idealmente realizado entre o 3º e 5º dia

() Não realizado () Realizado em: ___/___/___

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo (LME)

() Leite materno e leite artificial (LM+LA)

() Leite artificial (LA) _____

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Vacinas

Registrar no quadro pág.102

Hepatite B () Não () Sim

BCG () Não () Sim

3. Sinais de alerta

Coto umbilical infeccionado () Não () Sim

Icterícia () Não () Sim

Diarreia/Vômitos () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim

Ausculca cardíaca alterada/Cianose () Não () Sim

Outros: _____

5. Desenvolvimento e laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta da 1º Mês

Consulta do 1º Mês Data ___/___/___

Esta consulta deve ser realizada no 1º mês de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: _____ cm **Peso*:** _____ g **Comprimento*:** _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Triagem neonatal - Testes

	Realizado		Resultado		Encaminhado			
	Não	Sim	Normal	Alterado	AB†	CER††	SSA†††	SSE††††
Pezinho								
Orelhinha - Exame auditivo								
Olhinho - Reflexo olho vermelho								
Coraçozinho								

†AB-Atenção Básica; ††CER-Centro Especializado em Reabilitação; †††SSA - Serviço de Saúde Auditiva; †††† SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico – Auditivo – Outros).

3. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo

() Leite materno e leite artificial

() Leite artificial _____

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Sinais de alerta

Secreção nasal () Não () Sim

Cólica/Engasgos () Não () Sim

Diarreia/Constipação () Não () Sim

Vômitos/Golfadas () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim

Outros: _____

5. Exame ocular

Abertura ocular normal () Não () Sim

Pupilas normais () Não () Sim

Estrabismo () Não () Sim

Segue com o olhar () Não () Sim

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Desenvolvimento ‡

Observação da interação mãe-filha _____

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Tempo de sono em 24 horas _____

Posição no sono quando deitado no berço:

De barriga para cima? _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Sinais de violências/negligências _____

Acidentes domésticos () Não () Sim

9. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 2º Mês

Consulta do 2º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
 () Leite materno e leite artificial
 () Leite artificial _____
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

4. Exame ocular

- Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
 Pupilas normais () Não () Sim
 Estrabismo () Não () Sim
 Secreção ocular () Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Posição no sono _____
 Tempo de sono _____
 Troca de posição durante o dia _____
 Funcionamento do intestino e cólicas _____
 Higiene e cuidados gerais _____
 Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico _____
 Uso de soro fisiológico nasal _____
 Acidentes domésticos _____
 Sinais de violências/negligências () Não () Sim

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

3. Sinais de alerta

- Secreção nasal () Não () Sim
 Cólica/Engasgos () Não () Sim
 Diarreia/Constipação () Não () Sim
 Vômitos/Golfadas () Não () Sim
 Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim
 Febre (≥37,5°C) () Não () Sim
 Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim
 Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
 Criptorquidia () Não () Sim

Outros: _____

5. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Desenvolvimento †

Observação da interação mãe-filha _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 78

- Adequado para idade ()
 Alerta para o desenvolvimento ()
 Provável atraso no desenvolvimento ()
 Observações: _____

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

Consulta do 4º Mês

Consulta do 4º Mês Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo

() Leite materno e leite artificial

() Leite artificial _____

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim _____

Parou de amamentar? () Não () Sim _____

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

3. Sinais de alerta

Secreção nasal () Não () Sim

Cólica/Engasgos () Não () Sim

Diarreia/Constipação () Não () Sim

Vômitos/Golfadas () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim

Hérnia inguinal/umbilical () Não () Sim

Outros: _____

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim

Pupilas normais () Não () Sim

Estrabismo () Não () Sim

Secreção ocular () Não () Sim

5. Desenvolvimento †

Observação da interação mãe-filha _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim _____

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Funcionamento do intestino _____

Higiene e cuidados gerais _____

Uso de soro nasal de rotina _____

Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, nascimento dos dentes, uso de chupeta ou bico, etc. _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim _____

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

Consultas do 6º Mês e do 9º Mês

Consulta do 6º Mês Data ___/___/___	
1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm	
<small>Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.</small>	
2. Aleitamento/alimentação	3. Presença de
() LM () LA _____	Diarreia () Não () Sim
Parou de amamentar? () Não () Sim	Vômitos () Não () Sim
Com que idade? _____	Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Quais alimentos foram introduzidos? _____	Sibilâncias () Não () Sim
Quantas porções de fruta/dia? _____	Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim
Recebe algum tipo de alimento industrializado? _____	Convulsões ou tremores () Não () Sim
() Não () Sim. Qual? _____	Outros: _____
4. Desenvolvimento†	5. Atenção e cuidados especiais nesta fase
† Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 78	Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim
Adequado para idade ()	Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim
Alerta para o desenvolvimento ()	Suplementação de vitamina A () Não () Sim
Provável atraso no desenvolvimento ()	Acompanhamento odontológico () Não () Sim
Observações: _____	Acidentes domésticos () Não () Sim
_____	Sinais de violências/negligências _____
6. Laços de afeto	_____
_____	_____
_____	_____
Consulta do 9º Mês Data ___/___/___	
1. Medidas: PC*: _____ cm Peso**: _____ g Comprimento***: _____ cm	
<small>Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 88), peso para idade** (pág. 89), comprimento para idade*** (pág. 90) e avaliar risco.</small>	
2. Aleitamento/alimentação	3. Presença de
() LM () LA _____	Diarreia () Não () Sim
Parou de amamentar? () Não () Sim	Vômitos () Não () Sim
Com que idade? _____	Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
O que a criança está comendo? _____	Sibilâncias () Não () Sim
Quantas porções de fruta/dia? _____	Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim
Recebe algum tipo de alimento industrializado? _____	Convulsões ou tremor () Não () Sim
() Não () Sim. Qual? _____	Outros: _____
4. Desenvolvimento †	5. Atenção e cuidados especiais nesta fase
† Avalie a presença dos marcos na pág. 80 e classifique pelo instrumento da pág. 78	Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim
Adequado para idade ()	Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim
Alerta para o desenvolvimento ()	Suplementação de vitamina A () Não () Sim
Provável atraso no desenvolvimento ()	Acompanhamento odontológico () Não () Sim
Observações: _____	Acidentes domésticos () Não () Sim
_____	Sinais de violências/negligências _____
6. Laços de afeto	_____
_____	_____
_____	_____

Consultas do 12º Mês e do 18º Mês

Consulta do 12º Mês Data ___/___/___	
1. Medidas: PC*: _____ cm Peso**: _____ g Comprimento***: _____ cm	
<small>Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 88), peso para idade** (pág. 89), comprimento para idade*** (pág. 90) e avaliar risco.</small>	
2. Aleitamento/alimentação	3. Presença de
() LM () LA _____	Diarreia () Não () Sim
Parou de amamentar? () Não () Sim	Vômitos () Não () Sim
Com que idade? _____	Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Quais alimentos foram introduzidos? _____	Sibilâncias () Não () Sim
Quantas porções de fruta/dia? _____	Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim
Recebe algum tipo de alimento industrializado?	Convulsões ou tremores () Não () Sim
() Não () Sim. Qual? _____	Outros: _____
4. Desenvolvimento ‡	5. Atenção e cuidados especiais nesta fase
‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 80 e classifique pelo instrumento da pág. 76	Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim
Adequado para idade ()	Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim
Alerta para o desenvolvimento ()	Suplementação de vitamina A () Não () Sim
Provável atraso no desenvolvimento ()	Acompanhamento odontológico () Não () Sim
Observações: _____	Acidentes domésticos () Não () Sim
6. Laços de afeto	Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 18º Mês Data ___/___/___	
1. Medidas: PC*: _____ cm Peso**: _____ g Comprimento***: _____ cm	
<small>Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 88), peso para idade** (pág. 89), comprimento para idade*** (pág. 90) e avaliar risco.</small>	
2. Aleitamento/alimentação	3. Presença de
() LM () LA _____	Diarreia () Não () Sim
Parou de amamentar? () Não () Sim	Vômitos () Não () Sim
Com que idade? _____	Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
O que a criança está comendo? _____	Sibilâncias () Não () Sim
Quantas porções de fruta/dia? _____	Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim
Recebe algum tipo de alimento industrializado?	Convulsões ou tremor () Não () Sim
() Não () Sim. Qual? _____	Outros: _____
4. Desenvolvimento ‡	5. Atenção e cuidados especiais nesta fase
‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 78	Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim
Adequado para idade ()	Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim
Alerta para o desenvolvimento ()	Suplementação de vitamina A () Não () Sim
Provável atraso no desenvolvimento ()	Acompanhamento odontológico () Não () Sim
Observações: _____	Acidentes domésticos () Não () Sim
6. Laços de afeto	Sinais de violências/negligências _____

ANEXO 08 - Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes

1. Realizar pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba água, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) por dia.
2. Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/ macaxeira/aipim. Dando preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
3. Procurar consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4. Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana, pois esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e excelente para a saúde.
5. Consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis!
6. Diminuir o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.
7. Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.
8. Diminuir a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.
9. Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto desses alimentos aqueles com fontes de vitamina C como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro.
10. Manter o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Fonte: Brasil, 2018d

ANEXO 09 - Quimioprofilaxia da Tuberculose

Na amamentação da mãe com tuberculose, o RN deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses. Após esse período deve-se fazer o teste tuberculínico do derivado proteico purificado (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG.

Fonte: Brasil, 2009

ANEXO 10 - Calendário de Vacinação da Rede Pública de Santa Catarina

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA REDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA ATUALIZADO EM NOVEMBRO DE 2021.

Grupo etário	Idade	BCG	Hepatite B ¹²	VIP e VOP ¹³	Penicilínico	Pneumo 10 ¹⁴	Rotavírus ¹⁵	Meningo C ¹⁶	Meningo ACWY	Hepatite A ¹⁷	Febre Amarela ¹⁸	Triplica Viral ¹⁹	Tetrelviral ²⁰	Varicela ²¹	HPV ²²	dTPa ²³	Influenza (gripe) ²⁴	Duplo Adulto ²⁵	
Criança	Ao nascer	Dose única																	
	2 meses			1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose													
	3 meses					1ª dose													
	4 meses			2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose													
	5 meses							2ª dose											
Adolescente	6 meses			3ª dose (com VIP)	3ª dose												1 ou duas doses anuais até menor de 6 anos		
	9 meses										1ª dose								
	12 meses					Reforço	Reforço					1ª dose							
	15 meses			1ª reforço (com VOP)	1ª reforço (com DTP) (14)					Dose única			Dose única						
Adulto	4 anos			2ª reforço (com VOP)	2ª reforço (com DTP) (14)						Reforço			2ª dose					
	09 a 19 anos		3 doses a depender da situação vacinal						1 dose (12) adolescentes 11 e 12 anos		1 dose a depender da situação vacinal			Duas doses mensais 9 a 14 meses de 11 a 14				3 doses ou reforço ²⁶ a cada 10 anos a depender da situação vacinal	
Idoso	20 a 59 anos		3 doses a depender da situação vacinal								1 dose a depender da situação vacinal								3 doses ou reforço ²⁶ a cada 10 anos a depender da situação vacinal
	60 anos ou mais		3 doses a depender da situação vacinal																3 doses ou reforço ²⁶ a cada 10 anos a depender da situação vacinal
Gestante			3 doses a depender da situação vacinal																3 doses ou reforço ²⁶ a depender da situação vacinal
																			1 dose a cada gestação

Fonte: Santa Catarina, 2021b

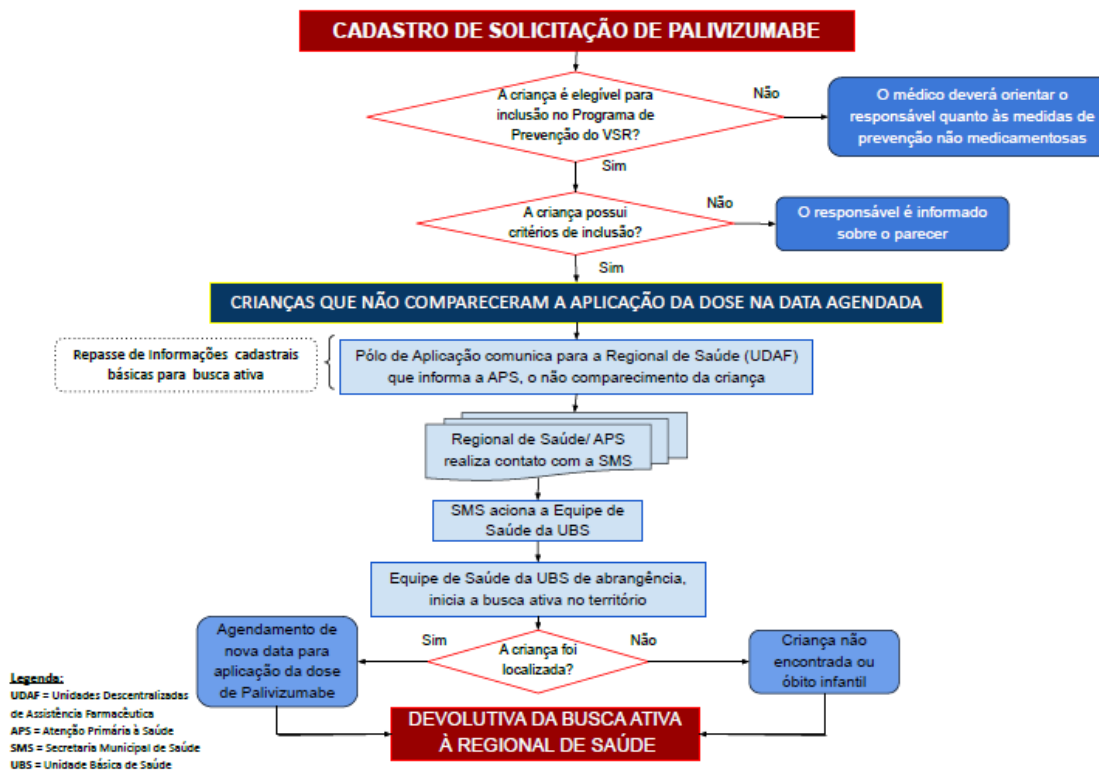
ANEXO 11 - Calendário Vacinal Especial Para o Prematuro Extremo em Santa Catarina

CALENDÁRIO VACINAL ESPECIAL PARA O PREMATURO EXTREMO EM SANTA CATARINA

(RN MENOR DE 1.000G OU 31 SEMANAS DE GESTAÇÃO)
ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2021.

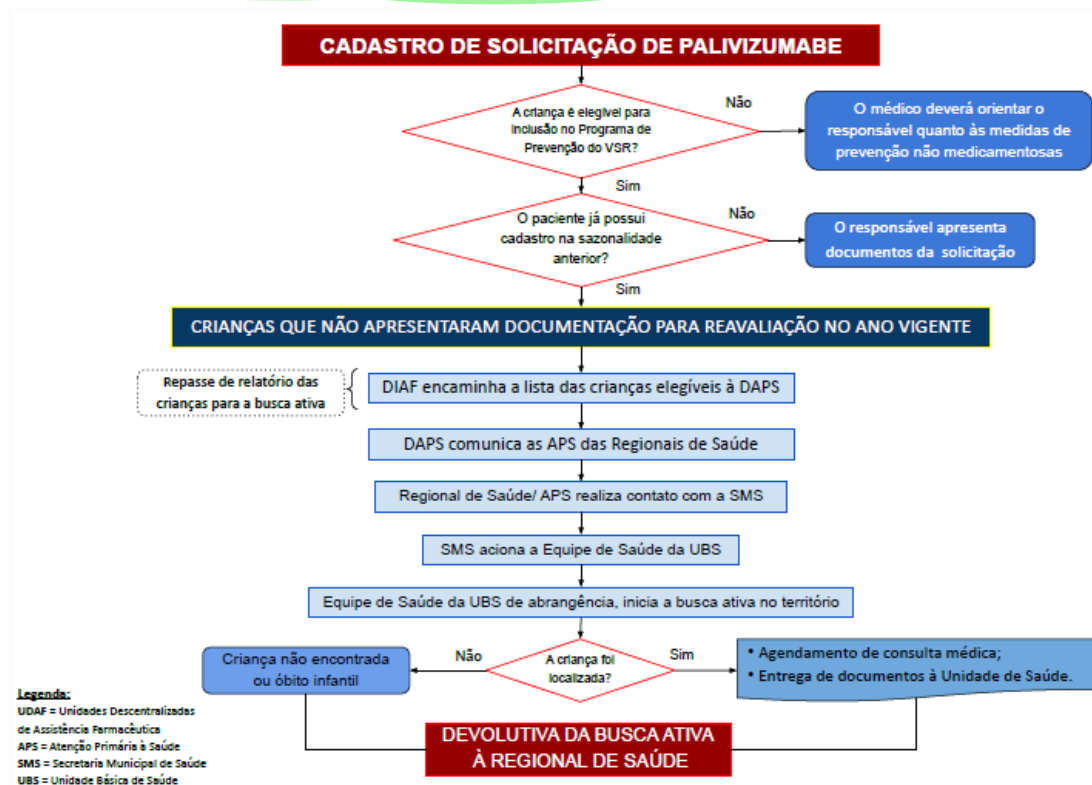
Grupo alvo	Idade	BCG ^{III}	Hepatite B	VOP	DTPa	Pentavalente acelular ⁽²⁾ (DTPa+Hib+VIP) Hexavalente acelular ⁽²⁾ (DTPa+Hib+VIP+Hib)	Pneumão 10	Rotavírus	Meningo C	Febre Amarela	Hepatite A	Triplice Viral	Tetra viral ⁽³⁾	Varicela ⁽³⁾
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer											
	2 meses					1ª dose ⁽⁷⁾	1ª dose							
	3 meses							1ª dose						
	4 meses					2ª dose	2ª dose							
	5 meses							2ª dose						
	6 meses					3ª dose	3ª dose							
	9 meses									1ª dose				
	12 meses						Reforço		Reforço			1ª dose		
	15 meses					1ª reforço ⁽⁴⁾					Dose única		Dose única	
	4 anos			Reforço	Reforço	2ª reforço ⁽⁵⁾ (DTP/DTPa)				Reforço				2ª dose

ANEXO 12 - Fluxograma de Busca Ativa Mensal de Palivizumabe



Fonte: Santa Catarina, 2021c

ANEXO 13 - Fluxograma de Busca Ativa Anual de Palivizumabe



Fonte: Santa Catarina, 2021c

ANEXO 14 - Fluxo de Busca Ativa - Violação dos Direitos da Criança



Fonte: Santa Catarina, 2018b