



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## **PROTOCOLO DE SAÚDE DA CRIANÇA**

São Leopoldo

2016

O Protocolo de Saúde da Criança, começou a ser construído no ano de 2011 com a participação da equipe multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde, composta por: Adriana Tagliari Ostermann, Ana Maria Pedrolo Ribeiro, Caren Job Muller, Lisiane Machado B. da Silva, Magda Saraiva Macedo, Paula Susele Silva de Bearzi e Rosane Liliane Guerra de Mello. Foi revisado e atualizado no ano de 2015 e 2016, por Ana Paula Becker, Cláudia Helena Lindenmeyer Welter, Lisiane Machado Bitencourt da

Silva, Rosane Wruck Rodrigues e Vânia Schneider e assinado pela Secretária Municipal de Saúde.

---

Rosane Wruck Rodrigues  
**Coordenadora da Saúde da Criança e Adolescente**

---

Miriam K. Bavoso  
**Secretária Municipal de Saúde**  
**CAPÍTULO 1**

## **PUERICULTURA**

A assistência prestada à criança deve ser integral, multiprofissional e levar em conta aspectos psico-sociais, fatores epidemiológicos e devem ser aplicáveis a todas as crianças indistintamente, do nascimento até os cinco anos de idade. O acompanhamento sistemático, através das consultas, constitui o eixo central desse atendimento.

A avaliação periódica do ganho de peso permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbi/mortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil.

A partir da consulta é possível o estabelecimento de condutas preventivas, adequadas a cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde. Além disso, as informações sobre peso e desenvolvimento infantil, coletadas durante a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança facilitam o diálogo e o aconselhamento com a mãe ou responsável, partindo-se de indicadores de saúde de fácil compreensão e próximos de seu universo cultural. Estudos têm demonstrado que a maioria das mães identifica que seus filhos estão crescendo quando apresentam aumento de peso e a aquisição de habilidades (MS, BRASIL,2002).

### **1.1 Objetivos**

- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças do nascimento até os 5 anos de idade de modo sequencial;
- Orientar, incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e alimentação complementar após;
- Aplicar o esquema vacinal de acordo com as normas do MS, obtendo 100% de cobertura vacinal para as crianças da área de abrangência da Unidade de Saúde; • Realizar o teste do pezinho e teste da orelhinha em 100% das crianças nascidas na área de abrangência da Unidade;
- Verificar a realização do teste do coraçãozinho e do olhinho realizado no hospital;
- Prestar educação em saúde à família, valorizando aspectos higiênicos, preventivos e desmistificadores;
- Busca de faltosos, através de constante vigilância por parte da equipe de saúde, através de visitas domiciliares;
- Realizar, com prévio agendamento, as consultas individuais preconizadas neste Protocolo;
- Auxiliar as famílias para que aumentem a sua capacidade de cuidar de suas crianças;
- Reduzir a morbidade e mortalidade infantil;
- Padronizar os registros existentes (cartão da criança, prontuários...); • Diminuir os riscos de acidentes na infância, proteger as crianças de violência, exploração, abuso e discriminação de qualquer ordem;
- Garantir que a atenção à criança seja realizada pela equipe multiprofissional, que poderá acontecer em consultas individuais ou atividades em grupo.

## **1.2 Captação das crianças**

As crianças deverão ser agendadas imediatamente após seu nascimento, através de demanda espontânea da família ou após a primeira visita domiciliar do agente comunitário de saúde e/ou outro membro da equipe. É de fundamental importância pactuar com as gestantes que realizam seu pré-natal na Unidade de Saúde, que procurem agendar imediatamente sua primeira consulta pós-parto e de seu bebê, devendo esta ser preferencialmente realizada junto, mãe e bebê (binômio). No momento da realização do teste do pezinho, agendar a consulta.

## **1.3 Calendário de Consultas**

Considerando a qualidade de atendimento à criança, de forma consequente, o Ministério da Saúde propõe o Calendário Mínimo de Consultas (BRASIL,2012) para a Assistência à Criança. Enfatizamos que esta indicação é mínima, podendo as Unidades, conforme sua realidade local, aumentar a frequência das mesmas.

A primeira consulta deve ser realizada no máximo em 15 dias a partir do nascimento do bebê, **preferencialmente nos primeiros sete dias**, pelo médico ou enfermeiro da equipe. No primeiro ano de vida, deverão ser realizadas no mínimo sete consultas, no segundo ano duas, e do terceiro ao nono ano, uma.

#### **1.4 Antropometria**

O acompanhamento do crescimento será através de medidas antropométricas, peso, altura, perímetro cefálico e IMC). Estas medidas serão obrigatoriamente registradas no cartão da criança e no prontuário individual do paciente. Os pais e/ou responsáveis devem ser orientados a trazer a criança todos os meses para a avaliação antropométrica. Nos meses em que a criança não terá consulta, o técnico de enfermagem deve anotar os dados na carteirinha da criança.

#### **Indicadores antropométricos:**

a) Peso/Idade: a variação do peso, com relação à idade da criança reflete, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos. Num prazo de poucos dias, podem ser observadas alterações importantes no peso. Tais características tornam esse índice muito adequado para o acompanhamento do crescimento e do estado de saúde e nutrição da criança. Por essas vantagens, o índice peso/idade é priorizado para o acompanhamento do crescimento no nível da atenção básica de saúde.

b) Estatura/idade: deve ser utilizado para o acompanhamento do crescimento linear da criança e identificação das deficiências de estatura. Apesar de medir cumulativamente o crescimento, o ganho de estatura é relativamente lento o que faz com que custe a refletir problemas agudos de saúde e nutrição da criança.

c) IMC: a relação entre peso e estatura é importante para detectar deficiências recentes de peso (desnutrição aguda) e é também o índice recomendado pela OMS para avaliar sobrepeso. **Portanto, é o melhor índice de desnutrição aguda e também de sobrepeso.** Seus pontos de corte são os percentil 97, escore  $z > 2$  (sobrepeso) e percentil 3 ou escore  $z < -3$  (desnutrição). Deve ser avaliado principalmente nas crianças menores de 2 anos que apresentarem baixo peso/idade, para diferenciar se o peso baixo é decorrente apenas da baixa estatura ou se está associado também a baixo peso para a idade.

d) Perímetro cefálico: Importante variável para avaliar crescimento da cabeça/cérebro de crianças nos dois primeiros anos de vida. O perímetro adequado é expresso na forma de uma faixa de normalidade que situa-se entre os percentis 10 e 90 ou escore  $z +$  ou  $- 2$ .

### **1.5 Atribuições dos membros da equipe da Atenção Básica**

#### AGENTES DE SAÚDE

- Realizar acompanhamento mensal em visita domiciliar, conferindo situação vacinal, comparecimento das consultas e incentivando a participação nos grupos;
  - Realizar a busca de faltosos às atividades de acompanhamento e vacinação da Unidade de saúde;
  - Participar das atividades da unidade de saúde;
  - Identificar situações de risco e encaminhar para a Unidade de Saúde;
- Promover e incentivar o aleitamento materno;

#### AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Promover orientação aos familiares, quanto à higiene e cuidados da criança, incentivando sempre o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês;
- Realizar as medidas antropométricas, as anotações no cartão da criança e dados para o SISVAN, Bolsa Família e E-SUS;
- Identificar crianças de risco, desmame precoce, crescimento inadequado e encaminhar ao profissional previsto no protocolo;
- Revisar cartão da criança e atualizar as vacinas;
- Realizar grupos de promoção da saúde e visita domiciliar;
- Promover e incentivar o aleitamento materno.

#### CIRURGIÃO-DENTISTA

- Realizar a consulta de puericultura conforme protocolo;
- Orientar quanto à saúde bucal da criança e família;
- Realizar interconsultas, grupos de saúde e visita domiciliar;
- Promover e incentivar o aleitamento materno.

#### AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO/AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

- Participar de grupos existentes na UBS;
- Realizar orientação quanto aos cuidados de saúde bucal;
- Registrar no livro de acompanhamento e controle de faltosos;

- Promover e incentivar o aleitamento materno.

#### ENFERMEIRO

- Realizar consulta de puericultura e solicita exames conforme protocolo; • Supervisionar e coordenar as ações desenvolvidas pelo auxiliar/ técnico de enfermagem e ACS;
- Prescrever medicamentos conforme Apêndice I deste protocolo;
- Realizar interconsultas, grupos de saúde e visita domiciliar;
- Registrar no livro de acompanhamento e controle de faltosos;
- Promover e incentivar o aleitamento materno.

#### MÉDICO

- Realizar consulta de puericultura conforme protocolo;
- Realizar interconsultas, grupos de saúde e visita domiciliar;
- Registrar no livro de acompanhamento e controle de faltosos;
- Promover e incentivar o aleitamento materno.

### **1.6 Roteiro de Acompanhamento em Puericultura**

#### VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar deve ser feita imediatamente a chegada do bebê na casa, pelo agente comunitário de saúde, preferencialmente acompanhado por mais um membro da equipe.

Orientar e revisar:

- Cuidados gerais do RN e puérpera, incentivando o aleitamento materno exclusivo (AME) e sua técnica correta conforme este protocolo;
- Cuidados com o Coto umbilical e a higiene correta com o álcool 70%;
- Vacina BCG e Hepatite B, registro de nascimento, marcação do teste do pezinho e da orelhinha e cartão SUS do RN;
- Marcação da consulta de binômio;

<b>CONSULTA ATÉ 15 DIAS</b>
-----------------------------

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;</li><li>• Realizar exame físico completo;</li></ul> |
|---|

- Analisar e registrar amamentação (pega);
  - Observar vínculo mãe-bebê;
  - Avaliar coto umbilical e clavículas;
  - Avaliar eliminações;
  - Investigar local onde criança dorme, uso de chupeta e mamadeira;
  - Verificar a realização do teste do pezinho e da orelhinha, registros da caderneta e cartão SUS;
  - Realizar Manobra de Ortolani e sinal de Galeazzi\*;
  - Avaliar DNPM\*\*:
- posição fletida, tanto na posição supina como prona;
  - reflexos do recém nascido;
  - o bebê reconhece e acalma-se com a voz da mãe;
- Questionar método anticoncepcional (MAC) da mãe;
  - Revisar e incentivar o AME;
  - Abordar os novos papéis na família;
  - Incentivar a participação paterna nos cuidados e verificar rede de apoio; • Orientar quanto higiene corporal correta e higiene do coto com álcool 70%; • Orientar higiene bucal (somente com pano umedecido, ou gaze, em água filtrada ou fervida);
  - Desestimular o uso de chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
  - Avaliar o freio lingual;
  - Orientar sobre prevenção de assaduras e troca de fraldas, assim como evitar o uso de talcos e lenços umedecidos;
  - Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
  - Orientar não medicar sem orientação profissional;
  - Orientar rotinas de sono;
  - Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias).
  - Realizar registros na caderneta da criança.

\* Manobra de Ortolani: para rastreamento da displasia do quadril. Envolve a flexão e abdução do quadril. Este movimento reposiciona o quadril quando deslocado para a posição acetabular normal e é acompanhado de um “click” palpável quando houver alteração. O sinal de Galeazzi positivo é quando há discrepância no comprimento das

pernas, sendo mais um componente chave para o rastreamento da displasia do quadril (FAJARDO et. al., 2004).

\*\* ver quadro de desenvolvimento motor e reflexos.

### CONSULTA 1º MÊS

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- Investigar e avaliar eliminações;
- Avaliar resultado do teste do pezinho e orelhinha;
- Investigar se já foi realizado CNS da criança e registrar o número;
- Observar vínculo mãe-bebê;
- Investigar local onde criança dorme, uso de chupeta e mamadeira;
- DNPM\*: Observa o rosto, reage ao som, eleva a cabeça. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento.
  - Reflexos do RN\*;
- Realizar Manobra de Ortolani e sinal de Galeazzi\*;
- Questionar método anticoncepcional (MAC) da mãe;
- Revisar e incentivar o AME;
- Orientar quanto higiene corporal correta;
- Orientar higiene bucal (somente com pano umedecido, ou gaze, em água filtrada ou fervida);
- Desestimular ou adequar o uso de chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Orientar sobre manejo de cólicas;
- Orientar sobre prevenção de assaduras e troca de fraldas, assim como evitar o uso de talcos e lenços umedecidos;
- Estimular exposição ao sol (17min/dia com exposição de face e mãos ou 4 min/dia só de fraldas);
- Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;

- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Estimular conversas e músicas para o bebê. (Massagens acalmam e transmitem segurança e carinho).
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### CONSULTA 2º MÊS

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- Investigar e avaliar eliminações;
- Realizar Manobra de Ortolani e sinal de Galeazzi\*;
- DNPM\*: sorri, abre as mãos, firma a cabeça, emite sons, movimentação ativa dos membros. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;
- Iniciar Vitamina A/D. Vit D =400UI/dia via oral;
- Revisar e incentivar o AME (evitar a introdução de alimentos c/ glúten antes dos 4 meses, por aumentar o risco de doença celíaca);
- Abordar novos papéis na família, tempo para si e parceiro, participação paterna;
- Orientar quanto à higiene corporal correta;
- Orientar a higiene bucal (somente com pano umedecido, ou gaze, em água filtrada ou fervida);
- Desestimular ou adequar o uso de chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito; • Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar quanto à importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Estimular o uso de brinquedos grandes e coloridos;
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### CONSULTA 3º MÊS

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- Realizar Manobra de Ortoloni;
- DNPM\*: sorri, abre as mãos, firma a cabeça. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;
- Avaliar fechamento da fontanela lambdóide (posterior);
- Manter Vitamina A/D. Vit.D= 400UI/dia;
- Realizar registros na caderneta da criança.
- Revisar e incentivar o AME (evitar a introdução de alimentos c/ glúten antes dos 4 meses, por aumentar o risco de doença celíaca);
- Abordar novos papéis na família, tempo para si e parceiro, participação paterna;
- Orientar quanto higiene corporal correta;
- Orientar higiene bucal (somente com pano umedecido, ou gaze, em água filtrada ou fervida);
- Desestimular ou adequar o uso de chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito; • Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Estimular brincadeiras com expressões faciais (o bebe tentará imitá-la com sorrisos e ruídos);
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### **CONSULTA 4º MÊS**

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- Realizar Manobra de Ortolani;
- DNPM\*: rola sem auxílio, junta as mãos, reconhece as pessoas, segura objetos, ri alto, de braços levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento.

- Manter Vitamina A/D VitD=400UI/dia
- Realizar registros na caderneta da criança.
- Revisar e incentivar o AME (evitar a introdução de alimentos c/ glúten antes dos 4 meses, por aumentar o risco de doença celíaca);
- Orientar quanto higiene corporal correta;
- Orientar higiene bucal (somente com pano umedecido, ou gaze, em água filtrada ou fervida);
- Desestimular ou adequar chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Estimular exposição solar;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Incentivar que fale/cante, leia para o bebê e imite sons de animais. Assim como uso de móveis. (o bebê é capaz de confortar-se a si mesmo. Aprendendo a dormir sozinho);
- Observar reflexo de extrusão da língua, (deve desaparecer para iniciar com alimentação complementar);
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### **CONSULTA 5º MÊS**

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- Realizar Manobra de Ortolani;
- DNPM\*: rola sem auxílio, junta as mãos, reconhece as pessoas, leva objetos à boca, localiza som;
- Manter Vitamina A/D.  
Vit. D= 400UI/dia;
- Revisar e incentivar o AME (introdução de alimentos c\glúten até os 7 meses, para diminuir o risco de doença celíaca);
- Orientar quanto higiene corporal correta;

- Orientar higiene bucal (somente com pano umedecido, ou gaze, em água filtrada ou fervida);
- Desestimular ou adequar chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Estimular exposição solar;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Estimular (idem 4 meses), brinquedos macios, mordedores e móveis;
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Verificar reflexo de extrusão da língua, (deve desaparecer para iniciar com alimentação complementar);
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### **CONSULTA 6º MÊS**

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM\*: Vocaliza, apanha objetos e leva-os à boca, senta com apoio; usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;
- Manter Vit. A/D e iniciar sulfato ferroso conforme protocolo;
- Observar presença de dentes;
- Revisar MAC da mãe;
- Manter leite materno (LM), e iniciar com frutas 2x ao dia e 1 papa do bebê. Não iniciar com açúcar, mel ou produtos industrializados antes de 1 ano e evitá-los até os 2 anos. Oferecer água nos intervalos. Suco no máximo 100 ml/dia;
- Orientar higiene bucal, com escova macia e creme dental com flúor 1100ppmf, uma vez ao dia, caso já tenha iniciado erupção dos dentes;
- Desestimular ou adequar chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Orientar higiene corporal correta;

- Orientar a não usar andador;
- Estimular exposição solar;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Orientar/estimular sobre a primeira consulta com dentista ou conforme fluxo interno da equipe;
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Estimular apresentação e conversar sobre alimentos;
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### **CONSULTA 7º MÊS**

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM\*: preensão palmar, senta com apoio. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;
- Manter Vit. A/D e sulfato ferroso;
- Manter leite materno (LM), e adicionar 2º papa do bebê;
- Desestimular a mamada noturna;
- Orientar higiene bucal, com escova macia e creme dental com flúor 1100ppmf, uma vez ao dia, caso já tenha iniciado erupção dos dentes;
- Desestimular ou adequar chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Orientar higiene corporal correta;
- Estimular exposição solar;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
  - Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato

com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);

- Orientar a não usar andador;
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Estimular brinquedos de diferentes formas e tamanhos, coloridos que façam barulho (cuidar com os que soltam peças);
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### **CONSULTA 8º MÊS**

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM: pinça digital, senta sem apoio. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;
- Manter Vit. A/D e sulfato ferroso;
- Manter leite materno (LM) e orientar alimentação complementar;
- Desestimular a mamada noturna;
- Orientar higiene bucal, com escova macia e creme dental com flúor 1100ppmf, uma vez ao dia, caso já tenha iniciado erupção dos dentes;
- Desestimular ou adequar chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Orientar higiene corporal correta;
- Estimular exposição solar;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (banho, asfixia, aspiração, queimadura e transporte em automóvel);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Orientar a não usar andador;
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Estimular conto de histórias, mostrar as imagens do livro e deixar com que o bebê jogue objetos no chão (noção causa e efeito);
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### CONSULTA 9º MÊS

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM\*: vocaliza sílabas, apanha objetos e leva-os à boca, senta sem apoio, fica em pé com apoio. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;
- Manter Vit. A/D e sulfato ferroso;
- Manter leite materno (LM) e orientar alimentação complementar;
- Desestimular a mamada noturna;
- Orientar higiene bucal, com escova macia e creme dental com flúor 1100ppmf, uma vez ao dia, caso já tenha iniciado erupção dos dentes;
- Desestimular ou adequar chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Orientar higiene corporal correta;
- Estimular exposição solar;
- Orientar o estímulo para engatinhar, em ambiente seguro, sob supervisão;
- Estimular o uso de “chiqueirinho”;
- Orientar a não usar andador;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (choques elétricos, afogamento em piscina, produtos químicos).
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Estimular o uso de brinquedos de encaixar e montar;
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### CONSULTA 10º MÊS

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM\*: vocaliza sílabas, apanha objetos e leva-os à boca, senta sem apoio, fica em pé

com apoio. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;

- Manter Vit. A/D e sulfato ferroso;
- Avaliar presença de dentes;
- Manter leite materno (LM) e orientar alimentação complementar;
- Desestimular a mamada noturna;
- Orientar higiene bucal, com escova macia e creme dental com flúor 1100ppmf, uma vez ao dia ,caso já tenha iniciado erupção dos dentes;
- Desestimular ou adequar chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Orientar higiene corporal correta;
- Estimular exposição solar;
- Orientar o estímulo para engatinhar, em ambiente seguro, sob supervisão;
- Estimular orientações quanto à disciplina;
- Estimular o uso de “chiqueirinho”;
- Orientar a não usar andador;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (choques elétricos, afogamento em piscina, produtos químicos);
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Orientar a deixar com que a criança jogue e derrube objetos (treinamento para o afastamento);
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### **CONSULTA 11º MÊS**

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM\*: fica em pé, dá passos com apoio. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;
- Manter Vit. A/D e sulfato ferroso;
- Solicitar hemograma;

- Manter leite materno (LM) e orientar alimentação complementar;
- Desestimular a mamada noturna;
- Orientar higiene bucal, com escova macia e creme dental com flúor 1100ppmf, uma vez ao dia, caso já tenha iniciado erupção dos dentes;
- Desestimular ou adequar chupeta, mamadeiras (chá) e co-leito;
- Orientar higiene corporal correta;
- Estimular exposição solar;
- Estimular para engatinhar/locomover-se, em ambiente seguro, sob supervisão;
- Estimular o uso de “chiqueirinho”;
- Orientar a não usar andador;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (choques elétricos, afogamento em piscina, produtos químicos);
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### **CONSULTA 12º MÊS**

- Avaliar e registrar peso (P) sem fralda, estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM\*: ergue-se sozinho, nomeia objetos, caminha com apoio. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;
- Manter Vit. A/D e sulfato ferroso;
- Avaliar presença de dentes;
- Avaliar resultado do hemograma e tratar se necessário, conforme protocolo;
- Prescrever anti-helmíntico;
- Manter leite materno (LM) e orientar alimentação complementar (evitar alimentos industrializados e uso de açúcar);
- Desestimular a mamada noturna;

- Orientar higiene bucal, com escova macia e creme dental com flúor 1100ppmf, uma vez ao dia ,caso já tenha iniciado erupção dos dentes;
- Desestimular ou adequar chupeta, co-leito e estimular a substituição de mamadeira por copinho;
- Orientar higiene corporal correta;
- Estimular exposição solar;
- Estimular para engatinhar/locomover-se, em ambiente seguro, sob supervisão;
- Estimular o uso de “chiqueirinho”;
- Orientar a não usar andador;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (choques elétricos, afogamento em piscina, produtos químicos);
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar quanto a importância de evitar lugares fechados, tabagismo passivo e contato com pessoas doentes (ex: doenças respiratórias);
- Orientar quanto os aspectos sociais: curiosidade, estímulo, exploração, medo do abandono, negativismo, birra. Acorda à noite;
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Estimular a criança a comer sozinha e guardar os brinquedos;
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

### **CONSULTA 15º MÊS**

- Avaliar e registrar peso (P), estatura (E), perímetro cefálico (PC) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM\*: ergue-se sozinho, verbaliza palavras, caminha sem apoio. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento. Observar marcha;
- Manter sulfato ferroso;
- Avaliar fechamento da fontanela bregmática (anterior);
- Manter leite materno (LM) até 2 anos ou mais, e orientar alimentação complementar para a idade (evitar alimentos industrializados e uso de açúcar);
- Desestimular a mamada noturna;

- Orientar higiene bucal, com escova macia e creme dental com flúor 1100ppmf, duas vezes ao dia;
- Orientar avaliação odontológica, conforme o fluxo da equipe;
- Desestimular chupeta, e estimular a substituição de mamadeira por copinho;
- Orientar higiene corporal correta;
- Estimular exposição solar;
- Orientar prevenção de acidentes;
- Orientar aspectos sociais: limites, boas maneiras, preparar para frustrações;
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Criança dorme a noite toda;
- Evitar o uso de equipamentos eletrônicos (ex: celulares, tablets, tv...), até os dois anos de idade;
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

#### **CONSULTA 18º MÊS**

- Avaliar e registrar P, E (medir deitado), IMC e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM\*: Corre, sobe degraus, chuta bola, aponta duas figuras, tira a roupa, constrói torre de três cubos;
- Estabelecer e respeitar o horário das refeições;
- Evitar alimentos com adição de açúcar;
- Evitar o hábito de comer assistindo T.V;
- Respeitar a saciedade da criança;
- Realizar registros na caderneta da criança.

\* ver quadro de reflexos e desenvolvimento motor conforme período.

#### **CONSULTA 24º MÊS**

- Avaliar P, E (se < de 2 anos medir deitado, se > de 2 anos medir em pé), IMC e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM: Verbaliza palavras, caminha. Atira bola e segue instruções. Observar marcha. Usar instrumento de vigilância do desenvolvimento;

- Prescrever antihelmíntico.
- Orientar alimentação para a idade;
- Suspender a mamada noturna;
- Orientar higiene bucal (com escova e creme dental com flúor 1100ppmf, três vezes ao dia, orientação para escovação da noite);
- Estimular a substituição da mamadeira pelo copinho;
- Remover chupeta;
- Avaliação odontológica ou conforme fluxo da equipe;
- Orientar higiene corporal correta;
- Orientar prevenção de acidentes;
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar aspectos sociais: limites, boas maneiras;
- Orientar retirada gradual das fraldas (a partir do momento em que a criança acorda com a fralda seca pela manhã);
- Orientar quanto a sexualidade (imita o mesmo sexo);
- Realizar registros na caderneta da criança.

### **CONSULTA 3º ANO**

- Avaliar P, E, IMC, PA (com aparelho infantil) e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- Prescrever anti-helmíntico;
- Avaliar controle dos esfínteres;
- Orientar alimentação para a idade;
- Suspender a mamada noturna;
- Orientar higiene bucal (com escova e creme dental com flúor 1100ppmf, três vezes ao dia, orientação para escovação da noite);
- Estimular a substituição da mamadeira pelo copinho;
- Remover chupeta;
- Avaliação odontológica ou conforme fluxo da equipe;
- Orientar prevenção de acidentes;
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar aspectos sociais: limites, boas maneiras, disciplina, medos, fobias e identidade

sexual;

- Realizar registros na caderneta da criança.

#### **CONSULTA 4º E 5º ANO**

- Avaliar P, E, IMC, PA e vacinas;
- Realizar exame físico completo;
- DNPM: identifica cores, diz seu nome, brinca com outras crianças, veste-se com auxílio;
- Avaliar controle dos esfínteres;
- Prescrever anti-helmíntico;
- Avaliar acuidade visual (teste de acuidade).
- Orientar alimentação para a idade;
- Orientar higiene bucal (com escova e creme dental com flúor 1100ppmf, três vezes ao dia, orientação para escovação da noite);
- Estimular a substituição da mamadeira pelo copinho;
- Remover chupeta;
- Avaliação odontológica ou conforme fluxo da equipe;
- Orientar prevenção de acidentes;
- Orientar não medicar sem orientação profissional;
- Orientar aspectos sociais: limites, boas maneiras e disciplina;
- Realizar registros na caderneta da criança.

#### **QUADRO DO DESENVOLVIMENTO MOTOR**

**RESUMO:**

- 5 à 7 meses: senta sem apoio;
- 4 à 6 meses: balbucia (dá ,pá), rola sobre o seu próprio corpo, joga objetos; •
- 5 à 6 meses: estranhamento;
- 6 à 7 meses: brinca de se esconder;
- 7 à 8 meses: fica em pé, aponta para as coisas, pinça, não gosta de ficar sozinho, dificuldade para adormecer (insônia do 2º semestre);
- 10 meses à 1 ano e 4 meses: caminha sem apoio;
- 1 ano: fala mama, papa com significado;
- 1 ano à 1 ano e meio: rabisca, monta torres, combina palavras (ex: não quero), entende a comandos (ex: busca a bola).

**QUADRO DE REFLEXOS**

<b>Reflexo</b>	<b>Método</b>	<b>Período</b>
Corneal	Pisca ao súbito aparecimento da luz intensa ou à aproximação de um objeto em direção a córnea.	Toda vida
Pupilar	A pupila contrai-se quando uma luz intensa brilha em sua direção.	Toda vida

Olho de boneca	Movimentar lentamente a cabeça da criança para o lado. O olho não se ajusta imediatamente a nova posição. Se persiste após desenvolvimento = lesão neurológica.	Deve desaparecer conforme a fixação se desenvolve
Fuga à asfixia	Colocar RN em decúbito ventral, com a face tocando a maca. A criança reage virando a cabeça, procurando ar.	Toda vida
Sucção	Forte movimento de sucção da área perioral em resposta à estimulação.	Toda infância
Extrusão	Tocar na língua. O neonato responde ao forçá-la para frente.	0-4 meses
Preensão palmar e plantar	Tocar na região palmar/plantar, próximo a base dos dedos, o que provoca flexão.	Palmar 0-3meses Plantar 0-8meses
Babinski	Tocar na parte externa plantar, no sentido calcanhar-dedos, através do arco do pé, provocando hiperextensão dos dedos e dorsiflexão do polegar.	0-12 meses
Moro	Mudança súbita de equilíbrio provoca súbita extensão e abdução dos membros e abertura dos dedos em leque, seguido pela flexão e adução dos membros.	0-4 meses
Marcha	Método segurar a criança de modo que os pés toquem a superfície rígida ocorrendo a flexão e extensão recíprocas da perna, simulando a deambulação.	0-4 meses
Tônico-Cervical	Virar rapidamente a cabeça da criança para um lado. O RN estende os membros daquele lado, e os membros do lado oposto flexionam-se.	0-4meses

#### **GANHO DE PESO E ALTURA NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

<b>Idade</b>	<b>Peso</b>	<b>Altura</b>
1º Trimestre	30g/dia - 700g/mês	3,5cm/mês
2º Trimestre	20g/dia - 600g/mês	2cm/mês
3º Trimestre	15g/dia - 500g/mês	1,5cm/mês
4º Trimestre	12g/dia - 400g/mês	1,2cm/mês
Dos 2 aos 5 anos	2kg/ano	7cm/ano

- 5 meses = dobro do peso do nascimento;
- 10 meses = 3 vezes o peso do nascimento;
- 1 ano = 50% da estatura do nascimento;
- 2 anos = 4 vezes o peso do nascimento;
- 4 anos = 2 vezes a estatura do nascimento.

## **1.7 Medicções protocoladas**

### **a) SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO**

Justificativa: O Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (BRASIL,2013), que se destina à suplementação preventiva de todas as crianças de 6 a 24 meses com sulfato ferroso. É indiscutível que o leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança previne anemia, apesar da sua baixa quantidade de ferro, pois a biodisponibilidade permite a absorção de 50% do ferro presente, enquanto a absorção do ferro do leite de vaca, que possui quantidades semelhantes, é de 10%. O ferro apresenta-se nos alimentos sob duas formas: heme e não heme. O ferro heme, presente na hemoglobina e mioglobina das carnes e vísceras, tem maior biodisponibilidade, não estando exposto a fatores inibidores. O ferro não heme, contido no ovo, cereais, leguminosas (ex. feijão) e hortaliças (ex. beterraba), ao contrário do ferro animal, é absorvido de 2% a 10% pelo organismo. Ele pode ter suas taxas de absorção aumentadas pela presença de agentes facilitadores da sua absorção, ou agentes que diminuem sua absorção. Três potentes facilitadores da absorção do ferro não heme são as carnes, o ácido ascórbico – vitaminas C e A, contribuindo para diminuir a prevalência de anemia. Fitatos, taninos, cálcio e fosfatos, por outro lado, possuem efeito inibidor, diminuindo a sua absorção. *A necessidade diária de ferro em crianças com idade entre 6 a 12 meses é elevada e difícil de ser consumida apenas pela alimentação normal.* Assim, a criança fica vulnerável ao desenvolvimento de anemia por deficiência de ferro, que prejudica o seu crescimento e desenvolvimento. Por isso os esforços devem ser centrados na recomendação de alimentos que são fonte de ferro, com consumo diário de carne, miúdos (no mínimo uma vez por semana) e suco de fruta natural, fonte de vitamina C, após o almoço e jantar, para aumentar a absorção do ferro não heme. Crianças de 6 a 24 meses devem receber o suplemento de ferro disponível nas unidades básicas de saúde de forma preventiva (ver quadro de sulfato ferroso profilático). Se hemograma apontar anemia ( $Hb \leq 11$ ), tratar de acordo com quadro de

sulfato ferroso terapêutico.

### QUADRO DE SULFATO FERROSO PROFILÁTICO

Idade e condição	Apresentação	Dosagem
RN a termo a partir dos 6 meses (ou a partir do desmame) até 24 meses	Gotas 25mgFe/1ml	1mg/kg/dia = 1gt/kg/dia
RN prematuro, gemelar ou baixo peso (2500g a 1500g) (a partir do 30º dia de vida até o 24º mês)	Gotas 25mgFe/1ml	<b>Até 1 ano</b> = 2mg de ferro/Kg/dia (2 gts/kg/dia) <b>Mais de 1 ano</b> = 1mg/kg/dia, por mais um ano (1 gt/kg/dia)
RN pré-termo com peso entre 1500 e 1000g (a partir do 30º dia de vida até o 24º mês)	Gotas 25mgFe/1ml	<b>Até 1 ano</b> = 3mg/kg/dia (3 gts/kg/dia) <b>Mais de 1 ano</b> = 1mg/kg/dia por mais 1 ano (1 gt/kg/dia)
RN pré-termo com peso menor que 1000g (a partir do 30º dia de vida até o 24º mês)	Gotas 25mgFe/1ml	<b>Até 1 ano</b> = 4mg/kg/dia (4 gts/kg/dia) <b>Mais de 1 ano</b> = 1mg/kg/dia por mais 1 ano (1 gt/kg/dia)

RN a termo, quando tiver uma ingestão de 600 ml de fórmula infantil por dia, não necessita suplementar.

### QUADRO DE SULFATO FERROSO TERAPÊUTICO

Tipo do SF	Hemograma	Dosagem
Gotas 25mgFe/1ml	Hb ≤ 11	4mg/kg/dia por 3 meses

#### b) SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A/D

Justificativa: O valor de vitamina A em equivalente de retinol (EqR) representa o consumo das duas formas dessa vitamina, as quais são representadas pelos carotenóides presentes nos vegetais e a vitamina A propriamente dita, que ocorre naturalmente nos alimentos de origem animal, em grandes proporções no fígado de boi.

Nos seis primeiros meses de vida a quantidade de vitamina A presente no leite materno supera as necessidades da criança. Já a vitamina D tem pequena contribuição no leite materno e nos alimentos complementares, o qual primordialmente depende da exposição direta da pele à luz solar. Em bebês amamentados exclusivamente ao seio e não expostos à luz solar, os estoques de vitamina D existentes ao nascimento provavelmente seriam depletados em oito semanas. Porém, umas poucas horas de exposição à luz solar no verão – 30 minutos a 2 horas por semana (17 minutos por dia), com exposição apenas da face e mãos do bebê, e 30 minutos por semana (4 minutos por dia), se o bebê estiver usando apenas fraldas – produzem vitamina D suficiente para evitar deficiência por vários meses. Crianças com pigmentação escura da pele podem requerer três a seis vezes o tempo de exposição de bebês de pigmentação clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Toda criança, a partir dos 2 meses, deve receber a suplementação de vitamina A/D, conforme quadro abaixo, até os 12 meses.

#### QUADRO DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A/D

Nome comercial	Apresentação	Público	Posologia
Vitadesan	Vit A 3.000UI/ Vit D 800 UI para cada 20gts	1 a 18 meses	10 gotas/dia

Nome comercial	Apresentação	Público	Posologia
Protovit	Vit A 5.000UI/ Vit D 1.000 UI para cada 24 gts	1 a 18 meses	12 gotas/dia

Nome comercial	Apresentação	Público	Posologia
Ad-til	Vit A 2.500UI / Vit D 500 UI para cada 2 gts	1 a 18 meses	2 gotas/dia

• A quantidade de vitamina A/D muda conforme o laboratório.

#### **FEBRE:**

• PARACETAMOL 200mg/ml, 1gt/kg de 4/4 horas, se dor ou febre (Tax: >

ou = 38,2°).

### **VERMINOSE**

- De rotina, quando não se tem EPF, usar Mebendazol 100mg/5ml. Tomar 5ml, 2x ao dia por 3 dias. Repetir após 10 dias. Se tiver EPF, tratar conforme agente etiológico.

### **SORO NASAL**

- Colocar meio conta-gotas de Soro Nasal (NaCl 0,9%) em cada narina de 3/3 horas, em casos de congestão nasal.

### **SORO DE REIDRATAÇÃO ORAL**

- Oferecer conforme aceitação após evacuações de fezes diarreicas.

## **CAPITULO 2**

### **AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

**2.1 Técnica de Amamentação (Caderno de Atenção Básica 23,2012)** Apesar de a sucção do bebê ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente. Quando o bebê pega a mama adequadamente – o que requer uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola –, forma-se um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê.

Enquanto mama no peito, o bebê respira pelo nariz, estabelecendo o padrão normal de respiração nasal. O ciclo de movimentos mandibulares (para baixo, para a frente, para cima e para trás) promove o crescimento harmônico da face do bebê. A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos.

Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico.

Além de dificultar a retirada do leite, a má pega machuca os mamilos. Quando o bebê tem uma boa pega, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesões mamilares. Todo profissional de saúde que faz assistência a mães e bebês deve saber observar criticamente uma mamada. A seguir são apresentados os diversos itens que os profissionais de saúde devem conferir na observação de uma mamada:

- As roupas da mãe e do bebê são adequadas, sem restringir movimentos? Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres.

- A mãe está confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para a frente? O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável (uma banquetinha pode ser útil).

- O corpo do bebê se encontra bem próximo do da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga?

- O corpo e a cabeça do bebê estão alinhados (pescoço não torcido)? • O braço inferior do bebê está posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe? O bebê abraça a mãe?

- O corpo do bebê está curvado sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas?

- A mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre? Não se recomenda que os dedos da mãe sejam colocados em forma de tesoura e sim em forma de C, pois, a forma de tesoura, pode dessa maneira servir de obstáculo entre a boca do bebê e a aréola.

- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com o nariz na altura do mamilo?

- A mãe espera o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-lo no peito?

- O bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2cm além do mamilo)? É importante lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios

lactíferos com as gengivas e a língua.

- O queixo do bebê toca a mama?
- As narinas do bebê estão livres?
- Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um laço? Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos.
- As mandíbulas do bebê estão se movimentando?
- A deglutição é visível e/ou audível?

É sempre útil lembrar a mãe de que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê. Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados.

**Pontos-chave do posicionamento adequado:**

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

**Pontos-chave da pega adequada:**

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

**Os seguintes sinais 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;
- 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.

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia. Muitas mães, principalmente as que estão inseguras e as com baixa

autoestima, costumam interpretar esse comportamento normal como sinal de fome do bebê, leite fraco ou pouco leite, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos.

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros. O mais importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Dessa maneira, a criança recebe o leite do final da mamada, que é mais calórico, promovendo a sua saciedade e, conseqüentemente, maior espaçamento entre mamadas. O esvaziamento das mamas é importante também para o ganho adequado de peso do bebê e para a manutenção da produção de leite suficiente para atender às demandas do bebê. No início da mamada o leite é mais aquoso saciando a sede do bebê. No final é mais gorduroso.

Água, chás e principalmente outros leites devem ser evitados, pois há evidências de que o seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil. A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação. Observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito. Alguns autores denominam essa dificuldade de “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira. Nesses casos, é comum o bebê começar a mamar no peito, porém, após alguns segundos, largar a mama e chorar.

Não restam mais dúvidas de que a suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes. Mesmo ingerindo pouco colostro nos primeiros dois a três dias de vida, recém-nascidos normais não necessitam de líquidos adicionais além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente altos.

Quanto a chupeta, esta tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, entre outros motivos. Crianças que chupam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência, o que pode comprometer a produção de leite. Além de interferir no aleitamento materno, o uso de chupeta está associado a uma maior ocorrência de candidíase oral (sapinho), de otite média e de alterações do palato. A comparação de crânios de pessoas que viveram antes da existência dos bicos de borracha com crânios mais modernos sugere o efeito nocivo dos bicos na formação da cavidade oral.

## **2.2 Aspecto e composição do leite materno**

Muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite. Achrom que, por ser transparente em algumas ocasiões, o leite é fraco e não sustenta a criança. Por isso, é importante que as mulheres saibam que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe. O leite do início da mamada, o chamado leite anterior, pelo seu alto teor de água, tem aspecto semelhante ao da água de coco. Porém, ele é muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tende a ter uma coloração branca opaca devido ao aumento da concentração de caseína. E o leite do final da mamada, o chamado leite posterior, é mais amarelado devido à presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, provenientes da dieta da mãe. O leite pode ter aspecto azulado ou esverdeado quando a mãe ingere grande quantidade de vegetais verdes.

Não é rara a presença de sangue no leite, dando a ele uma cor amarronzada. Esse fenômeno é passageiro e costuma ocorrer nas primeiras 48 horas após o parto. É mais comum em primíparas adolescentes e mulheres com mais de 35 anos e deve-se ao rompimento de capilares provocado pelo aumento súbito da pressão dentro dos alvéolos mamários na fase inicial da lactação. Nesses casos, a amamentação pode ser mantida, desde que o sangue não provoque náuseas ou vômitos na criança. (O sangue irrita a mucosa gástrica)

## **2.3 Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação**

### **a) Bebê que não suga ou tem sucção fraca**

Quando, por alguma razão, o bebê não estiver sugando ou a sucção é ineficaz, e a mãe deseja amamentá-lo, ela deve ser orientada a estimular a sua mama regularmente (no mínimo cinco vezes ao dia) por meio de ordenha manual ou por bomba de sucção. Isso garantirá a produção de leite. Alguns bebês resistem às tentativas de serem amamentados e com frequência não se descobre a causa dessa resistência inicial. Algumas vezes ela pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas ou ainda à presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar. O manejo desses casos se restringe a acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e chupetas quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez.

Alguns bebês não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem manter a pega. Isso pode ocorrer porque o bebê não está bem posicionado, não abre a

boca suficientemente ou está sendo exposto à mamadeira e/ou chupeta. Além disso, o bebê pode não abocanhar adequadamente a mama porque elas estão muito tensas, ingurgitadas, ou os mamilos são invertidos ou muito planos. O manejo vai depender do problema detectado.

Em algumas situações o bebê começa a mamar, porém após alguns segundos larga a mama e chora. Nesses casos ele pode estar mal posicionado, ter adquirido preferência pela mamadeira ou, ainda, o fluxo de leite ser muito forte. Não é raro o bebê ter dificuldade para sugar em uma das mamas porque existe alguma diferença entre elas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento) ou porque a mãe não consegue posicioná-lo adequadamente em um dos lados ou, ainda, porque ele sente dor numa determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo). Um recurso que se utiliza para fazer o bebê mamar na mama “recusada”, muitas vezes com sucesso, é o uso da posição “jogador de futebol americano” (bebê apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, mão da mãe apoiando a cabeça da criança, corpo da criança mantido na lateral, abaixo da axila). Se o bebê continuar a recusar uma das mamas, é possível manter aleitamento materno exclusivo utilizando apenas uma das mamas.

#### b) Demora na “descida do leite”

Em algumas mulheres a “descida do leite” ou apojadura só ocorre alguns dias após o parto. Nesses casos, o profissional de saúde deve desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha. É muito útil o uso de um sistema de nutrição suplementar (translactação), que consiste em um recipiente (pode ser um copo ou uma xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.

#### c) Mamilos planos ou invertidos

Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Para fazer o diagnóstico de mamilos invertidos, pressiona-se a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, ele se retrai; caso contrário, não é mamilo invertido. Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, é fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do bebê, que consiste em:

- Promover a confiança e empoderar a mãe – deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;

- Ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê – a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele, inicialmente, não conseguir; é muito importante que a aréola esteja macia;

- Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;

- Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como simples estímulo (toque) do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10ml ou 20ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Recomenda-se essa técnica antes das mamadas e nos intervalos. O mamilo deve ser mantido em sucção por 30 a 60 segundos, ou menos, se houver desconforto. A sucção não deve ser muito vigorosa para não causar dor ou mesmo machucar os mamilos. Orientar as mães a ordenhar o seu leite antes das mamadas, enquanto o bebê não sugar efetivamente – isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega; o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho.

#### d) Ingurgitamento mamário

O leite acumulado na mama sob pressão torna-se mais viscoso; daí a origem do termo “leite empedrado”. É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico, que é normal, do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. O ingurgitamento patológico ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto.

Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento. Portanto, amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.

Recomendam-se então, as seguintes medidas:

- Ordenha manual da aréola, se ela estiver tensa, antes da mamada, para que ela fique macia, facilitando, assim, a pega adequada do bebê;

- Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos (livre demanda);

Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, particularmente nas

regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite, e são importantes estímulos do reflexo de ejeção do leite, pois promovem a síntese de ocitocina;

- Técnica do Milk Shake: tronco levemente fletido para frente, palmas da mão na superfície inferior e fazer movimentos em direção superior e inferior.
- Uso de analgésicos sistêmico: anti-inflamatório. Ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema. Paracetamol ou Dipirona podem ser usados como alternativas;

- Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica;
- Compressas frias (ou gelo envolto em tecido), em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas; em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote, ou seja, um aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local. As compressas frias provocam vasoconstrição temporária pela hipotermia, o que leva à redução do fluxo sanguíneo, com conseqüente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite, devida à redução da oferta de substratos necessários à produção do leite;
- Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

e) Dor nos mamilos/mamilos machucados

É comum a mulher sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns, não é normal e requer intervenção. A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores com exposição prolongada a forros úmidos.

Trauma mamilar, traduzido por eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses, é uma importante causa de desmame e, por isso, a sua prevenção é muito importante, o que pode ser conseguido

com as seguintes medidas:

- Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados);

Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite;

- Não uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;

- Amamentação em livre demanda – a criança que é colocada no peito assim que dá os primeiros sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva;

- Evitar ingurgitamento mamário; ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;

- Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;

- Início da mamada pela mama menos afetada;

- Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas;

- Uso de “conchas protetoras” (alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno, sem o cabo) entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa. Esse artifício, no entanto, favorece a drenagem espontânea de leite, o que torna o tecido aréolo-mamilar mais vulnerável a macerações. Por isso, essa recomendação deve ser avaliada em cada caso, pesando-se os riscos e os benefícios;

Têm sido utilizados dois tipos de tratamento para acelerar a cicatrização das lesões mamilares: tratamento seco e tratamento úmido. O tratamento seco (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo), bastante popular nas últimas décadas, não tem sido mais recomendado porque acredita-se que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas. Por isso, atualmente tem-se recomendado o tratamento úmido das lesões mamilares, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme. Para isso, pode-se recomendar o uso do próprio leite materno ordenhado nas fissuras. É preciso ter cautela ao recomendar cremes, óleos e loções, pois eles podem causar alergias e, eventualmente, causar obstrução de poros lactíferos.

Existem muitas práticas de uso popular que visam a aliviar o sofrimento materno causado por machucadura de mamilos, como o uso de chá e casca de banana ou mamão, entre outras. Essas práticas devem ser evitadas até que haja estudos indicando a sua

eficácia e inocuidade. A casca de banana, por exemplo, pode causar reação alérgica e ser fonte de contaminação.

f) Candidíase (monilíase)

A infecção da mama no puerpério por *Cândida albicans* (candidíase ou monilíase) é bastante comum. A infecção pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. São fatores predisponentes a umidade e lesão dos mamilos e uso, pela mulher, de antibióticos, contraceptivos orais e esteróides. Na maioria das vezes é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não seja aparente.

A infecção por *Cândida* costuma manifestar-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos que persiste após as mamadas. A pele dos mamilos e da aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante ou apenas irritada ou com fina descamação; raramente se observam placas esbranquiçadas. Algumas mães queixam-se de ardência e dor em agulhada dentro das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas).

Uma vez que o fungo cresce em meio úmido, quente e escuro, são medidas preventivas contra a instalação de *cândida* manter os mamilos secos e arejados e expô-los à luz por alguns minutos ao dia.

Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase. O tratamento inicialmente é local, com Nistatina, Clotrimazol, Miconazol ou Cetoconazol tópicos por duas semanas. As mulheres podem aplicar o creme após cada mamada e ele não precisa ser removido antes da próxima mamada. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se Cetoconazol 200mg/dia, por 10 a 20 dias.

Além do tratamento específico contra o fungo, algumas medidas gerais são úteis durante o tratamento, como enxaguar os mamilos e secá-los ao ar após as mamadas e expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia. As chupetas e bicos de mamadeira são fontes importantes de reinfecção, por isso, caso não seja possível eliminá-los, eles devem ser fervidos por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia.

g) Bloqueio de ductos lactíferos

O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente. Com frequência, isso ocorre quando a mama não está sendo esvaziada adequadamente. Pode ser causado também quando existe pressão local em uma área, como, por exemplo, um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos, obstruindo

os poros de saída do leite.

Tipicamente, a mulher com bloqueio de ductos lactíferos apresenta nódulos localizados, sensíveis e dolorosos, acompanhados de dor, vermelhidão e calor na área envolvida. Em geral, a febre não faz parte do quadro clínico. Às vezes, essa condição está associada a um pequeno, quase imperceptível, ponto branco na ponta do mamilo, que pode ser muito doloroso durante as mamadas.

Qualquer medida que favoreça o esvaziamento completo da mama irá atuar na prevenção do bloqueio de ductos lactíferos. Assim, técnica correta de amamentação e mamadas frequentes reduzem a chance dessa complicação, como também o uso de sutiã que não bloqueie a drenagem do leite e a restrição ao uso de cremes nos mamilos. Outras medidas são: calor local (compressas mornas) e massagens suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas; e remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, caso esteja presente, esfregando-o com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada.

#### h) Mastite

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12<sup>a</sup>. Semana. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção, comumente pelo *Staphylococcus* (aureus e albus) e ocasionalmente pela *Escherichia coli* e *Streptococcus* ( $\alpha$ -, $\beta$ - e não hemolítico), sendo as fissuras, na maioria das vezes, a porta de entrada da bactéria.

Qualquer fator que favoreça a estagnação do leite materno predispõe ao aparecimento de mastite, incluindo mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto. A fadiga materna é tida como um facilitador para a instalação da mastite. As mulheres que já tiveram mastite na lactação atual ou em outras lactações têm mais chance de desenvolver outras mastites por causa do rompimento da integridade da junção entre as células alveolares.

Nem sempre é fácil distinguir a mastite infecciosa da não-infecciosa apenas pelos sinais e sintomas. Em ambas, a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta e calafrios.

As medidas de prevenção da mastite são as mesmas do ingurgitamento mamário, do bloqueio de ductos lactíferos e das fissuras, bem como manejo precoce desses problemas.

O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível, pois sem o tratamento adequado e em tempo oportuno a mastite pode evoluir para abscesso mamário, uma complicação grave. O tratamento inclui os seguintes componentes:

- Esvaziamento adequado da mama: esse é o componente mais importante do tratamento da mastite. Preferencialmente a mama deve ser esvaziada pelo próprio recém-nascido, pois, quando há mastite, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio. A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houve um esvaziamento adequado;

- Antibioticoterapia: indicada quando houver sintomas graves desde o início do quadro, fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12–24 horas da remoção efetiva do leite acumulado. As opções são: Cefalexina 500mg, por via oral, de seis em seis horas, Amoxicilina 500mg ou Amoxicilina associada ao Ácido Clavulânico (500mg/125mg), por via oral, de oito em oito horas. Em pacientes alérgicas a essas drogas, está indicada a Eritromicina 500mg, por via oral, de seis em seis horas. Em todos os casos, os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 dias, pois tratamentos mais curtos apresentam alta incidência de recorrência. Se não houver regressão dos sintomas após 48 horas do início da antibioticoterapia, deve ser considerada a possibilidade de abscesso mamário e de encaminhamento para unidade de referência, para eventual avaliação diagnóstica especializada e revisão da antibioticoterapia.

- Suporte emocional: esse componente do tratamento da mastite é muitas vezes negligenciado, apesar de ser muito importante, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral;

- Outras medidas de suporte: repouso da mãe (de preferência no leito); analgésicos ou antiinflamatórios não-esteróides, como ibuprofeno; líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.

#### i) Abscesso mamário

O abscesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha. O diagnóstico é feito basicamente pelo quadro clínico: dor intensa, febre, mal estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado. Todo

esforço deve ser feito para prevenir abscesso mamário, já que essa condição pode comprometer futuras lactações em aproximadamente 10% dos casos. Qualquer medida que previna o aparecimento de mastite consequentemente vai prevenir o abscesso mamário, assim como a instituição precoce do tratamento da mastite se ela não puder ser prevenida.

O abscesso mamário exige intervenção rápida e compreende as seguintes medidas:

- Drenagem cirúrgica, de preferência sob anestesia local, com coleta de secreção purulenta para cultura e teste de sensibilidade a antibióticos;
- Demais condutas indicadas no tratamento da mastite infecciosa, sobretudo a antibioticoterapia e o esvaziamento regular da mama afetada;

#### j) Pouco leite

A grande maioria das mulheres tem condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho. No entanto, uma queixa comum durante a amamentação é “pouco leite” ou “leite fraco”. Muitas vezes, essa percepção é o reflexo da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. Essa insegurança, com frequência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas frequentes (que fazem parte do comportamento normal em bebês pequenos) sejam interpretados como sinais de fome. A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro.

A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, a criança passa a sugar menos o peito e, como consequência, vai haver menor produção de leite, processo que com frequência culmina com a interrupção da amamentação. Por isso, a queixa de “pouco leite” ou “leite fraco” deve ser valorizada e adequadamente manejada. Até a “descida do leite”, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia após o parto, a produção do leite se dá por ação de hormônios e ocorre mesmo que a criança não esteja sugando. A partir de então, a produção do leite depende basicamente do esvaziamento da mama, ou seja, é o número de vezes que a criança mama ao dia e a sua capacidade de esvaziar com eficiência a mama que vão determinar o quanto de leite materno é produzido.

O bebê dá sinais quando há insuficiência de leite, tais como não ficar saciado após as mamadas, chorar muito, querer mamar com frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. O número de vezes que a criança urina ao dia (menos que seis a

oito) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são indicativos indiretos de pouco volume de leite ingerido. Porém, o melhor indicativo de que a criança não está recebendo volume adequado de leite é a constatação, por meio do acompanhamento de seu crescimento, de que ela não está ganhando peso adequadamente.

A má pega é a principal causa de remoção ineficiente do leite. Mamadas infrequentes e/ou curtas, amamentação com horários preestabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e uso de chupetas e protetores de mamilo também podem levar a um esvaziamento inadequado das mamas.

Apesar de haver controvérsias sobre o uso de medicamentos para o estímulo da lactação, muitas vezes o profissional de saúde, em casos selecionados e quando as medidas citadas não produziram o efeito desejado, sente necessidade de indicar alguma droga. Nesse caso, as mais utilizadas são: Domperidona (30mg três vezes ao dia) e Metoclopramida (10mg três vezes ao dia por aproximadamente uma ou duas semanas). A Domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hemato-encefálica, o que a torna mais segura do que a Metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.

#### k) Criança que não pode mamar no peito

Quando o desmame não pôde ser revertido após orientações e acompanhamento dos profissionais ou em situações em que a mãe não está recomendada a amamentar, como no caso da mãe soropositiva para o vírus HIV e HTLV-1 e HTLV-2, a melhor opção para crianças totalmente desmamadas com idade inferior a 4 meses é a alimentação láctea, por meio da oferta de leite humano pasteurizado proveniente de Banco de Leite Humano, quando disponível.

É conveniente evitar o leite de vaca não modificado no primeiro ano de vida em razão do pobre teor e baixa disponibilidade de ferro, o que pode predispor anemia, e pelo risco maior de desenvolvimento de alergia alimentar, distúrbios hidroeletrólíticos e predisposição futura para excesso de peso e suas complicações.

#### **Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida para as crianças que não podem ser amamentadas (MS, 2009)**

<b>Idade</b>	<b>Volume/Refeição</b>	<b>Número de refeições/dia</b>
Do nascimento a 30 dias	60 – 120 ml	6 a 8
30 a 60 dias	120 – 150 ml	6 a 8
2 a 3 meses	150 – 180 ml	5 a 6

3 a 4 meses	180 – 200 ml	4 a 5
> 4 meses	180 – 200 ml	2 a 3

#### **Diluição do leite em pó integral**

<b>Crianças menores de 4 meses</b> (MS, 2009)	<b>Crianças maiores de 4 meses</b> (FAJARDO et. 43L., 2004)
1 colher de sobremesa rasa para 100ml	1 colher de sopa para 100ml
1 ½ colher de sobremesa para 150ml	1 ½ colher de sopa para 150ml
2 colheres de sobremesa para 200ml	2 colheres de sopa para 200ml

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

#### **Diluição do leite integral fluido para crianças menores de quatro meses (MS, 2009)**

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

Após os quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e deve ser oferecido com outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

### **2.4 Alimentação Complementar**

Os dez passos para a alimentação saudável em crianças menores de 2 anos (MS, 2002b)

Passo 1: “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.”

Dica ao profissional e à equipe: rever se as orientações sobre aleitamento materno são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a época da alimentação complementar.

Passo 2: “A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.” Dica ao profissional e à equipe: antes de dar a orientação desse passo, perguntar à mãe/cuidador como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidá-la(o) a

complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.

Passo 3: “Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.” Dica ao profissional e à equipe: sugerir receitas de papas, tentando dar ideia de proporcionalidade, de forma prática e com linguagem simples.

Passo 4: “A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.” Dica ao profissional e à equipe: uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.

Passo 5: “A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.” Dica ao profissional e à equipe: organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.

Passo 6: “Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.” Dica ao profissional e à equipe: conversar sobre a estimulação dos sentidos enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetiva entre a criança e a família.

Passo 7: “Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.” Dica ao profissional e à equipe: pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.

Passo 8: “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação”. Dica ao profissional e à equipe: articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.

Passo 9: “Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados”. Dica ao profissional e à equipe: realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.

Passo 10: “Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação”. Dica ao profissional e à equipe: avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

## **CAPÍTULO 3**

### **INTERCORRÊNCIAS EM CRIANÇAS**

#### **3.1 Hábito intestinal do RN**

As fezes do RN são normalmente líquidas-pastosas, muitas vezes são espumantes e explosivas, com uma frequência de 10 ou mais evacuações/dia. Muitas vezes é difícil distinguir de diarreia, entretanto nesta idade a diarreia é em geral bacteriana, sendo acompanhada de anorexia, abatimento, distensão abdominal, febre, vômitos, perda de peso, desidratação, e as fezes são fétidas, contendo muco e/ou sangue (ver conduta diarreia).

#### **3.2 Constipação**

Muitos lactentes normais ficam alguns dias sem evacuar, porém quando evacuam suas fezes são de consistência normal. Outros com constipação evacuam diariamente tipo cabritinho. Crianças que mamam no peito e apresentam dificuldades para evacuar apresentando fezes endurecidas, volumosas, com distensão abdominal devem ser investigadas (hirschsprung, hipotireoidismo, estenose retal/anal, sepse). Criança constipada usando leite de vaca deve ser observado se não há excesso de ingestão de proteínas, em caso afirmativo fazer diluição de leite conforme faixa etária.

#### **3.3 Cólicas**

São episódios de choro intenso sem causa conhecida. O desconforto ocorre geralmente a tardinha, durando desde minutos até algumas horas. Surgem após o 10º dia de vida, desaparecendo antes dos 03 meses. Tem exame clínico normal, ganham peso adequadamente, tem bom desenvolvimento.

Diagnóstico diferencial: Alimentação insuficiente, otite aguda, hérnia inguinal, alergia alimentar, fissura anal, esofagite de refluxo, ansiedade materna. O tratamento das cólicas depende de sua intensidade e duração. Para as cólicas leves ou moderadas de curta duração, basta tranquilizar os pais, afirmando que a criança está bem e que as cólicas desaparecem com o tempo. Algumas manobras que aliviam as cólicas:

- Compressas mornas no abdômen;
- Massagem com óleo na barriga do bebê, no sentido horário;
- Exercícios com as pernas (tipo bicicleta);
  - Colocar a criança em decúbito dorsal, aquecendo seu abdômen.

#### **3.4 Regurgitação e vômitos**

Regurgitação se caracteriza pela eliminação sem esforço, em pequenas quantidades, às vezes sendo deglutido novamente. Vômitos são caracterizados por eliminações em grandes quantidades e com esforço. Vômitos devem ser investigados quando são repetidos, em presença de bile, acompanhados de ganho de peso insatisfatório ou desnutrição, ou ainda com choro continuado e apatia. Causas mais comuns: pneumonia, otite média aguda, gastroenterite, meningite, infecção urinária, sepse, acalasia, estenose hipertrófica do piloro, atresia do duodeno, estenose duodenal, erros inatos do metabolismo, insuficiência adrenal e intolerância alimentar (leite de vaca), que favoreceria a eliminação de vômitos. Em caso de vômito agudo, recomendam-se o uso de soro de hidratação oral (SRO) e a suspensão da alimentação por algumas horas, além do tratamento de sua causa, quando identificada. Pausa de uma refeição.

### 3.3 Diarreia

Define-se diarreia aguda a perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria). A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura menos de 02 semanas. É um processo auto-limitado, que em geral não necessita de tratamento medicamentoso. A que ter em mente que nesse dado momento deve ser instituída a hidratação oral a fim de evitar a desidratação, também é o momento apropriado para orientar ações de educação em saúde abordando higiene pessoal, aleitamento materno e imunizações.

A criança pode apresentar mucosas secas, olhos afundados, diminuição da produção de urina, podendo chegar ao estado de choque (dependendo do grau de desidratação).

Sem desidratação: Criança ativa, aceita líquidos e turgor da pele normal. PLANO A:

umentar frequência da amamentação e/ou SRO (se não AME).

Desidratação: criança irritada, inquieta, olhos fundos, bebe avidamente com sede, turgor

de pele reduzido (volta lentamente ao estado anterior) PLANO B: SRO supervisionado, <6kg=300 ml, 6 a 9kg=500ml, 10 a 11kg=800ml, 12 a 19kg=1000ml. Oferecer o soro em pequenas quantidades lentamente.

Desidratação Grave: criança letárgica ou inconsciente, olhos fundos, não aceita líquidos



ou aceita muito mal, turgor da pele muito reduzido. Realizar hidratação endovenosa e encaminhar a nível de atendimento secundário.

Orientações extras na diarreia: incentivar sempre o aleitamento materno, alimentos de



fácil digestão (pastosos e líquidos), higiene pessoal e dos alimentos, água limpa, destino adequado dos objetos.

### **3.4 Miliária**

A miliária, popularmente conhecida como brotoeja, é um problema cutâneo comum no períneo neonatal. Deve-se a retenção de suor nas glândulas sudoríparas, ocorrendo com mais frequência em épocas de calor ou quando a criança permanece em ambientes muito aquecidos. O tratamento consiste em proporcionar ao RN um ambiente mais fresco, mais arejado, deixando-o com pouca roupa e dar banho com água de aveia.

Preparo da água de aveia: colocar 2 colheres de sopa em 1 litro de água, coar.

### **3.5 Dermatite de fraldas**

O termo dermatite das fraldas envolve várias patologias que, em geral, se sucedem, iniciando pelo contato da pele com urina e fezes do RN, seguido de maceração da pele produzida pelas fraldas úmidas e calças plásticas e posterior instalação de infecção secundária, geralmente por candida albicans.

Orientações e prevenção:

- Troca de fraldas mais frequente;
- Higiene local com água e sabonete de glicerina neutro;
- Higiene do períneo de frente para trás (da vagina para o ânus, ântero posterior) • Suspende lenço umedecido;
- Enxaguar as fraldas de pano com vinagre branco na proporção de uma colher de sopa para um litro de água;
- Intercalar banho com chá de camomila (1 sachê para 1 litro de água) com banho de aveia em flocos (1 litro de água com 2 col. de sopa, ferver e depois coar); • Observar se não houve troca da marca da fralda;

- Suspende produtos (sabão em pó, amaciante) na lavagem das roupas íntimas, e sim sabão de glicerina neutro;
  - Enxaguar bem as fraldas usadas para higiene.
  - Evitar pomadas que são de difícil remoção, pois na tentativa de limpeza pode-se agredir ainda mais a pele;
  - Usar então pomadas mais pastosas/líquidas, de fácil remoção. Não passar camada grossa de pomada; é preciso retirá-la bem nas trocas de fraldas, pois acumulam sujeira;
  - Nas assaduras, pode-se usar óleo de girassol (preferivelmente), e ou de soja; •
- Expor o perineo ao sol periodicamente, 5 a 10 minutos por dia;
- Nistatina pomada, se presença de infecção por cãndida.

### **3.6 Impetigo**

O impetigo é uma infecção primária da pele, bastante contagiosa, que pode envolver qualquer parte da superfície cutânea, sendo mais comum nas superfícies expostas como face, pescoço, mãos e no RN, na região periumbilical e ao redor das narinas. A lesão começa como uma mácula, eritematosa que progride para vesícula ou bolha de paredes muito delgadas, circundadas por uma estrita aréola eritematosa. O tratamento tópico consiste em romper mecanicamente todas as bolhas e vesículas, e remover as crostas com água morna e sabão, seguido de antibioticoterapia.

### **3.7 Dermatite Seborrêica**

A dermatite seborrêica é uma doença caracterizada por exantema eritematoso oleoso, que atinge as áreas de maior concentração de glândulas sebáceas, ou seja, couro cabeludo, face, áreas pós auriculares. O tratamento depende de intensidade e da localização das lesões. O manejo consiste em um preparado de vaselina salicilada a 3% para ser aplicado a noite, se prescrição médica ou uso de óleos vegetais minerais para amolecer as crostas, seguido de corticoterapia.

### **3.8 Escabiose**

São pequenos pontos vermelhos que se caracterizam por coceira intensa que aumentam a noite com o calor da cama, sendo afecção cutânea contagiosa. Manejo:

- Higiene e troca diária de roupa de cama e vestuário;
- Tratar todas as pessoas infectadas da família;

- Opções de tratamento: permetrina 5% (uma aplicação, repetir em 10 dias, crianças maiores de 2 anos), benzoato de benzila (após diluição, aplicar 1x ao dia por 3 dias, pausa de 7 dias e repete por mais três dias .Diluição do benzoato de benzila até 2 anos 1:2 de água, de 2 anos à 12 anos 1:1 de água.

### 3.9 Pediculose

È uma infestação do couro cabeludo, por piolhos adultos, larvas ou lêndeas, caracterizada por prurido intenso e escoriações no couro cabeludo. Manejo: • Se houver piolho em crianças maiores de 2 anos, usar permetrina 1%. Repetir o tratamento após 7 dias a 10 dias;

- Remover os piolhos e lêndeas com pente fino após a aplicação de água com vinagre na proporção de 1:1.
- Orientar para o autocuidado, cuidados domiciliares, higiene ambiental/ corporal e tratamento de familiares/contatos;

### 3.10 Monilíase Oral

Caracteriza-se pela presença de placas brancas não podendo ser removidas com facilidade, porém quando removida deixam uma superfície cruenta e dolorida. Qualquer área da cavidade bucal pode estar afetada: mucosa, língua e palato, popularmente conhecida por “sapinho”. Manejo:

- Aplicar nistatina suspensão oral 4 vezes ao dia durante 14 dias;2ml em cada lado da bochecha.
- Orientar higiene adequada de bicos/mamadeiras e/ou seio materno.

### 3.11 Cárie de estabelecimento precoce (cárie de mamadeira)

Manifestação da cárie em crianças muito jovens e com etiologia específica associada a hábitos de dormir mamando leite açucarado, ou qualquer outra solução rica em açúcar. O aleitamento natural deve ser estimulado, porém o leite materno assim como o bovino, apresenta a lactose, logo tem potencial cariogênico principalmente quando utilizado com alta frequência e por muito tempo (dormir mamando) sem a realização da higiene.

**Tabela 1 – Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos**

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > +2	Peso elevado para a idade.
Percentil ≥ 3 e 97	Escore z ≥ -2 e +2	Peso adequado para a idade.
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Peso baixo para a idade.
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Peso muito baixo para a idade.

Fonte: BRASIL, 2008a.

**Tabela 2 – Pontos de corte de IMC por idade para menores de 10 anos**

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 99,9	Escore z > +3	Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos).
Percentil > 97 e 99,9	Escore z +2 e +3	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil > 85 e 97	Escore z > +1 e < +2	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil ≥ 3 e 85	Escore z ≥ -2 e +1	IMC adequado.
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Magreza.
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Magreza acentuada.

Fonte: BRASIL, 2008a.

### MENINAS

Valores de pressão arterial (PA) referentes aos percentis 90 e 95 de pressão arterial para meninas de 1 a 12 anos de idade, de acordo com o percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de altura							PA diastólica (mmHg) por percentil de altura						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	98	98	99	101	102	103	104	52	52	53	53	54	55	55
	95	101	102	103	104	106	107	108	56	56	57	58	58	59	60
2	90	99	99	101	102	103	104	105	57	57	58	58	59	60	60
	95	103	103	104	106	107	108	109	61	61	62	62	63	64	64
3	90	100	101	102	103	104	105	106	61	61	61	62	63	64	64
	95	104	104	106	107	108	109	110	65	65	66	66	67	68	68
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	65	66	67	67
	95	105	106	107	108	109	111	111	68	68	69	69	70	71	71
5	90	103	103	105	106	107	108	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	71	71	71	72	73	74	74
6	90	104	105	106	107	109	110	111	69	69	69	70	71	72	72
	95	108	109	110	111	113	114	114	73	73	74	74	75	76	76
7	90	106	107	108	109	110	112	112	71	71	71	72	73	74	74
	95	110	111	112	113	114	115	116	75	75	75	76	77	78	78
8	90	108	109	110	111	112	114	114	72	72	73	74	74	75	76
	95	112	113	114	115	116	117	118	76	77	77	78	79	79	80
9	90	110	111	112	113	114	116	116	74	74	74	75	76	77	77
	95	114	115	116	117	118	119	120	78	78	79	79	80	81	81
10	90	112	113	114	115	116	118	118	75	75	76	77	77	78	78
	95	116	117	118	119	120	122	122	79	79	80	81	81	82	83
11	90	114	115	116	117	119	120	120	76	77	77	78	79	79	80
	95	118	119	120	121	122	124	124	81	81	81	82	83	83	84
12	90	116	117	118	119	121	122	123	78	78	78	79	80	81	81
	95	120	121	122	123	125	126	126	82	82	82	83	84	85	85

Fonte: Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 26/07/2008

## MENINOS

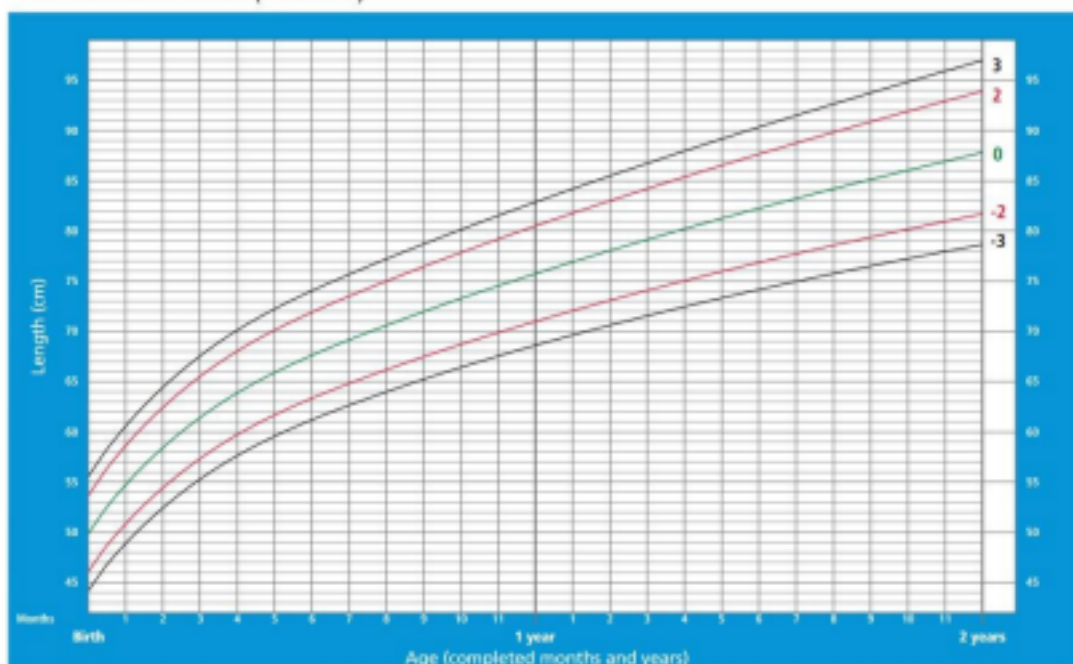
Valores de pressão arterial (PA) referentes aos percentis 90 e 95 de pressão arterial para meninos de 1 a 12 anos de idade, de acordo com o percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de altura							PA diastólica (mmHg) por percentil de altura						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	94	95	97	99	101	102	103	49	49	50	51	52	53	54
	95	98	99	101	103	105	106	107	54	54	55	56	57	58	58
2	90	98	99	101	103	104	106	107	54	54	55	56	57	58	58
	95	102	103	105	107	108	110	110	58	59	60	61	62	63	63
3	90	101	102	103	105	107	109	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	105	106	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	68
4	90	103	104	105	107	109	110	111	63	63	64	65	66	67	67
	95	107	108	109	111	113	114	115	67	68	68	69	70	71	72
5	90	104	105	107	109	111	112	113	66	67	68	69	69	70	71
	95	108	109	111	113	114	116	117	71	71	72	73	74	75	76
6	90	105	106	108	111	112	113	114	70	70	71	72	73	74	74
	95	109	110	112	114	116	117	118	74	75	75	76	77	78	79
7	90	106	107	109	111	113	114	115	72	73	73	74	75	76	77
	95	110	111	113	115	117	118	119	77	77	78	79	80	81	81
8	90	108	109	110	112	114	116	116	74	75	75	76	77	78	79
	95	112	113	114	116	118	119	120	79	79	80	81	82	83	83
9	90	109	110	112	114	116	117	118	76	76	77	78	79	80	80
	95	113	114	116	118	119	121	122	80	81	81	82	83	84	85
10	90	111	112	113	115	117	119	119	77	77	78	79	80	81	81
	95	115	116	117	119	121	123	123	81	82	83	83	84	85	86
11	90	113	114	115	117	119	121	121	77	78	79	80	81	81	82
	95	117	118	119	121	123	125	125	82	82	83	84	85	86	87
12	90	115	116	118	120	121	123	124	78	78	79	80	81	82	83
	95	119	120	122	124	125	127	128	83	83	84	85	86	87	87

Fonte: V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 26/07/2008

Estatura para idade - Meninos

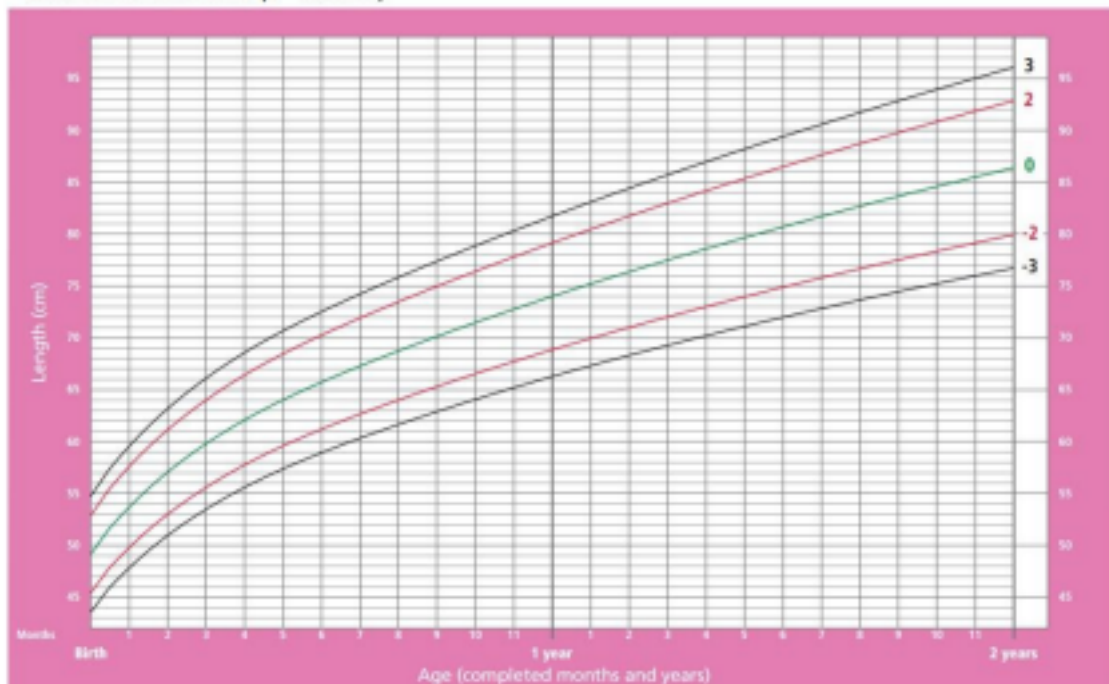
Nascimento até 2 anos ( z-escores )



### Estatura para idade - Meninas



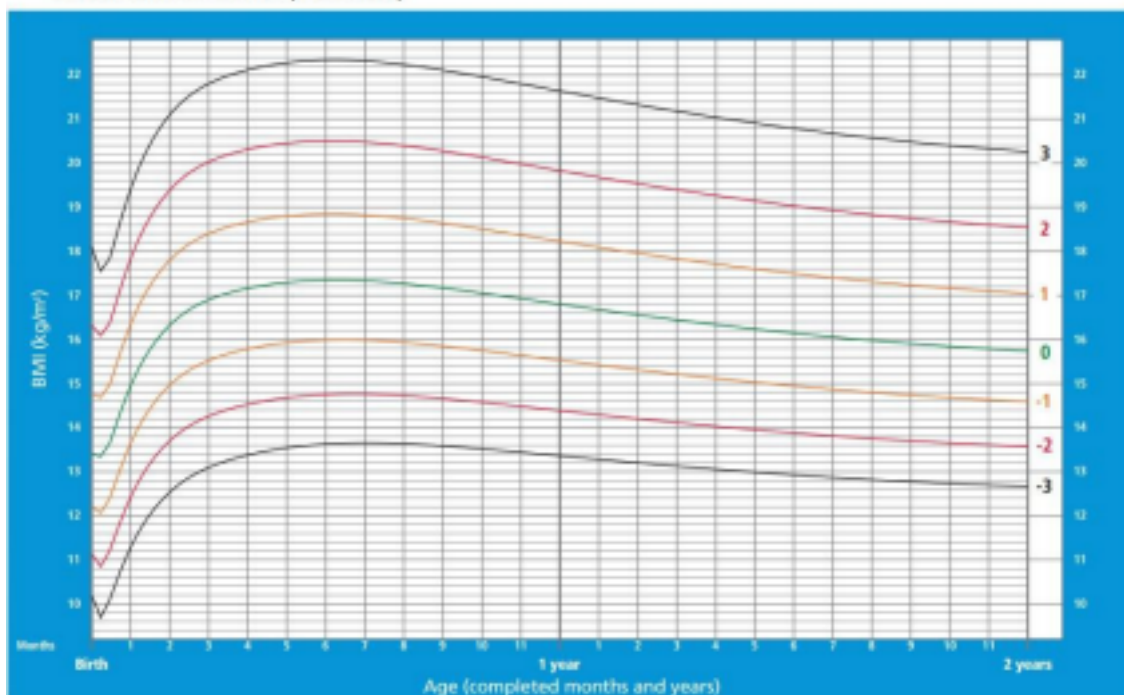
Nascimento até 2 anos ( z - escores )



### IMC para idade - Meninos



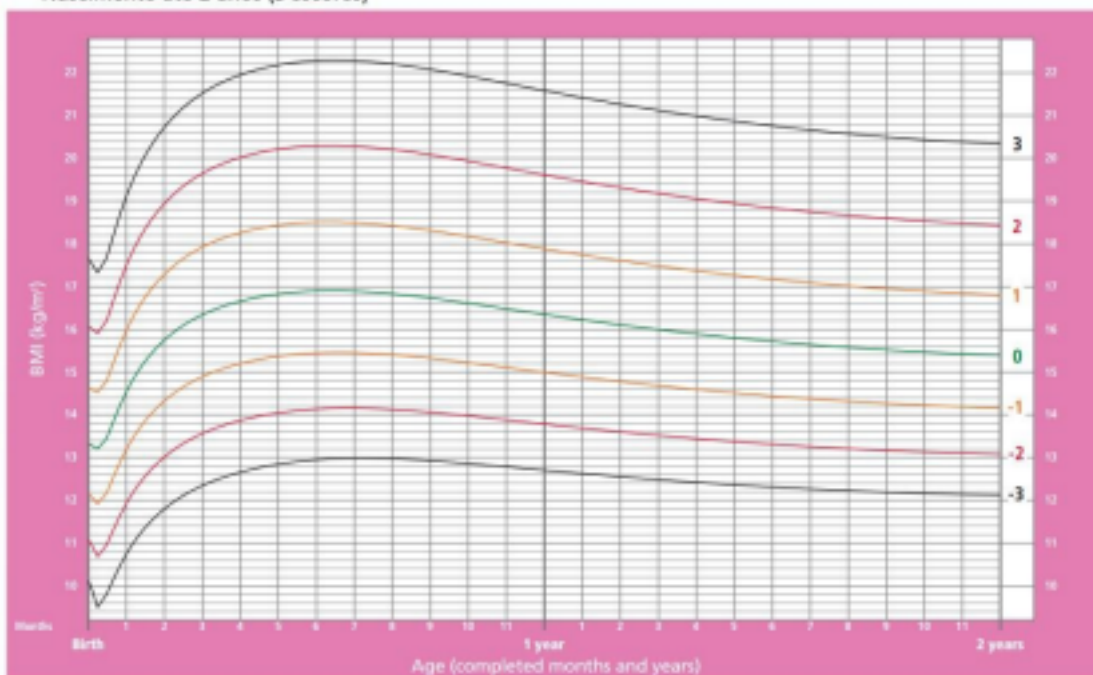
Nascimento até 2 anos ( z - escores )



IMC para idade - Meninas



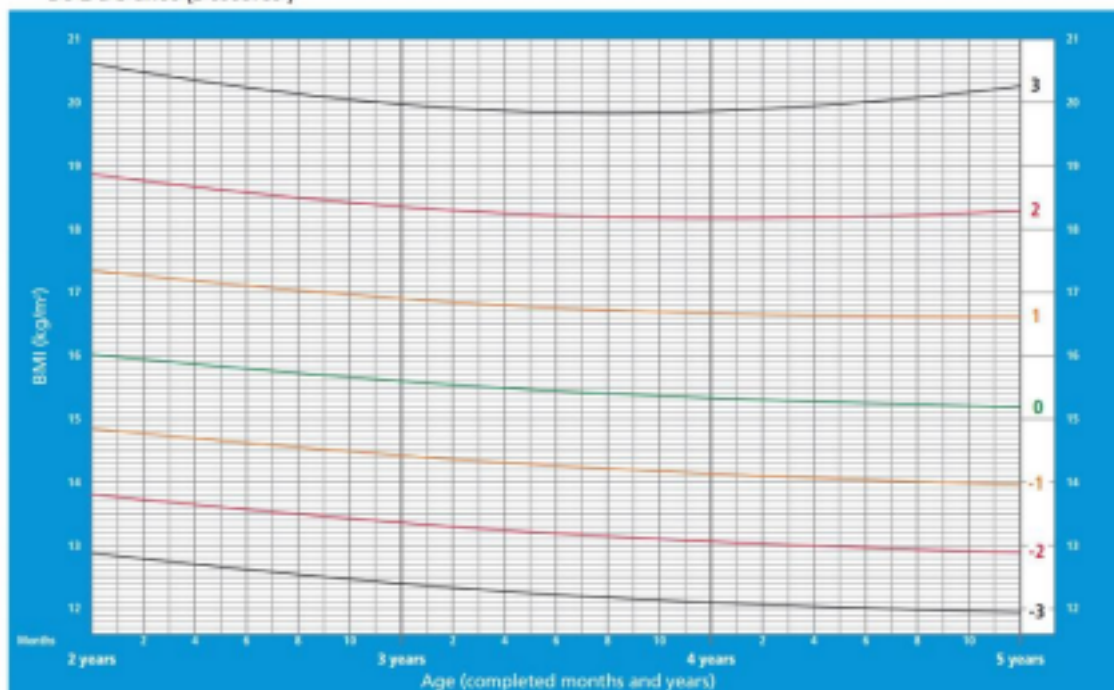
Nascimento até 2 anos (z-escores)



IMC para idade - Meninos



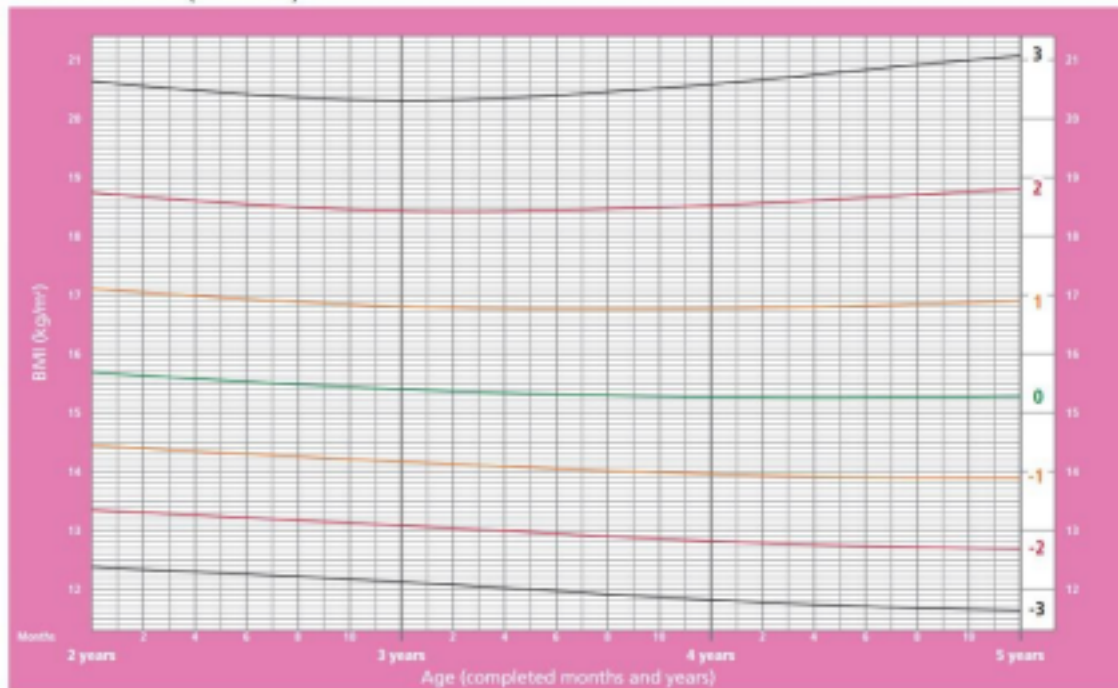
De 2 a 5 anos (z-escores)



### IMC para idade - Meninas



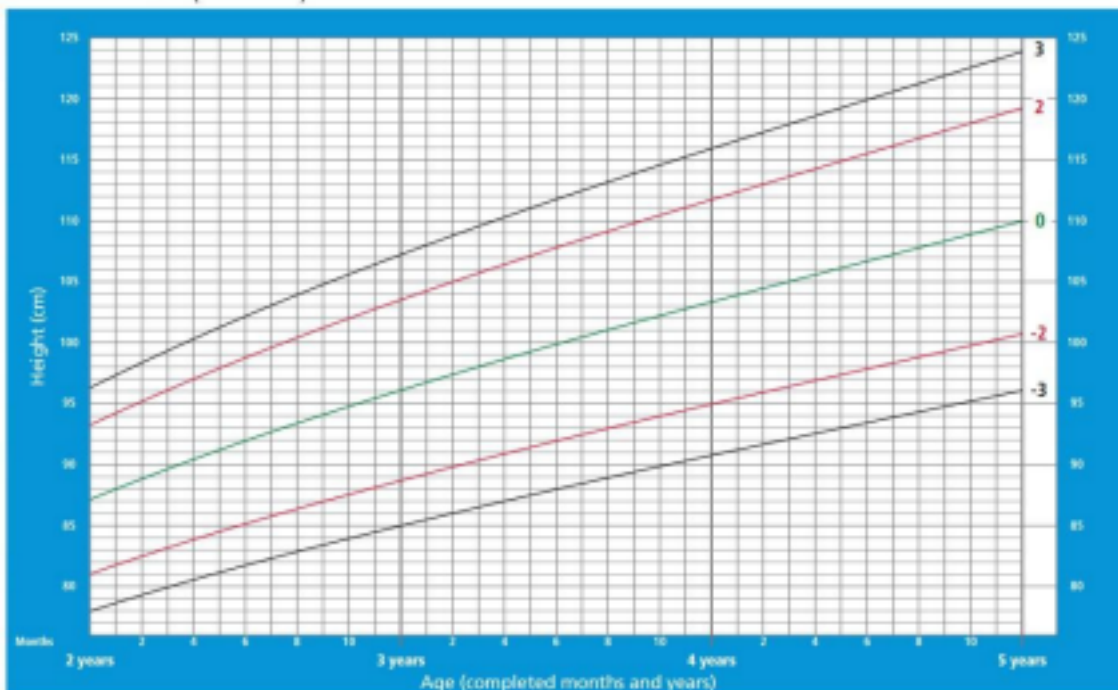
De 2 a 5 anos (z-escores)

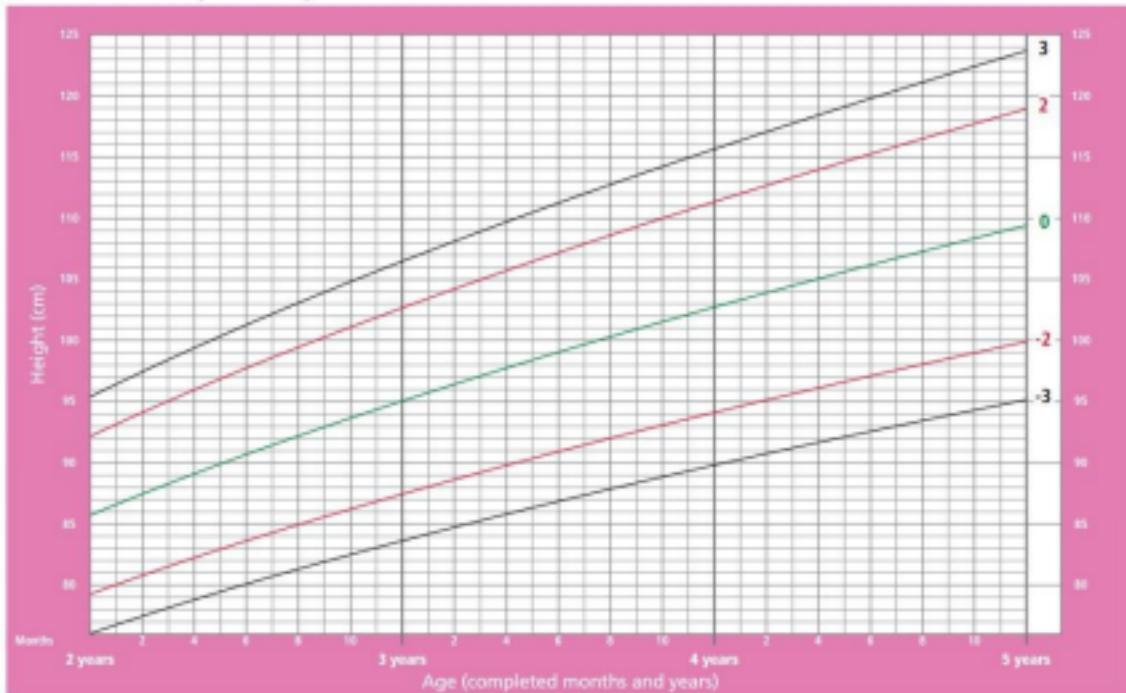


### Estatura para idade - Meninos



De 2 a 5 anos (z-escores)





**CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO**

Grupo/Idade	MM	BCG	Polio III	Polio I/II	VP/VP	Pneumocócica 13V (conjugada)	Hábilis II/III	Meningocócica C (conjugada)	Tétano Antoxia	Resposta A	Triplicar Viral	Tetra Viral*	HPV	Difteria Adulto	DTaP**
Crianças	Atender	Dose única	Dose ao nascer												
	3 meses			2ª dose	1ª dose (com VP)	1ª dose	1ª dose								
	3 meses							2ª dose							
	4 meses				2ª dose	2ª dose (com VP)	2ª dose	2ª dose							
	5 meses							2ª dose							
	6 meses				3ª dose	3ª dose (com VP)									
	8 meses								Uma dose						
	12 meses						Reforço	Reforço			2ª dose				
	15 meses				1ª reforço (com DTaP)	1ª reforço (com VP)					Uma dose		Uma dose		
	4 anos				2ª reforço (com DTaP)	2ª reforço (com VP)				Reforço					

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CAMPO BOM. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de puericultura.

FAJARDO et. al. A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade. Porto Alegre-RS, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica 33. Saúde da Criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan

Americana de Saúde, 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica 23. Saúde da Criança. Nutrição infantil. Brasília, 2009.

SITE: [www.sprs.com.br](http://www.sprs.com.br)

MONTE, C.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. Journal of Pediatric, [S.l.], v. 80, p. S131-S141, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Manual de Condutas Gerais, Brasília-DF, 2013

[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)

**APÊNDICE A- MEDICAÇÕES QUE PODEM SER PRESCRITAS PELO ENFERMEIRO**

**A) SULFATO FERROSO PROFILÁTICO**

<b>Idade e condição</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Dosagem</b>
RN a termo a partir dos 6 meses (ou a partir do desmame) até 24 meses	Gotas 25mgFe/1ml	1mg/kg/dia = 1gt/kg/dia
RN prematuro, gemelar ou baixo peso (2500g a 1500g) (a partir do 30º dia de vida até o 24º mês)	Gotas 25mgFe/1ml	<b>Até 1 ano</b> = 2mg de ferro/Kg/dia (2 gts/kg/dia) <b>Mais de 1 ano</b> = 1mg/kg/dia, por mais um ano (1 gt/kg/dia)
RN pré-termo com peso entre 1500 e 1000g (a partir do 30º dia de vida até o 24º mês)	Gotas 25mgFe/1ml	<b>Até 1 ano</b> = 3mg/kg/dia (3 gts/kg/dia) <b>Mais de 1 ano</b> = 1mg/kg/dia por mais 1 ano (1 gt/kg/dia)
RN pré-termo com peso menor que 1000g (a partir do 30º dia de vida até o 24º mês)	Gotas 25mgFe/1ml	<b>Até 1 ano</b> = 4mg/kg/dia (4 gts/kg/dia) <b>Mais de 1 ano</b> = 1mg/kg/dia por mais 1 ano (1 gt/kg/dia)

**B) SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A/D**

<b>Nome comercial</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Público</b>	<b>Posologia</b>
Vitadesan	Vit A 3.000UI/ Vit D 800 UI para cada 20gts	1 a 18 meses	10 gotas/dia

<b>Nome comercial</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Público</b>	<b>Posologia</b>
Protovit	Vit A 5.000UI/ Vit D 1.000 UI para cada 24 gts	1 a 18 meses	12 gotas/dia

<b>Nome comercial</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Público</b>	<b>Posologia</b>
-----------------------	---------------------	----------------	------------------

Ad-til	Vit A 2.500UI / Vit D 500 UI para cada 2 gts	1 a 18 meses	2 gotas/dia
--------	---	--------------	-------------

• A quantidade de vitamina A/D muda conforme o laboratório.

**C) SORO NASAL**

<b>Medicação</b>	<b>Indicação</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Posologia</b>
Soro Fisiológico NaCl 0,9%	Congestão nasal	Solução fisiológica 0,9%	Meio conta-gotas de Soro em cada narina, a cada 3 horas.

**D) SORO DE REIDRATAÇÃO ORAL**

• Oferecer conforme aceitação, após evacuações de fezes diarreicas.

**E) CANDIDÍASE NAS MAMAS**

<b>Medicação</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Posologia</b>
Nistatina Clotrimazol Miconazol Cetoconazol	Creme Uso tópico	Aplicar o creme nas mamas, após cada mamada, não necessitando remover antes da próxima

		mamada. Tratar por duas semanas.
--	--	----------------------------------

- Caso não seja eficaz, encaminhar para avaliação médica.

#### F) CANDIDÍASE PERINEAL

Medicação	Apresentação	Posologia
Nistatina	Creme Uso tópico	Aplicar o creme na região do períneo do bebê, 4 vezes ao dia. Tratar por duas semanas.

#### G) CANDIDÍASE ORAL

Medicação	Apresentação	Posologia
Nistatina	Suspensão oral	Aplicar 2 ml em cada lado da bochecha do bebê, 4 vezes ao dia. Tratar por duas semanas.

#### H) PEDICULOSE

Medicação	Apresentação	Posologia
Permetrina 1%	Solução tópica	Aplicar no couro cabeludo íntegro (sem lesões) e úmido. Deixar agir por 10 minutos, e enxaguar. Repetir em dez dias.