

CADERNO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA PRIMEIRO ANO DE VIDA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

Sezifredo Paz
Diretor Geral

Márcia Huçulak
Superintendente de Atenção à Saúde

Shunaida Namie Sonobe
Departamento de Atenção Primária à Saúde

Equipe Técnica da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Cibele Domingues Prado
Iolanda Novadski
Luciana Hatschbach
Maria Angélica Curia Cerveira
Tatiana Gomara Neves

APRESENTAÇÃO

SAÚDE PARA TODO PARANÁ!

Levar saúde para todos os paranaenses é um desafio que demanda comprometimento de gestores e profissionais de saúde de todos os municípios. Adotar novas formas de gestão, melhorar processos de trabalho e rever procedimentos faz parte da rotina de quem tem a função de cuidar da vida no Paraná.

É com esse olhar que a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu os “Cadernos de Atenção à Saúde”, nos quais são detalhados os protocolos das redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência para apoiar as equipes de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

O conjunto de “Cadernos” constitui ferramenta essencial para a atuação em Redes de Atenção, política pública de saúde do Paraná que tem se mostrado eficaz.

Queremos que cada profissional se aproprie dos conteúdos disponibilizados nessa coleção e que juntos possamos cada vez mais interferir para melhorar os índices de saúde do Paraná.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. AVALIAÇÃO DE PUERICULTURA	7
2.1 VISITAS DOMICILIARES.....	7
2.2 CONSULTAS NA Consultas na Unidade de Atenção Pprimária	8
2.3 ATENDIMENTO MÉDICO	8
2.4 ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM	9
3. CRESCIMENTO	10
3.1 ALIMENTAÇÃO.....	10
3.2 SUPLEMENTAÇÃO	12
3.3 MONITORIZAÇÃO DO CRESCIMENTO	13
4. VACINAÇÃO	14
5. DESENVOLVIMENTO	15
6.SAÚDE BUCAL	15
7. PREVENÇÃO DE ACIDENTES	16
8. INTERCORRÊNCIAS EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE	17
REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança constitui-se um dos pilares da saúde infantil, e há inúmeras evidências científicas que norteiam as diretrizes do cuidado da atenção integral da criança estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e para a prevenção de doenças na infância e também na idade adulta.

Em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) implantou a Rede Mãe Paranaense que propôs a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal, puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. A continuidade dos cuidados após a alta da maternidade é necessária e este processo se inicia com a entrega bem orientada da Carteira da Criança à mãe de cada recém-nascido, para que sirva de roteiro e passaporte no seguimento da criança, tanto na Atenção Primária da Saúde quanto nos ambulatórios especializados caso seja necessário.

Na alta hospitalar deverá ser entregue a Carteira da Criança com os dados registrados para mãe e o serviço deverá comunicar a Unidade de Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família (UAP/ESF) de referência sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UAP deve programar a visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até essa data, a UAP deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e a estratificação de risco da criança.

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, estabelece critérios para garantir o cuidado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer, conforme descrito abaixo:

RISCO HABITUAL: Toda criança que não apresentar condições ou patologias de risco.

RISCO INTERMEDIÁRIO:

- Filhos de mãe negra e indígena;
- Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;
- Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos;
- Filhos de mães com menos de 20 anos com 1 (um) filho morto anteriormente;
- Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
- Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.

ALTO RISCO:

- Asfixia grave (APGAR < 7 no 5.º minuto de vida);

- Baixo peso ao nascer;
- Desnutrição grave;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV)
- Triagem neonatal positiva

A UAP/ESF é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento das crianças residentes na sua área de abrangência e deverá encaminhar as crianças menores de 01 (um) ano estratificadas como Risco Intermediário e Alto Risco para o Centro Mãe Paranaense e/ou ambulatório de referência.

O Centro Mãe Paranaense é um ponto de atenção secundário ambulatorial da Rede Mãe Paranaense que oferece atendimento por equipe multidisciplinar para a gestante e criança estratificada como de Alto Risco ou Risco Intermediário, conforme estabelecido na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense.

A equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense realiza atendimentos e orientações, complementando as ações desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária.

De acordo com a Linha Guia da Mãe Paranaense, o objetivo deste Caderno de Atenção à Saúde da Criança é enfatizar o seguimento do primeiro ano de vida da criança pela UAP/ESF.

2. AVALIAÇÃO DE PUERICULTURA

2.1 VISITAS DOMICILIARES

Na APS, após a alta hospitalar deve-se garantir uma visita domiciliar do ACS ao binômio mãe e filho já na primeira semana de vida—até o 5º dia após o parto, para:

- Atualizar a ficha A do SIAB;
- Verificar o estado geral da criança, principalmente os **SINAIS DE ALERTA** que indicam **perigo à saúde da criança que indicam a necessidade de encaminhamento ao serviço de referência com urgência:**

Cianose ou palidez importante, recusa alimentar, gemidos, vômitos importantes, irritabilidade ou dor à manipulação, tiragem subcostal, batimentos de asas do nariz, fontanela abaulada, secreção purulenta no ouvido ou no umbigo, letargia ou inconsciência, febre (temperatura axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), hipotermia (temperatura axilar $< 35,5^{\circ}\text{C}$), frequência cardíaca < 100 bpm, frequência respiratória > 60 mpm, pústulas extensas na pele, icterícia visível abaixo do umbigo e convulsões ou apnéia;

- Observar o estado geral da mãe;
- Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com higiene e o coto umbilical;
- Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na UAP (se possível agendar as consultas na mesma data para a mãe e filho), estimulando a participação do pai;
- Avaliar a Carteira da Criança, quanto:
 - a) a realização dos testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçõzinho;
 - b) a aplicação da vacina prevista ao nascer: hepatite B. Caso não tenha sido aplicada no hospital, orientar para fazer a vacina na UAP.

Observações

- Atentar se a mãe for soro positiva é contra-indicado o Aleitamento Materno.
- Prestar atenção especial às crianças, onde as condições ambientais, sociais e familiares sejam desfavoráveis, com história de internação anterior, história de morte de crianças com menos de 5 anos na família, recém nascido de mãe adolescente ou com baixa instrução.
- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não compareceram á UAP para acompanhamento.
- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando á equipe sobre sinais de risco biológico, sócio-familiar e/ou risco de violência.

Até a faixa etária de cinco anos, recomenda-se uma visita domiciliar mensal realizada pelo ACS.

2.2 CONSULTAS NA UAP

O vínculo entre a equipe de saúde da UAP e a família para o acompanhamento da criança deve preferencialmente se iniciar pelo menos desde o pré-natal, pois habitualmente a mesma equipe seguirão puericultura da criança .

O **Calendário Mínimo de Consultas** para Assistência à Criança na UAP/ESF contempla **oito consultas no 1º ano de vida:**

Mensal até 6º mês

Trimestral do 6º ao 12º mês

Semestral de 12 até 24 meses

Anual a partir do 3º ano de vida.

O cronograma de consultas prevê um acompanhamento obrigatório e com maior frequência dos menores de 1 ano, independente da classificação de risco, devido ao fato dessa faixa etária ser mais suscetível a intercorrências, com manifestações clínicas que podem se agravar rapidamente:

CALENDÁRIO DE CONSULTAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	9º mês	12º mês
Alto Risco	M/E	M	M	M	M	M	M	M
Risco Intermediário	M/E	M	E	M	E	M	M	M
Risco Habitual	M/E	E	M	E	M	E	M	M

Legenda: M/E= 1ª consulta médica até 10º dia de vida e 2º consulta enfermagem no 30º dia;

M= consulta médica ; E=consulta com enfermagem

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

2.3 ATENDIMENTO MÉDICO

PRIMEIRA CONSULTA

Anamnese:

- Queixas referidas pela mãe e intercorrências.
- Condições gestacionais e perinatais.
- Presença de risco ao nascer e risco evolutivo.
- Verificar a realização eos resultados dos testes de triagem neonatal (olhinho, orelhinha, coraçõzinho e pezinho) para encaminhamentos necessários
- Alimentação: dificuldades e necessidades de intervenção.
- Diurese e hábito intestinal.
- Higiene física: banho diário, coto umbilical, com os utensílios da criança.
- Higiene mental: condições emocionais e ambientais.
- Situação vacinal.

Exame físico: estado geral, ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, pressão arterial (se necessário e a partir de 3 anos de idade de rotina, anualmente); exame da cabeça, palpação das fontanelas e suturas, olhos, implantação das orelhas, otoscopia, exame da orofaringe, pescoço, tórax, abdome, genitália, membros, gânglios, pulsos e perfusão periférica; desenvolvimento neuropsicomotor e realizar as manobras de Ortolani* e Barlow** nos primeiros 3 meses de vida (avaliar displasia do desenvolvimento do quadril).Depois dos 3 meses, a limitação da abdução dos quadris, assimetria de pregas na pele (nádegas ou região inguinal) e o encurtamento de um dos membros inferiores, indicam a possibilidade de luxação displásica do quadril.

* Manobra de Ortolani: objetiva reduzir o quadril luxado – com a criança despida, em decúbito dorsal horizontal estabiliza-se a pelve com uma das mãos, segura-se o membro inferior com a outra posicionando a ponta do dedo indicador sobre o grande trocânter. Realizam-se a flexão e adução do quadril. Sente-se um estalido no local do indicador, significando a redução da cabeça do fêmur no acetábulo.

** Manobra de Barlow: teste provocativo, ou seja, tem a finalidade de luxar um quadril instável – com a criança despida, em decúbito dorsal horizontal, estabiliza-se a pelve com uma das mãos, fletindo e abduzindo o quadril oposto e aplicando uma força posterior. Após a liberação da força, geralmente o quadril volta à posição normal.

Orientar

- A condição de saúde da criança, esclarecendo o diagnóstico à mãe ou responsável, em linguagem de fácil compreensão.
- A importância do aleitamento materno exclusivo, imunização, cuidados com a higiene, sono e desenvolvimento normal da criança.
- Sinais de alerta e se presentes procurar a Unidade de Saúde.
- Importância do acompanhamento de puericultura no 1º ano de vida da criança.
- Imunização com a vacina BCG.
- Medidas preventivas e terapêuticas, quando necessário:
- Referências e/ou especialidades, quando necessário.
- Retorno semanal para controle de peso, quando necessário.
- Estimulação adequada, quando necessária.
- Cuidados na prevenção de acidentes.
- Importância da construção do vínculo afetivo mãe/cuidador(a) com a criança.

Registrar

• As informações obtidas na anamnese e exame físico, orientações e tratamento no prontuário da criança e na Carteira de Saúde da Criança, inclusive os gráficos de crescimento.

CONSULTAS SUBSEQUENTES

Avaliar

- Intercorrências
- Alimentação
- Diurese e hábito intestinal
- Higiene física / mental
- Situação vacinal
- Exame físico
- Aquisições neuropsicomotoras

- Uso de vitamina e/ou outras medidas terapêuticas instituídas anteriormente
- Presença de risco evolutivo

Orientar

- Medidas terapêuticas necessárias
- Conduta alimentar
- Cuidados de higiene
- Imunização
- Estimulação para o desenvolvimento neuropsicomotor
- Prevenção de acidentes

Registrar

• As informações obtidas na anamnese e exame físico, orientações e tratamento no prontuário da criança na Carteira de Saúde da Criança, inclusive os gráficos de crescimento.

2.4 ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM

- Anotar a idade da criança em meses e dias.
- Observar dados do período perinatal na Carteira de Saúde da Criança, com atenção aos resultados dos testes de triagem neonatal (olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho) para orientação adequada.
- Pesquisar as intercorrências.
- Pesquisar a queixa principal.
- Pesquisar a imunização, alimentação, sono, evacuações, micção, desenvolvimento neuropsicomotor e higiene.
- Realizar o exame físico da criança, com atenção ao estado geral, nível de atividade, cor da pele, hidratação e padrão respiratório.
- Verificar e anotar o peso, comprimento, perímetro cefálico, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial (se necessário).
- Encaminhar à consulta médica, se necessário (presença de sinais de alerta).
- Proceder às vacinas da criança conforme calendário vacinal preconizado, registrando as vacinas aplicadas.
- Preencher o prontuário, registrando todos os dados coletados na anamnese e exame físico, gráficos de crescimento.
- Preencher a Carteira de Saúde da Criança.
- Orientar a mãe quanto aos cuidados necessários (vacinas, alimentação, higiene e prevenção de acidentes).
- Agendar o próximo retorno, reforçando a importância do comparecimento.

3. CRESCIMENTO

O crescimento adequado de uma criança depende múltiplos fatores, dentre os quais a alimentação saudável e a ausência de doenças orgânicas, sendo esta relacionada diretamente ao calendário vacinal completo.

3.1 ALIMENTAÇÃO

Dez Passos para a Alimentação Saudável de crianças menores de 2 anos:

PASSO 1 – Dê somente o leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

- O leite materno contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas quentes e secos.
- A oferta de água e chás diminui o volume de leite materno ingerido, que é mais nutritivo, além de aumentar os riscos de doenças.

PASSO 2 – A partir dos 6 meses, introduza de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.

- A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual (aos poucos). No início, a criança pode rejeitar as primeiras ofertas, porque tudo para ela é novidade (a colher, o sabor e a consistência do alimento).
- Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os dois anos ou mais.
- Nesta fase, é necessário oferecer água tratada, filtrada e fervida, nos intervalos das refeições.

PASSO 3 – Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

- A papa principal deve ser oferecida a partir do sexto mês, no horário de almoço ou jantar, conforme o horário que a família estiver reunida, completando-se a refeição com o leite materno até que a criança se mostre saciada apenas com a papa.
- A papa principal deve conter um alimento de cada grupo: legumes e/ou verduras, cereal ou tubérculo, feijões e carne ou vísceras ou ovo.
- Se a criança mama no peito, ao completar 6 meses ofereça: 1 papa de frutas e 1 papa principal. Ao completar 7 meses, ofereça: 2 papas principais e 1 papa de frutas.
- A criança que não estiver em aleitamento materno corre maior risco nutricional, portanto é

recomendado que receba cinco refeições ao dia (duas papas principais e três porções de leite, além das frutas).

- Ao completar 8 meses, a criança já pode receber a alimentação básica da família desde que não sejam utilizados temperos industrializados, pimenta, alimentos gordurosos como bacon, banha, linguiça, entre outros.

Cereais e tubérculos

Arroz, milho, aipim, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata baroa, cará e inhame.

Hortaliças e frutas

Folhas verdes, laranja, abóbora, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga.

Carne e ovos

Frango, codorna, peixes, pato, boi, vísceras (miúdos) e ovos.

Grãos

Feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico.

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.

- Não ofereça comida ou insista para a criança comer quando ela não está com fome.
- Procure oferecer os alimentos de maneira regular, mas sem rigidez de horários e os intervalos entre as refeições devem ser fixos.

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher. Começar com consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

- No início, os alimentos complementares devem ser especialmente preparados para a criança.
- Os alimentos devem ser cozidos em água suficiente para ficarem macios, ou seja, deve sobrar pouca água na panela.
- A consistência dos alimentos deve ser pastosa (papa ou purê), não há necessidade de passar na peneira. Coloque os alimentos no prato e amasse com o garfo.
- Não bata os alimentos no liquidificador, para que a criança possa experimentar novas consistências, sabores e cores e aprenda a mastigar.

PASSO 6 – Ofereça à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

- Ofereça duas frutas diferentes por dia, selecionando as frutas da estação principalmente ricas em vitamina A, como as amarelas ou alaranjadas e que sejam cultivadas localmente.
- Para que o ferro presente nos vegetais folhosos e feijão seja melhor absorvido, eles devem ser consumidos com algum alimento rico em vitamina C (exemplo: limão, acerola, tomate, goiaba, laranja).
- Sempre que possível, ofereça carne nas refeições; e uma vez na semana ofereça vísceras ou miúdos que são boas fontes de ferro.
- Os sucos naturais devem ser evitados, mas se forem administrados que sejam dados no copo, de preferência após as refeições principais, e não em substituição a estas, em dose máxima de 100 mL/dia.

PASSO 7 – Estimule o consumo diário de frutas, legumes e verduras nas refeições.

- Para aceitar um novo alimento a criança precisa experimentá-lo, pelo menos de 8-10 vezes.
- No primeiro ano, evite oferecer os alimentos misturados para que a criança tenha a oportunidade de conhecer os novos sabores e texturas.
- Quando a criança já se senta à mesa, o consumo desses alimentos pela família irá incentivá-la a experimentar. Estar presente junto às refeições, mesmo que a criança já coma sozinha e ajudá-la, se necessário. Não apressar a criança. É necessário ter paciência e bom humor, sem forçar a criança a comer, isso aumenta o estresse e diminui o apetite.

PASSO 8 – Evite açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Use sal com moderação.

- Prefira alimentos naturais, sem adição de açúcar.
- Escolha frutas que não precisam ser adoçadas (Exemplo: laranja, caju, maçã, pêra, mamão, banana, melancia, goiaba, manga).
- Não deixe a criança pequena “experimentar” de tudo, como por exemplo, iogurtes industrializados, macarrão instantâneo, bebidas alcoólicas, salgadinhos, refrigerantes, frituras, cafés, embutidos, enlatados, chás e doces.
- Oriente os irmãos maiores para não oferecer doces, sorvetes e refrigerantes à criança pequena.
- Leia o rótulo dos alimentos para evitar oferecer à criança aqueles que contêm aditivos e conservantes artificiais.

O sal não deve ser adicionado às refeições da criança no primeiro ano de vida, sendo suficiente o conteúdo de sódio intrínseco aos alimentos utilizados no preparo.

PASSO 9 – Cuide da higiene no preparo e manuseio dos alimentos. Garanta o seu armazenamento e conservação adequados.

- Lavar as mãos em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança.
- Usar água fervida e filtrada para oferecer à criança e também para o preparo das refeições.
- Não oferecer à criança sobras de alimentos da refeição anterior.
- Prepare apenas a quantidade de alimentos que a criança costuma comer, para evitar sobras.
- Se não tiver um refrigerador em boas condições, os alimentos da criança devem ser preparados próximo ao horário da refeição.

Utensílios da criança, frutas e verduras, devem ser lavadas em água corrente, e colocados em imersão em água com hipoclorito de sódio a 2,5% por 15 minutos (20 gotas de hipoclorito para um litro de água). Para reduzir o risco de contaminação dos alimentos por agrotóxicos, preconiza-se a utilização de bicarbonato de sódio a 1% (imersão das frutas e verduras por 20 minutos em solução de uma colher de sopa de bicarbonato para 1 litro de água).

PASSO 10 – Estimule a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.

- Se a criança mama só no peito, aumente a frequência das mamadas.
- Ofereça os alimentos que a criança preferir, desde que sejam saudáveis.
- Ofereça quantidades pequenas por refeição e com maior frequência.
- Se a criança estiver com febre ou diarreia ofereça líquidos mais vezes por dia. Esses líquidos devem ser oferecidos após as refeições ou nos intervalos.

ESQUEMA DE INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS COMPLEMENTARES

Até o 6º mês	Leite materno exclusivo
Do 6º ao 24º mês	Leite materno complementado
6º mês Primeira	Primeira papa principal e Frutas (ALMOÇO OU JANTAR)
7º / 8º mês	Segunda papa principal (ALMOÇO OU JANTAR)
9º / 11º mês	Gradativamente, passar para a refeição da família
12º mês	Refeição da família

ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar uma fórmula infantil que satisfaça as necessidades do lactente, conforme recomendado por sociedades científicas nacionais e internacionais (Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, *European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition - ESPGHAN* e *American Academy of Pediatrics - AAP*).

Todas as fórmulas infantis para lactentes disponíveis no Brasil são consideradas seguras, pois seguem as resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA; RDC nº 43 e 44/2011).

Para as crianças que usam fórmulas infantis, a introdução de alimentos não lácteos deverá seguir o mesmo padrão preconizado para aquelas que estão em aleitamento materno exclusivo (a partir dos 6 meses).

Recomendações nutricionais para crianças a partir de 12 meses

A partir dos 12 meses, acrescentar às três refeições mais dois lanches ao dia, com fruta ou leite. Deve ser incentivada a ingestão média de 600mL de leite de vaca (preferencialmente fortificado com ferro e vitamina A), assim como de outros derivados (iogurtes caseiros, queijos), para garantir correta oferta de cálcio.

Oferecer frutas como sobremesa é importante, após as refeições principais, para melhorar a absorção do ferro não heme presente nos alimentos como feijão e folhas verde-escuras.

Deve-se evitar a ingestão de açúcar e produtos que o contenham, pois favorecem a formação de cáries e obesidade.

3.2 SUPLEMENTAÇÃO

Vitamina D

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) preconiza que não há necessidade de suplementação de vitamina D nas seguintes condições:

- Lactentes em aleitamento materno com exposição regular ao sol.

Recomenda-se a exposição direta da pele à luz solar a partir da segunda semana de vida, com a cota semanal de 30 minutos se a criança estiver apenas de fraldas (6 a 8 minutos por dia, três vezes por semana) ou de 2 horas (17 minutos por dia) se apenas a face e as mãos estiverem expostas ao sol.

- Lactentes que recebem ao menos 500 mL/dia de fórmula infantil.

Nas demais situações, recomenda-se a suplementação de 400 UI/dia de vitamina D até os 18 meses.

Vitamina A

A partir do 6º até o 59º mês de idade, as crianças que residem nos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão receber o medicamento por via oral, conforme descrito abaixo:

- Crianças de 6 a 11 meses, 100.000 UI (Uma dose)

- Crianças de 12 a 59 meses, 200.000 UI (Uma vez a cada seis meses) .

Observação: A data da administração do suplemento de vitamina A deverá ser anotada na Carteira de Saúde da Criança.

Ferro

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

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

Primeiros seis meses de vida

1. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.
2. Suplementação profilática de ferro para crianças prematuras ou com baixo peso ao nascimento.

A partir dos seis meses até dois anos de idade

1. Alimentação complementar saudável e adequada em biodisponibilidade de ferro.
2. Suplementação de ferro profilática.
3. Fortificação dos alimentos para as crianças com micronutrientes em pó.

RECOMENDAÇÕES QUANTO À SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO MEDICAMENTOSO

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
RN a termo Peso adequado p/ IG Em aleitamento materno	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida
RN a termo, Peso adequado p/ IG Em fórmula infantil \geq 500 mL/dia	Não recomendado
RN prematuro e/ou de Baixo peso até 1.500 g	2 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30º dia até 1 ano Após 1 mg/kg/dia até 2 anos
RN prematuro Peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30º dia até 1 ano Após 1 mg/kg/dia até 2 anos
RN prematuro Peso < 1.000 g	4 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30º dia até 1 ano Após 1 mg/kg/dia até 2 anos

Legenda: IG: Idade Gestacional; RN a termo: recém-nascido com \geq 37 semanas IG

RN prematuro: recém-nascido \leq 36 semanas IG; Ferro elementar: ferro absorvível

3.3 MONITORIZAÇÃO DO CRESCIMENTO

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico dos dados antropométricos: peso (P), comprimento (C) e perímetro cefálico (PC) da criança na Carteira de Saúde da Criança, onde encontram-se as curvas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para que a monitorização do crescimento seja efetiva, faz-se necessário a aferição adequada dos dados antropométricos e a pontuação exata nas referidas curvas:

Peso (P): orienta-se que a criança seja pesada, preferencialmente no mesmo período do dia, na balança pediátrica mecânica ou eletrônica (capacidade máxima 16 Kg. A criança deve estar totalmente despida, inclusive sem fraldas, mantida o mais imóvel possível.

Comprimento (C): termo utilizado para a medida de crianças menores de 24 meses, em que se utiliza o estadiômetro infantil (infantômetro). A criança deve ser medida na posição deitada com as pernas relaxadas, apoiar a cabeça na haste fixa e a peça móvel é deslocada até tocar os pés da criança, que devem estar descalços e alinhados.

Perímetro Cefálico (PC): o crescimento cerebral se completa quase que totalmente nos dois primeiros anos de vida, sendo acelerado no primeiro ano (83,6% em relação ao total do adulto). Para se aferir o PC utiliza-se uma fita métrica, preferencialmente inextensível, que deve ser passada ao redor da cabeça, da esquerda para a direita, cruzando no zero à frente do observador, o bordo inferior da fita tocando no topo das sobrancelhas e passando por cima da porção mais anterior do osso frontal, dos pavilhões auriculares (não incluir os mesmos) e sobre a proeminência occipital (parte posterior do crânio). Esta medida deve ser efetuada na posição deitada em recém-nascidos e na posição semi-sentada, no colo da mãe/cuidador, no lactente ou na criança maior.

Índice de massa corporal (IMC): recentemente tem-se recomendado a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC = peso em kg/estatura² em metros) para interpretar a relação peso/altura e permitir o diagnóstico de déficit de peso (desnutrição aguda/magreza) ou o excesso de peso (sobrepeso/obesidade).

A avaliação periódica do crescimento permite o acompanhamento do progresso individual da saúde de cada criança identificando aquelas de maior risco, sinalizando pre-

cocemente os agravos nutricionais que necessitarão de intervenção.

A curva de crescimento deve ser construída com o mínimo de três pontos :

Ascendente= NORMAL

Horizontal= ATENÇÃO

Descendente=PERIGO

No quadro abaixo observa-se a velocidade de crescimento no primeiro ano de vida:

1º ano vida	Peso	Comprimento	Perímetro Cefálico
1º Trimestre	25 - 40 g/dia	3cm/mês	2cm/mês
2º Trimestre	20g/dia	2cm/mês	1cm/mês
3º Trimestre	15g/dia	1cm/mês	0,5cm/mês
4º Trimestre	10g/dia	1cm/mês	0,3cm/mês

PARTICULARIDADES DO PREMATURO OU COM BAIXO PESO PARA IDADE GESTACIONAL (IG)

Item 1) Para o acompanhamento de crianças prematuras (<37semanas IG) por meio das curvas padrão, é necessário que se corrija a idade cronológica das mesmas até que completem 2 anos de idade = Idade Corrigida (IC), utilizando-se **como parâmetro ideal para nascer com 40 sem IG.**

Exemplo: recém-nascido com 32 semanas IG IC= 40-32=8 semanas (2 meses), assim os dados antropométricos aos 2 meses serão registrados na idade do nascimento = ponto zero da curva.

Item 2) O crescimento compensatório (*catch up*) é caracterizado por uma velocidade acelerada no crescimento, que ocorre após um período de crescimento lento ou ausente, Em geral, ocorre primeiro com o perímetro cefálico, seguido pelo comprimento e depois pelo peso.

Item 3) A criança com história de baixo peso ao nascer (peso < 2.500g) deve ser considerada de risco nutricional e deve ser acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida.

Além do risco ampliado de internações e maior mortalidade infantil, ocorre maior chance de desenvolver doenças crônico-degenerativas na vida adulta, tais como hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e diabetes, quando ao longo da vida há um ganho excessivo de peso.

4. VACINAÇÃO

Calendário de Vacinação preconizado pelo (MS)

Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócica 10V	Rotavírus Humano	Meningocócica C	Febre Amarela	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral
Ao nascer	Dose única	1ª dose	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2º mês	-	-	1ª dose	1ª dose (VIP)	1ª dose	1ª dose	-	-	-	-	-
3º mês	-	-	-	-	-	-	1ª dose	-	-	-	-
4º mês	-	-	2ª dose	2ª dose (VIP)	2ª dose	2ª dose	-	-	-	-	-
5º mês	-	-	-	-	-	-	2ª dose	-	-	-	-
6º mês	-	-	3ª dose	3ª dose (VOP)	3ª dose	-	-	-	-	-	-
9º mês	-	-	-	-	-	-	-	Uma dose	-	-	-
12º mês	-	-	-	-	Ref.	-	-	-	Uma dose	1ª dose	-
15º mês	-	-	1º Ref. (DTP)	1º Ref. (VOP)	-	-	Ref.	-	-	-	Uma dose
4 anos	-	-	2º Ref. (DTP)	2º Ref. (VOP)	-	-	-	-	-	-	-

As crianças recebem, entre o 6º mês até os 5 anos de idade, a vacina Influenza, durante a Campanha Anual de Vacinação Contra a Gripe, conforme calendário do MS.

Observações

1. BCG: dose única, logo após o nascimento, com peso superior a 2Kg. Disponibilizada até os 4 anos 11 meses e 29 dias, para os não vacinados. Crianças vacinadas na faixa etária preconizada e que não apresentam cicatriz vacinal após 6 meses, devem revacinar apenas uma vez.
2. Hepatite B: uma dose ao nascer, o mais precoce possível, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Completar o esquema de vacinação contra Hepatite B com a vacina Penta (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada)).
3. Penta/DTP: três doses, a partir dos 2 meses de idade, com o intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Dois reforços (Ref.) com DTP (difteria, tétano e pertussis): aos 15 meses e aos 4 anos de idade.
4. Esquema sequencial VIP/VOP: três doses, VIP aos 2 e 4 meses de idade e VOP aos 6 meses. Dois reforços (Ref.) com VOP, aos 15 meses e aos 4 anos de idade.
5. Pneumocócica 10V: três doses (aos 2, 4 e 6 meses de idade), com um intervalo de 60 dias entre as doses,

mínimo de 30 dias. O reforço (ref.) deve ser feito preferencialmente aos 12 meses de idade, considerando o intervalo de 6 meses do esquema básico. Para as crianças que iniciam o esquema após os seis meses de idade, considerar o intervalo mínimo entre as doses e administrar o reforço com intervalo de dois meses após a última dose. Crianças entre 12 e 23 meses de idade sem comprovação vacinal: administrar dose única.

Rotavírus Humano: duas doses (aos 2 e 4 meses de idade). A primeira dose pode ser administrada a partir de 1 mês e 15 dias até 3 meses e 15 dias. A segunda dose pode ser administrada a partir de 3 meses e 15 dias até 7 meses e 29 dias. Manter intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Meningocócica C: duas doses (aos 3 e 5 meses de idade), com um intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. O reforço (Ref.) pode ser administrado entre 12 a 15 meses de idade, preferencialmente aos 15 meses. Para as crianças que iniciam o esquema após os cinco meses de idade, considerar o intervalo mínimo entre as doses e o reforço com intervalo de dois meses após a última dose. Crianças entre 12 e 23 meses de idade sem comprovação vacinal: administrar dose única.

Febre Amarela: uma dose a partir dos 9 meses de idade, para residentes e viajantes (pelo menos 10 dias antes da viagem) em áreas com recomendação para a vacina. Recomenda-se uma dose a cada 10 anos.

Hepatite A: uma dose aos 12 meses, com idade máxima de 1 ano 11 meses e 29 dias.

Esquema Vacinal Tríplice Viral /Tetra Viral: duas doses, a 1ª dose aos 12 meses de idade (Tríplice Viral) e a 2ª dose aos 15 meses (Tetra Viral), a qual corresponde a uma dose de varicela e a 2ª dose de sarampo, caxumba e rubéola.

5. DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento depende da maturação (mielinização) do sistema nervoso. A aprendizagem neuropsicomotora se estabelecerá principalmente ao longo da infância, podendo sofrer a influência de fatores nutricionais, genéticos e ambientais.

Se houver dificuldade de aquisição de determinada habilidade, os pais ou cuidador(a) deverão ser orientados quanto à necessidade de estimulação; na persistência e evolução progressiva do déficit de desenvolvimento, a criança deverá ser encaminhada à referência de risco, quando necessário.

- **Até o final do 3º mês de vida:** O bebê sorri. Sustenta a cabeça. Descobre as mãos e brinca com elas, gosta de levá-las à boca. Fixa e acompanha com os olhos o objeto que lhe interessa. Vira a cabeça para o som.
- **Dos 3 aos 6 meses:** Busca objetos com as mãos e tenta segurá-los, leva-os à boca, passa-os de uma mão à outra. Vira-se sozinho. Rola na cama. Senta com apoio. Descobre os pés, brinca com eles e leva-os à boca. Acompanha os objetos com os olhos. Localiza o som. A vocalização nos primeiros 6 meses de idade não significa que a criança escuta. Este período assinala o início da fase cortical do desenvolvimento, ausência de memória dos reflexos primários, com mudança significativa do tônus muscular. A criança sente prazer em emitir e ouvir seu próprio som.
- **Dos 6 aos 9 meses:** Senta sem apoio. Usa os braços e as mãos para se equilibrar. Passa um objeto de uma mão à outra. Expressa suas emoções. Brinca de esconde-achou. Reconhece o rosto da mãe entre os demais e pode reagir à sua ausência com angústia. Gosta de ficar com quem conhece e pode estranhar as pessoas.
- **Dos 9 aos 12 meses:** Balbucia monossílabos e inibe-se com o “não”. Levanta-se e consegue ficar

de pé com apoio, posteriormente, já fica em pé sozinho. Pode engatinhar e tentar dar os primeiros passos. Acompanha com os olhos objetos em qualquer postura. Localiza o som, em qualquer direção. Adquire desde os 9 meses a preensão tipo pinça: segura objetos com os 3 dedos, usando polegar.

- **Dos 12 aos 36 meses:** As experiências sociais adquiridas, controle dos esfíncteres, andar e falar propiciam maior autonomia.

Respostas negativas à idade apropriada sugerem atraso no desenvolvimento e a criança deve ser avaliada cuidadosamente, considerar a variação da normalidade e no caso de criança prematura, valorizar a idade corrigida (IC = 40 - Idade gestacional em semanas).

6. SAÚDE BUCAL

A puericultura odontológica deverá ser iniciada nos primeiros dias de vida da criança, aproveitando-se a consulta programada para até 10 dias após o nascimento.

Após a primeira consulta, a equipe de saúde bucal fará uma programação de visitas periódicas para a criança, em função de seu perfil de risco

Além de encaminhar a criança para a consulta odontológica, toda a equipe de saúde deve estar apta a dar informações adequadas aos pais e aos cuidadores sobre a saúde bucal das crianças:

Cronologia da erupção dentária (quando os dentes nascem)

- Aos 6 meses é que os dentes decíduos (de leite) começam a erupcionar. Pode haver retardo na erupção, o que não deve ser preocupante até os 12 meses. Se não ocorrer a erupção após esse período, é necessário investigar pois existe a possibilidade (rara) de ocorrer anodontia (ausência dos dentes).
- A criança pode nascer com dentes (dentes natais) ou vir a tê-los no primeiro mês (dentes neonatais). Nestes casos há necessidade de extração, porque a inserção é apenas na gengiva o que pode prejudicar a amamentação e existir o risco de aspiração dos dentes para o pulmão.
- Em torno dos 18 meses aparecem os molares decíduos, quando há necessidade de maior cuidado de limpeza (introdução obrigatória da escova dental), pois estes dentes apresentam sulcos retentivos de placa bacteriana.

- Aos 36 meses, a dentição decídua completa-se com 10 dentes superiores e 10 inferiores.

Recomendações gerais

- Estimular o aleitamento materno pela importância no desenvolvimento facial com interferência positiva nas funções de mastigação, deglutição e fonação.
- Menor probabilidade de desenvolver lesões de cárie em crianças que são amamentadas do que aquelas que utilizam aleitamento artificial.
- Os pais devem ser orientados quanto à necessidade de higiene bucal das crianças após a ingestão de alimentos e medicamentos com potencial cariogênico. Especial atenção deve ser dada à limpeza bucal da criança antes de dormir.
- Os pais e os cuidadores devem ser orientados a não colocar açúcar em frutas e sucos, possibilitando que a criança aprecie o sabor natural dos alimentos.
- Se a criança menor de 3 anos apresente atividade de cárie (manchas brancas que indiquem descalcificação e/ou cavidades), ela deve ser encaminhada à equipe de saúde bucal, para tratamento e aplicação de verniz com flúor
- Deve-se desestimular o uso de bicos e chupetas, pois a sucção da chupeta ou da mamadeira pode acarretar alterações bucais como má oclusões e alterações no padrão de deglutição. Para se evitar o uso da chupeta, deve-se recomendar a técnica correta de amamentação, não retirando a criança do seio logo que ela já esteja satisfeita.
- Caso o hábito da chupeta/bico já esteja instalado, deve-se procurar removê-lo o quanto antes para prevenir as alterações e possibilitar sua reversão natural. Orienta-se o uso de bico curto da mamadeira curto e com orifício pequeno e que não se aumente o furo para dar alimentos mais espessos. Estes devem ser oferecidos com colher ou no copo.

Higiene bucal

Bebês sem dentes: a limpeza deve ser iniciada a partir dos primeiros dias de vida, com uma gaze ou fralda limpa, embebida em água potável ou solução com uma colher de água oxigenada (vol. 10) em ½ copo de água potável (fria) que deve ser passada delicadamente na gengiva e em toda a mucosa oral do bebê pelo menos uma vez ao dia.

Bebês em fase de erupção dos incisivos (de 6 a 18 meses): gaze ou fralda umedecida em água potável, duas vezes ao dia.

Bebês em fase de erupção de molares (de 18 a 36 meses): com a erupção dos molares decíduos, deve-se iniciar o uso da escova dental macia, duas vezes ao dia. O uso do fio dental está indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia. Recomenda-se que o creme dental fluoretado seja usado com a supervisão dos pais e/ou cuidadores, em quantidade mínima (de um grão de arroz cru, após a erupção dos primeiros molares decíduos (em torno dos 18 meses), com o incentivo para a criança cuspir a pasta após a escovação.

7. PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A prevenção é a principal solução para a problemática dos acidentes com crianças. Algumas dicas podem ser adotadas no dia-a-dia, diminuindo os riscos e irão deixar o ambiente da criança mais seguro

- **Sufocação** - pode ocorrer enquanto a criança está dormindo, quando seu rosto fica encoberto pelo lençol, travesseiro ou outro objeto macio. As grades do berço também podem ser uma ameaça causando mortes por estrangulamento e sufocação. Quando as crianças estão na fase de descobrir o mundo com a boca, ainda podem se engasgar com partes e/ou brinquedos pequenos, comidas e outros objetos miúdos.

As crianças devem dormir em colchão firme, de **barriga para cima**, cobertos até a altura do peito com lençol ou manta presos embaixo do colchão e os bracinhos para fora. O colchão deve estar bem preso ao berço (não mais que dois dedos de espaço entre o berço e o colchão) e sem qualquer embalagem plástica.

As grades de proteção do berço, que devem estar fixas e não devem ter mais que 6 cm de distância entre elas.

Remova do berço todos os brinquedos, travesseiros e objetos macios quando a criança estiver dormindo, para reduzir o risco de asfixia.

Compre somente brinquedos apropriados para a criança. Objetos pequenos e partes pequenas de brinquedos podem causar sufocação.

Tenha certeza de que o piso está livre de objetos pequenos como botões, colar de contas, bolas de gude, moedas, tachinhas.

Considere a compra de cortinas ou persianas sem cordas para evitar que crianças menores corram o risco de estrangulamento.

- **Envenenamento** - Crianças com até dois anos de idade correm maior risco de um envenenamento não intencional. Produtos de limpeza e medicamentos são riscos significativos. Bebês podem se envenenar respirando a fumaça de cigarros. Antes de comprar plantas, verifique se são seguras para as crianças.

Tenha certeza de que materiais de limpeza, remédios e vitaminas estão trancados e longe da criança. Deixe plantas venenosas fora do alcance.

- **Queimaduras** – A maioria das queimaduras com crianças, especialmente entre as idades de seis meses e dois anos, é causada por comidas quentes e líquidos derramados na cozinha. A água quente da pia e da banheira é também responsável por muitas queimaduras em crianças; essas tendem a ser mais graves e cobrem uma porção maior do corpo do que as ocasionadas por outros líquidos quentes.

Sempre teste a temperatura da água do banho, usando o dorso da mão ou o cotovelo, movimentando a água de um lado para o outro para misturar toda a água quente com a fria.

Evite carregar comidas ou bebidas quentes quando estiver próximo à criança.

Não use toalha comprida na mesa. A criança pode puxá-la e derrubar utensílios e líquidos quentes sobre ela.

- **Quedas** – Entre os principais responsáveis por quedas com bebês estão os móveis, as escadas e os andadores. Este último é responsável por mais acidentes que qualquer outro produto infantil destinado a crianças de 5 a 15 meses. A maior parte das lesões resulta de quedas em escadas ou simplesmente de tropeços quando estão no andador.

Não use andador com rodas, prefira o cercado (chiqueirinho).

Instale telas ou grades nas janelas e sacadas. Nunca coloque berços ou outros móveis próximos de uma janela.

Procure adquirir móveis com pontas arredondadas ou considere o uso de pontas de silicone (protetores de quinas) vendidas em lojas de artigos infantis;

Evite móveis com vidro ou outro material que possa quebrar e cortar.

Mantenha uma mão na criança, enquanto troca as fraldas.

Não deixe a criança sozinha em mesas, camas ou outros móveis.

- **Afogamento** – grande parte dos afogamentos com bebês acontece em banheiras. Na faixa etária até dois anos, mesmo vasos sanitários e baldes podem ser perigosos. A primeira causa de afogamento com crianças é a falta de supervisão, geralmente por questão de segundos.

Nunca deixe as crianças, sem vigilância, próximas a pias, vasos sanitários, banheiras, baldes e recipientes com água. Esvazie-os logo depois de usá-los.

Guarde baldes e recipientes de cabeça para baixo.

- **Veículos automotores** – Em uma colisão, uma cadeirinha de segurança instalada e usada corretamente reduz em 71% o risco de uma criança morrer.

Use a cadeirinha em qualquer trajeto, desde a saída da maternidade.

Bebês devem viajar no bebê-conforto, instalado de costas para o movimento do veículo, até completarem um ano de idade e pesarem pelo menos 13 Kg.

Nunca coloque a criança no banco da frente de um carro.

8. INTERCORRÊNCIAS EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE

Retorno da mãe ao trabalho

Verificar quando e qual o horário que a mãe vai trabalhar, se período integral ou meio período e quem cuidará da criança.

Conduta:

- Criança menor de 4 meses: Orientar a mãe para amamentar a criança antes de sair para o trabalho e após seu retorno à casa, quantas vezes a criança quiser, principalmente durante a noite.
- Ensinar a mãe para fazer a ordenha manual do leite, para que o mesmo possa ser oferecido à criança durante a ausência da mãe.
- O leite materno deve ser descongelado e aquecido em banho-maria e pode ser oferecido à criança em copo ou xícara. O leite materno não pode ser descongelado em micro-ondas e não deve ser fervido.

• Durante o período de trabalho, a mãe deve ser orientada a fazer a ordenha manual em recipientes esterilizados, guardando-o em alguma geladeira próxima. No horário de voltar para casa, retirar do refrigerador e transportá-lo bem fechado, de preferência em isopor.

- Se não houver possibilidade de ordenha suficiente de leite, para suprir a necessidade da criança,

iniciar fórmula infantil oferecida no copo e conforme indicação médica.

- Criança entre 4 a 6 meses: Se não houver disponibilidade suficiente do leite materno ordenhado para a criança, complementar com fórmula infantil oferecida no copo conforme recomendação médica. Aos 6 meses, iniciar gradativamente a alimentação complementar.

Lactente com ganho de peso insuficiente

O profissional de saúde deve investigar se:

- A criança apresenta pega inadequada e não está retirando o leite posterior e não está esvaziando toda a mama; se não for corrigido leva à diminuição da produção do leite.
- Há presença de doenças (resfriado, diarreia, infecção urinária) que aumentam o requerimento de energia e diminuem o apetite da criança.
- Há oferta de chá e água (diminuem o poder de sucção da criança).
- Há obstrução das vias aéreas superiores da criança, dificultando a sucção.

Conduta:

- Orientar a mãe para que a criança seja amamentada com mais frequência, estimulando-o com leves toques no rosto, caso ele segure a mama sem sugar.
- Retirar totalmente a oferta de leite complementar, chá e água para a criança.
- Orientar para que a mãe aumente a ingestão de líquidos: água tratada, filtrada e fervida (no mínimo 1 litro, dar dicas para utilizar a garrafa de plástico ou tomar 2 copos pela manhã e 2 copos pela tarde). Sucos e chás são complementares.
- Em casos de obstrução nasal, a criança não consegue sugar direito. Portanto, a orientação consiste na utilização de soro nasal antes das mamadas.
- Agendar retorno em três dias para verificar o ganho de peso, caso não haja melhora do ganho encaminhar ao médico para ver necessidade de investigação laboratorial (parcial de urina, urocultura) e necessidade de leite complementar.

Introdução de leite complementar

Observa-se muitas vezes insegurança da mãe quanto ao leite materno ser suficiente para o ganho de peso da criança, e outras vezes, a mãe oferece outro leite à noite para a criança dormir por mais tempo. Nesse caso os profissionais podem orientar que a mãe amamente em torno de 23 h,

deixando a criança sugar até esvaziar a mama, garantindo a obtenção do leite rico em gordura (leite posterior). Assim, a criança vai ter mais saciedade e dormirá por mais tempo.

Outro problema que ocorre com frequência é a troca da noite pelo dia, fazendo com que a mãe tenha que acordar várias vezes durante a noite para amamentar, o que torna essa prática cansativa e estressante. O profissional pode auxiliar orientando à mãe que mantenha a criança, durante o dia, em cômodos da casa mais claros e menos silenciosos.

Conduta:

- Conversar com a mãe explicando sobre o ganho de peso adequado da criança, as vantagens do aleitamento natural e as desvantagens do leite artificial.
- Procurar tranquilizar a mãe informando-a de que a quantidade de leite que ela produz é suficiente para a criança, pois está ganhando peso de modo adequado e conversar sobre as reais necessidades dos alimentos.
- Explicar à mãe que o leite artificial que ela está oferecendo à criança poderá favorecer de doenças e alergia.
- Orientar para que suspenda o leite artificial e aumente a frequência das mamadas por uma semana quando a criança será pesada novamente, ou antes, se a mãe achar necessário.

Cólicas do lactente

Definida por Wessel pela regra dos “três”: início com 3 semanas de vida, duração: ≥ 3 horas (horário fixo 19-23h), pelo menos 3 vezes por semana com piora da frequência, pico com 6 semanas, duração de 3 semanas e melhora aos 3-4 meses.

Conduta:

- Explicar aos pais a importância de se manter a calma.
- Permanecer com a criança em ambiente tranquilo e música suave. Um banho morno pode ser útil.
- Massagem abdominal: movimento de rotação na barriga (no sentido horário) ou fazer flexões repetidas com as pernas da criança até os joelhos comprimirem a barriga, quando a criança não tiver sido amamentada.
- Carregar a criança no colo, em posição de braços, apoiando a barriga dela com a sua mão ou colocar a criança deitada de braços sobre o seu peito, quando a criança não tiver sido amamentada.
- O uso de chás não é indicado. Assim também é desaconselhado o uso do mel pois ser passível de

contaminação por esporos de *Clostridium botulinum* levando ao botulismo.

- Esclarecer de que não há interferência dos alimentos consumidos pela mãe.
- Contra-indica-se o uso de medicamentos antiespasmódicos (simeticona, escopolamina).

Icterícia neonatal

A icterícia clínica é detectada quando a bilirrubina sérica aproxima-se de 5 a 7 mg/dl sendo evidente na face (nariz) e pode haver progressão para o tronco e extremidades.

As zonas de Kramer estabelecem as zonas dérmicas da progressão da icterícia com os valores de bilirrubina total (BT), porém é importante lembrar que a estimativa visual pode levar a erros, principalmente, em crianças pardas ou negras.

Zonas de Kramer	Nível de BT (mg/dl)
1 - Cabeça / pescoço	5,9 ± 0,3
2 - Tórax, acima do umbigo	8,9 ± 1,7
3 - Hipogástrio e coxas	11,8 ± 1,8
4 - Joelhos até tornozelos e cotovelos até punhos	15,0 ± 1,7
5 - Mãos e pés, incluindo palmas e plantas	> 15,0

Sinais de alerta:

- Icterícia além da 1ª semana de vida no recém-nascido de termo (RNT) e da 2ª semana de vida no recém-nascido pré-termo (RNPT)
- O aumento da bilirrubina direta (BD maior do que 1,5 a 2,0 mg/dl) sugere a colestase neonatal, cujas causas comuns são a atresia das vias biliares e a hepatite neonatal.

Investigar colestase neonatal (URGÊNCIA):

- Icterícia prolongada (mais de 15 dias).
- Aspecto das fezes (amarelo-pálidas ou branco-acinzentadas).
- Urina escura que mancha a fralda.
- Hepatomegalia, esplenomegalia.
- História familiar.

Icterícia do aleitamento materno

a) “Clássica” ou do leite materno:

Crianças assintomáticas, bom ganho ponderal que após alta, os recém-nascidos evoluem com icterícia na 2ª semana de vida (hiperbilirrubinemia indireta prolongada). Ocorre em menos de 1% dos RN amamentados ao seio.

Em geral, a icterícia persiste durante a 2ª e 3ª semanas de vida, atingindo um nível máximo de 10 a 30 mg/dl. Se o aleitamento for mantido, os níveis permanecem elevados e,

então, começam a diminuir lentamente, chegando aos níveis normais em 3 a 12 semanas. Quando se interrompe a amamentação ao seio observa-se uma diminuição dos níveis de bilirrubina total em cerca de 48 horas. Em geral, não há indicação de suspensão do leite materno, mesmo temporariamente.

b) Icterícia associada ao aleitamento materno:

A hiperbilirrubinemia ocorre mais precocemente, em torno de 2 a 4 dias de vida ou, mais tardiamente, em torno de 4 a 7 dias de vida e deve-se à falta de oferta de leite adequada do que a um fator do próprio leite materno (geralmente acompanhada de perda de peso ou desidratação, com ou sem hipernatremia). A hiperbilirrubinemia leve a moderada, em geral, é auto-limitada e pode não necessitar de tratamento algum, apenas o aumento da ingestão de leite.

Indicação de fototerapia de alta irradiância segue critérios de acordo com características do RN, tempo de vida e nível sérico de BT.

Refluxo Gastroesofágico (RGE) e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)

Refluxo gastroesofágico funcional do lactente (RGE) trata-se da criança ‘regurgitador feliz’ (‘happy spitter’), que cresce e ganha peso normalmente. O refluxo vai se tornando cada vez mais intenso até 3 ou 4 meses de vida. Em algum momento após os 4 meses começa a regredir espontaneamente, até que chegue a ter regurgitações ocasionais (poucas vezes por semana), em geral entre os 5 e 9 meses de idade. O uso de medicamentos não altera a evolução do quadro.

Conduta:

- Tranquilizar a família, esclarecer que o fenômeno é fisiológico e vigiar a evolução nos meses seguintes.
- Não há indicação de realizar proclive para reduzir os vômitos e a posição de sono mais adequada é a supina (barriga para cima) para reduzir o risco de morte súbita em lactentes menores de 12 meses.
- O aleitamento materno deve ser preservado sempre que possível. Não há indicação de fórmulas infantis AR (anti-regurgitação).
- Contra-indicada-se a prescrição de medicamentos procinéticos (bromoprida, metoclopramida e domperidona) e inibidores de ácido (antiácidos, ranitidina ou omeprazol).

Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) refere-se à situação em que há complicações decorrentes dos episódios de RGE. A prevalência é incerta, uma vez que as manifestações variam de acordo com a faixa etária. É importante realizar o diagnóstico diferencial com outras enfermidades que podem manifestar-se com sintomas semelhantes incluindo a alergia à proteína do leite de vaca em lactentes.

As manifestações clínicas dependem do órgão envolvido:

- Manifestações Esofágicas: choro e irritabilidade, anemia, baixo ganho ponderal.

É importante lembrar que a irritabilidade e choro em lactentes sem outros sinais de complicação raramente são causados por esofagite de refluxo.

- Manifestações Supra-Esofágicas: episódios de apnéia, cianose, palidez súbita, hipotonia ou hipertonia, asma, tosse crônica, pneumonias de repetição, crises de laringite, rouquidão, otite média de repetição.

O tratamento das causas mais comuns (doenças respiratórias primárias) deve ser considerado antes da investigação de DRGE.

As condições de risco para DRGE são:

- encefalopatia crônica (paralisia cerebral; doenças neurodegenerativas).
- doenças com dispnéia crônica significativa (fibrose cística, asma grave, broncodisplasia pulmonar, bronquiolite obliterante, etc.).
- nascidos com atresia de esôfago ou portadores de defeitos graves de motilidade esofágica (estenose de esôfago).

Exames Complementares:

Seriografia de esôfago, estômago e duodeno (SEED): indicada na suspeita de defeitos anatômicos do trato digestivo alto (anel vascular; artéria subclávia direita anômala).

Endoscopia digestiva alta (EDA) /biópsia de esôfago.

Conduta:

- Medidas antirefluxo: Proclive em 30º em decúbito dorsal (barriga para cima) e após a alimentação manter a criança em posição vertical, no colo, durante 20 minutos.
- Manter o aleitamento materno exclusivo.
- Fórmulas infantis espessadas ou anti-regurgitação podem ser benéficas para as crianças desmamadas.
- Inibidores de secreção ácida gástrica: os inibidores de bombas de prótons (IBP) são mais eficazes que os antagonistas de receptores de H2 (ranitidina). Não se recomenda a utilização prolongada destes medicamentos sem confirmação diagnóstica.
- IBP – omeprazol (fórmula manipulada) : 1-3 mg/ Kg/dia, uma dose diária matinal (em jejum), mais usado em crianças maiores e raramente indicado para recém-nascidos e lactentes.
- Não se recomenda medicação pró-cinética (bromoprida, metoclopramida e domperidona) para o tratamento da DRGE.

Desnutrição

Esta situação nem sempre reflete a falta absoluta de alimentos no domicílio, mas pode ser devido a práticas alimentares inadequadas. É importante considerar se a criança mantém com peso baixo para a sua estatura por período prolongado, futuramente apresentará comprometimento na estatura. Essa situação é chamada de adaptação biológica da desnutrição.

A recuperação nutricional implica o consumo predominantemente de energia, mas também de proteína. Essa intervenção requer conhecimento prévio e detalhado do hábito alimentar, assim é possível descobrir a causa e corrigi-la. O aumento da densidade energética é mais eficaz, já que a criança pequena e de baixo peso apresenta um volume gástrico pequeno.

Conduta:

- Investigar possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, doenças infecciosas, os cuidados com a criança, o afeto e a higiene.
- Tratar as intercorrências clínicas, se houver.
- A adição de óleo vegetal na porção de alimento habitualmente oferecido à criança permite o aumento da densidade energética da dieta. Acrescentar 1 colher de chá de óleo vegetal (soja, canola, oliva, girassol) sobre a porção servida para a criança, no almoço e no jantar.
- Oferecer volumes menores e aumentar a frequência das refeições ao dia.
- Orientar a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade.
- Orientar o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias, avaliar a necessidade de exames laboratoriais e encaminhamento especializado.
- Encaminhar a criança para o serviço social.

Excesso de ganho de peso

Conduta:

- Se a criança estiver recebendo somente o leite materno, não intervir de forma alguma; manter o aleitamento materno exclusivo até a criança completar 6 meses de idade.
- Se a criança estiver recebendo outro leite que não o materno, verificar o preparo do mesmo e a possibilidade de suspender essa prática. Corrigir a diluição, caso indicado e verificar a oferta de água, que é necessária pela sobrecarga renal devido aos solutos do leite.
- Verifique a existência de inadequação alimentar, caso a criança esteja com mais de 6 meses,

identifique a dieta da família e oriente a mãe ou o cuidador a administrar à criança uma alimentação saudável, conforme recomendado.

- Incentivar atividade física compatível com a idade da criança, no mínimo 30 minutos ao dia.

Pseudoconstipação do lactente/ Constipação intestinal

Pseudoconstipação do lactente: ocorre em lactentes que recebem amamentação exclusiva ou predominante. e é caracterizada pela eliminação de fezes amolecidas em intervalos superiores a 3 dias. Raramente, esse intervalo pode atingir 2 a 3 semanas. A partir da introdução da alimentação complementar o hábito intestinal aos poucos será regular. Quando o intervalo das evacuações, no período de pseudoconstipação, ultrapassar os 10 dias, a criança deverá ser avaliada pelo médico para se verificar a necessidade de exames complementares/avaliação especializada.

A introdução precoce de alimentos é o principal fator determinante de **constipação** em crianças, além das refeições e lanches serem parcialmente substituídos por leite artificial ou por seus produtos que não favorecem a ingestão adequada de fibra e de volume de alimentos, dificultando o trânsito intestinal. A ingestão baixa de água também pode ser um aspecto importante, já que é comum a oferta de outros tipos de líquidos e uso de biscoitos nos lanches ao invés de frutas.

A quantidade de fibras recomendada para a criança menor de 2 anos é em torno de 5 gramas/dia. Essa quantidade é facilmente ultrapassada quando os dez passos para alimentação saudável são cumpridos.

Conduta:

- Oferecer duas frutas por dia, dependendo da época de safra. O mamão, a manga e o abacate são boas opções.
- Evitar maçã, limão, banana e goiaba.
- Orientar ingestão de água tratada, filtrada e fervida, no mínimo quatro vezes ao dia.
- Organizar os horários, aumentando o intervalo antes das principais refeições para que a criança consuma maior volume de alimentos, o que vai favorecer o estímulo gastro-cólico do peristaltismo intestinal.
- Introduzir verduras e legumes cozidos gradativamente, misturando aos outros alimentos mais aceitos, para que a criança possa tolerar o aumento da fibra na alimentação.
- O uso de laxantes é contra-indicado.

Deficiência de Ferro/ Anemia Ferropriva

A **deficiência de ferro** é o estado insuficiente de ferro para manter as funções fisiológicas normais dos tecidos, ou seja, nem toda anemia é por deficiência de ferro e pode-se es-

tar deficiente em ferro sem apresentar anemia (depleção dos estoques de ferro e diminuição da eritropoese).

A OMS recomenda o uso de um conjunto de marcadores laboratoriais: hemoglobina, ferritina, que idealmente devem ser complementados com marcadores de infecções agudas e crônicas, como a proteína C reativa e a alfa-1-glicoproteína ácida. A ferritina é um marcador indireto do depósito corporal de ferro e, quando com níveis baixos, é um marcador altamente específico para anemia ferropriva e/ou deficiência de ferro. Considera-se crianças deficientes em ferro com níveis de **ferritina < 10-12 mcg/L** entretanto a ferritina também é uma proteína de fase aguda, estando elevada na inflamação, infecção, doença hepática e malignidade. Na presença de infecção, considera-se normal valores superiores a 30mcg/L.

A **anemia ferropriva (hemoglobina < 11mg/dL)** é considerada uma doença muito prevalente na infância e deve ser prevenida e tratada precocemente devido às suas repercussões em curto e longo prazo, destacando prejuízo do desenvolvimento motor e intelectual.

Conduta:

- Utilizar frequentemente a carne bovina na alimentação complementar (70 a 100g/dia). Não utilizar leite de vaca integral para lactentes menores de um ano e limitar a ingestão de 700 mL/dia para crianças maiores de um ano.

- Recomenda-se a **triagem diagnóstica entre 9 a 12 meses** por meio da dosagem da hemoglobina sérica, repetindo-se essa dosagem após seis meses, e anualmente entre 2 e 5 anos (**hemoglobina < 11 mg/dL = anemia**).
- Recomenda-se a **triagem antes dos 6 meses de idade** para recém nascidos **prematuros (< 37 sem IG) e de baixo peso ao nascer (peso < 2500g)**.
- **Tratamento da deficiência de ferro/ anemia ferropriva:** sais de ferro (sulfato, glicinato) 3 a 5 mg de ferro elementar/kg/dia (fracionado de 2 a 3 vezes) por 3 a 4 meses, com a primeira reavaliação laboratorial (dosagem de hemoglobina) após 4 semanas de tratamento. Associado à orientação nutricional para uma alimentação com alta biodisponibilidade de ferro.

Doença diarreica aguda / Desidratação

A doença diarreica aguda é uma síndrome causada por vários agentes, entre eles bactérias, vírus ou parasitas, de curso autolimitado, com duração máxima de 14 dias. Caracteriza-se pela perda excessiva de água e eletrólitos pelas fezes e/ou vômitos, que se manifesta clinicamente com aumento do número de evacuações e/ou diminuição da consistência das fezes.

Na abordagem investigar início da diarreia, características das fezes, presença de sangue, frequência das evacuações, presença de outros sinais e sintomas. Exame físico completo, com especial atenção ao nível de atividade, hidratação e dados vitais.

Conduta:

- Manter a alimentação habitual, corrigindo eventuais erros alimentares.
- Ensinar a reconhecer os sinais de desidratação pelo cuidador/mãe e recomendar se piora da diarreia ou sinais de desidratação iniciar de reidratação oral (SRO).
- A família deve ser orientada para oferecer 50 ml de SRO assim que a criança evacuar.
- Não devem ser usados refrigerantes, chás, outros líquidos ou alimentos, até o desaparecimento dos sinais de desidratação, exceto os lactentes amamentados.
- Caso a criança apresente sinais de desidratação, deve ser iniciada na UAP a terapia de reidratação oral e a criança só será liberada para o domicílio após o desaparecimento dos sinais de desidratação. A quantidade de soro de reidratação oral (SRO) que deve ser ingerida dependerá da aceitação da criança e o volume será 50 -100 ml/kg em 4 horas, respeitando-se a capacidade gástrica de 20 a 30 ml/kg/hora, com intervalos de ingestão de cerca de 10 a 15 minutos. Se a criança vomitar, o volume administrado deve ser reduzido e a frequência de administração aumentada. A criança deverá ser avaliada a cada 30 minutos.
- Se houver alteração do estado de consciência da criança ou fracasso da TRO, pode-se tentar a reidratação por sonda nasogástrica de forma cuidadosa. Nestes casos está indicada a internação da criança para reidratação venosa.

Infecção urinária

A clínica de infecção urinária no recém-nascido é inespecífica: palidez, pele acinzentada, hipotermia (às vezes hipertermia), perda de peso, apatia, prostração, sucção débil, irritabilidade, distensão abdominal, vômitos. Acomete principalmente o sexo masculino (onde predominam as anomalias do trato urinário), com sinais de infecção generalizada, comprometimento do estado geral, podendo evoluir com manifestações do sistema nervoso central, cianose e icterícia.

Em lactentes pode manifestar-se com febre isolada, anorexia, perda de peso ou parada do ganho pômbero-estatural, vômitos, diarreia, dor abdominal, hipoatividade, irritabilidade

de e retenção miccional, sem que isto implique na presença de infecção urinária, uma vez que as características comportamentais e imaturidade do controle da micção podem estar presentes, sem significado patológico.

Conduta:

• Avaliação laboratorial: **-Parcial de urina com bacterioscopia:** pode ocorrer leucocitúria, hematúria ou proteinúria.

> **A leucocitúria não é suficiente para caracterizar ITU, sendo necessária a presença de bacteriúria**

- **Urocultura com antibiograma:** confirma a infecção de trato urinário (**Maior ou igual a 100.000 colônias /mL, se coleta adequada com o saco coletor**)

- **Cuidados na coleta da urina:** - No lactente utiliza-se o saco coletor estéril, que deve ser trocado a cada 30 minutos, precedido de antissepsia do períneo. - Na criança que já controla a micção deve-se coletar o jato intermediário de urina, após antissepsia perineal, em frasco estéril. -Pacientes já com sonda vesical: coletar urina após troca do cateter, com técnica asséptica. -Enviar a amostra de urina ao laboratório em caixa térmica, o mais rápido possível.
- Recém-nascidos e crianças com mau estado geral (sepse, náuseas, vômitos) devem receber medicação parenteral e hospitalização.
- Tratamento ambulatorial: Antibiótico: Cefalexina: 50-100 mg/kg/dia, VO, de 6/6 horas , por 10 dias. Controle de urocultura 2 a 5 dias após o término do tratamento. A antibioticoterapia empírica deve ser iniciada logo após a coleta adequada do parcial de urina e da urocultura.
- Agendar retorno médico em 48-72 horas após o início do tratamento, para avaliação da efetividade do tratamento.
- Observar a **frequência respiratória (FR)** com a criança tranquila, se possível dormindo, durante 1 minuto, por duas vezes:

Abaixo de 2 meses: FR > 60 rpm

2 meses a 11 meses: FR > 50 rpm sugestivo de

PNEUMOPATIA

1 ano a 5 anos: FR > 40 rpm

Obs: a taquipneia pode estar presente em outras condições clínicas, como por exemplo: febre, distúrbio hidroeletrolítico.

- Observar o esforço respiratório = Tiragem intercostal (TIC), principalmente tiragem subcostal (TSC): a TIC é o parâmetro para classificar a PNEUMONIA GRAVE e sua presença determina a priorização no atendimento médico.

Sinais de alerta para Doença Respiratória
Prostração ou agitação acentuadas; Irritabilidade;
Palidez/cianose; Gemência; Batimento de asas nasais; Sa-
turação de O₂ abaixo de 92%; Vômitos ou dificuldade para
ingerir líquidos; Desidratação; Desnutrição proteico-calóri-
ca; Hipotermia; Ausência de resposta ao tratamento ambu-
latorial; Recorrência de pneumonia

a) Rinofaringite Viral

Espirros, coriza, obstrução nasal, dificuldade para sugar nos lactentes (pela obstrução nasal e otalgia), dor de garganta, tosse, febre, cefaleia, mialgia, astenia nos 3 primeiros dias.

Obs: em crianças abaixo de 2 meses, o resfriado comum pode se apresentar com rinorreia que persiste por até 2 semanas.

Conduta:

- Tratamento sintomático: antitérmico e analgésico (paracetamol); soro fisiológico 0,9% 0,5 ml em cada narina, várias vezes ao dia, antes das mamadas;
- Aumentar a ingestão de líquidos e/ou manter o aleitamento materno frequente.

b) Síndrome Gripal

A síndrome gripal é caracterizada por febre > 38°C de início agudo + sintomas respiratórios (tosse e/ou dor de garganta), sem diagnóstico de outra patologia. Os menores de 2 anos são considerados grupos de risco para a síndrome.

Conduta:

- Tratamento precoce, nas primeiras 48 horas do início dos sintomas, se possível: fosfato de oseltamivir (Tamiflu) 2 vezes/dia por 5 dias, sendo a dose dependente da idade : abaixo de 3 meses : 12 mg ; 3 a 5 meses: 20 mg e de 6 a 11 meses 25 mg.
- Medidas de prevenção: lavar as mãos com água e sabão; evitar o contato direto com pessoas doentes; evitar aglomerações de pessoas; deixar o ar entrar em casa, no trabalho, nos ônibus; não compartilhar objetos pessoais; orientar sinais de alerta, isolamento (14 dias do início dos sintomas) e monitoramento do paciente durante os próximos dias, disponibilizando reavaliação quando necessário.

O MS recomenda a aplicação da vacina influenza nas crianças de 6 meses a 5 anos de idade, no período da campanha anual de vacinação contra a gripe, conforme informativo técnico.

c) Otite média aguda (OMA)

Febre, otalgia, otorreia, pode se associar a irritabilidade, dificuldade para sugar, comprometimento do estado geral. Pode haver vômitos, diarreia e meningismo.

Na otoscopia: abaulamento, hiperemia difusa e inten-

sa, e perda da translucidez com opacificação da membrana timpânica.

Conduta:

- Analgesia com calor local – compressas quentes e secas; posição semi-sentada; SF 0,9% nasal; limpeza frequente das narinas; aumentar a ingestão de líquidos.

- Antibioticoterapia: amoxicilina : 50 mg/kg/dia, de 8/8h, por 7 a 10 dias (1ª escolha). Deve apresentar sinais de melhora em 48h. Retorno em 5 dias.

2ª escolha: amoxicilina: 90 mg/kg/dia, de 12/12 h ou mudar para amoxicilina com ácido clavulânico 90 mg/Kg/dia, de 8/8 h, por 10 dias.

- Se otorreia: limpar o ouvido com gaze limpa e usar gotas otológicas com antibiótico (ciprofloxacino)

d) Traqueobronquite aguda

Tosse seca ou produtiva, obstrução nasal, coriza e febre, causada por Adenovírus. Ao exame físico: roncos, estertores, raros sibilos. Resolução em 3 semanas.

Conduta: tratamento sintomático; evitar exposição a irritantes.

e) Bronquiolite

Taquipneia, retração, sibilância, apnéia se menor de 2 meses de idade. Causada por diversos vírus (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza, Adenovírus, outros). Ao exame físico: roncos, estertores de finas bolhas, sibilos.

Conduta: tratamento sintomático; evitar exposição a irritantes e se a criança apresentar insuficiência respiratória considerar hospitalização.

Observação: O medicamento Palivizumabe (Synagis) está previsto pelo SUS no tratamento profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Paraná, entre os meses de abril a agosto (sazonalidade do vírus) para crianças com o uso indicado, conforme Nota Técnica Conjunta SESA 03/2015 :

- Menores de 01 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas.
- Menores de 01 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional entre 29 semanas a 31 semanas e 6 dias, estando com menos de seis meses de idade no início da sazonalidade.
- Menores de 02 anos de idade, com doença pulmonar crônica da prematuridade sintomática.
- Menores de 02 anos de idade, com doença cardíaca congênita, com repercussão hemodinâmica demonstrada.
- Pneumonia bacteriana

Tosse, taquidispneia, tiragem intercostal ou subcostal, batimento de asa de nariz e gemência. Ao exame físico: murmúrio vesicular diminuído com estertores crepitantes localizados ou difusos.

Conduta:

- Penicilina procaína: 50.000 UI/kg/dia, IM, 2 vezes ao dia, por 7 a 10 dias (dose máxima:400.000 UI/dose) ou amoxicilina: 30 a 50mg/kg/dia, VO, de 8/8h, por 7 a 10 dias. Se não melhorar em 48h: amoxicilina ou amoxicilina com ácido clavulânico: 90mg/kg/dia, VO, de 8/8h,por 10 dias.
- Indicações para internação:

Indicações Relativas: Idade < 6 meses (principalmente < 2 meses); Prematuridade ou baixo peso ao nascer; Falha da terapêutica ambulatorial; Comorbidades: anemia, cardiopatia, desnutrição grave, entre outras; Problema social

Indicações Absolutas: Tiragem subcostal; Sinais de hipoxemia (oximetria de pulso menor que 92%); Desidratação; Convulsões, apneias; Idade < 2 meses

Obs.: O transporte ao hospital deverá atender às condições mínimas de suporte básico para o paciente.

Doença dermatológica

a) Exantema Súbito

Febre alta durante 3 a 7 dias, exantema maculopapular eritematoso tênue que dura horas a dias. Frequentemente acompanha-se de linfadenopatia cervical e occipital, sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Pode ocorrer convulsão febril e ocasionalmente abaulamento de fontanela e encefalopatia. Causado por: Herpes virus tipo 6.

Conduta: tratamento sintomático

b) Estrófulo

Pápulas eritematosas com vesícula no centro (seropápulas), pruriginosas, dispostas

aos pares ou linearmente nas áreas expostas e de extremidades (mosquitos, pernilongos) ou cobertas (pulgas, ácaros). Ocorre principalmente nos períodos de primavera e verão.

Conduta:

- Orientação: uso de mosquiteiros e telas para evitar a exposição aos insetos.
- Anti-histamínico oral nas reações intensas, loções antipruriginosas à base de calamina e corticóides tópicos.

c) Miliária (Sudâmina)

Vesícula (miliária cristalina), com eritema (miliária rubra) com pústula (miliária pustulosa) , causada pelo calor excessivo, sudorese, maceração da pele e retenção do suor no poro da glândula sudorípara.

Conduta:

- Manter local arejado, roupas leves, Evitar exposição exagerada ao sol.
- Banho frequente com camomila.

d) Impetigo Estreptocócico

Vesículas ou bolhas com conteúdo turvo, que se rompem facilmente, drenando líquido seropurulento e formando crosta amarelada (melicérica), localizadas em qualquer área do corpo e principalmente periorifical. Causado por estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield.

Conduta:

- Higiene local com sabonetes antissépticos com rompimento das bolhas e remoção das crostas.
- Penicilina ou derivados E nos casos de alergia a penicilina: eritromicina: 30 a 50 mg/kg/dia, de 6/6h, por 10 dias.

e) Impetigo Estafilocócico

Pústulas de tamanhos variados que se rompem, deixando base eritematosa cruenta, úmida. Causado por *Staphylococcus aureus*.

Conduta:

- Higiene local com sabonetes antissépticos com rompimento das bolhas e remoção das crostas. Tratamento com antibiótico ou quimioterápico tópico 2 x/dia 7 dias.
- Casos mais extensos : cefalexina 10 dias.

f) Intertrigo

Maceração nas áreas das dobras (retroauricular, axilar, inguinal) podendo infectar-se secundariamente (*Candida sp*, estafilococo ou estreptococo), causado por fricção e umidade.

Conduta:

- Orientação para uso de roupas mais leves e menos apertadas.
- Pomada à base de óxido de zinco para diminuir a fricção.
- Tratamento da infecção secundária, quando presente.

g) Dermatite Atópica

Pápula ou placas eritematosas, com vesículas na fase aguda e descamativa, crostosa e liquenificada na fase crônica, muito pruriginosa, localiza-se na face e região extensora dos membros, intensamente pruriginosas.

Conduta:

- Banhos rápidos, água morna, sabonete neutro.
- Evitar excesso de agasalho e exposição ao calor.
- Cremes hidratantes hipoalergênicos após o banho e várias vezes ao dia.
- Corticóide tópico e anti-histamínicos sistêmicos; antibiótico sistêmico quando houver infecção secundária. Na cronificação e nos casos graves, fazer avaliação especializada.

h) Dermatite Seborreica

Escamas oleosas, aderentes e amareladas com base eritematosa no couro cabeludo (crosta láctea), na face (so-brancelhas, regiões perioral e perinasal), tórax e principalmen-te dobras (pescoço, axilas, região inguinal). Pode apresentar infecção secundária fúngica (*Candida sp*) ou bacteriana (me-nos comum). Tende à cura espontânea entre o 8º e 10º mês de vida.

Conduta:

- Crosta láctea: sabonete de enxofre com ácido salicílico.
- Casos leves/moderados: corticóide tópico de baixa potência. Nos casos graves encaminhar para o dermatologista.

i) Urticária

Pápulas ou placas eritematosas com vesículas, pruri-ginosas, de duração efêmera,

Evanescentes. Define-se urticária aguda se duração de até 6 semanas. De causas múltiplas: infecções virais, bac-terianas ou fúngicas, drogas, alimentos, conservantes e co-rantes, inalantes, agentes físicos como calor, frio, pressão e fatores psicogênicos. Em 10-30% está associado ao edema angioneurótico.

Conduta:

- Afastar a causa, se possível.
- Anti-histamínico sistêmico durante 3 semanas.
- No caso de edema angioneurótico: tratamento hospitalar, adrenalina intramuscular e anti-histamínico (injetável ou oral).

j) Dermatite das fraldas

Lesão nas regiões convexas da área das fraldas cau-sada pela associação de umidade, fricção e ação local de en-zimas proteolíticas das fezes.

Eventualmente pode haver contaminação secundária por cândida e bactérias.

Conduta:

- Higiene da área afetada, com a lavagem da região com sabonete e enxague.
- Pomada à base de óxido de zinco e vitamina A.
- Creme antifúngico tópico (nistatina) se houver lesões satélites, eventualmente, nistatina ou miconazol oral no caso de candidíase oral associada, durante 14 dias.
- Evitar lenço umedecido.

j) Escabiose (Sarna)

Pápulas e vesículas localizadas nas dobras, abdome e região interdígital. Podendo ser disseminada nos lactentes

(face, couro cabeludo, região palmo-plantar) associado a pru-rido intenso, mais à noite. Causada pelo ácaro *Sarcoptes sca-biei* variedade *hominis*.

Conduta:

- Não é necessário ferver as roupas; o uso de ferro quente ou exposição ao sol por 2 horas das roupas, lençóis e toalhas de banho é suficiente.
- Permetrina a 5% em loção cremosa, deixando em contato por 8 a 12 horas e enxaguar com água abundante. Repetir após 14 dias.
- Tratar TODOS os contatos simultaneamente, mesmo que assintomáticos
- Anti-histamínicos orais, uma vez que o prurido pode persistir por 1 semana ou mais mesmo após o tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

1. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento / Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Linha Guia Mãe Paranaense, 3ª edição. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. - Curitiba, 2014.
3. Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana / Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, – Curitiba, 2012.
4. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília, 2012.
5. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.
6. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
7. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>. Acesso em: 24 de jan.2015.
9. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Linha guia de saúde bucal. - Curitiba: SESA, 2014.
10. Cuidados como Bebê. Disponível em: <http://criancasegura.org.br/page/dicas-de-prevencao-cuidados>. Acesso em: 25 de jan. 2015.
11. TEMAS DE PEDIATRIA EDIÇÃO ESPECIAL.Consulta pediátrica no primeiro ano de vida. Prof. Dr. Jayme Murahovschi. Disponível em: www.nestle.com.br/nutricaoinfantil/.../temapediatria/Temas_Especial.pdf Acesso em: 25 de jan. 2015.
12. Anemia Ferropriva em lactentes: revisão com foco em prevenção. Departamento Científico de Nutrologia Sociedade Brasileira de Pediatria. 2012. Disponível em www.sbp.com.br/pdfs/Documento_def_ferro200412.pdf

Acesso em: 08 de fev. 2015.

