

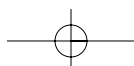
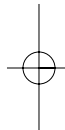
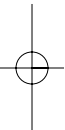
PROTOCOLO CLÍNICO DE

SAÚDE DA **Criança**

SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE



LONDRINA - 2006  
1ª EDIÇÃO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA**

**Prefeito**

Nedson Luiz Micheleti

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**Secretário**

Sílvia Fernandes da Silva 2001–Junho/2006  
Josemari S. de Arruda Campos Julho/2006

**DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE**

**Diretor**

Brígida Gimenez de Carvalho 2001 – 2005  
Marcelo Viana de Castro Jan/2005 – Junho/2006  
Sonia Regina Nery Julho/2006

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Coordenador**

Marilda Kohatsu

Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA  
Superintendência Municipal: Josemari S. de Arruda  
Diretoria de Ações em Saúde: Sonia Regina Nery

Endereço:

Rua Jorge Casoni, 2350.  
CEP: 86010-250  
Telefone (43)3376-1800  
FAX (43)3376-1804  
E-mail: [das@asms.londrina.pr.gov.br](mailto:das@asms.londrina.pr.gov.br)  
Site: [www.londrina.pr.gov.br/saude](http://www.londrina.pr.gov.br/saude)  
1ª Edição. 2006

CAPA/CONTRACAPA: Marcelo Ribeiro Máximo - Artes Gráficas/Informática/AMS/PML  
PROJETO GRÁFICO: Visualitá Programação Visual

CATALOGAÇÃO: Sueli Alves da Silva CRB 9/1040

L838s LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde.  
**Saúde da Criança:** protocolo/. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de  
Saúde- 1. ed.- Londrina, PR: [s.n], 2006.  
70 p. : il. color.-

Vários colaboradores.  
Bibliografia.

1. Saúde da criança – Protocolo. 2. Saúde Coletiva – Londrina.  
I. Título.

CDU: 616-053.2

# EQUIPE RESPONSÁVEL

## AUTORES

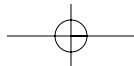
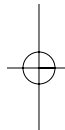
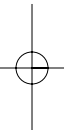
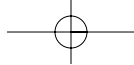
Cybele Renata Trevisan Silva	Médica	Pediatria	<i>US Santiago</i>
Luci Keiko Kuromoto de Castro	Médica	Pediatria	<i>US Jardim do Sol</i>
Rosana V. Lopes Sampaio	Enfermeira	Saúde Coletiva	<i>US Guanabara</i>
Sílvia M. Teixeira Crippa	Enfermeira	Saúde da Família	<i>US Tóquio</i>

## COLABORADORES

Gerson Zanetta de Lima	Médico	Pediatria	<i>Hospital Universitário</i>
Ligian Terezinha M. Pelegrino	Fisioterapia		<i>AMS</i>
Luci T. E. Hirata	Pediatria	Saúde da Família	<i>US União da Vitória</i>
Mara Lúcia Rocha Ramos	Enfermeira	Saúde Coletiva	<i>GECAP</i>
Sandra Maria Rodrigues Fernandes	Nutricionista		<i>UNOPAR</i>
Sandra Ribeiro	Enfermeira		<i>UNIFIL</i>
Valentina Simioni Rodrigues	Fonaudióloga		<i>AMS</i>

## CONSULTORA

Maria Emi Shimazaki



# APRESENTAÇÃO

O estabelecimento da missão da Autarquia Municipal de Saúde pressupõe a promoção da saúde e qualidade de vida da população, por meio de ações integradas e intersetoriais, confere centralidade à política de qualidade como um dos maiores desafios a serem alcançados. Acredita-se que o alcance desse objetivo envolva a ampliação da satisfação dos usuários com os serviços. Entretanto, na área pública, o conceito de qualidade deve ser ampliado à aplicação dos recursos públicos de forma eficiente, eficaz e efetiva. É neste contexto que se insere a utilização adequada da tecnologia disponível, visando ao aprimoramento da qualidade técnico-científica, sendo a proposição de protocolos uma das ferramentas fundamentais neste processo. Os protocolos, sob a forma de uma documentação sistematizada, normatizam o padrão de atendimento à saúde. Na rede municipal de saúde de Londrina, sentiu-se a necessidade de um instrumento que orientasse a atuação, estabelecendo fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte, definindo competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais que compõem as Equipes de saúde da família. Para a elaboração desses protocolos, foram identificadas as principais demandas para atenção primária à saúde e instituídos grupos-tarefa para a elaboração dos mesmos. As áreas priorizadas foram:

**Livro 1 – Saúde da Criança**

**Livro 2 – Saúde da Mulher** - Protocolo de atenção integral à gestante de baixo risco e puérpera;  
- Protocolo de detecção e controle do câncer de colo de útero e de mama;  
- Protocolo de Planejamento familiar.

**Livro 3 – Saúde do Adulto** - Protocolo de Hipertensão Arterial;  
- Protocolo de Diabetes Mellitus;  
- Protocolo de Dislipidemias

**Livro 4 – Fitoterapia**

**Livro 5 – Cuidados de Enfermagem**

**Livro 6 – Asma**

**Livro 7 - Imunização**

Sendo assim, espera-se que na continuidade do empenho do grupo tarefa na produção deste material, ocorra a incorporação pelos atores no cotidiano da gestão clínica do cuidado, a se traduzir na melhoria das condições de saúde e de vida das populações sob nossa responsabilidade.



## VALIDAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Para a implantação dos protocolos foram seguidas as seguintes etapas: - validação externa realizada por experts de cada área, Sociedades e Associações de classe e Instituições de Ensino e validação interna – por meio de seleção de algumas unidades – com reorganização dos processos de trabalho, capacitação dos profissionais e monitoramento das ações para avaliar necessidades de adequações. Para a validação externa, foram encaminhadas cópias dos protocolos para apreciação e formulação de sugestões, às seguintes entidades e seus representantes:

- Sandra Maria Rodrigues Fernandes – Depto de Nutrição – UNOPAR
- Sandra Ribeiro – Depto de Enfermagem – UNIFIL
- Gerson Zanetta de Lima – Pediatria – HURNPR
- Conselho Regional de Enfermagem
- Conselho Regional de Medicina
- Associação Médica de Londrina



# AGRADECIMENTOS

Este protocolo é resultado de um trabalho desenvolvido ao longo dos últimos dois anos no município de Londrina. Vários profissionais participaram em diferentes momentos deste processo, colaborando com sua experiência e conhecimento. Agradecemos a todos os profissionais que colaboraram, em especial à Enfermeira Brígida Gimenez Carvalho pelo seu empenho e determinação enquanto Diretora da DAS, na realização deste material técnico-científico

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1. AS DIRETRIZES</b>	
1.1 População alvo	15
1.2 População de risco	15
1.3 Metas	16
1.4 Atribuições da Equipe de Saúde	18
1.4.1 Atribuições do (a) Enfermeiro	18
1.4.2 Atribuições do (a) Auxiliar de Enfermagem	18
1.4.3 Atribuições do (a) Pediatra e Clínico Geral do Programa Saúde da Família	19
1.4.4 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde	19
1.5 Cronograma de atendimento das Crianças 0 a 10 anos	20
<b>2. A AVALIAÇÃO DA CRIANÇA</b>	
2.1 Anamnese	21
2.2 Exame Físico	23
2.3 Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento	28
2.3.1 Peso	28
2.3.2 Estatura	31
2.3.3 Desenvolvimento Neuro Psicomotor	31
2.4 Linguagem	37
2.4.1 Criança até 2 anos	37
2.4.2 Criança de 3 a 6 anos	39
2.5 Verificação de Sinais Vitais em Pediatria	40
2.5.1 Frequência Respiratória	40
2.5.2 Frequência Cardíaca	41
2.5.3 Temperatura	42
2.5.4 Pressão Arterial	42

### 3. OS CUIDADOS BÁSICOS

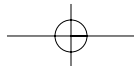
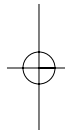
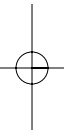
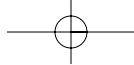
3.1	Higiene	43
3.2	Sono e Vigília	44
3.3	Eliminações Intestinais e Vesicais	46
3.3.1	Evacuações	46
3.3.2	Micção	46
3.4	Alimentação	47
3.5	Exposição ao Sol	58
3.6	Icterícia do Recém-nascido	59

### 4. AS AÇÕES PREVENTIVAS

4.1	Triagem Metabólica Neonatal	61
4.2	Triagem Auditiva	62
4.3	Triagem Visual	62
4.4	Prevenção de Acidentes na Infância	63
4.5	Anemia	65
4.6	Violência na Infância	66

	ANEXO	69
--	-------	----

	Bibliografia	70
--	--------------	----



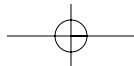
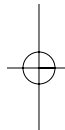
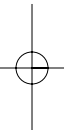
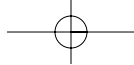
# INTRODUÇÃO

Uma criança para crescer saudável - e preparada para enfrentar todas as transformações que ocorrem em seu organismo durante a infância - deve receber determinados cuidados, no sentido de promover seu bem estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor.

No Município de Londrina, o índice de mortalidade infantil em 2002 foi de 10,86 e, em 2003, foi de 12,09 (em 2003, houve uma gestação de quadrigêmeos que foram a óbito elevando o índice neste ano). Ações foram desenvolvidas no sentido de reduzir esse índice, tais como:

- Implantação do programa de vigilância aos recém-nascidos de risco em 1994, que faz o monitoramento das crianças que nascem com algum risco, notificando imediatamente a unidade básica para realizar precocemente visita à criança;
- Notificação à Unidade Básica das crianças que tiveram altas hospitalares para que as mesmas sejam acompanhadas pelas equipes do Programa Saúde da Família;
- Adoção das crianças para realização de puericultura nas Unidades Básicas de Saúde.

Para que se garanta a melhoria da qualidade na assistência à saúde da criança londrinense é imprescindível que haja a intensificação do acolhimento, do vínculo, da facilidade de acesso, prioridade e continuidade no atendimento, impactando, assim, na redução da morbi-mortalidade infantil no município.



# 1. AS DIRETRIZES

## 1.1 POPULAÇÃO ALVO

Crianças de 0 a 10 anos residentes na zona urbana e rural de Londrina.

## 1.2 POPULAÇÃO DE RISCO

Em 2003, de acordo com o Departamento de Informações em Saúde, o Programa de Vigilância ao Recém-nascido de Risco registraram os seguintes dados:

- Baixo peso correspondeu a 64,5% dos casos;
- Idade materna menor ou igual a 18 anos: 23,2%;
- Critério médico: 6,0%;
- Idade gestacional menor ou igual a 36 semanas: 4,6%, dos casos.

### RISCO AO NASCER:

Critérios estabelecidos no Programa de Vigilância ao recém-nascido de risco do Município de Londrina com o objetivo de monitorar as crianças com os seguintes riscos ao nascer:

- Peso ao nascer menor ou igual a 2700 g;
- Apgar ao 5º minuto menor ou igual a 07;
- Idade gestacional menor ou igual a 36 semanas;
- Idade materna menor que 18 anos;
- Critério médico.

## RISCO EVOLUTIVO:

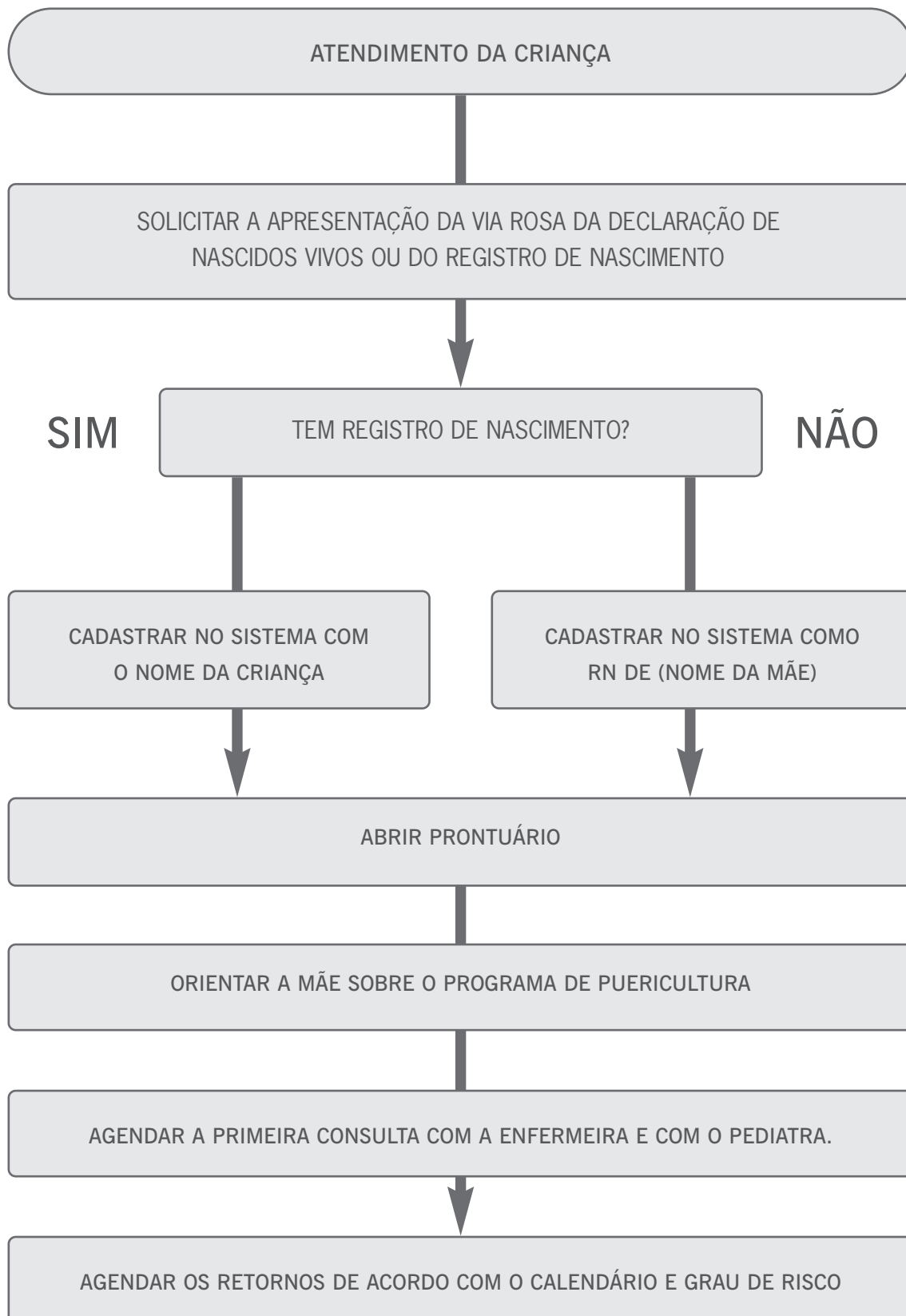
- Crianças de 0 a 10 anos com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, risco nutricional e/ou doenças crônicas (Asma, Cardiopatias, Diabetes Melitus e outras).

## 1.3 METAS

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



### FLUXOGRAMA PARA INSCRIÇÃO DA CRIANÇA NA UNIDADE DE SAÚDE



## 1.4 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE

- Acolher a mãe, esclarecendo as dúvidas.
- Realizar avaliação minuciosa avaliando e detectando riscos.

### 1.4.1 ATRIBUIÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A)

- Realizar o 1º atendimento de puericultura, de preferência, nos primeiros 15 dias após o nascimento.
- Identificar dúvidas e dificuldades da mãe procurando esclarecê-las.
- Identificar dificuldades no aleitamento materno.
- Realizar visita domiciliar para acompanhamento dos recém-nascidos e consulta puerperal.
- Avaliar a criança, identificando riscos, e agendar primeira consulta com pediatra.
- Fornecer a relação dos nascidos vivos para os agentes comunitários de saúde e equipe da micro-área correspondente.
- Identificar os faltosos do programa e solicitar a busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).
- Administrar as vacinas conforme o calendário.
- Calcular cobertura vacinal e cobertura do programa.
- Conferir se a mãe realizou ou agendou consulta de revisão puerperal.
- Verificar estado vacinal da mãe e da criança.
- Verificar se foi realizado o teste do pézinho, se não, proceder a coleta.
- Preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança.
- Encaminhar a criança para o serviço de odontologia da unidade.

### 1.4.2 ATRIBUIÇÕES DO(A) AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Acolher a mãe, esclarecendo as suas dúvidas.
- Administrar as vacinas conforme calendário.
- Colher o Teste do Pézinho.
- Avaliar aleitamento materno, incentivando e detectando dificuldades.

- Realizar a puericultura e o atendimento conforme o protocolo.
- Identificar os faltosos e solicitar convocação pelo ACS.
- Preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança.
- Encaminhar a criança para o serviço de odontologia da unidade

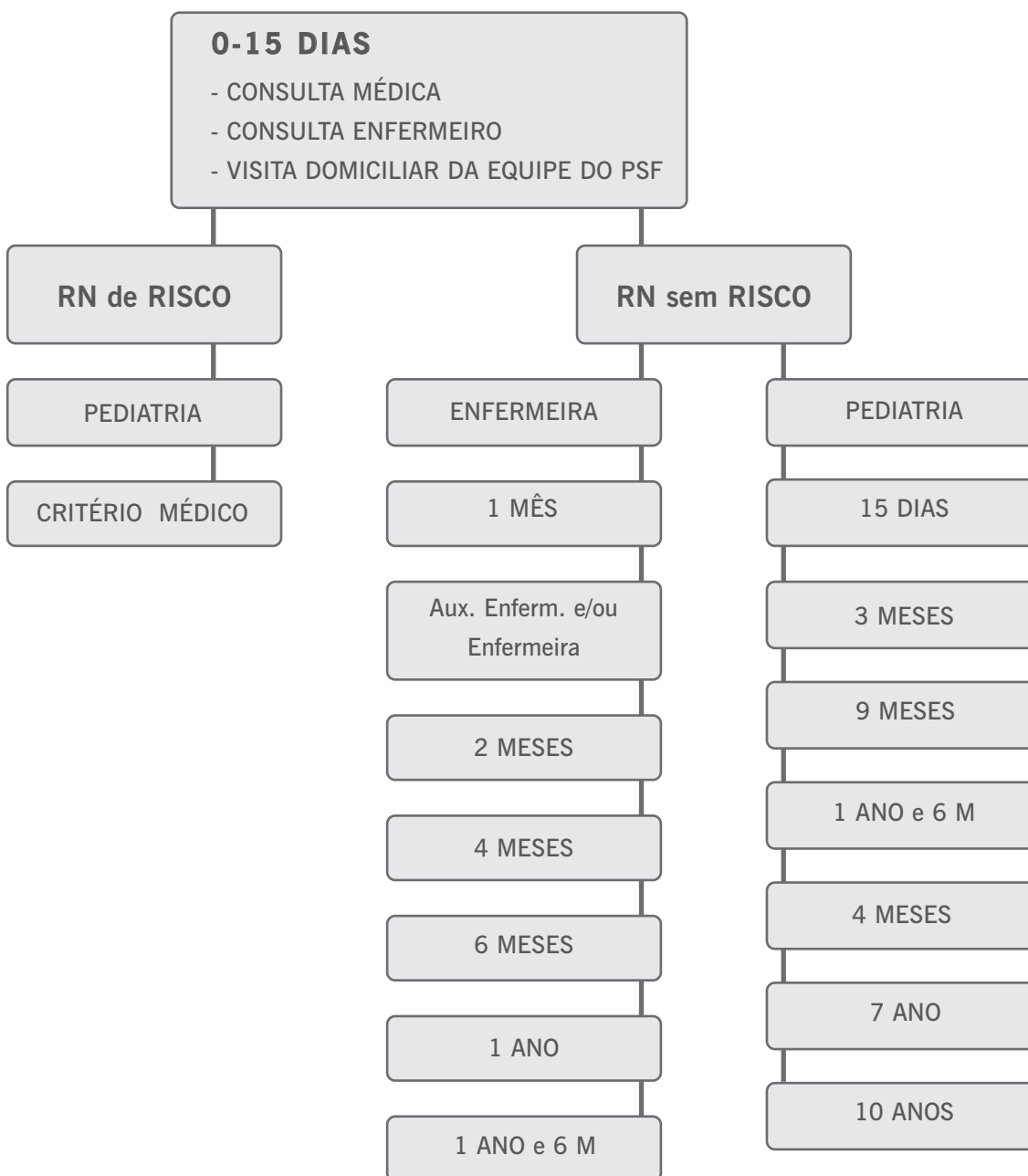
### **1.4.3 ATRIBUIÇÕES DO(A) PEDIATRA E CLÍNICO GERAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

- Acolher a mãe estabelecendo vínculo com a mesma.
- Incentivar aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, sempre que possível.
- Detectar risco de desmame precoce.
- Solicitar agendamento de retornos conforme risco da criança e de acordo com o protocolo.
- Preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança.
- Encaminhar a criança para o serviço de odontologia da unidade

### **1.4.4 ATRIBUIÇÕES DO (A) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

- Conferir a relação dos nascidos vivos de sua área realizando visita domiciliar para conhecer, cadastrar e encaminhar para a unidade todas as crianças;
- Realizar as visitas mensais conferindo a carteira de vacina e o estado geral da mãe e da criança;
- Identificar dificuldades com o aleitamento materno e avisar a equipe de sua área;
- Realizar a busca dos faltosos ao programa;
- Preencher o cartão sombra para acompanhamento do peso e imunização.

## 1.5 CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO DAS CRIANÇAS DE 0 -10 ANOS



Obs: Os RN de risco serão acompanhados pelo enfermeiro da microárea, com retornos precoces, dependendo da gravidade do caso.

## 2. A AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

### 2.1 ANAMNESE

- A anamnese inicia-se desde o momento em que a família entra na sala de atendimento, quando se pode observar alguns dados, como quem traz a criança, a maneira como é carregada e sua relação com seus cuidadores.
- É importante que a equipe conheça o nome das pessoas que trazem a criança.
- Referências como "mãe", "mãezinha" "tia" ou outras afins pecam pela impessoalidade, não levando em conta a subjetividade do acompanhante, a qual é fundamental para o estabelecimento de um vínculo adequado entre a equipe de saúde e a família da criança.
- Na Pediatria, como nas demais áreas de atendimento, não há acompanhantes, mas participantes da consulta.
- No atendimento pediátrico, além dos dados obtidos tradicionalmente em outras faixas etárias, é fundamental a obtenção dos seguintes dados.

#### ANTECEDENTES PESSOAIS:

- Realização de pré-natal, idade gestacional de início, número de consultas, intercorrências gestacionais, uso de medicações, álcool ou drogas durante a gestação.
- Tipo de parto (indicação e intercorrências), idade gestacional, peso de nascimento e intercorrências neonatais.
- Agravos progressivos ao longo da vida da criança, idade de aparecimento, evolução e tratamento.

**ANTECEDENTES ALIMENTARES:**

- Duração do aleitamento materno, motivo do desmame, idade de introdução de outros alimentos, história de intolerância e/ou alergia alimentar.
- Registro da alimentação atual, com horários, modo de preparo dos alimentos, quantidades oferecidas e aceitas pela criança.

**ANTECEDENTES VACINAIS:**

- Averiguação do cartão de vacina, anotando-se as datas de aplicação e a presença de eventos adversos.

**DESENVOLVIMENTO:**

- A avaliação do desenvolvimento da criança deve ser realizada durante todo o período de consulta, quando se observa sua atitude, interação com a mãe ou cuidadora e a reação às outras pessoas.
- Em locais onde crianças são atendidas, é importante a presença de brinquedos ou outros objetos que chamem a sua atenção. É importante registrar as idades em que se iniciaram as principais aquisições e a percepção dos pais quanto ao desenvolvimento global de sua criança (motor, linguagem, socialização, habilidades).

**CONDIÇÕES DE VIDA:**

- Características do domicílio: se urbano ou rural, ventilação, insolação, número de cômodos, número de pessoas, presença de saneamento básico, luz elétrica e coleta de lixo.
- Presença de animais.
- Local onde a criança dorme.
- Grau de escolaridade dos pais e renda familiar.
- Rotina de vida da criança (quem cuida, horário das principais atividades).

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

- Idade dos pais e irmãos, profissão, horário de trabalho, antecedentes de consangüinidade, presença de moléstias importantes na família.

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS:**

- Buscar identificar a psicodinâmica familiar, planejamento familiar, situações de estresse.

**HÁBITOS:**

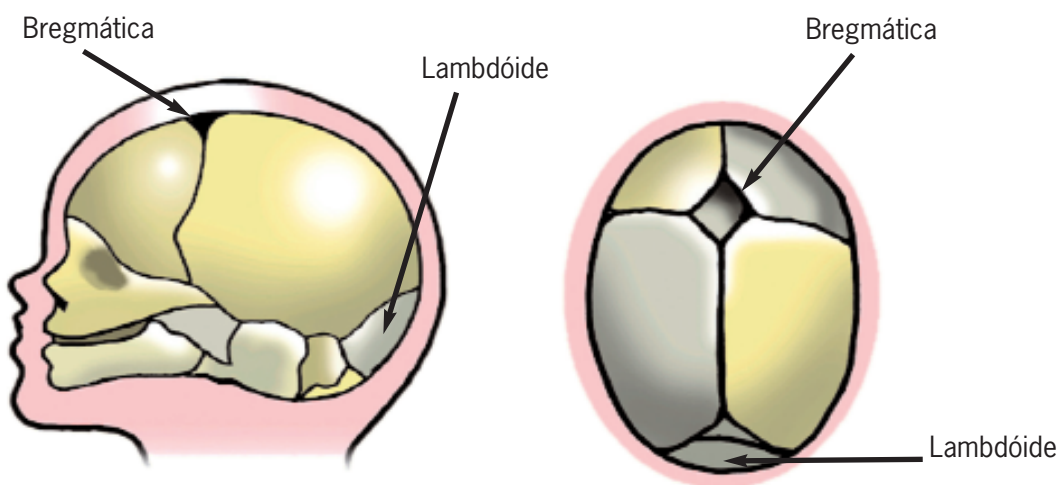
- Uso de chupeta, mamadeira, caneca, qualidade do sono.

## 2.2 EXAME FÍSICO

### REGIÕES DA CABEÇA:

REGIÃO	OBSERVAR
Couro Cabeludo	Observar higiene, crostas e lesões. O recém nascido pode apresentar:
Bossa Serossanguinolenta	Acúmulo de líquido e sangue no couro cabeludo, sem limites específicos, pode aparecer petéquias no local, decorrentes da pressão da cabeça sobre o canal de parto, desaparecendo entre os primeiros dias de vida (24 a 48 horas).
Céfalo-hematoma	É o acúmulo de sangue na região subperióstea e aparece por volta de 24 horas após o nascimento, causado pelo rompimento de vasos, devido à fricção da cabeça sobre o canal do parto. Possui contornos nítidos e regressões lentas, desaparecendo entre o 1º e 2º mês de vida.
Fontanelas	É normal apresentarem-se planas em relação ao couro cabeludo. - <i>Bregmática</i> : encontra-se na região anterior, fechando-se por volta dos 18 meses de vida; se houver o fechamento antes do sexto mês, agendar consulta médica. - <i>Lambdóide (posterior)</i> : encontra-se na região occipital, fechando-se entre o 2º e 3º mês de vida.
Mensuração do Perímetro Cefálico (P.C.)	Mede-se o PC colocando uma fita métrica acima das sobrancelhas, contornando a cabeça até as 02 proeminências ósseas na região occipital. Essa medida deve ser feita a cada consulta de Puericultura. Em crianças a termo, o PC de nascimento é em torno de 34a35 cm. Em crianças pré-termo, o PC de nascimento é em torno de 33 cm. O aumento médio é de: - No 1º trimestre: 02 cm por mês - No 2º trimestre: 01 cm por mês - No 3º trimestre: 0,5 cm por mês - No 4º trimestre: 0,5 cm por mês

### FONTANELAS:



- **Observação:** O PC tem que ser verificado e comparado com os meses anteriores, observando a evolução do crescimento.

## Protocolo Saúde da Criança - 2. A AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

REGIÃO	OBSERVAR
Olhos	Observar estrabismo (lembrar que pode ser normal até o 3º mês), devido à incoordenação do globo ocular; presença de secreção e lacrimejamento constante, encaminhar para consulta médica.
Pálpebras e Face	<b>Mancha Ectásica:</b> mais comum nas pálpebras, decorrente de dilatação capilar superficial e desaparecem com o crescimento. <b>Hemangioma capilar:</b> são pequenas manchas róseo-avermelhadas, devido à dilatação capilar superficial, tendendo a desaparecer com o crescimento, se forem superficiais; caso contrário, podem clarear ou apenas diminuir de tamanho.
Nariz	Observar simetria, obstrução e secreção (a presença de coriza sanguinolenta em criança até o 3º mês de vida sugere sífilis congênita).
Milium Sebáceo	São pontinhos amarelos-esbranquiçados que aparecem com frequência em base de nariz, queixo, pálpebras e região frontal. São causados por obstrução de glândulas sebáceas, devido ao acúmulo de secreção, desaparecendo espontaneamente, representa ação hormonal materna.
Orofaringe	Observar a presença de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Estomatite:</b> Agendar a consulta médica.</li> <li>- <b>Má formação congênita:</b> Lábio leporino, fenda palatina, anquiloglossia (freio lingual curto); nesses casos, encaminhar para consulta médica, assim que possível.</li> <li>- <b>Língua Geográfica:</b> A língua se apresenta com saliências, formando desenhos, que não significa patologia.</li> <li>- <b>Monilíase Oral (sapinho):</b> Lesões esbranquiçadas em cavidade oral que não se desprendem com a limpeza.</li> </ul>

**Conduta para tratamento de Monilíase:**

REGIÃO	OBSERVAR
Cavidade Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene com água fervida ou filtrada, utilizando gaze ou pano limpo;</li> <li>- Fazer embrocção com Nistatina solução oral;</li> <li>- Repetir três vezes ao dia por 07 dias (em média).</li> </ul>
Mamas - se estiver em Aleitamento Materno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene de mamilo e auréola com água filtrada ou fervida, utilizando gaze ou pano limpo;</li> <li>- Aplicar no mamilo e auréola Nistatina solução oral;</li> <li>- Realizar antes e após as mamadas por 07 dias (em média).</li> </ul>
Bicos de Mamadeiras e Chupetas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar após o uso;</li> <li>- Ferver diariamente até a cura;</li> <li>- Guardar em recipiente limpo e fechado.</li> </ul>
Orientações de Higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar o responsável para promover a higienização da cavidade oral com gaze ou fralda embebida em água fervida ou filtrada.</li> <li>- Esta higienização deverá ocorrer pelo menos 01 x ao dia.</li> </ul>



**Erupção Dentária:**

1 - Entre 04 e 06 meses.



6- Entre 18 e 20 meses: primeiro molar superior - 1º MS e/ou mais comum - primeiro molar inferior - 1º MI; caninos superiores e inferiores.



2 - Entre 07 meses e 08 meses: incisivos centrais inferiores – ICI e incisivos centrais superiores – ICS.



7 - Entre 02 a 04 anos.



3 - Entre 08 a 09 meses.



8 - Vista oclusal dos dentes: segundo molar superior – SMS de “leite” e segundo molar inferior – SMI.



4 - Entre 10 a 12 meses: incisivos laterais superiores – ILS e incisivos laterais inferiores – ILI.



Dentição decídua total 20 dentes:



5 - Entre 12 a 15 meses.



**REGIÃO DO PESCOÇO:**

- É normal apresentar movimentos livres para os lados.
- Na presença de tumores, fistulas, torcicolos, gânglios, encaminhar para avaliação médica.

**REGIÃO DO TÓRAX:**

REGIÃO	OBSERVAR
Glândulas Mamárias:	É considerada normal a presença de secreção e tumefação nas primeiras semanas de vida (devido à ação hormonal materna). Não deve ser feita a expressão do mamilo.
Brotoeja (Sudâmina ou Miliária Rubra):	São pequenas bolinhas avermelhadas causadas pelo excesso de calor que aparecem com maior frequência em pescoço e tórax, às vezes há prurido. <b>Conduta:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Banhos, com maior frequência.</li> <li>- Evitar agasalhar demais a criança.</li> <li>- Nos casos leves, recomendar banho com água e maisena dissolvida.</li> <li>- Em casos resistentes às orientações, solicitar avaliação médica.</li> </ul>
Mensuração do Perímetro Torácico (P.T.)	- Deve ser medido de uma saliência escapular a outra, circundando o tórax, passando por cima dos mamilos.

**REGIÃO DO ABDÔMEM:**

REGIÃO	OBSERVAR
Abdômem	É normal apresentar-se de forma cilíndrica.
Coto umbilical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sua queda pode ocorrer do 4º ao 15º dia após o nascimento.</li> <li>- Observar presença de secreção, odor e hiperemia.</li> <li>- O curativo do coto deve ser feito diariamente. Após a sua limpeza com água e sabonete durante o banho, secar bem e passar álcool 70% com gaze ou cotonete na sua base, removendo a secreção (sem odor) que normalmente sai durante o processo de queda, evitar aplicar o álcool na pele do abdômen, pois pode irritar e ficar hiperemiado e mascarar uma possível infecção (onfalite). Atenção: odor fétido da secreção, hiperemia periumbilical e calor local podem ser sinais de onfalite.</li> </ul>
Granuloma umbilical	Após queda do coto umbilical pode ocorrer uma área não cicatrizada úmida de coloração amarelada. Neste caso está indicada a cauterização. <b>Conduta para a Cauterização</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpar com soro fisiológico, usando técnica de curativo.</li> <li>- Passar vaselina ao redor da cicatriz umbilical.</li> <li>- Usar bastão de nitrato de prata 2% na lesão por 01 minuto contínuo, 01 vez ao dia, durante 03 dias. Se no final do 3º dia não houver cicatrização, solicitar avaliação médica.</li> <li>- <b>Obs:</b> nunca fornecer o bastão de Nitrato de Prata para a mãe fazer em casa.</li> </ul>
Hérnia umbilical	Frequente em crianças pré-termos, sendo que na maioria dos casos regride espontaneamente. Caso persista até 02 anos de idade, encaminhar para avaliação médica. Orientar não colocar faixas, nem moedas, pois o fechamento do músculo abdominal acontece gradativamente após o nascimento.
Hérnia Inguinal	Deve ser encaminhada para avaliação médica.

## REGIÃO DO PERINEAL:

REGIÃO	OBSERVAR
Genital Feminino	<p>Os grandes lábios recobrem os pequenos lábios, aonde se encontram os meatos uretral e vaginal, que devem ser pÉrvios (perfurados).</p> <p>Pode ocorrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Corrimento vaginal</i>: de coloração clara, às vezes com estrias de sangue, que é devido ao excesso hormonal da mãe. Considera-se normal até o 1º mês de vida.</li> <li>- <i>Sinéquia de pequenos lábios</i>: os pequenos lábios encontram-se aderidos. Neste caso, encaminhar para consulta médica.</li> <li>- <i>Imperfuração anal</i>: deverá ser encaminhado para avaliação médica com urgência.</li> </ul>
Genital Masculino	<p>O prepúcio recobre a glândula do pênis, apresentando o meato centralizado na extremidade. Normalmente os testículos estão na bolsa escrotal.</p> <p>Pode ocorrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Criptorquidia</i>: é a ausência de testículos na bolsa escrotal. Deverá ser encaminhado para avaliação médica.</li> <li>- <i>Hipospádia e epispádia</i>: localização incorreta do meato uretral, deslocado para baixo (hipospádia), ou para cima (epispádia). Se presente, deverá ser encaminhado para avaliação médica.</li> <li>- <i>Prepúcio irretrátil</i>: freqüente até os 18 meses.</li> <li>- <i>Fimose</i>: persistência do prepúcio irretrátil após os 18 meses. Deverá ser agendado consulta médica para avaliação.</li> </ul>
Dermatite de Fraldas	<p>Manchas hiperemiadas na região das fraldas, causadas por diarreia, uso de produtos químicos (amaciante, sabão, sabonete, água sanitária e talcos), troca infreqüente das fraldas e má higiene.</p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retirar o excesso de sabão, água sanitária e amaciantes;</li> <li>- Orientar lavar as fraldas preferencialmente com sabão neutro e enxaguar com água e vinagre;</li> <li>- Sempre que a criança urinar ou evacuar, procurar lavar bem com água morna, evitando uso de sabonete;</li> <li>- Expor área afetada ao sol em horário apropriado (até as 9:00 horas da manhã e após 16:00 horas), pois facilita a cicatrização. Observar horários de verão;</li> <li>- Em uso de fraldas descartáveis limpar bem antes da troca da fralda;</li> <li>- Encaminhar para consulta médica, se persistir o problema.</li> </ul>
Monilíase Perineal (Cândida)	<p>Esse tipo de dermatite é caracterizado por pele bem hiperemiada, às vezes com pontinhos vermelhos nas bordas (o que diferencia da dermatite de fraldas) e pode estar associada com a monilíase oral. Encaminhar para consulta médica.</p>

## MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES:

Devem ser simétricas, musculaturas firmes, movimentos livres.

Podem ocorrer:

- Polidactilia (maior número de dedos).
- Má formação congênita.
- Assimetria de movimentos, coordenação e tamanho.
- Nesses casos, encaminhar para consulta médica.

## REGIÃO DORSAL E SACRAL:

Observar presença de:

- Mancha mongólica - mancha de cor azulada, localizada geralmente em região sacrococcígea, que significa miscigenação das raças.
- Pilificação em excesso.
- Fístulas em região sacral podendo ocorrer saída de fezes. Deverá ser encaminhado para consulta médica.

## 2.3 AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

### 2.3.1 PESO

- O RN a termo pesa em média 3.000 a 3.500 g.
- A criança poderá perder, nos primeiros 10 dias, até 10% de seu peso, começando a recuperar esta perda em torno do 11º dia de vida.
- Os prematuros, nos primeiros meses de vida, em geral, não acompanham os padrões de peso de crianças nascidas a termo, podendo ser erroneamente classificados de desnutridos.
- No 1º mês de vida a criança ganha de 600 a 1.200 g de peso (em torno de 25 a 30 g por dia).

**GANHO PONDERAL NOS PRIMEIROS CINCO ANOS DE VIDA**

PERÍODO	PESO	PERÍODO	PESO
1º Trimestre	700 g/mês	01 a 02 anos	200 a 300 g/mês
2º Trimestre	600 g/mês	02 a 03 anos	1800 a 2000 g/ano
3º Trimestre	500 g/mês	03 a 04 anos	1800 g/ano
4º Trimestre	400 g/mês	04 a 05 anos	1650 g/ano

**Observações:**

- Criança até 12 meses, pesar sem roupa.
- De 12 a 24 meses, retirar o excesso de roupa e utilizar a balança pediátrica.
- Crianças acima de 02 anos utilizar balança tipo plataforma.
- Associar a falta de ganho de peso com intercorrências (diarréia, vômitos, desmame, gripes e dentição).

**GRÁFICO DE DESENVOLVIMENTO PONDERAL:****Procedimento para marcação do gráfico:**

- Colocar o nome da criança e seu peso ao nascer;
- Escrever o dia, mês e ano de nascimento no primeiro retângulo do gráfico, onde está escrito "0" (zero);
- Escrever os meses, abreviados, nos retângulos seguintes até o 12º (que corresponde ao 1º aniversário);
- Marcar com um ponto ( . ) sobre a linha vertical "0", o peso ao nascer;
- Nos meses seguintes, marcar o peso com um ponto sobre a linha vertical, correspondente ao mês do exame;
- Sempre que o atendimento for realizado com intervalo de 15 dias marcar o ponto entre a linha traçada e a linha cheia:

*Linha cheia* – corresponde às idades em meses completos;

*Linha traçada* – representa variações de 15 dias da idade;

- Finalmente, seguir esta linha para cima, marcando um ponto no local em que esta é interceptada pela linha horizontal correspondente ao valor do peso encontrado;
- Anotar intercorrências (desmame, diarréia, IVAS, nova gravidez da mãe e outros) no mês correspondente.

### Avaliação do Gráfico:

O gráfico contém duas curvas de peso (curva - padrão):

- *Superior* – percentual 90°
- *Inferior* – percentual 10°

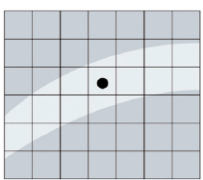
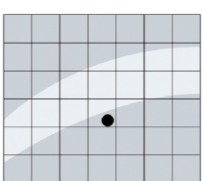
Para analisar o gráfico:

- Verificar o peso registrado e analisar o posicionamento do ponto ( • ), em relação às curvas padrão;
- Após duas verificações sucessivas do peso, traçar uma reta entre os dois pontos e verificar a inclinação.

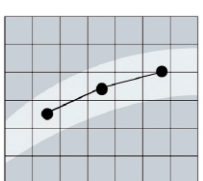
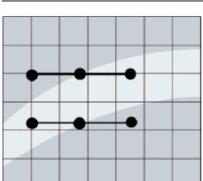
OBS: Utilizar como modelo o gráfico do Cartão da Criança.

### Interpretação do gráfico e conduta:

#### POSIÇÃO DO PESO EM RELAÇÃO ÀS CURVAS NO GRÁFICO

VERIFICAÇÃO DO PESO	OBSERVAÇÃO E CONDUTA
 <p>Peso entre as curvas: superior e inferior.</p>	<p>Peso satisfatório. Seguir o calendário mínimo de consultas.</p>
 <p>Peso abaixo da curva inferior.</p>	<p>Criança de risco. Realizar nova consulta com intervalo máximo de 30 dias, observando a inclinação do traçado (item b) do crescimento.</p>

#### INCLINAÇÃO DO TRAÇADO EM PESAGENS CONSECUTIVAS

VERIFICAÇÃO DO PESO	OBSERVAÇÃO E CONDUTA
 <p>Traçado ascendente com inclinação pelo menos semelhante à da curva inferior do gráfico.</p>	<p>Crescimento satisfatório. Seguir o calendário mínimo de consultas.</p>
 <p>Traçado descendente, horizontal ou ascendente com inclinação persistente menor do que a curva inferior do gráfico.</p>	<p>Crescimento insatisfatório. Verificar possíveis causas, com atenção especial para o desmame, deficiência alimentar e intercorrências infecciosas, e procurar corrigi-las. Acompanhar a criança em intervalos mensais. Em casos de necessidade, referir para o médico ou serviço de maior complexidade.</p>

### 2.3.2 ESTATURA

- Crianças até 03 anos deverão ser medidas em decúbito dorsal, utilizando-se uma régua antropométrica.
- Ao nascer, os recém nascidos a termo têm em média 49 cm de estatura.

O CRESCIMENTO ESTATURAL DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:

1º mês	Cresce em média 04 cm.
1º ao 6º mês	Cresce em média 15 cm.
6º ao 12º mês	Cresce em média 10 cm.

#### Observação:

- O peso e a estatura devem ser medidos em todos os atendimentos da criança na unidade.

#### Avaliação do Crescimento:

- Será feita a partir do indicador peso para idade.
- Para cada sexo há um gráfico.
- O gráfico estará no cartão da criança.

### 2.3.3 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

- O acompanhamento do desenvolvimento deve ser feito sistematicamente, uma vez que ele traduz o crescimento, integridade e maturidade do sistema nervoso central (SNC), além da interação da criança com seu meio ambiente.
- A avaliação do desenvolvimento deve ser realizada no decorrer da consulta, a criança deve estar confortável e alerta. Anotar as observações no prontuário da criança.

## AO NASCER:

### Reflexo de Moro ou do abraço:

- Deixa-se o recém-nascido em decúbito dorsal, segure-o pelas mãos elevando seu tórax até aproximadamente 03 cm da superfície e solte suas mãos lentamente.
- Ele deverá responder abrindo os braços (simulando um abraço), podendo ser acompanhado de choro.



### Reflexo de sucção:

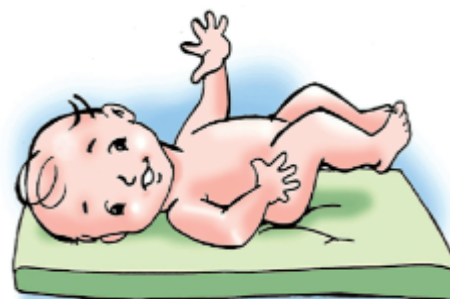
- Fazendo-se um estímulo, oferecendo a mama da mãe ou colocando a mão do bebê na boca, o mesmo deverá sugá-la.



## 0 - 03 MESES:

### Decúbito ventral:

- Vira a cabeça, eleva e segura a cabeça, eleva a cabeça, descarrega peso sobre os antebraços.
- Postura: Barriga para cima, pernas e braços fletidos simetricamente;
- Caso não haja simetria corporal, agendar a consulta médica.



### Reflexo de preensão palmar e plantar:

- Coloca-se um objeto cilíndrico (dedo) para que ele segure com os dedos ou pelo menos os flexione.





**Decúbito Dorsal – barriga para cima:**

- Postura em flexão-assimetria da cabeça (gira a cabeça para direita e esquerda).

**Reflexo de protusão da língua:**

Ao receber estimulação nos lábios, o recém-nascido prepara a língua para a pega na mama da mãe. Tende a desaparecer após os seis meses, assumindo como movimento voluntário.

**Reflexo de Marcha:**

O recém-nascido imita passinhos quando é segurado em posição elevada tendo como apoio uma superfície plana. Tende a desaparecer por volta dos 2 a 4 meses sendo substituídos por movimentos voluntários.

**03 A 06 MESES:****Decúbito Ventral (barriga para baixo):**

- Início de peso sobre os antebraços e / ou apoiando o peso nos joelhos.
- Rola de decúbito ventral para dorsal, alcança objetos.

**Decúbito Dorsal (barriga para cima):**

- Cabeça mantida na linha média, mãos junta, simetria.
- Eleva a cabeça, cabeça não cai mais.
- Sustenta a cabeça sem desabar, fazem ponte com os quadris em extensão, pés apoiados.
- Levantada pelos braços, ajuda com o corpo;
- Segura e transfere objetos de uma mão para outra;
- 05 meses: senta com apoio;
- Pode ficar em pé com apoio.
- Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro;
- Reconhece pessoas;



## 06 A 09 MESES:

### Decúbito Ventral:

- Apoio do peso nas mãos com braços entendidos;
- Postura de 04 pontos (gato);
- Apóia em uma das mãos, alcançando objetos.

### Decúbito dorsal:

- Segura os pés;
- Deitado reto, simetria do corpo.

### Sentado:

- Reações de proteção e apoio nos braços (apóia as mãos na superfície quando vai cair);
- Sentado sozinho no chão (com as mãos livres);
- Sentado, vira-se para brincar (pivô);
- Senta-se, inclina para frente e retorna a posição reta sozinho.
- Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça, apoiando-se no antebraço;
- Alcança e pega objetos pequenos;
- Quando colocada em pé, flete as pernas;
- Emite sons, vocaliza.

## 9 A 12 MESES:

### Decúbito Ventral:

- Engatinha livremente;
- Semi-ajoelhado com apoio nas mãos;
- Marcha de urso (sobre as mãos e pés);
- De barriga para cima apóia o próprio braço e fica sentado.



### **Sentado:**

- Sentado em varias posições (realiza pivô na posição sentada);
- Sentado na cadeira sozinha inclina o tronco à frente.

### **Em pé:**

- Fica em pé e segura nos móveis;
- Desloca-se na lateral (anda com apoio);
- Anda sozinho e dá alguns passos e desaba.
- Senta-se sem apoio.
- Arrasta-se ou engatinha.
- Responde diferentemente às pessoas familiares e estranhos.

## **12 A 18 MESES:**

### **Decúbito Ventral:**

- Sobe engatinhando em cama/mesa, sobe escadas engatinhando para frente e para trás;
- Levanta-se e fica em pé sem apoio.

### **Sentado:**

- Senta-se em bancos baixos;
- Passa de sentado para posição de pé;
- Sem segurar, agacha-se ao brincar;
- Faz rabiscos.

### Em pé:

- Em pé inclina-se para baixo e retorna;
- Anda, segurando-se com uma das mãos;
- Ou anda sozinho;
- Carrega um objeto;
- Sobe escadas segurando-se sem alternar passos;
- Faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não, bate palmas, etc.);
- Emprega pelo menos uma palavra com sentido (mamã, papá).



### 02 ANOS:

- Fica em pé, chuta bola, arremessa bola, corre, anda, pára e vira-se (pivô), pula no lugar com os 02 pés juntos;
- Reconhece diferença sexual, relaciona partes do corpo.



### 03 ANOS:

- Salta em um pé só;
- Anda de velocípede;
- Sobe escadas alternando os passos;
- Começa a usar tesoura.



### 04 A 05 ANOS:

- Equilibra-se numa das pernas;
- Veste-se sozinho;
- Anda sobre linha reta, anda entre paralelas, passa por cima de bastão, anda para trás;
- Brinca com crianças (simpatia e antipatia);
- Distingue cores e figuras.



**TABELA DOS REFLEXOS:**

REFREXO	PRESENTE	AUSENTES
Moro	Nascimento	04 meses
Preensão palmar	Nascimento	03 meses
Preensão plantar	Nascimento	08 -15 meses
Sustentação da cabeça	02 - 06 meses	Persiste voluntariamente

**2.4 LINGUAGEM****2.4.1 CRIANÇAS ATÉ 02 ANOS****AUDIÇÃO:**

- *Teste da orelhinha* - verificar se realizou, caso não tenha sido feito encaminhar para a realização;
- Aos 06 meses a criança deve localizar o som em diferentes posições (em cima/ embaixo/ do lado direito e esquerdo);
- Histórico de otites e medicações ministradas;
- Investigar o comportamento da criança diante de diferentes estímulos sonoros, ambientais e linguísticos.

**DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM:****06 meses:**

- Os sons são menos diferenciados (guturais);
- A partir de 06 meses – a criança apresenta o balbucio cada vez mais rico devido ao prazer de se ouvir, os sons são mais diferenciados e repetitivos (dada, gugu, agu, māmāmā, etc);

### 01 ano:

- Surgimento das primeiras palavras (normalmente são sons labiais: papai, mamãe, papá);
- Compreende frases simples compatíveis com o seu meio (ex: vai com a vovó, cadê o au-au?);

### 01 ano e 6 meses:

- Usa palavras isoladas para representar suas idéias;
- Por enquanto é tolerável que apenas os pais ou quem cuida da criança entenda a maior parte de suas expressões;

### 02 anos:

- Ocorre o surgimento de frases simples (duas palavras Ex: qué água, dá papá mim, não qué, naná);

### 02 anos e 6 meses:

- A criança deve estar comunicando-se bastante oralmente e já sendo entendida também por pessoas que não são de seu convívio diário.

## RESPIRAÇÃO:

- Investigar se é de modo nasal ou oral.

## ALIMENTAÇÃO:

- O aleitamento materno além dos aspectos nutricionais é o melhor estímulo para o desenvolvimento da musculatura facial;
- Caso necessário o uso de mamadeira (deve ser oferecida na posição sentada, de bico ortodôntico com furo que permita o gotejamento do conteúdo – deve variar conforme a consistência);
- Investigar a textura da dieta de acordo com a idade (quanto mais sólido maior o exercício muscular).

## HÁBITOS ORAIS:

- **Uso de chupeta:** orientar para que se faça uso somente nos horários de sono e angústia, evitando um maior prejuízo para o desenvolvimento da fala; a retirada deve ocorrer por volta dos 02 anos;
- **Sucção de dedo:** é comum a criança até por volta dos 08 meses levar a mão à boca e fazer a sucção de um ou mais dedos, tanto com a finalidade de explorar seu corpo, como para aliviar suas angústias. Na medida em que a criança se desenvolve, ela muda seus interesses, levando menos a mão até a boca, pois seu foco passará a ser outro, por exemplo, segurar seu chocalho.

## 2.4.2 CRIANÇAS DE 03 A 06 ANOS

### AUDIÇÃO:

- Histórico de otites e medicações ministradas;
- Investigar o comportamento da criança diante de diferentes estímulos sonoros, ambientais e lingüísticos.

### DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM:

- Observar como é a comunicação da criança (o grau de compreensão e a fala de acordo com o contexto);
- A partir dos 03 anos: observar a fluência – a disfluência (gagueira) é freqüente, sua recuperação espontânea até os 06 anos é elevada se o meio (família) for favorável;
- Fala: deve ser inteligível para a maioria das palavras, mesmo com trocas de alguns sons.
- Gradativamente deve-se esperar um discurso mais claro;
- A partir de 04 anos e 06 meses: pode estar apresentando todos os sons da fala corretamente;
- Deve-se tolerar até os 05 anos e 06 meses os sons de “r” e grupos consonantais, como por exemplo: pr, pl, etc.

### RESPIRAÇÃO:

- Observar e investigar se é de modo nasal ou oral;
- Observar características típicas do respirador oral (face alongada, olheiras, tônus de bochechas e lábios diminuído), assim como ronco e baba freqüentes.

**MASTIGAÇÃO:**

- Investigar se realiza de forma eficiente, pois a ineficiência da mastigação pode estar relacionada com a respiração oral (preferência por alimentos moles; solicita líquido para facilitar a deglutição).

**DEGLUTIÇÃO:**

- Observar dificuldade para deglutir sólido (principalmente carnes e verduras/ legumes crus).

**VOZ:**

- Observar possíveis alterações na qualidade vocal (a mais freqüente é a rouquidão);
- Investigar se a criança faz abuso vocal (grita muito, fala muito), observar as situações em que o mesmo ocorre, assim como os modelos (os pais, avós, etc).

Sempre que houver dúvida quanto ao desenvolvimento dos aspectos fonoaudiológicos encaminhar para o serviço de fonoaudiologia.

**2.5 VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS EM PEDIATRIA****2.5.1 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**

É o número de movimentos respiratórios num espaço de tempo.

- No lactente e, sobretudo, no recém-nascido prematuro, os movimentos respiratórios podem ser irregulares, arrítmicos, intermitentes e ainda com alternância da profundidade.
- Existem dois tipos de movimentos respiratórios: torácico (costal) e abdominal (diafragmático).
- No lactente é normal a respiração abdominal. A respiração torácica nessa idade indica anormalidade.
- O tipo torácico predomina após os sete anos.



**VALORES NORMAIS DE REFERÊNCIA:**

FAIXA ETÁRIA	FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA (MPM)
RECÉM-NASCIDO	35 A 40
LACTENTE	25 A 35
PRÉ-ESCOLAR	20 A 25
ESCOLAR	18 A 20
12 ANOS	16 A 20

**DETERMINAÇÃO DA FREQÜÊNCIA E CARACTERÍSTICAS RESPIRATÓRIAS:**

- Observar durante um minuto cada inspiração/expiração como um movimento respiratório;
- Verificar a respiração antes dos outros sinais vitais em decorrência das alterações provocadas pelo choro;
- Observar dificuldade respiratória e presença de secreções;
- Efetuar o registro das condições respiratórias;
- Tomar providências, caso haja alteração: consulta médica ou encaminhamento.

**2.5.2 FREQÜÊNCIA CARDÍACA (FC)**

É o número de batimentos de uma artéria por minuto, que corresponde ao número de contrações do músculo cardíaco.

---

**DETERMINAÇÃO DA FREQÜÊNCIA CARDÍACA E CARACTERÍSTICAS:**

- **Lactente e escolares:** colocar o estetoscópio entre o mamilo esquerdo e o externo, verificar a FC durante 01 (um) minuto.

**Observar:**

- Freqüência: bradicardia, monocardia, taquicardia;
  - Ritmo: rítmico e arritmico, **(é comum em crianças a ocorrência de uma diminuição da freqüência cardíaca durante a expiração por estimulação vagal caracterizando em arritmia sinusal).**
-

**VARIAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA CONFORME A IDADE DA CRIANÇA:**

IDADE	VARIAÇÃO (BPM)
0 a 30 dias	120 a 160
01 a 12 meses	110 a 140
01 a 03 anos	110 a 130
03 a 06 anos	110 a 125

**2.5.3 TEMPERATURA**

A temperatura corporal normal representa uma estabilidade entre o calor produzido e o perdido pelo corpo. O valor normal considerado para adultos e crianças varia em torno de 36,7° C.

- Quando a temperatura axilar estiver até 37,5° C dar banho e observar o estado geral da criança;
- Se acima de 37,7° medicar na unidade com paracetamol 01 gota/Kg, avaliar o estado geral e agendar consulta.

**2.5.4 PRESSÃO ARTERIAL****VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL EM CRIANÇAS:**

- Recomenda-se verificação de pressão arterial rotineiramente em crianças: uma vez ao ano a partir do 1° ano de vida até a adolescência.
- Deve-se verificar pressão arterial em crianças com queixas frequentes de: cefaléia, tontura, náusea, vômito, parestesia, palpitação, cansaço e visão turva.
- A aferição de pressão arterial em crianças deve ser realizada com manguito adequado para a idade, (deve cobrir 1/3 do braço). Caso não haja manguito adequado, usar o de adulto na coxa da criança seguindo a mesma técnica e auscultando os ruídos na artéria poplítea, na dobra interna do joelho.
- Consultar os valores normais de pressão arterial em crianças e o manejo da hipertensão, no Protocolo de Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Diabetes da Secretaria Municipal da Saúde de Londrina, 2004.

## 3. CUIDADOS BÁSICOS

### 3.1 HIGIENE

- A higiene corporal do RN é indispensável, pois a falta desta contribui para o aparecimento de várias afecções, comprometendo o estado geral da criança.
- Portanto, é necessários a orientação de cuidados de higiene, com o objetivo de prevenir esses problemas.
- Vale lembrar que as condições de higiene dependem das condições de vida: moradia, educação, cultura, saneamento básico, transporte, renda familiar, etc.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS:

A criança poderá receber banho de imersão desde o nascimento, mesmo antes da queda do coto umbilical. Iniciar o banho pelo rosto, cabeça e depois o corpo, para evitar escorrer água nos ouvidos, sujar a água do banho com fezes e restos de urina e possível resfriamento desnecessário.

- Deve-se dar banho na criança no horário mais quente do dia, usando sabonete neutro.
- Enxugar a pele da criança sem esfregar, para evitar lesões.
- Enxugar com cuidado as dobrinhas e secar o coto umbilical.
- Limpar nariz e ouvidos com a ponta de uma fralda, evitando o uso de cotonetes.
- Após a evacuação, lavar os genitais apenas com água corrente, ou limpar os resíduos de fezes e urina com uma fralda umedecida com água, pois o excesso de sabão pode causar irritação de pele.
- Fazer higiene bucal várias vezes ao dia, principalmente após a última mamada antes de dormir, com a ponta de uma fralda limpa, umedecida com água; reforçar as necessidades desta higiene após o aparecimento dos dentes.
- Evitar o uso de óleos infantis, pois podem causar alergias.
- Manter as unhas curtas e limpas, para evitar arranhaduras.

## Protocolo Saúde da Criança - 3. CUIDADOS BÁSICOS

- Não agasalhar demais a criança; usar o mínimo de roupa em dias quentes, dando preferência às de malhas de algodão.
- Evitar o uso de talcos, pois piora assaduras e possibilita acidentes como aspiração.

**HIGIENE EM CRIANÇAS MAIORES:**

- Banho diário de aspersão;
- Observar e orientar higiene bucal;
- Uso de roupas apropriadas ao tamanho da criança, de modo que permita liberdade de movimentos e que agasalhe de acordo com a temperatura ambiente e a situação de saúde da criança;
- Lavagem das mãos antes das refeições, após utilizar o banheiro e quando necessário;
- Orientar manter as unhas sempre aparadas e limpas.
- Orientar higiene íntima nas meninas de frente para traz e nos meninos expor a glândula para limpeza.

**3.2 SONO E VIGÍLIA**

Durante as primeiras horas após o nascimento, o RN experimenta, gradualmente, alterações previsíveis nas características fisiológicas e nas respostas comportamentais, refletindo os períodos de reatividade neonatal. Os dois períodos são separados por um estágio de sono (considerado um período discreto de reatividade).

Em cada período de reatividade, os sinais vitais, o estado de alerta e a responsividade aos estímulos externos se alteram.

**Primeiro Período:** pode durar até 6 horas, porém nos primeiros 30 minutos o RN estará alerta, chorando vigorosamente e muito interessado no ambiente. Depois desse estágio inicial entra num segundo estágio desse mesmo período, na qual encontra-se em um estado de sono e relativa tranquilidade, normalmente neste período ele é poupado de manipulações;

**Segundo Período:** começa quando o RN acorda deste sono profundo, pode durar de 2 a 5 horas e representa uma ótima oportunidade de interação com o RN.

## PERÍODOS DE SONO E VIGÍLIA:

**Sono Profundo:** os olhos do RN estão fechados e não aparecem os movimentos rápidos dos olhos (REM), durante essa fase é recomendável deixá-lo em paz, pois a simples tentativa de acordá-lo para mamar será frustrada;

**Sono Leve:** os olhos estão fechados e entra no estágio de sono REM, o padrão respiratório fica variável e ocorrem movimentos aleatórios e de sucção que caracterizam o sono leve. Estímulos externos podem acordá-lo nesse período.

**Estado de Sonolência transicional:** o RN tenta tornar-se alerta, os olhos ficam abertos ou fechados e as pálpebras podem agitar-se freqüentemente. Os movimentos musculares são suaves, com atividades espontâneas e sustos intermitentes. Os estímulos táteis ou auditivos podem estimular uma resposta, mas esta pode ser lenta até que o RN se aproxime do estado de vigília.

**Estado de Vigília:** os olhos estão abertos, brilhantes e consegue focalizar a fonte de estímulo. Está consciente e responsivo ao ambiente, faz movimentos e mostra uma boa coordenação dos olhos. Este estado é uma ótima oportunidade para estimular o RN, ideal para o contato com os pais e iniciar a amamentação. Apesar de minimamente ativo, ele permanece alerta e responsivo a estímulos visuais e auditivos por períodos prolongados.

**Estado Ativo:** os movimentos do RN aumentam o estado de atividade e os estímulos externos causam movimentos oculares e corporais.

**Estado de Choro:** nesse estágio o RN responde a estímulos externos e internos. Em geral começa com choramingos leves progredindo a intensidade do choro e da movimentação. Normalmente a alimentação e o colo aconchegante acalmam o RN.

## DISTÚRBIOS DO SONO:

### Primários:

- Quando o distúrbio do sono é o principal ou único sintoma. Ex: insônia, terror noturno, pesadelos.

### Secundários:

- O distúrbio do sono é somente parte do primeiro problema clínico complexo. Ex: depressão, esquizofrenia, disfunção da tireóide.

**Parassoniais:**

- São atividades consideradas normais durante a vigília, porém não visuais durante o sono. Ex: sonambulismo, sonilóquio, bruxismo, enurese noturna.
- Para toda criança com distúrbio de sono deve-se agendar uma consulta com o pediatra.

**3.3 ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS****3.3.1 EVACUAÇÃO:**

- É importante conhecer as características normais das fezes, sua consistência, coloração, quantidade, frequência e aspecto para evidenciar uma possível anormalidade intestinal, levando em conta o hábito intestinal anterior da criança.

**Observações:**

O recém-nascido apresenta, em geral, episódios de evacuação de consistência semilíquida várias vezes ao dia. O mecônio é o produto da degradação do líquido amniótico corado pela bile, é eliminado por volta de 1 a 2 dias. As fezes de transição (após início das mamadas com restos de mecônio, heterogêneas, liquefeitas - após 36h de alimentação); Fezes definitivas (geralmente a partir do 4º dia de vida, quando alimentadas com leite materno (amarela pastosa ou semi-líquidas não fétidas, leite artificial (amarela ou acastanhada fétida + endurecidas e odor fétido). As crianças em aleitamento materno evacuam mais que aquelas em aleitamento artificial;

- Crianças em aleitamento materno exclusivo podem evacuar a cada 03 a 04 dias, sendo de consistência semipastosa (amolecida). Caso haja sintomas associados (distensão abdominal, vômitos e não eliminação de flatus) encaminhar para consulta médica.
- Em torno do 3º mês, o hábito intestinal vai se regulando e, a medida em que se inicia a introdução de outros alimentos, o aspecto e a consistência vão se modificando.
- O controle esfinteriano pode aparecer entre o 18º e o 24º mês.

**3.3.2 MICÇÃO:**

Para caracterizar a eliminação vesical como normal, deve-se observar a quantidade, o número de micções, aspecto e odor, além da quantidade de líquidos ingeridos.

## 3.4 ALIMENTAÇÃO

### ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO LACTENTE

A alimentação e nutrição corretas constituem um dos aspectos mais importantes para a saúde da criança, principalmente no início da vida. Os primeiros anos são marcados por um crescimento rápido, o que faz com que energia e nutrientes sejam necessários em quantidades adequadas.

Desta forma, é importante enfatizar o aleitamento materno, por considerá-lo alimento indispensável e praticamente insubstituível a ser oferecido de forma exclusiva nos primeiros 6 meses de vida.

É recomendado aos lactentes de termo e saudáveis, além do aleitamento materno exclusivo, apenas a exposição diária ao sol a partir dos 20 a 30 dias do nascimento, para que a oferta de vitaminas seja adequada. Não são necessários, neste período, outros alimentos e/ou líquidos como água chás ou sucos, pois o leite materno já tem água suficiente.

Portanto fica claro que a introdução de outros leites ou alimentos durante o primeiro semestre de vida não deve ser feita, salvo sob recomendação de médico pediatra ou nutricionista que acompanhem o lactente.

#### Situações difíceis em relação à amamentação

- Enfermidades infecciosas; infecções bacterianas;
- Infecções maternas com agentes de alta patogenicidade: HIV;
- Psicose ou doença mental grave da mãe;
- Neoplasias;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação;
- Alcoolismo;

#### Aleitamento Artificial

O aleitamento artificial somente deve ser adotado em situações de prescrição por médico pediatra ou nutricionista, incluindo o tipo de leite e forma de preparo.

#### Tipos de leite

- Fórmulas lácteas (leite de vaca modificado);
- Leite de vaca: esterilizado, pasteurizado.

#### Critérios para seleção do tipo de leite:

**Protocolo Saúde da Criança - 3. CUIDADOS BÁSICOS**

- Condições socioeconômicas da família;
- Leite a que a família tem mais fácil acesso devido ao local de moradia (zona urbana ou rural);
- Condições de conservação do leite em casa;
- Idade e saúde geral do lactente.

**Riscos associados ao uso do leite de vaca:**

- Alergias alimentares;
- Elevada carga de solutos;
- Digestibilidade difícil para o lactente;
- Presença de ferro pouco utilizado pelo organismo do lactente;
- Deficiências de ácido fólico, vitamina c, zinco e outros nutrientes;
- Oferece maiores riscos de infecções gastrintestinais e respiratórias;
- O lactente pode apresentar ganho de peso e comprimento inadequados em relação aos padrões de referência;
- Fatores econômicos, que podem levar a diluição excessiva do leite;
- Utilização de água contaminada para diluição;
- Acréscimo inadequado de cereais e açúcar.

O Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que, durante o primeiro ano de vida, e somente na impossibilidade do aleitamento materno, a fonte láctea oferecida aos lactentes sejam as fórmulas infantis. O uso do leite de vaca não é recomendado durante todo o primeiro ano de vida.

**Fórmulas infantis ou leite de vaca modificado**

As fórmulas infantis caracterizam-se por terem menor osmolaridade, gorduras de mais fácil digestibilidade com substituição de parte da gordura por óleo vegetal, menor teor e melhor qualidade de proteínas, baixo conteúdo de sais e são acrescidas de vitaminas, ferro e oligoelementos, além de manterem uma melhor relação entre o cálcio e o fósforo. Estes produtos, especificamente elaborados para atender as necessidades nutricionais do lactente no primeiro ano de vida, seguem a recomendação do Codex alimentarius FAO/OMS (1994).

**Tipos de fórmula**



- “*de partida*” – indicadas para o 1º semestre
- “*de seguimento*” – indicadas para o 2º semestre

### Vantagens

- Qualidade nutricional

### Riscos

- Intolerância;
- Constipação, flatulência, consistência das fezes, agitação, regurgitação e vômitos;
- Diluição excessiva da fórmula;
- Utilização de água contaminada para reconstituição;
- Acréscimo inadequado de cereais e açúcar;
- Procedimentos práticos para adequação da dieta.

### Cálculo as necessidades de energia e proteínas

Taxas calóricas (em kcal/kg/dia),  
preconizadas pelo FAO/OMS/1985

IDADE (EM MESES)	KCAL/KG/DIA
0 - 3	116
3 - 6	99
6 - 9	95
9 - 12	101

Necessidades de proteína segundo  
idade e sexo preconizadas pelo  
FAO/OMS/1985

IDADE (EM MESES)	PROTEÍNAS (G/KG)
3 - 6	1,85
6 - 9	1,65
9 - 12	1,50

### Esquema de diluição do leite de vaca

	1º MÊS	2 AO 4º MÊS	5º MÊS EM DIANTE
Leite de vaca integral fluido	diluição ao meio	diluição a 2/3	leite integral
Leite de vaca integral em pó	reconstituição 7,5%	reconstituição 10%	reconstituição 15%

## Adequação das mamadas com leite de vaca

### Escolha do leite;

Capacidade gástrica do lactente – 25 a 30 ml/kg/mamada;

Cálculo do valor energético da mamada;

Número de mamadas ao dia;

Se necessário, e sob recomendação do médico pediatra ou nutricionista para melhor adequação às necessidades individuais, pode-se fazer adição de 8% de carboidrato (5% maltodextrina e 3% cereal).

### Fórmulas infantis industrializadas – 1º semestre

FÓRMULAS	RECONSTITUIÇÃO
Aptamil 1 (Spport)	1 medida (4,4g)/30 ml água
Bebelac 1 (Support)	1 medida (4,9g)/30 ml água
Enfamil com ferro 1 (Mead Johnson)	1 medida (4,3g)/30 ml água
NAN 1 (Nestlé)	1 medida (4,4g)/30 ml água
NAN H.A.	1 medida (4,4g)/30 ml água
Nestogeno 1	1 medida (4,4g)/30 ml água
Similac Advance 1 (abbott)	1 medida (4,3g)/30 ml água

Quando a opção de leite forem as fórmulas lácteas, deve-se observar a diluição recomendada pelo fabricante e descrita no rótulo da lata.

### Para crianças completamente desmamadas

Crianças afastadas da alimentação ao seio, sem possibilidade de relactação, investigar o tipo de leite utilizado e a forma de preparo.

Se a criança tiver idade inferior a 5 meses, perguntar à mãe a diluição usada, o volume de leite normalmente oferecido em cada mamada e se é habitual acrescentar algum outro alimento ao leite (açúcar, adoçantes, cereais ou achocolatados).

Identificar as práticas de higiene usadas na manipulação e no preparo da mamadeira.

## COMO ORIENTAR AS MÃES

- Deve-se garantir que a criança não receba leite de vaca cru (sem tratamento térmico adequado), leites desnatados ou achocolatados.
- As fórmulas lácteas, ou leite de vaca modificado, são a melhor opção para crianças desmamadas, pois sua composição está adequada às necessidades nutricionais do lactente, mas nem sempre constituem uma opção viável para a família devido ao seu elevado custo. Contudo, nas situações em que for possível usá-las, deve-se proceder a orientação de preparo à mãe de acordo com a indicação do fabricante e respeitando o volume aceito pela criança.
- Para reconstituição das formulas, a água deve ser previamente fervida, colocada na mamadeira e então adicionado o leite em pó. A mamadeira deve ser então vedada e agitada para completa dissolução da mistura.
- Quando a opção possível for o leite de vaca integral fluido ou em pó, a mãe deve ser orientada em relação à diluição adequada para a idade do lactente e utilização de água previamente fervida para diluir o leite.
- O leite fluido pasteurizado deve ser fervido antes de utilizado, mas em caso de uso de leite esterilizado a mãe deve ser orientada a apenas aquecê-lo.
- O leite de vaca deve ser diluído para atender às limitações fisiológicas do lactente em especial em relação a proteínas, cálcio e eletrólitos, que estão presentes no leite em quantidades excessivas.
- Não há necessidade de acréscimo de açúcar ao leite e a utilização de cereais deve ser feita apenas sob recomendação do médico pediatra ou nutricionista.
- A mamadeira e bicos usados para oferta do leite devem ser corretamente higienizados após cada mamada. Deve-se fervê-los por 10 minutos em panela limpa com água.
- Cada mamadeira deve ser preparada imediatamente antes de ser oferecida e a mãe não deve aproveitar restos de mamadas anteriores.
- Deve-se assegurar que todos os lactentes em aleitamento artificial recebam água nos intervalos de mamada.
- Deve haver um cuidado especial em relação ao ferro, pois freqüentemente crianças alimentadas com leite de vaca apresentam deficiência de ferro ou anemia ferropriva. Assim sendo é recomendado o uso de suplementação de ferro para crianças em aleitamento artificial com o objetivo de prevenir a depleção dos estoques de ferro, o que será recomendado à mãe pelo médico pediatra.

## ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DO LACTENTE

Em torno dos 6 meses, passa a ser nutricionalmente necessário o início da alimentação complementar, que é caracterizada pela oferta de outros alimentos que não o leite ao lactente. Para os lactentes amamentados esta prática deve ser iniciada após o 6º mês e para aqueles em aleitamento artificial a partir do início do 5º mês de vida.

O objetivo da introdução dos alimentos complementares é o de fornecer energia, proteínas, vitaminas e sais minerais quando a oferta exclusiva de leite já não atende mais às necessidades nutricionais para manutenção do crescimento e das funções normais do organismo.

O leite materno deverá ser ofertado até aos dois anos de idade, sendo a partir dos 6 meses complementado por outros alimentos e não substituído.

A oferta de leite materno mais alimentos complementares deve ser feita de forma lenta e gradual, para que a criança vá se habituando aos poucos a novos sabores e à modificação da consistência dos alimentos oferecidos.

Deve-se assegurar ainda que a criança amamentada receba os novos alimentos em colher e que sejam respeitados o uso dos alimentos mais comuns à região e ao hábito alimentar da família e observados o baixo custo, os alimentos da época, cuidados com a higiene ao manusear e preparar as refeições.

## COMO INICIAR A OFERTA DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES

A alimentação complementar pode ser iniciada com a introdução de frutas nos intervalos das mamadas, primeiro na forma de sucos que devem ser, a princípio, coados, diluídos ao meio e oferecidos uma vez ao dia, preferencialmente no lanche da manhã. Nos outros horários a criança deve continuar a ser colocada ao seio para mamar.

Aproximadamente de 7 a 10 dias após a introdução dos sucos, as frutas podem ser oferecidas na forma de papas (amassadas com o garfo ou raspadas com a colher) e passarem a constituir o lanche da tarde.

As frutas apresentam fácil digestibilidade e sabor suave, além de complementarem o teor de vitaminas e minerais. Não existem contra-indicações em relação a este grupo de alimentos, devido ao seu baixo poder alergênico.

É importante sempre ter em mente o papel regulador intestinal das frutas, com tendências laxantes (mamão, laranja) e obstipantes (maçã, banana). O tipo de fruta indicada à criança deve respeitar as características regionais, o preço, a sazonalidade e o seu conteúdo em fibras.

**É IMPORTANTE QUE A MÃE SAIBA**

- 
- No início a criança pode aceitar pequenas quantidades dos novos alimentos e isto é normal até que ela esteja completamente adaptada. Por isso deve-se oferecer o peito após a refeição (lanche da manhã e da tarde), e em todos os outros horários do dia.
  - A quantidade de suco de frutas a ser ofertada deve ser aumentada gradativamente de acordo com a aceitação da criança, até atingir 100 a 150 ml por dia. Em relação às papas de frutas, iniciar com uma colher de chá e aumentar progressivamente para 2 a 4 colheres de sopa.
  - Deve-se usar uma fruta por vez, para permitir que a criança conheça os diferentes sabores e nunca utilizar sucos artificiais. É aconselhável o uso de frutas cítricas no início, mas não é uma indicação exclusiva.
  - Os sucos e papas devem ser preparados imediatamente antes de oferecer à criança, para reduzir a perda de valor nutritivo.
  - A partir do momento em que a criança passou a receber alimentos, além do leite da mãe, também deve receber água, filtrada ou fervida, oferecida em copo ou utensílio rígido devidamente higienizado, nos intervalos das refeições.
  - Os sucos e papas não devem ser adoçados com açúcar ou adoçantes, pois as frutas já têm um açúcar natural, a frutose.

---

## REFEIÇÕES DE SAL

Em torno dos seis meses e meio de idade o bebê deve receber a sua primeira refeição de sal, correspondendo ao almoço. A introdução desta refeição para lactentes em aleitamento artificial deve ocorrer em torno dos 5 meses e meio.

Classicamente esta refeição é constituída por uma papa de legumes, na consistência de purê. Os legumes (cenoura, abóbora, abobrinha, chuchu e outros) devem estar cozidos e a consistência pastosa deve ser obtida com auxílio de um garfo para garantir textura que estimule a mastigação, favorecendo desta forma a transição de uma alimentação líquida para alimentos oferecidos em grãos ou pedaços.

Nunca liquidificar os alimentos, pois ficando liquefeitos, como no caso de sopas ralas, a refeição oferecerá menos energia e não vai estimular o ato da mastigação.

Deve-se, de início, oferecer um legume de cada vez para permitir que a criança reconheça cada alimento (cheiro, sabor) até que numa refeição estejam presentes vários alimentos.

Pode-se acrescentar aos legumes caldo de carnes frescas ou de fígado (não usar tabletes de caldo de carne ou galinha).

A quantidade oferecida deve respeitar a aceitação pela criança e ser aumentada gradativamente à medida em que os alimentos forem melhor aceitos. Pode-se iniciar a oferta com 1 colher de sobremesa.

- 
- É recomendável que, nos primeiros dias da oferta dos novos alimentos, a mãe ofereça o peito após a refeição. Tão logo a criança se adapte às novas refeições as mamadas devem ser realizadas em horário distinto, mantendo pelo menos 2 horas de intervalo, para que seja assegurada uma oferta adequada de nutrientes.
  - Recomenda-se que a mãe lave as mãos antes de preparar qualquer alimento.
  - Devem ser utilizados alimentos frescos (frutas, hortaliças e carne), estando os mesmos bem lavados e descascados.
  - Usar sempre água fervida ou filtrada para o preparo das refeições.
  - Utilizar o mínimo de água possível no cozimento, e adicionar muito pouco sal. Podem ser utilizados sal-sinha e cebolinha mas moderar o uso de cebola e alho.
  - Cozinhar os alimentos por tempo suficiente até ficarem bem macios, evitando a cocção prolongada, pois esta destrói boa parte das vitaminas.
  - Acrescentar óleo vegetal (soja, milho, girassol) na medida de 1 colher de café inicialmente e à medida que a criança aceitar quantidades maiores passar a 1 colher de chá.
  - Preparar cada refeição imediatamente antes de ser oferecida, para evitar a perda excessiva de vitaminas e a contaminação.

---

### ACRESCENTANDO NOVOS ALIMENTOS ÀS PAPAS DE SAL

Em torno dos 7 meses acrescentar carnes (vaca, frango, fígado) às papas, como fonte de proteínas de origem animal. Estas devem ser misturadas aos legumes, desfiadas ou moídas. Para lactentes em aleitamento artificial este procedimento deverá ocorrer em torno dos 6 meses.

Nesta época já pode ser oferecida a gema do ovo, sempre bem cozida. Iniciar com a oferta de 1/4 de gema e aumentar gradativamente, de 5 em 5 dias, até que a criança receba uma gema inteira.

Pode-se introduzir o caldo de feijão no horário do almoço.

Iniciar a oferta do jantar, adicionando outros alimentos. A batata, a mandioca, mandioquinha salsa, arroz, macarrão passam a fazer parte da refeição básica do almoço e jantar.

Em torno dos oito meses a refeição salgada é constituída de um alimento básico fonte de carboidratos como o arroz, o macarrão, a batata ou a mandioca. Acrescentam-se os alimentos fonte de proteínas de origem vegetal como as leguminosas a exemplo do feijão, lentilha, ervilhas, grão de bico, soja e podem ser usadas as folhas verdes.

Os alimentos já podem ser deixados em pedaços pequenos ou em grãos ao invés de completamente amassados.

Em torno dos nove meses pode-se oferecer a clara do ovo cozida, aumentando gradativamente,

de 5 em 5 dias, até que a criança receba 1 ovo inteiro.

Entre os dez e doze meses de vida, os alimentos preparados para a refeição da família como o arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos à criança. Deve haver cuidado para que os alimentos estejam levemente amassados, procurando já deixar pedaços mais inteiros ou desfiados e que não sejam preparados com muito sal, óleo ou com condimentos picantes.

---

### ***É IMPORTANTE QUE A MÃE SAIBA***

---

- Ao invés de formar uma lista gigantesca de compras, deve-se optar pelos alimentos de uso comum da família.
  - O prato deve ser constituído por alimentos de cores fortes como abóbora, couve, escarola associados a alimentos de cores amenas como chuchu, abobrinha e mandioquinha salsa. Este cuidado assegura a oferta de diferentes nutrientes em uma mesma refeição, principalmente fontes de vitaminas A e C.
  - Deve-se introduzir um alimento novo a cada dia e não vários de uma só vez.
  - Sempre que possível oferecer carne às refeições, pois oferece grande quantidade de ferro facilmente utilizável pelo organismo da criança.
  - Quando não for possível a presença da carne, oferecer 50 a 100 ml de suco de frutas ricas em vitamina C, logo em seguida à refeição, para facilitar o aproveitamento do ferro presente nas hortaliças e no feijão.
  - É recomendável que a mãe não ofereça mais o peito em seguida ou em horário próximo ao das refeições, pois isto pode fazer com que a criança não aproveite o ferro de forma adequada. O leite deve ser usado pelo menos 2 horas antes ou depois do almoço e jantar.
  - Os cereais podem ser usados em adição às papas de frutas, no lanche da tarde, dando-se preferência aos enriquecidos com ferro e indicados para o segundo semestre de vida.
  - O lactente que mama no peito não deve receber alimentos derivados do leite de vaca, como iogurtes, queijos e outros.
  - O lactente deve receber pelo menos 3 refeições com alimentos complementares por dia.
  - Não oferecer à criança sobras de alimentos da refeição anterior, por isso prepare-os apenas no momento em que vão ser usados.
  - A criança deve ser colocada à mesa para que realize as refeições junto à família, e desta forma, a utilização de alimentos pelos familiares estimula a criança a consumi-los.
  - Não se deve estabelecer horários rígidos para as refeições, e sim permitir que o lactente demonstre sensação de fome.
-

### A Organização Mundial da Saúde recomenda o seguinte alerta às mães:

- Líquidos e bebidas devem estar livres de contaminação. Então a água utilizada para o preparo dos alimentos deve ser fervida.
- As frutas antes de descascadas ou usadas para o preparo de sucos devem ser bem lavadas.
- Deve-se lavar todos os alimentos que serão refrigerados tais como verduras, legumes e até algumas frutas, antes de colocá-los no refrigerador.
- Bebidas tipo sucos e chás claros (camomila, erva doce) não devem substituir o leite materno ou os alimentos sólidos. Qualquer líquido deve ser oferecido após as refeições.
- Chá preto, chá mate e café não devem ser oferecidos à criança, pois prejudicam a absorção do ferro, principalmente quando oferecidos em horário próximo ao das refeições.

### Alimentos que **NÃO** devem ser usados no primeiro ano de vida

- Os de difícil mastigação e digestão: alimentos crus, frituras, lingüiça, milho e outros;
- Os que oferecem riscos de engasgo e asfixia: batata frita, pipoca, frutas com sementes, casca ou bagaço;
- Os potencialmente alergênicos: leite de vaca cru (sem tratamento térmico), ovo cru, amendoim, carne de porco. Se possível deixar para introduzir o peixe depois do primeiro ano, a menos que seja a única fonte de proteínas de origem animal a que a família tem acesso ou se a criança já consumiu e não apresentou reações do tipo alérgico;
- Os que oferecem maior risco de contaminação: enlatados, conservas e embutidos.
- Produtos com corantes artificiais como sucos artificiais, biscoitos recheados e outros;
- Produtos industrializados com conservantes;
- Alimentos preparados com farinhas integrais, farelo de trigo e aveia e cereais integrais em geral;
- Açúcar e doces, especialmente os industrializados;
- Chocolate e achocolatados;
- Mel;
- Refrigerantes, café, chá mate e chá preto;
- Os que contêm nitrato (industrializados ou naturais) como presunto, embutidos em geral;
- Alimentos com muito sal a exemplo dos salgadinhos tipo chips, amendoim salgado, biscoitos tipo aperitivo e outros.



## Atitudes que podem favorecer a formação de bons hábitos alimentares

- Oferecer as refeições em ambiente calmo e apropriado.
- Colocar a criança sentada de forma a ficar com o tronco reto e sentar-se à sua frente para oferecer-lhe a refeição.
- Deixar sempre uma colher à disposição da criança.
- Permitir que a criança explore os alimentos, tocando-os com as mãos, sentindo sua textura, seu cheiro e paladar.
- Respeitar as preferências da criança, sem manifestar desagrado quando ela não aceita algum alimento.
- Permitir que a criança estabeleça seu próprio limite e recuse parte do que é servido
- Sempre que possível, fazer com que as refeições da criança sejam realizadas à mesa e de preferência, no mesmo horário que o restante da família.
- Procurar oferecer alimentos sem adição de açúcar, preferindo frutas que não precisam ser adoçadas (laranja, pêra, maçã, banana, mamão, manga, goiaba, melancia).
- A criança não deve “experimentar” todos os alimentos consumidos pelo restante da família como iogurtes industrializados, macarrão instantâneo, frituras, salgadinhos, refrigerantes ou bebidas alcoólicas. Nestas situações procurar oferecer à criança frutas, sucos naturais ou cereais.
- Os irmãos maiores devem ser orientados a não oferecer doces, sorvetes ou refrigerantes à criança pequena.
- Ao final do primeiro ano de vida a alimentação da criança deve ser semelhante à da família, mas é importante que aqueles que participam das refeições diárias, principalmente o responsável pelo preparo dos alimentos, estejam conscientes de que uma alimentação saudável deve ser mantida por todos, na medida do possível. Os alimentos, grupos alimentares e tipos de preparações sugeridos para a criança, devem ser apresentados à mesa para toda a família, pois do contrário, em pouco tempo a criança, estará copiando os hábitos alimentares praticados em casa.
- A mãe deve ser orientada a ler o rótulo dos alimentos antes de comprá-los para evitar oferecer à criança alimentos que contenham aditivos e corantes artificiais.

## Aos profissionais da equipe de saúde

- É muito importante prestar atenção ao que a mãe fala e estimular que ela expresse suas dúvidas e preocupações.
- Evite escrever enquanto a mãe fala.
- É recomendável não julgar o comportamento da mãe e reforçar positivamente as atitudes que forem corretas.
- As orientações devem ser divididas de forma a facilitar a assimilação pela mãe. A cada encontro deve-se priorizar as informações relevantes para aquele momento.

### 3.5 EXPOSIÇÃO AO SOL

#### ORIENTAÇÕES REFERENTES À EXPOSIÇÃO AO SOL NA PRIMEIRA INFÂNCIA:

Na primeira infância, a exposição ao sol tem a função específica de favorecer, via transformação da pró-vitamina D em vitamina D, o metabolismo do cálcio e ferro, possibilitando a adequada mineralização óssea, crescimento de esqueleto e órgãos.

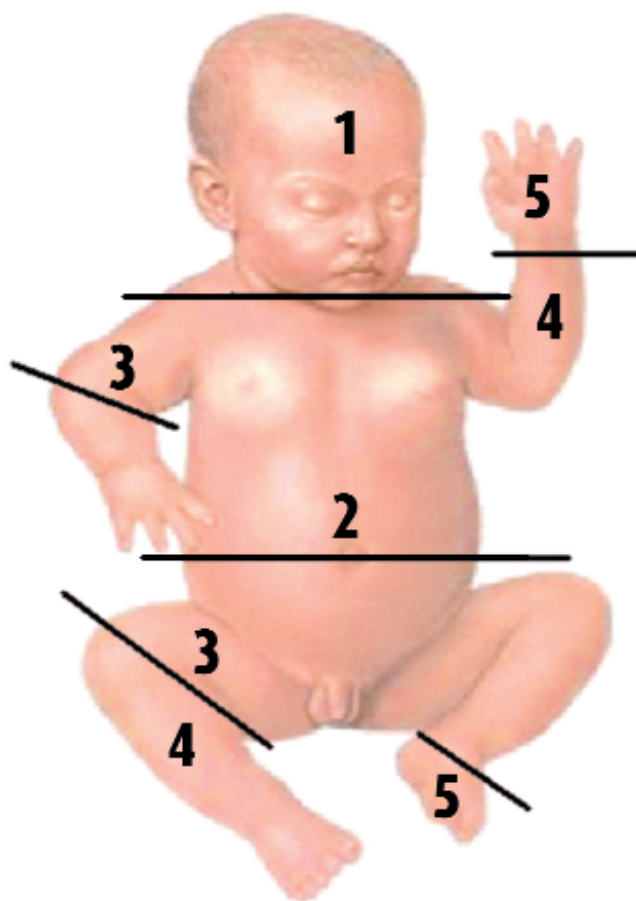
- A vitamina D não é encontrada em suficiente quantidade nos alimentos e às vezes esses alimentos são inacessíveis às camadas mais pobres da população. Assim, o sol ainda é a maior e mais barata fonte de vitamina D.
- As exposições devem iniciar aos 20 dias de vida e serem progressivas, inicialmente de apenas 01 a 02 minutos, sendo que cada dia se aumentará 01 minuto até chegar a 10 minutos.
- Colocar a criança diretamente ao sol, mesmo no inverno, de preferência sem roupas, ou apenas com uma camiseta leve (os raios ultravioletas podem transpassar roupas de tecidos leves). Proteger apenas a cabeça e os olhos.
- O excesso de poluição ambiental (pó, fumaça, densidade atmosférica) e os vidros utilizados nas janelas impedem a passagem dos raios ultravioletas.
- Escolher o horário de exposição em função da predominada radiação ultravioleta A, ou seja, antes das 10:00 h e após as 16:00 h (horário de verão: 11:00h e 17:00h).
- Proteger a criança contra as correntes de ar. Em dias frios e com correntes de ar, deve-se evitar a exposição ao sol ou fazê-la com agasalhos, apenas para aquecer.
- Quando a criança tem dermatite de fraldas, deve-se expor mais o local, pois as radiações ultravioletas são cicatrizantes e eliminam microorganismos patogênicos.
- O tempo de exposição direta ao sol dos pré-escolares, após períodos chuvosos e estações frias, deve ser gradativo, ou seja, 15 minutos iniciais, aumentando-se 5 a 10 minutos por dia, até completar 90 minutos, antes das 10 horas ou após as 16 horas. Este tempo poderá ser dividido nos dois períodos.
- Proteger as crianças com peles claras e sensíveis. Se a exposição for feita na praia, usar o moderador solar com filtros de proteção, de acordo com sua pele.

### 3.6 ICTERICIA DO RECÉM-NASCIDO

- É o aumento plasmático de bilirrubinas.
- Aproximadamente 2/3 dos recém-nascidos tem icterícia visível durante os primeiros dias de vida.

#### ICTERICIA FISIOLÓGICA:

- Caracterizada por um rápido e progressivo aumento da bilirrubina não conjugada (indireta), que se inicia após 24 horas de vida e aumenta em distribuição corpórea e em intensidade, fazendo pico nos recém-nascidos a termo, entre o 03° e o 05° dia.
- Pode desaparecer até o 10° dia de vida, é chamada fisiológica porque é transitória e está relacionada com os mecanismos fetais de eliminação da bilirrubina. É uma condição benigna, mas se acentuada pode ser danosa, por isso devemos estar alerta na avaliação do recém-nascido, quando este fizer a primeira avaliação na UBS.



ZONA	LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DA ICTERÍCIA
Z1	Cabeça e pescoço
Z2	Até cicatriz umbilical
Z3	Ate joelho e cotovelo
Z4	Ate tornozelo e punhos
Z5	Planta dos pés e palmas das mãos

## 4. As AÇÕES PREVENTIVAS

### 4.1 TRIAGEM METABÓLICA NEONATAL – TESTE DO PÉZINHO

A cada 25.000 nascimentos, aproximadamente, existe no Paraná a possibilidade de nascer 1 criança com fenilcetonúria, 6 crianças com hipotireoidismo congênito, 2 com anemia falciforme e 4 com fibrose cística.

O teste do pézinho visa o diagnóstico precoce das seguintes patologias:

- **Hipotireoidismo congênito:** é uma doença causada pela deficiência de produção dos hormônios da tireóide.
- **Fenilcetonúria:** é uma doença do metabolismo das proteínas, a criança nasce sem uma enzima que transforma a proteína fenilalanina. Se não tratada, leva ao retardo mental; se tratada precocemente evita o retardo mental.
- **Anemia falciforme:** são doenças hereditárias onde a criança nasce com hemoglobinas defeituosas e que prejudicam o transporte do oxigênio no sangue. A doença leva a criança a um quadro de anemia, e lesões em órgãos como o cérebro, ossos, pulmões, rins e outros.
- **Fibrose cística:** é uma doença hereditária que afeta as glândulas secretoras do corpo gerando problemas nos pulmões, pâncreas, fígado, sistema digestivo e reprodutor. Nesta doença a criança produz um muco muito viscoso que prejudica a respiração e a absorção dos alimentos.
- **Deficiência de biotinidase:** é uma doença hereditária do metabolismo da biotina que é uma vitamina do complexo B. A deficiência da enzima biotinidase prejudica o metabolismo de outras substâncias no organismo e, se não tratada, leva ao retardo mental.
- *O exame deve ser coletado a partir 24h de vida até o sétimo dia preferencialmente.*
- *Verificar no 1º atendimento se o teste foi colhido, se não, proceder ao agendamento da coleta orientando a mãe da importância do mesmo.*

#### **Importante:**

Se a alta do recém-nascido foi antes de 48 horas ou não houve amamentação de leite, deve ser notificada, aos pais, a obrigação de coletar nova amostra de sangue dentro de uma semana. Neste caso, a enfermagem deve orientar a mãe a procurar uma Unidade de Saúde mais próxima de sua casa com a folha de "Informativo aos Pais" (a que contém o número do exame da coleta anterior).

## 4.2 TRIAGEM AUDITIVA

### PERÍODO NEONATAL:

- A prevalência e a importância da surdez justificam sua triagem entre 0 a 29 dias de vida.

#### **Deve se pesquisar os fatores de risco para diminuição da acuidade auditiva:**

- Internação em unidade de cuidados intensivos neonatais por mais de 48 horas.
- Sinais associados com síndrome que inclua perda auditiva neurosensorial ou condutiva.
- História familiar de surdez neurosensorial.
- Anomalias craniofaciais, incluindo orelhas.
- Infecções intra-uterinas, como citomegalovirus, herpes, toxoplasmose ou rubéola.
- Peso de nascimento inferior a 1.500g.
- Meningite bacteriana.
- Hiperbilirrubinemia com níveis que requerem exanguinotransfusão.
- Asfixia grave: Apgar 0 - 3 (05°min).
- Medicação ototóxica por mais de 05 dias.
- Verificar no primeiro atendimento se foi realizado o teste de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco (teste da orelhinha); se não, encaminhar para realização do mesmo.

### 30 DIAS A 02 ANOS:

Considerar os fatores de risco para os encaminhamentos:

- Todos os fatores de alto risco para recém-nascidos.
- Preocupação dos pais quanto à audição, fala ou desenvolvimento.
- Infecções pós-natais associadas com perda auditiva, incluindo meningite.
- Agendar consulta para avaliar e encaminhar para fonoaudiologia surdez.

## 4.3 TRIAGEM VISUAL

- Nos casos em que não se realiza uma triagem da acuidade visual é necessária uma avaliação do oftalmologista no início da idade escolar.

## 4.4 PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA

### DE 0 A 6 MESES

ACIDENTES	COMO OCORRE	CUIDADOS
Afogamento	- ocorre durante o banho	Nunca deixe a criança sozinha na banheira
Intoxicação	- ingestão de medicamentos, anti-sépticos e inseticidas domésticos	- manter medicamentos e inseticidas domésticos longe do alcance das crianças
Queimadura	- temperatura quente da água durante o banho - fósforo, e cigarro	- testar a temperatura com o cotovelo
Sufocação e Engasgo	- criança deitada no berço e durante a amamentação - aspiração de talcos ou pós- cosméticos	- após as mamadas, colocar o bebê para arrotar, amamentar sempre no colo - observar o tamanho do furo do bico da mamadeira - tamanho da chupeta para não ter perigo de engasgar
Trauma	- queda do colo, do leito e do carrinho	- transportar em cesto, no banco de trás dos carros - colocar grades no berço
Ingestão e aspiração de corpos estranhos	- brinquedos pequenos, que se soltam com facilidade	- brinquedos grandes para não ser engolidos, fortes difíceis de quebrar, não devem ter pontas duras e nem cortantes; serem laváveis e não tóxicas

### DE 6 MESES A 1 ANO

ACIDENTES	COMO OCORRE	CUIDADOS
Afogamento	- durante o banho	- não deixar a criança sozinha durante o banho
Intoxicação	- substancias tóxicas ao alcance da criança ao engatinhar	- manter medicamentos e produtos de uso domestico em lugares altos, fora do alcance da criança
Queimadura	- líquidos muito quentes ou produtos químicos ao alcance da criança	- manter produtos de uso domésticos (soda cáustica, solventes...) protegidos em lugares altos e fechados
Sufocação e Engasgo	- alimentação deitada ou devido a brinquedos inadequados	- após as mamadas colocar o bebê para arrotar, amamentar sempre no colo - observar o tamanho do furo do bico da mamadeira - tamanho da chupeta para não ter perigo de engasgar - não deixar a criança sozinha com a mamadeira introduzida na boca; pode ocorrer engasgo e aspiração e o leite pode ir para o pulmão
Trauma	- queda do colo, do leito e do carrinho	- colocar grades no berço - transportar crianças em cestos de carregar bebês, no banco traseiro
Choque	- tomadas sem proteção e fios desprotegidos	- colocar protetor de segurança em tomadas, não deixar fios soltos no chão ou ligados em aparelhos elétricos
Ingestão e aspiração de corpos estranhos	- hábito da criança levar tudo na boca, podendo engolir ou aspirar objetos pequenos	- brinquedos grandes para não ser engolidos, fortes difíceis de quebrar, não devem ter pontas duras e nem cortantes; laváveis e não tóxicas
Quedas	- durante o engatinhar, tentar ficar de pé, rolando no leito sem proteção	- evite moveis que possa cair sobre a criança - colocar grades e porteiros em escadas mantendo sempre trancada

## Protocolo Saúde da Criança - 4. AÇÕES PREVENTIVAS

**DE 1 ANO A 3 ANOS**

ACIDENTES	COMO OCORRE	CUIDADOS
Afogamento	- risco passa a ser em piscinas	- vigiar sempre a criança quando estiver na água, seja em piscina ou praia
Intoxicação	- ingestão de medicamentos, anti-sépticos e inseticidas domésticos que tiver ao alcance da criança	- manter todos os produtos químicos bem fechados e fora do alcance das crianças
Queimadura	- fogo, choque e ácidos ou substâncias corrosivas	- manter produtos de uso domésticos ( soda cáustica, solventes...) protegidos em lugares altos e fechados
Picadas venenosas	- insetos, aranhas e escorpiões dependendo do ambiente onde a criança vive	
Quedas e colisões	- cadeiras, escadas, janelas - colisões com obstáculos variados	- colocar grades de proteção em todas as janelas, dificultar acesso a escadas e portões
Choque	- tomadas descobertas, fios desencapados, aparelhos elétricos em geral	- colocar protetor de segurança em tomadas, não deixar fios soltos no chão ou ligados em aparelhos elétricos
Ingestão e aspiração de corpos estranhos	- ingestão ou aspirações de corpos estranhos e introdução de objetos pequenos em nariz e ouvido	- brinquedos grandes para não ser engolidos, fortes difíceis de quebrar, não devem ter pontas duras e nem cortantes, laváveis e não tóxicas

**DE 3 ANOS A 7 ANOS**

ACIDENTES	COMO OCORRE	CUIDADOS
Afogamento	- piscinas, lagos, rios e praias	- vigiar sempre a criança quando estiver na água, seja em piscina ou praia
Intoxicação	- ingestão de medicamentos, anti-sépticos e inseticidas domésticos e ingestão de plantas venenosas	- manter todos os produtos químicos bem fechados e fora do alcance das crianças
Queimadura	- fogo, choque e ácidos ou substâncias corrosivas, além do risco de fogos de artifícios e fogueiras	- manter produtos de uso domésticos ( soda cáustica, solventes...) protegidos em lugares altos e fechados e cuidados com fogos de artifícios e fogueiras
Choque	- tomadas descobertas, fios desencapados, aparelhos elétricos em geral	- colocar protetor de segurança em tomadas, não deixar fios soltos no chão ou ligados em aparelhos elétricos
Mordeduras	- cães em geral	- evitar que crianças brinquem com animais que ela não conheça e que podem ser agressivos
Ferimentos	- agressão, uso de objetos cortantes e armas	- manter objetos cortantes e armas fora do alcance das crianças em lugares fechados
Picadas venenosas	- insetos, aranhas e escorpiões dependendo do ambiente onde a criança vive	
Quedas e colisões	- em casa, na rua, na escola, etc...	



**DE 3 ANOS A 7 ANOS**

ACIDENTES	COMO OCORRE	CUIDADOS
Acidentes de trânsito	- transporte inadequado da criança (carro, moto e bicicleta). - falta de orientações de trânsito	- uso adequado do cinto de segurança, capacete em motos e bicicletas - orientações de segurança no trânsito
Afogamentos	- praias, piscinas, lagos, rios e todos os lugares que tenha água que a criança vá sozinha	- segurança e orientações geral sobre os perigos na água
Ferimentos	- risco com armas de fogo	- manter as armas de fogo longe do alcance das crianças - guardar armas e munição separadamente
Intoxicações	- medicamentos, plantas, produtos químicos e álcool.	- Orientações antidrogas, álcool e tabagismo
Mordeduras	- Cães em geral	
Queimaduras	- em geral todo o tipo de queimadura	

**4.5 ANEMIA FERROPRIVA**

- Causada por um defeito na síntese de hemoglobina, a consequência do déficit de ferro é a anemia mais comum em crianças, freqüente em atenção primária.
- A idade mais freqüente de apresentação da anemia ferropriva é entre 06 e 24m, devido ao aumento da necessidade de ferro pelo crescimento e incorporação de alimentos sólidos que, em muitas dietas, carecem de ferro, sendo a etiologia carêncial a mais prevalente.
- Numerosos estudos demonstram que crianças pequenas com anemia ferropriva apresentam resultados inferiores no desenvolvimento corporal, cognitivo e motor.
- A associação de Anemia ferropriva e o déficit cognitivo incentivam a idéia de prevenção da Anemia ferropriva nas crianças, mediante a administração profilática de ferro.

Segundo o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria (A.A. P), há recomendação:

- Administração preventiva de 1mg/kg/dia de ferro ate no máximo 15 mg/dia, em crianças nascidas a termo dos 04 meses aos 02 anos de idade.
- Nas crianças com baixo peso ao nascer, a dose recomendada é de 02 mg/kg/dia, iniciando aos 02 meses terminando aos 12 meses.
- A dose aumenta para 3mg/kg/dia se pesarem entre 1 kg e 1,5kg ao nascer e para 04mg/kg/dia para crianças que pesarem 1kg.

Alem dessa profilaxia, recomendam-se as seguintes medidas gerais de prevenção:

- Estimular o aleitamento materno exclusivo ate o sexto mês e manter o aleitamento ate pelo menos dois anos de idade.
- Na introdução dos alimentos sólidos, oferecer aqueles ricos em ferro (fígado, gema de ovo, grão de bico, espinafre, feijão e carnes vermelhas).
- Em relação à administração de ferro nas crianças é melhor administrá-lo longe das refeições, onde sua absorção é maior. Outra observação importante é orientar mudança da coloração das fezes.

## 4.6 VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA

- Considera-se a violência na infância um problema grave e prevalente na convivência com outras crianças, no relacionamento familiar e ao contato com estranhos.
- Crianças que sofrem maus tratos ou negligência, geralmente são tímidas, sem iniciativas, com medo e tem sua alta estima diminuída.

### OS MAUS TRATOS SÃO DIVIDIDOS NOS SEGUINTE TIPOS:

#### **Maus tratos físicos:**

- **Síndrome do Bebê sacudido:** lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto.
- **Síndrome da criança espancada:** ferimentos inusitados, fraturas, queimaduras ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre mal explicados pelos responsáveis.

#### **Síndrome de Munchausen por procuração:**

- A criança vem para cuidados devido a sintomas e/ou sinais provocados pelos responsáveis

#### **Abuso sexual:**

- Em **80%** dos casos o abusador é um dos pais ou pessoa com algum laço afetivo com a família

#### **Maus tratos psicológicos:**

- Rejeição, depreciação, desrespeito.

**Negligência:**

- Omissão do responsável em prover as necessidades básicas

**COMO ATUAR:****Anamnese inicial:**

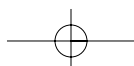
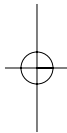
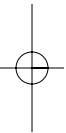
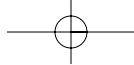
- Tem como finalidade estabelecer uma boa relação entre o profissional e os responsáveis.
- Não acusar, nem censurar, no intuito de proteger a criança de novas agressões.
- A abordagem deve trazer empatia, já que o atendimento tem como um dos objetivos a reorganização dos vínculos familiares.
- O registro dos dados é muito importante, principalmente do ponto de vista legal.

**Notificação:**

- Pode ser da responsabilidade da equipe que assiste a criança, compartilhando com a gerência da unidade.
- Faz-se um relatório e encaminha ao Conselho Tutelar, ou, no caso de não existir na localidade, encaminha-se para qualquer outra autoridade judiciária (Vara da Infância, Vara da família ou Promotoria Pública).
- A notificação ao Conselho não exclui a necessidade de se encaminhar à família para serviços de apoio existentes, complementando a rede de suporte.

**O que mais fazer além de notificar?**

- Os profissionais de saúde não devem deixar para depois as medidas emergenciais (suturas, analgésicos, etc), sendo de grande importância avaliar o risco imediato de recorrência dos maus tratos.
- Todos os casos devem receber atenção especial, mantendo-se o acompanhamento por uma equipe multiprofissional.



# ANEXO

## ANEXO 01

### ROTEIRO PARA ATENDIMENTO NO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DO RECÉM-NASCIDO (P.V.)

- Verificar a informação sobre as crianças do PV no terminal do computador. Zona Rural será avisada por telefone (telefonar ou avisar a mãe através de visita domiciliar sobre o dia e horário da consulta médica agendada).
- Receber o RN na Unidade. Proceder à inscrição na UBS, no programa de puericultura e P.V., conforme Rotina.
- Anotar no prontuário qual o critério de risco:
  - Critérios de risco:
    - Peso ao nascer menor ou igual a 2700 grs;
    - Apgar ao 5º minuto menor ou igual a 07;
    - Idade gestacional menor ou igual a 36 semanas;
    - Idade materna menor que 18 anos;
    - Critério médico.
- Recolher a guia rosa da Declaração do Nascido Vivo e arquivar no prontuário.
- No caso da falta da criança quando agendada, realizar visita domiciliar ou fazer contato telefônico.
- Se possível realizar visita domiciliar, para conhecimento das condições de vida e de moradia da família para orientar conforme a realidade.
- O agendamento mínimo com médico será:
  - 01 consulta na 1ª semana de vida;
  - 02 consultas no 1º mês de vida;
  - Nos meses seguintes, no mínimo uma vez por mês, a critério médico;
  - Alta no 6º mês de vida (a critério médico), continuando nos demais meses com o atendimento de Puericultura.
- Se a criança for a óbito antes desse período, a UBS comunicará a Vigilância Epidemiológica, que manterá um controle deste programa. Se o NIM (Núcleo de Informação em Mortalidade) detectar este óbito antes da UBS, esta será avisada para anotação no livro de acompanhamento.
- Avaliação da criança:
  - Anamnese: verificar junto ao acompanhante da criança as queixas atuais; dúvidas; alimentação; sono; hábitos intestinais e urinários; relacionamento familiar e escolar e outros.

# BIBLIOGRAFIA

- \_\_\_\_\_. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Rotina do programa de puericultura**. Londrina, 1992.
- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002. p. 333-352.
- AKRÉ J. Infant feeding: the physiological basis. **Bull World Health Organization**, Genebra. v.67,1989. Suppl.
- BITAR, M. L. A construção da relação fonoaudiólogo creche. In: BEFI, D. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.
- BLONK, J. D. A puericultura hoje: em enfoque apoiado em evidências. **Pediatria**. Rio Janeiro, 2003; 79. Supl. 1: s 13 – 522.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, 2002. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças de 0 a 2 anos**. Brasília: M. S, 2002.
- CIAMPO, Luiz Antonio Del. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. **Pediatria**, São Paulo, v.16, n. 4, p. 158 - 160. Agosto, 1994.
- DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANI, Elsa. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2.ed. Porto Alegre: ARTMED,1996.
- EUCLYDES, M.P. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**. Viçosa: Jard, 1997. 461p.
- GESSEL, A. **A criança dos 0 aos 5 anos**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- KUBASKI, Luiz Carlos. **Normas de procedimentos para o SIM e o SINASC**. Londrina, 1998.
- LEFÈVRE. **Neurologia infantil**. São Paulo: Sarvier, 1980.
- LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Rotinas pediátricas para o médico geral**. 2. ed. Londrina, 1985. 81 p.
- MARCONDES, Eduardo. **Pediatria em consultório**. São Paulo: Sarvier, 1996.
- MENDONÇA, Claunara S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde da criança. **Momento e Perspectivas em Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 50 - 54. Jul / Dez, 96.
- PALMA, D. ; NÓBREGA, F.J. Alimentação da criança. In: Nóbrega, F.J. **Distúrbios da Nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 11-14.
- PUCCHINI, Rosana F. Fatores de risco para morbidade e desnutrição em crianças acompanhadas em programa de atenção à saúde da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 244 - 250 . 1997.
- ROCHA, Semiramis Melani de Melo. Formação de recursos humanos para assistência à infância: e a reforma sanitária: a situação da enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 36 - 39. Jan / Dez, 1987.
- Rotinas de pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.
- SCHMITZ, Edilza Maria R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneo, 1989.
- SCHVARTSMAN, Samuel. **Acidentes na infância**. Artmed.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Crescendo com Saúde. **Desenvolvimento Editorial**, 1997. V. I e II.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Passaporte para a segurança: prevenção de acidente na infância de 0 a 03 anos**.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO's infant feeding recommendation. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v.70,n.17, p.119-120,1995.