

2. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO À SAÚDE DA CRIANÇA

Karina Machado Siqueira¹

Ana Karina Marques Salge Mendonça²

Julia Carneiro Godoy de Sousa³

Natália Del Angelo Aredes⁴

Thaíla Corrêa Castral⁵

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.

RESOLUÇÃO COFEN nº 546/2017. Compete à Equipe de Enfermagem que atua na área pediátrica, a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 625/2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

Resolução COFEN nº 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

1. INTRODUÇÃO

O presente protocolo foi elaborado para ser um facilitador na assistência à criança e sua família no contexto da Atenção Primária à Saúde, e utiliza como referência principal os eixos e objetivos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

A PNAISC foi publicada em 5 de agosto de 2015, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.130 (BRASIL, 2015) e, está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos, tendo como objetivo:

¹ Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás.

² Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

³ Enfermeira. Mestre, Secretaria Municipal de Saúde - Goiânia/Goiás.

⁴ Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás.

⁵ Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

Os sete eixos estratégicos que compõem a PNAISC tratam de elementos essenciais para a garantia do direito à vida e da atenção integral à saúde infantil, sendo eles: 1. Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido; 2. Aleitamento Materno; 3. Alimentação Complementar Saudável; 4. Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral; 5. Atenção Integral a Crianças, com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas; 6. Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz; Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade; 7. Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno (BRASIL, 2018).

Considerando as diferentes fases da infância e os cuidados específicos, à medida em que a idade avança, relembramos a classificação do Ministério da Saúde (MS) que segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS):

- a) Neonato ou recém-nascido - pessoa desde o nascimento até os 28 dias de vida;
- b) Criança – pessoa na faixa etária de zero até completar 10 anos ou 120 meses;
 - 1. Primeira infância - pessoa de zero até completar 6 anos, ou 72 meses (BRASIL, 2015b, art. 3º). Essa definição da primeira infância está alinhada com o Marco Legal da Primeira Infância, Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016 (BRASIL, 2016).

A finalidade deste documento é apoiar a organização da assistência de enfermagem à população na primeira infância, no contexto da Atenção Primária à Saúde. O recorte desta faixa etária decorre de aspectos epidemiológicos que apontam para a necessidade de uma agenda mais intensificada de cuidados e vigilância em saúde, considerando os dados de mortalidade neonatal, infantil (até um ano de vida) e, em menores de cinco anos.

Segundo os objetivos do desenvolvimento sustentável propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) - Agenda 2030, na saúde da criança espera-se “acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos, e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nascidos vivos”.

2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

A consulta de enfermagem à criança na Atenção Primária à Saúde é de fundamental importância para garantir o alcance de melhores indicadores de saúde e do objetivo geral da PNAISC. O calendário de consultas (apresentado abaixo), pode ser alternado entre as equipes de enfermeiros(as) e médicos(as) da unidade de saúde, e deve utilizar como base a Caderneta de Saúde da Criança.

A Caderneta de Saúde da Criança foi atualizada em 2021 e é dividida em duas versões: menina (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_3ed.pdf); e menino (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_passaporte_cidadania_3ed.pdf), cuja distinção se justifica, exclusivamente, pelos parâmetros dos gráficos de crescimento que são impactados pelo sexo, ao nascer, para determinar conformação corpórea como peso e altura, indicadores que, em média, são maiores em meninos. Não há outras diferenças no conteúdo das versões.

Para auxiliar o(a) enfermeiro(a) na organização da consulta de enfermagem e dos atendimentos gerais à criança na primeira infância, apresentaremos de forma simplificada os seguintes elementos:

1. calendário de consultas mínimas, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020);
2. exame físico no recém-nascido e criança;
3. triagem neonatal e outros testes;
4. avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil;
5. aspectos gerais sobre saúde bucal;
6. recomendações para um ambiente seguro para dormir;
7. calendário básico de imunização;
8. aleitamento materno;
9. alimentação infantil;
10. Suplementação de ferro e vitamina A.

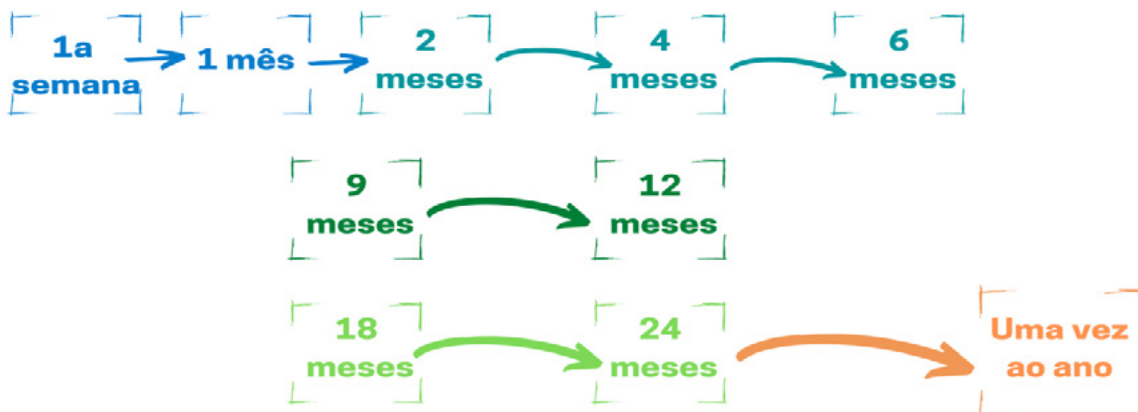
Um outro tópico importante a ser abordado em uma consulta de enfermagem à criança se refere à avaliação e condutas frente aos agravos prevalentes na infância. Como se trata de uma temática ampliada, optamos por não a incluir neste capítulo. No entanto, consideramos oportuno indicar, como material de referência, os manuais da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Os manuais da AIDPI são organizados em duas propostas, sendo AIDPI Neonatal, que contempla a faixa etária de 0 a 2 meses (BRASIL, 2014) e AIDPI Criança, direcionado à faixa etária de 2 meses e 5 anos (BRASIL, 2017). Para as duas versões da AIDPI foram publicados manuais constando apenas os quadros de procedimentos, que colaboram para a consulta ao material de forma mais ágil durante sua prática profissional (BRASIL, 2014a; 2017a).

3. CALENDÁRIO DE CONSULTAS MÍNIMAS

Denominamos consultas mínimas porque o aumento da frequência das avaliações pode ser adotado pelos profissionais de saúde quando identificarem que há necessidade de mais intervenções - seja para fortalecer o vínculo da família com a unidade, promover mais ações de educação em saúde, resolver problemas de saúde identificados nas consultas, acompanhar, com maior proximidade as crianças e famílias em situações de risco e vulnerabilidade social etc.

O Ministério da Saúde estabelece que as consultas durante a primeira infância devem acontecer, minimamente, na periodicidade contida na Figura 1.

FIGURA 1. CALENDÁRIO MÍNIMO DE CONSULTAS À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2020. Ministério da Saúde, Brasil.

Cabe reforçar que as consultas na primeira infância são mais frequentes no início, contemplando duas no primeiro mês de vida - uma na primeira semana, que é fundamental para apoiar o aleitamento materno, prevenir infecções relacionadas ao coto umbilical e dar suporte à família nos primeiros cuidados, além da organização de testes neonatais necessários, que serão abordados a seguir. Outra, ao complementar um mês, na transição de recém-nascido para lactente. E depois, com periodicidade de dois, três ou seis meses até completar 2 anos de vida, que é quando as consultas regulares passam a ser anuais, exceto se a equipe de saúde identificar necessidade de acompanhamento mais frequente.

Diversas condições da população infantil podem configurar situações de vulnerabilidade para saúde da criança e impor acompanhamento mais frequente, com especificidades, podendo, inclusive, necessitar de encaminhamento ao pediatra ou especialista. Essas situações de vulnerabilidade estão apresentadas no Quadro 1.

QUADRO 1. SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE PARA A SAÚDE DA CRIANÇA ACOMPANHADA PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Familiar	Gestacional	Neonatal
Criança residente em área de risco	Mãe com menos de 18 anos de idade	Baixo peso ao nascer (menor que 2500g)
Mais do que três crianças morando no mesmo domicílio	Mãe com baixa escolaridade	Prematuridade (menor que 37 semanas)
Problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança	Ausência de pré-natal	Asfixia grave ou Apgar menor que 7 no quinto minuto
Problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde	Mãe em situação de sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental	Parto difícil ou traumático
Suspeita ou evidência de violência	Problemas de ruptura e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez	Malformação congênita
História familiar de morte de criança com menos de cinco anos de idade	Gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação	Internações/Intercorrências
Separações e lutos na família	Gestação gemelar	Não realização de vacinas
Pais com dificuldade de assumir a parentalidade		Identificação de atraso no desenvolvimento
Famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas)		Aleitamento materno ausente ou não exclusivo

Fonte: Brasil (2012).

Para as crianças com o fator de risco prematuridade, preconiza-se um calendário especial de seguimento ambulatorial detalhado no Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica (Brasil, 2015).

O Quadro 2 apresenta um roteiro para nortear a consulta de enfermagem à criança no contexto da APS.

QUADRO 2. ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Acolhimento com escuta qualificada	
Avaliação global	<p>Verificar:</p> <p>Caderneta de Saúde da Criança; Caderneta de pré-natal da mãe; Resumo de alta hospitalar; Classificar ou confirmar estratificação de risco); Testes de triagem neonatal (orelhinha, olhinho, coraçõzinho, pezinho); Presença de sintomas e queixas; Rede familiar e social; Condições de moradia e exposições ambientais; História nutricional; Antecedentes clínicos; Imunização; Saúde bucal; Alimentação; Eliminações; Sono e repouso; Antecedentes familiares; Crescimento; Desenvolvimento.</p>
Exame físico geral e específico	Detalhamento no Quadro 3.
Fatores de risco ao nascer na consulta ao neonato (AIDPI neonatal)	<p>Alto risco:</p> <p>Peso ao nascer < 2.000g ou ≥ 4.000g Idade gestacional < 35 semanas Temperatura axilar < 36° ou ≥ 37,5°C Desconforto respiratório e/ou frequência respiratória ≥ 60 ou < 30 rpm</p>
Fatores de risco ao nascer na consulta ao neonato (AIDPI neonatal)	<p>Febre materna e/ou corioamnionite Rotura prematura de membranas > 12 horas antes do parto Palidez ou pletora (bebê muito vermelho) Infecção intrauterina (TORCH'S), HIV e Chagas Anomalias congênitas maiores Lesões graves devido ao parto Reanimação com pressão positiva/massagem cardíaca</p> <p>Médio risco:</p> <p>Peso ao nascer ≥ 2.000g e < 2.500g Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas Idade gestacional ≥ 42 semanas Anomalias congênitas menores Reanimação sem pressão positiva RN Pequeno ou Grande para Idade Gestacional</p>
Avaliação, diagnóstico de enfermagem	Levantar sinais e sintomas para formulação do diagnóstico de enfermagem
Orientação	<p>De acordo com os dados obtidos nas etapas anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer à mãe e ou responsável a condição de saúde da criança e tratamento (quando necessário), em linguagem de fácil compreensão; • Estimular o aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade, e complementar até, pelo menos, 2 anos; • Explicar sobre a imunização e mostrar no cartão da criança o calendário das vacinas, realizar vacinar em atraso; • Orientar cuidados com a higiene, sono e desenvolvimento normal da criança; • Sinais de alerta para procurar a Unidade de Saúde.; • Estimulação adequada, quando necessária, para obtenção dos marcos de desenvolvimento; • Cuidados na prevenção de acidentes; • Importância da construção do vínculo afetivo mãe/cuidador(a) com a criança

Registro de enfermagem	As informações obtidas na anamnese e no exame físico, orientações e tratamento, devem ser registradas no prontuário da criança e na caderneta de saúde da criança, inclusive preenchimento dos gráficos de crescimento e tabela de desenvolvimento infantil. Analise a caderneta e os campos próprios para preenchimento que possibilitam um melhor acompanhamento pelos profissionais de saúde e família.
Agendamento retorno ou consultas subsequentes	<p>Para o retorno em bebês < 2 meses:</p> <p>Infecção localizada, diarreia sem desidratação, qualquer problema de alimentação (reavaliar em 2 dias) Baixo risco ao nascer (reavaliar em 3 dias) Problema de nutrição (reavaliar em 7 dias) Problemas de desenvolvimento (geralmente em 30 dias) Retornar de imediato mediante sinais de perigo:</p> <p>Não mama ou bebe mal Vomita tudo Sangue nas fezes ou diarreia Piora ou está mal Febre ou hipotermia Cianose Dificuldade para respirar Ictericia Umbigo com pus Está pouco reativa, largada, ou “não vai bem</p> <p>Para o retorno de bebês > 2 meses e crianças com até 5 anos de idade:</p>
Acolhimento com escuta qualificada	
Agendamento retorno ou consultas subsequentes	<p>Pneumonia ou crise sibilância moderada: 2 dias Diarreia persistente: 5 dias Disenteria: 2 dias Doença febril em área sem risco de malária: 2 dias Malária: 2 dias Doenças infecciosas ouvido ou garganta: 2 dias Problemas de alimentação: 5 dias Peso muito baixo: 5 dias Peso baixo, ganho de peso insuficiente ou peso elevado, anemia: 14 dias Alterações desenvolvimento: 30 dias</p> <p>Sinais de perigo (avaliação imediata)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A criança consegue beber ou mamar no peito • A criança vomita tudo o queingere • A criança apresentou convulsões ou movimentos anormais há menos de 72h • Criança está letárgica ou inconsciente. • Criança apresenta tempo de enchimento capilar >2seg. • Criança apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência.

Fonte: Adaptado de Toso *et al.* (2020); Brasil, Pedebos (2018); Brasil (2017); Brasil (2014).

4. EXAME FÍSICO NO RECÉM-NASCIDO E CRIANÇA

QUADRO 3. ROTEIRO PARA EXAME FÍSICO NO RECÉM-NASCIDO E CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Local	Avaliação e achados esperados	Alterações comuns e anormalidades
Sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar, preferencialmente, quando recém-nascido/ criança estiver tranquilo - Temperatura axilar (mínimo 3 minutos), - Respiração (ritmo e frequência respiratória), pulso (radial ou carotídeo) - Pressão arterial (indicado aferir 1x/ano a partir dos 3 anos ou antes em situações especiais). 	

Local	Avaliação e achados esperados	Alterações comuns e anormalidades
Cabeça	<ul style="list-style-type: none"> - Formato e simetria do crânio e face - Integridade do couro cabeludo; - Suturas: disjuntas simétricas ou assimétricas, justapostas, cavalgadas; - Perímetro cefálico. 	<ul style="list-style-type: none"> ● amoldamento craniano; ● abaulamentos (ex.: bossa serossanguinolenta e cefalohematoma); ● pega de fórceps; ● máscara cianótica; ● craniotabes.
	<p>fontanelas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anterior (bregmática): fecha entre 18-24 meses; - Posterior (lambdóide): fecha por volta de 2 meses. - Avaliar tamanho, tensão. 	<ul style="list-style-type: none"> ● abaulamento (sugere aumento pressão intracraniana) ● depressão (possível desidratação) ● fechamento antes do tempo esperado ● não fechamento após o tempo esperado
Face	<p>olhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspecto e simetria dos olhos - Posição da fenda palpebral - Conjuntiva corada - Esclerótica branca ou levemente azulada - Pupilas isocóricas, - Presença e aspecto de secreção - Lacrimejamento, - Teste do olhinho (reflexo vermelho) 	<ul style="list-style-type: none"> - Edema palpebral, conjuntiva hiperemiada, secreção (devido a instilação nitrato de prata ocular) - Hemorragia subconjuntival - Estrabismo e nistagmo (requer avaliação)
Face	<p>ouvidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forma, a consistência e a implantação dos pavilhões auriculares, - Presença de condutos auditivos externos, fístulas retroauriculares e apêndices pré-auriculares. - Acuidade auditiva (reflexo cócleo-palpebral, teste da orelhinha) 	
	<p>nariz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Localização e permeabilidade nasal, - Pesquisar desvio de septo nasal - Presença e aspecto de secreção, 	Batimento de asas nasais (indicador dificuldade respiratória)
	<p>boca e faringe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeção dos dentes e gengivas, face interna das bochechas, língua, palatina e palato, - Cloração e integridade da mucosa e palato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dentes supranumerários - Pérolas de Epstein - Saliva espessa (pode indicar desidratação), sialorreia (sugere pesquisar atresia de esôfago) - Fenda palatina ou lábio leporino, tumores, macroglossia, micrognatia
Pescoço	<ul style="list-style-type: none"> - Palpar a parte mediana do pescoço (pesquisar crescimento anormal da tireoide (bócio) e a presença de fístulas, cistos e restos de arcos branquiais. - Na lateral, verificar a presença de estase jugular e palpar o músculo esterno cleido mastoideo para verificar a presença de contraturas 	<ul style="list-style-type: none"> - Torcicolo congênito, - Higroma cístico

Tórax	- Forma, simetria, deformidades, - Mamilos (número, simetria, secreção, tecido areolar, integridade, nódulos), - Medir perímetro torácico.	- Ingurgitamento mamário
	pulmão: - Percussão e ausculta em toda a extensão pulmonar, - Expansibilidade torácica - Avaliação do uso de músculos acessórios, - Tipo e ritmo respiratório	- Apneia (pausa 20 segundos ou menor, desde que associada à cianose ou à bradicardia) - Tiragem subcostal/intercostal - Ruídos adventícios - Assimetrias
	coração: - Ausculta de frequência, intensidade, ritmo e qualidade do batimento; - Presença de cianose e edema - Palpação pulso - Teste do coraçãozinho	- Sopros (requer avaliação)
Abdômen	- Condições do coto umbilical (recém-nascido): queda esperada 6-15 dia, presença de duas artérias e uma veia, - Alterações globais de forma, volume, presença de hérnias umbilicais, inguinais e ventrais. - Ausculta ruídos hidroaéreos - Percussão e palpação superficial e profunda - Observar presença de dor e rigidez.	- Artéria umbilical única (anomalias renais ou genéticas) - Infecção coto umbilical (risco de onfalite) - Abdômen distendido (sugere obstrução) - abdômen escavado (pesquisar hérnia diafragmática) - Defeitos parede abdominal (onfalocele e gastrosquise) - Massas abdominais
Pele e mucosas	- Elasticidade, coloração, lesões e hidratação. - Recém-nascido: lisa, macia, rósea e opaca. Comum observar: lanugem, vérnix caseoso e milium sebáceo, miliária, mancha mongólica, eritema tóxico, hemangioma.	- Cor amarelada (icterícia) - Petéquias, pústulas - Palidez - Cianose - Turgor reduzido - Distribuição anormal cabelos ou pregas aumentadas
Local	Avaliação e achados esperados	Alterações comuns e anormalidades
Genitália	Masculina: - Integridade da pele e mucosa, edema, secreção e esmegma, comprimento do pênis, localização orifício uretral - Fimose fisiológica - Presença testículos na bolsa escrotal (ectópicos uni ou bilateralmente), Feminina: - Integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema em grandes ou pequenos lábios, - Secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucóide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida)	Masculina: - Hipospádia (meato uretral abre na superfície ventral do pênis, escroto ou períneo) - Epispádia (abertura da uretra seja na parte superior do pênis) - Criptorquidia (ausência testículo na bolsa escrotal). Se ausente no canal inguinal suspeitar de genitália ambígua - Bálano (inflamação do prepúcio e glândula devido ao estreitamento do prepúcio, fimose ou contaminação por urina, fezes e sujeiras), - Presença de hérnias, hidrocele, fístulas Feminina: - Fístula
Ânus	- Inspeção (períneo liso e pérvio) - Eliminações (frequência e característica)	- Fístula ou fissuras.
Membros superiores e inferiores	- Tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, fraturas, presença de massas, - Linha palmar e plantar - Manobra de Ortolani	- Deformidades ou malformações (pés tortos, sindactilia, polidactilia, paresias, paralisias, luxações congênicas de quadril) - Presença prega simiesca (sugestivo Síndrome de Down)
Dorso e coluna vertebral	- Simetria do dorso e dos glúteos - Postura, mobilidade e curvatura	- Simetria do dorso e dos glúteos - Postura, mobilidade e curvatura

Sistema nervoso	<p>- Principais reflexos primitivos e quando desaparecem: sucção (continua na vida adulta), busca (torna-se voluntário após 3 semanas), marcha (2 meses), preensão plantar (8 meses) e palmar (4-6 meses), reflexo de Moro (6 meses), reflexo de Babinski (2 anos).</p> <p>- Importante observar simetria e força da resposta</p>	<p>- Resposta diferente do esperado ou a persistência do reflexo para além da idade esperada requer avaliação por especialista</p>
------------------------	---	--

Fonte: Brasil (2014); Duarte; Braga (2011).

5. TRIAGEM NEONATAL

Programa Nacional de Triagem Neonatal

O Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN foi criado em 6 de junho de 2001 (Portaria GM/MS nº 822). É um programa de rastreamento populacional, que tem como objetivo geral identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno, para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2016). Os seguintes testes estão incluídos no PNTN:

Teste do Pezinho

Deve ser realizado, preferencialmente, do 3º ao 5º dia de vida do recém-nascido, para triar as doenças como Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência da Biotinidase (Portaria GM/MS nº 22, de 15 de Janeiro de 1992). É realizada uma punção na lateral da região plantar do calcanhar do bebê e as gotas de sangue são depositadas uma a uma, sem sobreposição, em um papel filtro para posterior análise laboratorial (BRASIL, 2016).

Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha)

A triagem auditiva neonatal (Lei Federal nº 12.303/2010), é realizada por meio do exame de Emissão Evocada Otoacústica. É um exame importante para detectar se o recém-nascido tem problemas de audição. Após a sua realização é possível iniciar o diagnóstico e o tratamento das alterações auditivas. Quanto mais precocemente as perdas auditivas são detectadas, menor a chance de comprometimento do desenvolvimento do bebê. É rápido, indolor e não tem contraindicação. Deve ser realizado nos primeiros dias de vida (24 a 48 horas) e, no máximo, no primeiro mês de vida (BRASIL, 2016).

Triagem Visual Neonatal (Teste do Reflexo Vermelho ou Teste do Olhinho)

O Teste do Olhinho (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012), é um exame simples, rápido, indolor e contempla ações de prevenção e de identificação precoce de deficiência visual. É uma ferramenta de rastreamento de alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares, tais como catarata (alteração da transparência do cristalino), glaucoma (alteração da transparência da córnea), toxoplasmose (alteração da transparência do vítreo pela inflamação), retinoblastoma (alteração da transparência do vítreo pelo tumor intraocular), descolamentos de retina tardios (BRASIL, 2016).

Teste de Oximetria de Pulso (Teste do Coraçãozinho)

O Teste do coraçãozinho (Portaria nº 20 de 10 de junho de 2014), é capaz de detectar, precocemente, cardiopatias graves e diminuir o percentual de recém-nascidos que recebem alta sem o diagnóstico de problemas que podem levar ao óbito, ainda no primeiro mês de vida. É recomendado para todos os recém-nascidos com mais de 34 semanas de idade gestacional. Além disso, é importante

que seja feito, preferencialmente, entre 24 e 48 horas após o nascimento. Consiste em um exame não invasivo, simples, indolor e rápido realizado com um aparelho chamado oxímetro. Tem o objetivo de identificar manifestações de cardiopatias congênitas (BRASIL, 2016).

Teste de Linguinha

Nos recém-nascidos, as limitações dos movimentos da língua (presença do frênulo lingual), podem dificultar a amamentação e levar ao desmame precoce. Há interferência na maneira de sugar, mastigar, engolir e na fala. A realização do teste da linguinha (Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014), possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos causadas pela língua presa. É realizado por meio da aplicação do Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual, com escores para bebês. (MARTINELLI, 2013; BRASIL, 2016).

QUADRO 4. SÍNTESE SOBRE OS TIPOS DE TESTES DE TRIAGEM NEONATAL E RECOMENDAÇÕES PARA SUA REALIZAÇÃO

Tipo de teste	Recomendações para realização do teste
Teste do pezinho	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar, preferencialmente, entre o 3º e 5º dia de vida do recém-nascido; - Lavar as mãos antes de calçar as luvas de procedimento; - O calcanhar do recém-nascido deve sempre estar abaixo do nível do coração; - Massagear bem o local, ativando a circulação; - Puncionar, com lanceta apropriada, para a coleta de sangue periférico em uma das laterais da região plantar do calcanhar; - Aguardar a formação de uma grande gota de sangue. Retirar com algodão seco ou gaze esterilizada a primeira gota que se formou; - Encostar o verso do papel-filtro na nova gota que se forma na região demarcada para a coleta (círculos), e fazer movimentos circulares com o cartão; - Repetir a mesma operação até que todos os círculos estejam totalmente preenchidos; - Secar à temperatura ambiente (15° a 20°C, por cerca de 3 horas), em dispositivo próprio ou superfície plana, isolada, e que a área contendo sangue fique livre de qualquer contato. A posição horizontal permite a distribuição do sangue de forma homogênea; - Enviar a amostra em envelope específico para posterior análise laboratorial
Teste do olhinho	<ul style="list-style-type: none"> - Realizado, utilizando um oftalmoscópio direto, a 30 cm do olho do paciente, em sala escurecida; - Não há necessidade de uso de colírios; - Após serem atingidos pelo reflexo de luz, os olhos refletirão tons de vermelho, laranja ou amarelo, na presença de retinas saudáveis.
Teste do coraçãozinho	<ul style="list-style-type: none"> - Realizado, utilizando um oxímetro de pulso; - Os sensores são colocados na mão direita e em um dos pés do recém-nascido para medir a concentração de oxigênio no sangue arterial da criança; - Aquelas crianças que apresentarem alterações são encaminhadas para exame mais específico, o ecocardiograma, para diagnóstico e tratamento.
Teste da linguinha	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual com escores para bebês; - Possui pontuações independentes e pode ser aplicado por partes, até o 6º mês de vida; - Se a soma total dos escores da avaliação anatomofuncional do protocolo for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua e orientar a família sobre a necessidade da cirurgia.
Teste da orelhinha	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual com escores para bebês; - Possui pontuações independentes e pode ser aplicado por partes, até o 6º mês de vida; - Se a soma total dos escores da avaliação anatomofuncional do protocolo for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua e orientar a família sobre a necessidade da cirurgia.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2016).

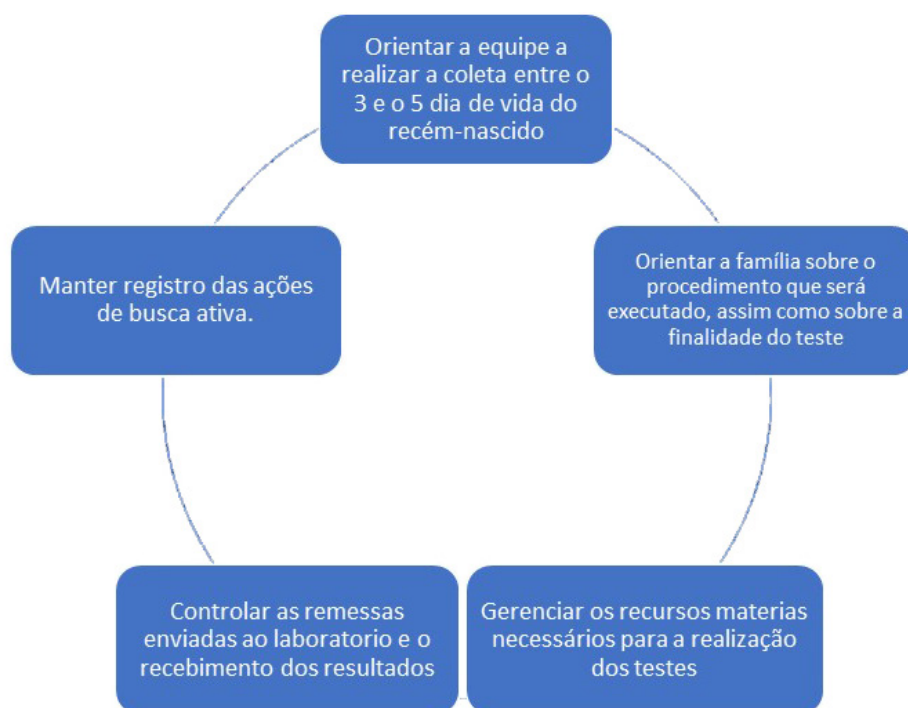
QUADRO 5. SÍNTESE SOBRE COLETAS ESPECIAIS EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO, DE BAIXO PESO AO NASCER E GRAVEMENTE ENFERMOS

Particularidades a serem consideradas: recém-nascidos pré-termos têm volume de sangue pequeno, entre 80 ml/kg e 90 ml/kg de seu peso corporal, portanto as coletas de sangue devem ser otimizadas, para reduzir possíveis danos a tais recém-nascidos (20 µL a 100 µL são suficientes por amostra). Além disso, as punções de calcanhar devem ser evitadas, sendo recomendada a coleta de sangue venoso periférico, não utilizando linhas venosas de infusão de medicamentos ou nutrição parenteral. É recomendada uma triagem seriada, com a obtenção de, pelo menos, três amostras em tempos diferentes, podendo chegar a até quatro ou cinco amostras, se necessário.	
Primeira amostra	- Deverá ser obtida por punção venosa logo na admissão do recém-nascido pré-termo à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, antes da utilização de nutrição parenteral, transfusão de hemoderivados e/ou início de tratamento intensivo com esteroides, amins vasoativas, antibióticos etc.
Segunda amostra	- Deverá ser obtida entre 48 e 72 horas de vida do recém-nascido que se mantém internado, também por punção venosa, independentemente de sua condição clínica
Terceira amostra	- Deverá ser obtida logo à alta do recém-nascido, ou aos 28 dias de vida do bebê retido em hospital, o que ocorrer primeiro; essa terceira amostra para triagem neonatal tem foco principalmente em pré-termos com menos de 34 semanas de idade gestacional ou peso menor que 2.000 gramas ao nascimento, pela maior imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide e risco relacionado de perda diagnóstica por resultado falso negativo.
Situações especiais relacionadas com a interpretação dos resultados das amostras obtidas:	
<ul style="list-style-type: none"> - Condições maternas que afetam a triagem neonatal no recém-nascido; - Condições que afetam a triagem neonatal do recém-nascido retido; - Tratamentos que afetam a triagem neonatal dos recém-nascidos retidos; - Outros fatores que podem influenciar no resultado da triagem neonatal em recém-nascidos. 	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

O profissional de enfermagem, designado como responsável pela coleta em cada unidade, é a pessoa que será acionada pelo Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), toda vez que o contato com a família se fizer necessário. A Figura 2 apresenta as principais funções deste profissional.

FIGURA 2. ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUE ATUA EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL.



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

6. AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental, e tem destaque em um dos eixos da política nacional (PNAISC, 2015). Para garantir o acompanhamento da vigilância dessas variáveis, a Caderneta de Saúde da Criança possui campos próprios que devem ser cuidadosamente preenchidos, em completude, pelos profissionais de saúde.

Avaliação do crescimento

O crescimento infantil é medido a partir das variáveis: peso (kg), estatura ou comprimento (cm), índice de massa corporal (IMC) (m/kg²) e perímetro cefálico (cm), até os dois (2) anos de idade - período esperado para o fechamento da fontanela anterior. Os gráficos possuem a idade em meses, no eixo horizontal, e as medidas de acordo com cada variável no eixo vertical além de serem próprios para o sexo feminino e masculino, uma vez que o sexo, ao nascer, incorre em diferentes parâmetros de crescimento esperado.

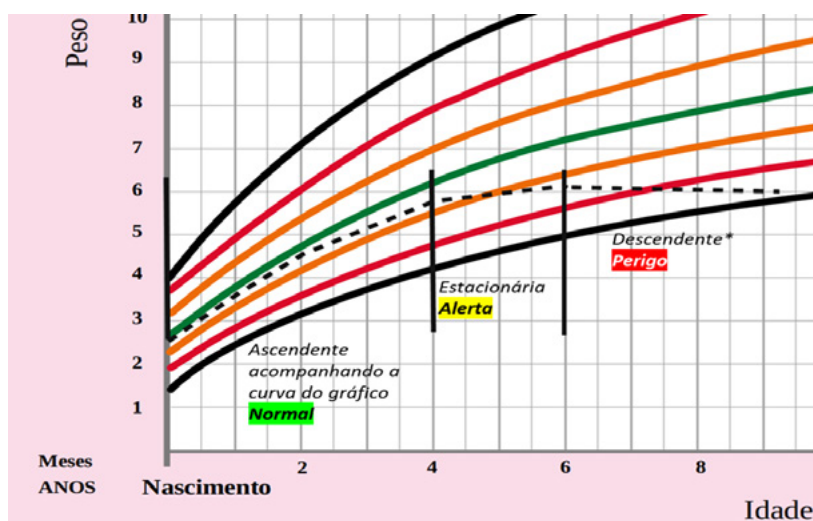
Os gráficos representam a distribuição das crianças em uma determinada população e orientam limites de normalidade por idade. Esses limites são representados por percentis ou desvios padrão, denominados escores Z, e explicaremos a partir deste referencial que orienta os limites impressos nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança.

O limite de normalidade do peso, estatura ou comprimento e perímetro cefálico está contido entre os escores +2 e -2, ou seja, sempre que os pontos marcados (representando os dados antropométricos da criança) estiverem entre +2 e -2, demonstram estar nos padrões de normalidade. Nos gráficos de perímetro cefálico e IMC, os escores +1 e -1 indicam sinais de alerta, que podem ser investigados antes de avançar para os limites +2 e -2 (leia as legendas contidas no cabeçalho do próprio gráfico para mais informações).

Os limites +2 e -2 são identificados por linhas vermelhas, sendo que as +1 e -1, de alerta, são amarelas. A linha verde representa a mediana (escore 0) e, é comumente confundida como a única meta possível de normalidade - oriente as famílias e os demais profissionais de que o escore 0 apenas representa a mediana - ou seja, em uma distribuição normal de peso entre crianças de uma dada população, espera-se que metade das crianças tenha pontos de peso abaixo desta linha (50%), e a outra metade acima dela (50%), em geral se mantendo entre +2 e -2, que representa os percentis 3 e 97%.

Além do intervalo de normalidade, é preciso interpretar o comportamento das curvas formadas a partir dos pontos. Curvas ascendentes que mantêm a tendência das curvas do gráfico representam dados satisfatórios, sendo que linhas horizontais representam alerta e curvas descendentes representam perigo (Figura 3).

FIGURA 3: EXEMPLO DE PREENCHIMENTO E ANÁLISE DAS CURVAS NOS GRÁFICOS DE CRESCIMENTO



Fonte: BRASIL (2020). Gráfico de peso adaptado com exemplo elaborado pelas autoras.

O alerta, neste gráfico de peso, indica que o lactente deixou de ganhar peso, ou seja, estagnou o crescimento do peso dos 4 aos 6 meses, a partir de quando passou a perder peso. O alerta identificado aos 6 meses demanda ações da equipe de saúde para investigar a possível causa e orientar sobre intervenções de ganho de peso, amamentação e alimentação. Cabe ressaltar que até os 7 meses o peso da criança não havia cruzado a linha -2, mas já não mais indicava um parâmetro normal devido ao desenho da curva.

Observação: *O recém-nascido geralmente perde 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida (perda esperada e fisiológica), depois ganha de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida, e triplica o peso de nascimento até o 12º mês de vida.*

Após a interpretação dos gráficos de crescimento, o AIDPI orienta a conduta de acordo com os seguintes critérios apresentados a Figura 4:

FIGURA 4. AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA RELACIONADA AO PESO DA CRIANÇA

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Emagrecimento ou • Edema em ambos os pés 	DESNUÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir, controlar e se necessário tratar a hipoglicemia. • Prevenir a hipotermia (manter a criança agasalhada). • Dar megadose de vitamina A, caso a criança tenha recebido há mais de 30 dias. • Referir URGENTEMENTE ao hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para a idade < -3 escores z 	PESO MUITO BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a alimentação da criança e possíveis causas de desnutrição • Aconselhar a mãe a tratar a criança de acordo com dietas especiais • Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. • Retorno com cinco dias. • Orientar sinais de retorno imediato.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para a idade < -2 e ≥ -3 escores z ou • Tendência da curva peso/idade horizontal ou descendente 	PESO BAIXO ou GANHO DE PESO INSUFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso baixo • Orientar a alimentação adequada. • Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. • Marcar retorno em duas semanas. • Orientar sinais de retorno imediato.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para a idade > +2 escores z 	PESO ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso elevado • Orientar a alimentação adequada • Verificar e estimular a prática de atividade física. • Uso profilático de ferro em menores de 24 meses. • Marcar o retorno em duas semanas. • Orientar sinais de retorno imediato.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para a Idade ≤ +2 e ≥ -2 escores z 	PESO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar à mãe pelo crescimento de seu filho. • Reforçar as recomendações para uma alimentação saudável de acordo com o quadro: Recomendações a respeito da alimentação da criança • Uso profilático de ferro em menores de 24 meses

Obs.: é importante ressaltar que as crianças cujo PESO ADEQUADO PARA A IDADE encontra-se entre o +1 e +2 escores z são consideradas como risco de sobrepeso; portanto, nestes casos, deve-se estimular alimentação saudável e prática de atividade física regular.

* As crianças classificadas como PESO MUITO BAIXO com alguma infecção associada (ex.: pneumonia, diarreia, otite) apresentam maior risco de complicações e morte. Por isso, elas devem ser cuidadosamente avaliadas e classificadas e, caso existam dúvidas se o tratamento ou seguimento será cumprido, devem ser referenciadas para tratamento hospitalar.

** Caso o peso/idade esteja acima de escore z +3: referir para atenção especializada.

Fonte: AIDPI criança (2017), pg. 76.

Avaliação do desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento requer análise cuidadosa e registro dos avanços alcançados pela criança ao longo do tempo para:

1. identificar precocemente eventuais alterações e fatores de risco, encaminhando e iniciando intervenções;
2. apoiar o estímulo ao desenvolvimento por meio de brincadeiras, disponibilidade de objetos e exploração do ambiente, posicionamento e interações;
3. acompanhar o progresso da criança de forma individualizada.

Durante as consultas, é importante perguntar para a mãe/cuidador sobre fatores associados ao desenvolvimento da criança que podem caracterizar risco e observar achados do seu exame físico (listados abaixo), finalizando com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária - que devem ser registrados no quadro de desenvolvimento.

QUADRO 6. FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL, SEGUNDO ASPECTOS DE EXAME FÍSICO E ANAMNESE

Fatores de risco ao desenvolvimento
<ul style="list-style-type: none">• Ausência ou pré-natal incompleto• Problema na gestação, parto e nascimento• Prematuridade (menor de 37 semanas)• Peso abaixo de 2.500 gramas• Icterícia grave e hospitalização no período neonatal• Meningite, traumatismo craniano e convulsões• Parentesco entre os pais• Deficiência ou doença mental na família• Violência doméstica• Depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa• Suspeita de abuso sexual• Perímetro cefálico menor – 2 escore Z, ou maior que +2 escore Z• Alterações fenotípicas: fenda palpebral oblíqua, olhos afastados, implantação baixa das orelhas e lábio leporino, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e 5º dedo da mão curto e recurvado (BRASIL, 2020)

Fonte: Brasil (2020).

O quadro de desenvolvimento da caderneta deverá ser preenchido da seguinte forma:

P - Marco presente

A - Marco ausente

NV - Marco não verificado

Observação: Podem ser necessários alguns objetos ou brinquedos na avaliação dos marcos do desenvolvimento e, portanto, a criança precisa se sentir à vontade, confortável e estar em um ambiente tranquilo. Alguns marcos poderão ser relatados pela mãe/cuidador, mas o ideal é a verificação pelo profissional durante as interações com a criança.

A nova versão da Caderneta de Saúde da Criança apresenta cores para os marcos esperados por idade. Quando há mais de um quadrado colorido em um mesmo marco, significa o período mínimo e máximo esperado para que a criança desenvolva cada habilidade, sendo importante reforçar que as crianças podem ter variações entre si de quando, efetivamente, apresentarão um marco, mas este parâmetro auxilia no reconhecimento precoce de um possível ou potencial problema de desenvolvimento.

Abaixo são apresentados a Figura 5 de avaliação, classificação e condutas relacionadas ao desenvolvimento infantil, que tem como fonte a Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2021), e a Figura 6 demonstrando um exemplo de preenchimento do quadro de desenvolvimento infantil. É preciso preencher o quadro de desenvolvimento infantil, para então analisar os dados e definir a conduta - reforçando a importância da vigilância do desenvolvimento com registro na caderneta.

FIGURA 5. AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E CONDUTAS RELACIONADAS AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores;</p> <p>ou</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*;</p> <p>ou</p> <p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	<p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos).</p> <p>ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	<p>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>	<p>DESENVOLVIMENTO ADEQUADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

Fonte: BRASIL (2021). Caderneta de Saúde da Criança.

FIGURA 6. EXEMPLO DE PREENCHIMENTO DO QUADRO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL CONTIDO NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses						
		0	1	2	3	4	5	6
Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.	P						
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.	P						
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.	P						
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.	P						
Sorri quando estimulada	Sorría e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.		P					
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.		P					
Emite sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa.		P					
Movimenta os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.		P					
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe o faça.			P	P			
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.			P	P			
Emite sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).			A	A	P		
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.			A	A	A		
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.					P		
Leva objetos a boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva a boca.					P		
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.					P		
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.					P		

Fonte: (BRASIL, 2021) - Adaptado com exemplo elaborado pelas Autoras.

Legenda: P - presente; A - ausente. Destaque em amarelo - alerta para o desenvolvimento. Destaque com fonte vermelha - provável atraso no desenvolvimento.

7. ASPECTOS GERAIS SOBRE SAÚDE BUCAL

O nascimento dos primeiros dentes se inicia, na maioria das crianças, entre o 5º e 6º mês de vida. Aos 3 anos, geralmente, já apresentam todos os 20 dentes decíduos. Em torno dos 6 anos, se inicia a troca desses dentes pelos permanentes (BRASIL, 2014).

Antes dos dentes aparecerem na boca, pode-se realizar, quando necessário, a limpeza da boca e gengivas apenas uma gaze ou pano limpo com água.

Depois da erupção dos primeiros dentes de leite, a higiene oral do bebê deve ser realizada da mesma maneira que a dos outros membros da família, isto é, como ao acordar, pela manhã e antes de dormir, à noite, e, se possível, depois das refeições. Uma escova especial para crianças é necessária, idealmente, com uma cabeça pequena e cerdas super macias. Os adultos devem ser orientados a escovar os dentes ou realizar a supervisão, quando a criança já consegue escovar sozinha.

A Associação Brasileira de Odontopediatria recomenda o uso de pastas de dentes com flúor em bebês e crianças que não sabem cuspir, na quantidade equivalente a um grão de arroz – 0,1g. Para os que sabem cuspir, a quantidade equivalente a um grão de ervilha – 0,3g. Deve-se atentar para a não ingestão de pasta com flúor em maior quantidade que a recomendada. Além disso, deve-se incentivar a criança a cuspir a pasta (BRASIL, 2020; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2016). A presença de flúor no creme dental é muito importante para prevenir cárie dentária (mínimo 1000ppm/flúor). A maior parte dos dentes de leite são espaçados. Caso eles estejam muito juntos um do outro e a escova não consiga alcançar certas áreas, é recomendado passar, gentilmente, o fio dental entre eles.

8. RECOMENDAÇÕES PARA UM AMBIENTE SEGURO PARA DORMIR

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é responsável por cerca de 37% das mortes súbitas e inesperadas ao ano, em bebês, nos Estados Unidos. A causa ainda é desconhecida, mas sugere-se a influência de três fatores simultâneos: um bebê vulnerável, uma fase crítica do desenvolvimento e um estressor externo. Estudo recente encontrou uma diminuição da enzima colinérgica Butirilcolinesterase em bebês vítimas da morte súbita, indicando um possível biomarcador de disfunção do sistema colinérgico (HARRINGTON; HAFID; WATERS, 2022).

Para prevenção da SMSL deve-se orientar (AAP, 2016; MS, 2011):

- Colocar o bebê em posição supina (barriga para cima), sempre que for dormir, até 1 ano de idade.
- Colocar o bebê para dormir em um colchão firme. O carrinho e cadeirinha não são locais seguros para o bebê dormir.
- Levar o bebê para dormir no mesmo quarto dos pais.
- Não deixar objetos dentro do berço do bebê (ex.: travesseiros, almofadas, protetores de berço, bichos de pelúcia).
- Evitar a exposição ao cigarro, álcool, e drogas ilícitas na gestação e após o parto.
- Amamentar o bebê.
- Colocar e supervisionar o bebê de barriga para baixo quando estiver acordado durante alguns períodos do dia para prevenir o achatamento da cabeça e favorecer o desenvolvimento
- Realizar todas as vacinas preconizadas.
- Não superaquecer o bebê. Utilizar apenas uma camada a mais de roupa do que um adulto estiver usando.

A prática da cama compartilhada é bastante controversa entre os especialistas quanto a associação com a SMSL. Devem ser considerados seus benefícios para a amamentação e vínculo, bem como maior risco de SMSL na presença de pais que fumam, usam drogas, álcool ou bebês prematuros (MARINELLI *et al.*, 2019).

9. CALENDÁRIO BÁSICO DE IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil tem avançado a cada ano, promovendo melhor qualidade de vida à população, pela prevenção de doenças. Oferece vacinas seguras, adotadas como estratégia de saúde pública para proteger crianças e adultos de doenças infecciosas.

Em todas as consultas de CD, os profissionais devem conferir o estado vacinal da criança, de acordo com a faixa etária e encaminhá-la para sala de vacina, a fim de atualizar a caderneta de vacinação. Demais atendimentos realizados, igualmente, devem ser encarados como oportunidade para checagem da caderneta de vacinação, com intuito de identificação de vacinas em atraso e resgate das doses. O controle, por meio da busca ativa das crianças com doses de vacinas atrasadas, também deve fazer parte da estratégia da APS.

Como as vacinas possuem muitos aspectos técnicos importantes, e o calendário básico de vacinação tem atualizações frequentes, indicamos documentos técnicos para consulta:

Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf
Calendário Básico Nacional de Imunização.	calendarioacionalvacincacao2021.pdf (saude.go.gov.br)
Aspectos imunológicos das vacinas, cuidados com a sala de vacinas, registros e boas práticas nos procedimentos.	
Imunobiológicos especiais oferecidos a populações infantis específicas, como por exemplo, prematuros egressos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.	manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf (saude.gov.br)

10. ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno, exclusivo é recomendado até 6 meses de idade, e complementar até 2 anos ou mais. O leite materno é um alimento completo porque contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê; possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não se encontram no leite de vaca e em nenhum outro leite.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno pode ser classificado em:

- Aleitamento materno exclusivo: somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- Aleitamento materno: leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado: além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- Aleitamento materno misto ou parcial: leite materno e outros tipos de leite.

A amamentação deve ser abordada pelo enfermeiro no período pré-natal e puerperal, na unidade de saúde e no domicílio, com destaque para alguns temas:

- a) Não existe leite fraco; o leite materno é rico em calorias e nutrientes, independentemente do tamanho da mama, o estado nutricional e condição social materna.
- b) O leite humano é adequado, completo, equilibrado e suficiente para o bebê de qualquer mulher. Existem diferentes fases do leite: colostro, transição e maduro.
- c) A apojadura (descida do leite) geralmente ocorre entre o 3o e 5o dia após o parto. É comum que as mamas fiquem cheias, pesadas e desconfortáveis. É importante prevenir o ingurgitamento mamário e traumas mamilares.
- d) Existem diferentes posições para amamentar. A dor é um sinal que a pega está incorreta.
- e) O uso de bicos e mamadeiras podem atrapalhar a amamentação e favorecer o desmame precoce. É importante que a gestante/puérpera aprenda formas de acalmar o bebê, identificar sinais precoces de fome, e métodos alternativos de oferecer o leite materno.
- f) Mamilo plano ou invertido pode dificultar a amamentação, mas não a impedir. Não é recomendado o exercício no mamilo ou seringa, uso de bico de silicone e buchas. Diferentes posições para amamentar podem facilitar a sucção do bebê.

g) O tempo que o bebê fica no peito varia de criança para criança. O importante é que a mãe respeite o ritmo da criança, e dê tempo para que ela retire bastante leite de uma mama, até que ela fique macia antes de passar para a outra. Nem sempre a criança suga as duas mamas em uma mamada. A criança deve sugar até ficar satisfeita (pare de sugar, solte a mama ou adormeça). Na próxima mamada, a mãe pode iniciar pela mama que foi oferecida por último (caso tenha oferecido as duas), ou pela mama que não foi oferecida.

O enfermeiro deve avaliar a mamada em toda a consulta, identificar e corrigir os sinais de dificuldade, conforme Quadro 7.

QUADRO 7. AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possíveis dificuldades
POSTURA CORPORAL <input type="checkbox"/> mãe relaxada e confortável, com costas e pés apoiados <input type="checkbox"/> bebê próximo, de frente para o seio <input type="checkbox"/> cabeça e corpo do bebê alinhados <input type="checkbox"/> queixo do bebê tocando o seio <input type="checkbox"/> nádegas do bebê apoiadas <input type="checkbox"/> mãe segura o seio em forma de C	<input type="checkbox"/> ombros tensos, deita sobre o bebê <input type="checkbox"/> bebê longe da mãe <input type="checkbox"/> pescoço do bebê torcido <input type="checkbox"/> queixo do bebê não toca o seio <input type="checkbox"/> só ombro ou cabeça apoiado <input type="checkbox"/> mãe segura o seio em forma de tesoura
POSTURA CORPORAL <input type="checkbox"/> mãe relaxada e confortável, com costas e pés apoiados <input type="checkbox"/> bebê próximo, de frente para o seio <input type="checkbox"/> cabeça e corpo do bebê alinhados <input type="checkbox"/> queixo do bebê tocando o seio <input type="checkbox"/> nádegas do bebê apoiadas <input type="checkbox"/> mãe segura o seio em forma de C	<input type="checkbox"/> nenhuma resposta ao seio <input type="checkbox"/> não busca o seio <input type="checkbox"/> bebê não interessado no seio <input type="checkbox"/> bebê inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> bebê escorrega do seio <input type="checkbox"/> não há sinais de saída de leite
VÍNCULO EMOCIONAL <input type="checkbox"/> carrega de forma segura e confiante <input type="checkbox"/> atenção da mãe face a face <input type="checkbox"/> muito toque materno	<input type="checkbox"/> nervosa ou carrega vacilante <input type="checkbox"/> contato olho no olho ausente <input type="checkbox"/> pouco tempo <input type="checkbox"/> sacolejando o bebê
ANATOMIA <input type="checkbox"/> seios macios após mamada <input type="checkbox"/> mamilos exteriorizados, protácteis <input type="checkbox"/> pele parece saudável <input type="checkbox"/> seios parecem redondos após mamada	<input type="checkbox"/> seios ingurgitados <input type="checkbox"/> mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> fissuras ou vermelhidão da pele <input type="checkbox"/> seios parecem estirados ou caídos
SUCÇÃO <input type="checkbox"/> boca bem aberta <input type="checkbox"/> lábio inferior virado para fora <input type="checkbox"/> língua acoplada em torno do seio <input type="checkbox"/> bochechas redondas <input type="checkbox"/> mais aréola acima da boca do bebê <input type="checkbox"/> sugadas lentas e profundas, ruídas e pausas <input type="checkbox"/> pode-se ver ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> boca pouco aberta, aponta para frente <input type="checkbox"/> lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> língua do bebê não visível <input type="checkbox"/> bochechas tensas ou para dentro <input type="checkbox"/> mais aréola abaixo da boca do bebê <input type="checkbox"/> apenas sugadas rápidas <input type="checkbox"/> ouve-se ruídos altos
TEMPO GASTO NA SUCÇÃO <input type="checkbox"/> bebê solta o seio <input type="checkbox"/> bebê sugou __ min	<input type="checkbox"/> mãe retira o bebê do seio

Fonte: Vieira, Costa e Gomes (2015).

O Quadro 8 apresenta os problemas mais comuns na amamentação, e como realizar a prevenção e o manejo em cada situação.

QUADRO 8. PROBLEMAS MAIS COMUNS NA AMAMENTAÇÃO

Problema	Definição	Causas	Prevenção e manejo
Ingurgitamento mamário	O ingurgitamento pode ser fisiológico, geralmente quando a mama fica cheia na descida do leite (apojadura), não sendo necessário intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida e, às vezes, é acompanhado de febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas, com caroços, e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite, muitas vezes, não flui com facilidade.	Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê.	<ul style="list-style-type: none"> - AME em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, logo após o parto; - Suporte emocional; - Massagem, particularmente nas regiões mais afetadas, e ordenha manual de alívio; - Compressas frias (não mais de 20 minutos) após as mamadas; - Uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes; - Uso de analgésicos sistêmicos/ anti-inflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol) se dor.
Trauma mamilar	Eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses	Pega e/ou posicionamento incorretos, uso de bico de bicos de silicone.	<ul style="list-style-type: none"> - AME em livre demanda; - Identificação da causa e correção; - Suporte emocional; - Massagem e ordenha manual de alívio antes da mamada para deixar mamilo macio; - Iniciar a mamada pela mama não machucada ou menos dolorida; - Ordenhar o leite e oferecer pelo copinho, até que a amamentação seja tolerada na mama machucada; - Uso de posições diferentes para amamentar (ex.: cavaleiro e invertida); - Uso de analgésicos sistêmicos/ anti-inflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol) se dor.
Mastite	Processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (> 38oC) e calafrios.	Mamadas com horários restritos, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da causa e correção; - Suporte emocional; - Esvaziamento regular com massagem e ordenha mamária; - Manter a amamentação quando tolerada. Iniciar a mamada pela mama não machucada ou menos dolorida; - Ordenhar o leite e oferecer pelo copinho, até que a amamentação seja tolerada na mama machucada; - Uso de posições diferentes para amamentar (ex.: cavaleiro e invertida); - Usar sutiã para sustentação; - Antibioticoterapia, se necessário; - Analgésicos ou anti-inflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol).
Abcesso	Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado.	Mastite não tratada ou com tratamento tardio ou ineficaz.	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte emocional; - Drenagem cirúrgica; - Antibioticoterapia; - Analgésicos ou anti-inflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol); - Esvaziamento regular com ordenha mamária; - Amamentar com mama afetada, se possível.

Pouco leite	A suplementação com outros leites, muitas vezes faz com que o bebê sugue menos o peito e, pode resultar em menor produção de leite, processo que poderá culminar no desmame.	Ansiedade materna, mamadas pouco frequentes, pega incorreta, suplementação com outros leites, uso de chupeta/ mamadeira e intermediário.	<ul style="list-style-type: none"> - Massagear a mama antes da mamada; - Aumentar a frequência das mamadas; - Corrigir pega e posicionamento; - Oferecer as duas mamas em cada mamada; - Suspender uso de chupeta, mamadeira; - Translactação com leite materno, de preferência; - Alimentação balanceada da mãe; - Suporte emocional.
--------------------	--	--	--

Fonte: Brasil (2015); Brasil (2019).

Práticas para incentivar o aleitamento materno após a alta hospitalar (IFF, 2020):

- a) Realizar a visita domiciliar na primeira semana de vida do bebê para orientar cuidados com o bebê, observar a mamada, e possíveis dificuldades com a amamentação.
- b) Oferecer aconselhamento sobre amamentação, por meio de escuta qualificada para a mulher e família, compartilhando informações baseadas em evidências para tomada de decisão
- c) Envolver e orientar a família e demais rede de apoio para dar suporte para que a mulher amamente
- d) Realizar grupos com gestante e puérperas sobre a amamentação, favorecendo a participação ativa, com discussão de crenças, dúvidas, vivências.

11. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

Recomendações para crianças menores de 2 anos

A PNAISC detalha em seu eixo estratégico II, ações e iniciativas para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. A publicação do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos se apresenta como um instrumento de garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e traz as “informações necessárias para incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população menor de 2 anos de idade” (BRASIL, 2019, p. 13).

O investimento de ações que incentivem a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos se deve ao fato de que os primeiros anos de vida são muito importantes para a formação de hábitos alimentares. Porém, ressalta-se que ações promotoras de um desenvolvimento saudável merecem relevância, também, junto aos pré-escolares, escolares, adolescentes e suas famílias.

Além do guia alimentar (BRASIL, 2019), a Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2021) ressalta a necessidade de que os profissionais de saúde se atentem, em toda oportunidade de atendimento às crianças, para os “Doze passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos”, os quais estão sintetizados no Quadro 9.

QUADRO 9. DOZE PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

Passo 1: Amamentar até os 2 anos ou mais, oferecendo somente leite materno até os 6 meses.
Passo 2: Oferecer alimentos in natura, ou minimamente processados, além do leite materno a partir dos 6 meses.

Passo 3: Oferecer água própria para o consumo em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
Passo 4: Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.
Passo 5: Não oferecer açúcar nem preparações, ou produtos que contenham açúcar à criança de até 2 anos de idade.
Passo 6: Não oferecer alimentos ultra processados.
Passo 7: Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.
Passo 8: Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.
Passo 9: Prestar atenção aos sinais de fome e de saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.
Passo 10: Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.
Passo 11: Oferecer alimentação adequada e saudável, também fora de casa.
Passo 12: Proteger a criança da publicidade dos alimentos.

Fonte: Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (BRASIL, 2019); Caderneta de Saúde da Criança, BRASIL (2021).

Após os 6 meses de vida, a criança que recebe leite materno ou fórmula artificial, precisa de outros nutrientes para seu pleno desenvolvimento. Lembrando que “o leite materno deve continuar a ser oferecido até 2 anos ou mais, não sendo necessário dar leite de vaca ou fórmula infantil. Os novos alimentos devem complementar o leite materno e não o substituir” (BRASIL, 2019, p.114).

A partir dessa idade, a maioria das crianças apresentam sinais de prontidão para se alimentar, desenvolvem a mastigação e demonstram interesse pelos alimentos. Durante a introdução alimentar é importante que a família compreenda que se trata de um momento de aprendizado para todos, valorize a autonomia da criança e respeite seus sinais de fome e saciedade.

De forma resumida, o Quadro 10 apresenta o esquema alimentar recomendado pelo MS para os 2 primeiros anos de vida de crianças que amamentam. Após os seis meses, a criança deve receber 3 refeições, que pode ser almoço (ou jantar) e 2 lanches. A família pode optar por iniciar pelas frutas ou pelas outras refeições, observando a aceitação da criança. Antes de completar 7 meses, a criança já deve estar recebendo 3 refeições (BRASIL, 2019).

QUADRO 10. ESQUEMA ALIMENTAR PARA OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA DE CRIANÇAS QUE RECEBEM LEITE MATERNO

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Leite materno + fruta ou cereal ou raízes e tubérculos
	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno
	Almoço (2 a 3 csp*)**	Almoço (3 a 4 csp*)**	Almoço (4 a 5 csp*)**	Almoço (5 a 6 csp*)**
	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Leite materno + fruta ou cereal ou raízes e tubérculos
	Leite materno	Jantar (3 a 4 csp*)**	Jantar (4 a 5 csp*)**	Jantar (5 a 6 csp*)**

Fonte: Adaptado de Brasil (2019).

*csp: colheres de sopa.

**Não deve ser seguida de forma rígida pela família, pois as crianças possuem características individuais e sua fome e saciedade devem ser respeitadas.

Alguns aspectos relevantes devem ser considerados pelas famílias das crianças que iniciaram a alimentação complementar (BRASIL, 2019):

Recomendações gerais às famílias durante a introdução alimentar

- ✓ Valorizar o momento da escolha dos alimentos;
- ✓ Optar por alimentos *in natura* ou minimamente processados;
- ✓ Não introduzir o açúcar nos dois primeiros anos de vida da criança;
- ✓ Oferecer água, ao iniciar a introdução de alimentos, utilizando copo, xícara ou colher, evitando mamadeiras e chupinhas;
- ✓ Não oferecer sucos de frutas aos menores de 1 ano (entre 1 e 3 anos de idade, sucos podem ser oferecidos de forma limitada, sendo máximo de 120 ml /dia, natural da fruta e sem açúcar);
- ✓ Utilizar óleos, gorduras e sal em pequenas quantidades;
- ✓ Evitar excesso de temperos ou condimentos.

No que diz respeito à consistência dos alimentos, o recomendado é que, inicialmente, sejam amassados com o garfo, evoluindo para desfiados ou cortados em pequenos pedaços. Alimentos macios, em pedaços grandes, podem ser oferecidos para que a criança pegue com a mão, e leve à boca. Com o passar do tempo e observando-se a aceitação da criança, é possível oferecer a mesma da família.

O Quadro 11 contém os grupos de alimentos recomendados para composição do prato no almoço e jantar (BRASIL, 2019). Sendo importante que o enfermeiro adapte as indicações durante as consultas, considerando a sazonalidade e disponibilidade dos alimentos.

QUADRO 11. GRUPOS DE ALIMENTOS A SEREM UTILIZADOS NO PREPARO DO ALMOÇO E JANTAR

GRUPO DE ALIMENTOS	EXEMPLOS
Cereais, raízes e tubérculos	arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa, inhame, milho
Feijões	feijão carioca, feijão fradinho, lentilha, ervilha, soja e grão-de-bico
Legumes e verduras	folhas verdes, abóbora/jerimum, beterraba, quiabo, cenoura, chuchu, brócolis, couve-flor
Carnes e ovos	aves, peixes, porco, boi, cabrito, frutos do mar, ovos, miúdos e vísceras

Fonte: Adaptado de Brasil (2019).

Recomendações para as crianças que não recebem leite materno

Quando a criança não recebe leite materno, o ideal é que a família ofereça fórmula infantil, pois é um produto mais adequado ao organismo da criança, ainda é imaturo para receber outro leite de origem animal. Porém, o leite mais comumente utilizado por crianças brasileiras, menores de 1 ano é o leite de vaca integral, em pó ou líquido (BRASIL, 2019).

Não é recomendado oferecer leite de vaca antes dos 9 meses de vida, porém, considerando o elevado consumo pela população brasileira, é importante que os profissionais de saúde saibam orientar sobre seu consumo em crianças pequenas. Caso a família opte por alimentar a criança menor de 4 meses de vida com leite de vaca integral, deverá ser orientada a modificação caseira do leite antes de ser oferecido. A diluição do leite de vaca é recomendada com objetivo de diminuir as quantidades excessivas de proteínas, sódio, potássio e cloro do leite de vaca, evitando a sobrecarga renal (BRASIL, 2017; 2019).

As recomendações relativas à consistência, quantidade e tipo de alimentos a serem ofertados para crianças que recebem leite materno, também devem ser seguidas para aquelas não amamentadas, com exceção da época de introdução desses alimentos, que dependerá da oferta de fórmula infantil ou leite de vaca. O Quadro 12 traz detalhamentos a respeito da oferta de alimentos entre crianças que recebem fórmula infantil. Para crianças que recebem leite de vaca integral, a introdução da alimentação complementar deverá se iniciar aos 4 meses (BRASIL, 2019).

QUADRO 12. ESQUEMA ALIMENTAR PARA OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA DE CRIANÇAS QUE RECEBEM FÓRMULA INFANTIL

Ao completar 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral + fruta ou cereal ou raízes e tubérculos
Fruta	Fruta	Fruta	Fruta
Almoço (2 a 3 csp*)**	Almoço (3 a 4 csp*)**	Almoço (4 a 5 csp*)**	Almoço (5 a 6 csp*)**
Fruta + fórmula infantil	Fruta + fórmula infantil	Fruta + leite de vaca integral	Leite de vaca integral + fruta ou cereal ou raízes e tubérculos
Fórmula infantil	Jantar (3 a 4 csp*)**	Jantar (4 a 5 csp*)**	Jantar (5 a 6 csp*)**
Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

Fonte: Adaptado de Brasil (2019).

*csp: colheres de sopa.

**Não deve ser seguida de forma rígida pela família, pois as crianças possuem características individuais, e sua fome e saciedade devem ser respeitadas.

Crianças com dificuldades ou recusa na introdução alimentar

Ao iniciar a introdução de novos alimentos, a criança pode se recusar a experimentá-lo. Essa recusa é muito comum, e o recomendado é orientar a família a ofertar, novamente, após alguns dias. Se a criança continuar a recusa, buscar novas alternativas de preparo. É muito importante manter o ambiente tranquilo, livre de distrações e não forçar a criança a comer. No Quadro 13 são apresentadas recomendações gerais às famílias com dificuldades de aceitação alimentar (BRASIL, 2019).

QUADRO 13. RECOMENDAÇÕES GERAIS ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS PEQUENAS, COM DIFICULDADES DE ADAPTAÇÃO OU RECUSA NA INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS

- ✓ Oferecer refeição em prato individual, para ter certeza do quanto a criança está ingerindo.
- ✓ Montar um prato atrativo para a criança para que ela se sinta motivada a comer.
- ✓ Variar os alimentos e procurar oferecer alimentos novos para a criança, preparados de forma saborosa e separados no prato.
- ✓ Utilizar talheres de tamanho adequado para a criança.
- ✓ Estar junto à criança durante as refeições, mesmo que ela coma sozinha.
- ✓ Ter paciência para não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente.
- ✓ Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Não esperar muito, pois ela pode se irritar ou perder o apetite.
- ✓ Evitar forçar a criança a comer para não aumentar estresse e diminuir o apetite. Fazer das refeições momentos tranquilos e felizes.
- ✓ Respeitar a saciedade da criança e não insistir para que ela “raspe o prato”.

Fonte: Brasil, (2019).

Recomendações gerais foram feitas pelo Ministério da Saúde para as crianças maiores de 2 anos, as quais estão sintetizadas nos “Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 9 anos” (Quadro 14), encontrados na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2021).

QUADRO 14. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS DE 2 A 9 ANOS

Passo 1: Fazer de alimentos in natura, ou minimamente processados, a base da alimentação.
Passo 2: Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias
Passo 3: Limitar o consumo de alimentos processados.
Passo 4: Evitar o consumo de alimentos ultra processados.
Passo 5: Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.
Passo 6: Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.
Passo 7: Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.
Passo 8: Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.
Passo 9: Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.
Passo 10: Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Fonte: Adaptado de Brasil (2021).

Importante orientar que a criança deve se alimentar juntamente com os outros membros da família, seguindo os mesmos horários. Além disso, não se deve substituir o almoço e o jantar por mamadeiras de leite ou por outros produtos lácteos. É importante, também, não recompensar as crianças com sobremesa ou guloseimas (BRASIL, 2012).

Para o ambiente escolar, foram instituídas diretrizes nacionais para a promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de Educação Infantil, Fundamental e Nível Médio nas redes públicas e privadas (BRASIL, 2006). Os profissionais de saúde que atuam em parceria com as escolas devem assumir o papel de colaborar na implementação dos “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas”.

12. SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A

Suplementação de ferro

A anemia, por deficiência de ferro, é o problema nutricional de maior magnitude no Brasil, com uma prevalência de aproximadamente 50% em crianças brasileiras menores de 24 meses (BRASIL, 2013a). Por isso é recomendado a suplementação de ferro para todas as crianças brasileiras, conforme apresentado no Quadro 15.

QUADRO 15. DOSE PROFILÁTICA DE FERRO ELEMENTAR PARA PREVENÇÃO DE ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES DE IDADE

SITUAÇÃO	INDICAÇÃO	DOSE PROFILÁTICA DE FERRO ELEMENTAR
Recém-nascido a termo, com peso adequado para a IG	A partir dos 6 meses de idade (quando em AME)	1mg/kg/dia até 24 meses de idade
	A partir dos 4 meses de idade (quando NÃO em AME)	
Recém-nascido pré-termo (<37 semanas de IG) ou de baixo peso (< 2.500g)	> 1500g	A partir de 30 dias de vida, oferecer 2mg/kg/dia durante 12 meses; e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses
	1500-1000g	A partir de 30 dias de vida, oferecer 3 mg/kg/dia durante 12 meses; e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses
	< 1000 g	A partir de 30 dias de vida, oferecer 4 mg/kg/dia durante 12 meses; e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses

Fonte: Brasil (2013a); Sociedade Brasileira de Pediatria (2012).

Suplementação de Vitamina A

A suplementação com vitamina A, em crianças de 6 a 59 meses de idade (4 anos e 11 meses), reduz, em 24%, o risco global de morte, em 28%, da mortalidade por diarreia e mortalidade por todas as causas, e em 45%, entre as crianças HIV positivo (BRASIL, 2013b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a administração de suplementos de vitamina A para prevenir a sua carência, a xerofthalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses (4 anos e 11 meses). O Quadro 16 traz as informações sobre a suplementação com megadose de vitamina A, de acordo com a idade da criança (BRASIL, 2013b).

QUADRO 16. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A PARA CRIANÇAS DE 6 A 59 MESES DE IDADE

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
Crianças: 6 – 11 meses	100.000 UI (cor amarela)	Uma dose
Crianças: 12 – 59 meses	200.000 UI (cor vermelha)	Uma vez a cada 6 meses

Medidas importantes para prevenção da deficiência de vitamina A

- ✓ Promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, e complementar até 2 anos de idade (pelo menos) com a introdução dos alimentos complementares, em tempo oportuno e de qualidade.
- ✓ Promoção da alimentação adequada e saudável e consumo de alimentos que sejam fontes em vitamina A.
- ✓ Suplementação periódica e regular das crianças de 6 a 59 meses de idade, com megadoses de vitamina A.
- ✓ Suplementação com megadoses de vitamina A para puérperas no pós-parto imediato, antes da alta hospitalar.

Fonte: Brasil (2013c).

QUADRO 17. ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA A:

Animais	Vegetais	Frutas e oleaginosas
Carnes (fígado bovino), leite humano, leite vaca integral, óleos de peixe e ovo.	Abóbora, agrião, alface lisa, brócolis, cenoura, couve, espinafre e rúcula.	Acerola, buriti, dendê, goiaba, mamão, manga, melão, pequi, pitanga, pupunha e tomate.

Fonte: Brasil (2013c).

A suplementação, com a megadose de vitamina A, deve ser oferecida à criança de 6 em 6 meses, com intervalo mínimo de 4 meses entre a administração de duas megadoses. A administração é feita via oral. Não é recomendado administrar a megadose em crianças que estejam recebendo suplementação vitamínica diária com vitamina A. Importante registrar na Caderneta de Saúde da Criança as doses administradas, data e retorno da criança.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos inúmeros desafios que envolvem a atenção integral à saúde da criança, e da complexidade de temas a serem abordados durante uma consulta de enfermagem direcionada à criança e sua família no contexto da atenção primária à saúde, este capítulo se propôs a trazer alguns aspectos considerados relevantes.

Oportuno ressaltar que a atenção à saúde da criança precisa considerar os determinantes sociais da saúde e as diversas ações governamentais implementadas em cada localidade. Além das temáticas abordadas e das referências citadas no capítulo, é fundamental que o enfermeiro reconheça a legislação de seu município, as quais também norteiam a autonomia do exercício profissional.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Orientações aos pais sobre cuidados com a saúde bucal do bebê e das crianças**. 2016 Disponível em: <http://abodontopediatria.org.br/orientacoes_aos_pais_sobre_cuidados_com_a_sau-de_bucal_do_beb_e_da_crianças.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL, V.P.; PEDEBOS, L.A. **Atenção à demanda de cuidados na criança**. Protocolo de Enfermagem, v.5, 2018, 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. 2013c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 04 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Anexo: Diretrizes Brasileiras da Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para Prevenção de Deficiências Visuais. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania. Menino**. 10. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 93p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_sau-de_crianca_menino_10ed.pdf. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 194p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 243 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação do Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 274 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Criança**. Menina. 2a edição. Passaporte da cidadania. 2020. 110p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 24 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf. Acesso em: 9 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante *et al.* – 5a. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI Neonatal: quadro de procedimentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde. – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 40 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos - Versão Resumida**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 80 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_2anos.pdf. Acesso em 9 maio. 2022.

DUARTE, E.D, BRAGA, P. P. Anamnese e exame físico do recém-nascido. In: PROENF **Saúde Materna e Neonatal** – SESCAD, Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 37-69

HARRINGTON CT, HAFID NA, WATERS KA. Butyrylcholinesterase is a potential biomarker for Sudden Infant Death Syndrome. **EBioMedicine.**, v.80, n.104041, 2022. No prelo.

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA. **Principais Questões sobre o Papel da Atenção Primária no Aleitamento Materno**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/principais-questoes-sobre-o-papel-da-atencao-primaria-no-aleitamento-materno/> Acesso em: 17 de maio. 2022.

MARINELLI, K.A.; BALL, H.L.; MCKENNA, J.J.; BLAIR, P.S. An Integrated Analysis of Maternal-Infant Sleep, Breastfeeding, and Sudden Infant Death Syndrome Research Supporting a Balanced Discourse. **J Hum Lact.**, v.35, 3, p.510-520, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334419851797?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3A-crossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&> Acesso em: 19 mai. 2022.

MARTINELLI, R.L.C.; MARCHESAN, I.Q.; BERRETIN-FELIX, G. Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: **Pulso Editorial**, 2013. 20p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. 1. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012. 77 p. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento_prematuro_oficial.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

TOSO, B.R.G.O. *et al.* Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo 4 - Atenção à Saúde da Criança. Org. Curitiba: Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, 2020. 123 p.

VIEIRA, A.C.; COSTA, A. R.; GOMES, P. G. Boas práticas em aleitamento materno: aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 15, n. 1, p. 13-20, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/292078587_Boas_Praticas_em_Aleitamento_Materno_Aplicacao_de_formulario_de_Observacao_e_Avaliacao_da_Mamada#:~:text=ArticlePDF%20Availableda%20Mamada%20permitiu,fact%C3%ADvel%20como%20pr%C3%A1tica%20de%20cuidado. Acesso em: 19 maio. 2022.