



**PREFEITURA  
DE COLOMBO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**MANUAL DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O  
ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA**



**NASCER**  
C O L O M B O

Colombo-PR

2012

## **AGRADECIMENTOS**

Ao apoio da senhora Secretária de Saúde Dr<sup>a</sup> Ivonne Busato na realização deste empreendimento.

A todos os colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde de Colombo e da Universidade Federal do Paraná que participaram direta ou indiretamente deste trabalho.

---

**EQUIPE GESTORA:****Prefeito Municipal**

José Antônio Camargo

**Secretária Municipal de Saúde**

Ivonne Cecília Restrepo Solano Busato

**Diretora Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde**

Leise Carla D. Ferreira

**Coordenadora Municipal de Atenção Básica**

Valquíria Clecy Plucheg

**Coordenador de Saúde Materno-infantil**

Daniel Ignacio da Silva

**EQUIPE TÉCNICA:**

Bárbara Andrea Soares de Oliveira

Helvo Slomp Junior

Josiane Lunardon Taverna

Juliana Bertolin Gonçalves

Rosalba Vaz Schüllli dos Anjos

Maria Salete Henriques

Valquíria Clecy Plucheg

Verônica de Azevedo Mazza

**SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>1. ATENDIMENTO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>	<b>6</b>
<b>1.1 COMO FAZER A CAPTAÇÃO DA CRIANÇA?</b>	<b>6</b>
<b>1.2 COMO CLASSIFICAR O RISCO DO RN</b>	<b>8</b>
<b>1.3 COMO FAZER O SEGUIMENTO DO ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA UBS?</b>	<b>10</b>
<b>1.4 ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM</b>	<b>13</b>
<b>1.5 AÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	<b>15</b>
<b>2. COMPONENTES PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM</b>	<b>16</b>
<b>2.1 ANTECEDENTES PRÉ E NEONATAIS:</b>	<b>16</b>
<b>2.2. CUIDADOR DA CRIANÇA/PREVENÇÃO DE ACIDENTES</b>	<b>16</b>
<b>2.3. VACINAÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>2.4. TRIAGEM NEONATAL</b>	<b>17</b>
<b>2.5. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (DNPM):</b>	<b>17</b>
<b>2.6. DESENVOLVIMENTO PÔNDERO-ESTATURAL (DPE):</b>	<b>18</b>
<b>2.7. EXAME FÍSICO:</b>	<b>20</b>
<b>2.8. COMPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA NO 1º ANO DE VIDA:</b>	<b>23</b>
<b>2.9. DENTIÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>2.10. ALIMENTAÇÃO E ALEITAMENTO MATERNO</b>	<b>24</b>
<b>3. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO PARA GRUPOS EDUCATIVOS DE PUERICULTURA</b>	<b>32</b>
<b>4. REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO: CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÕES</b>	<b>34</b>

## **INTRODUÇÃO**

A(o) enfermeira(o) na atenção básica atua em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos de sua área de responsabilidade, visando à proteção, promoção e recuperação da saúde.

Na saúde da criança sobretudo, a atuação da enfermagem visa promover o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequados, o aumento da cobertura vacinal e trabalhar no controle das situações de risco à saúde, visando o não comprometimento do potencial de cada criança.

Considerando a necessidade de instrumentalizar as(os) enfermeiras (os) que atuam nas UBS com Estratégia de Saúde da Família e garantir que essa assistência ocorra conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde, fez-se necessária a elaboração deste documento com o objetivo de nortear condutas no âmbito da Atenção Integral à Saúde da Criança.

Tendo em vista a diversidade em termos das condições de vida, condições de trabalho e do panorama epidemiológico que encontramos no município de Colombo, foram identificadas diferentes características de problemas e necessidades da população infantil para estruturar as ações.

Portanto, cabem aos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família (ESF) adequar as recomendações apresentadas para o cenário de atuação, identificando prioridades e elaborando um plano de intervenção que alcance as especificidades de cada região.

O presente documento, no entanto, apresenta os consensos em termos de assistência realizada pelo enfermeiro, visando respaldar suas ações, disponibilizando protocolos de atenção e sendo baseado no Protocolo de Enfermagem à Saúde da Criança. A finalidade do mesmo é complementar o protocolo de Atenção à Saúde da Criança, que também está sendo implantado neste Município.

**Ivonne Cecília Restrepo Solano Busato**  
**Secretária Municipal de Saúde**

## **2. ATENDIMENTO À SAÚDE DA CRIANÇA**

O atendimento à criança engloba a sequência de ações ou medidas preventivas direcionadas desde antes do nascimento até os 5 anos de idade, como objetivo de evitar que ela adoença e promover um crescimento e desenvolvimento adequados (SÃO PAULO, 2003).

Com a adscrição da clientela, viabilizada pela ESF, é possível iniciar tal acompanhamento desde o pré-natal seguindo-se com ações individuais e coletivas da população infantil, de forma a intensificar o monitoramento junto às crianças que apresentam riscos (SÃO PAULO, 2003).

### **1.1 COMO FAZER A CAPTAÇÃO DA CRIANÇA?**

A assistência à saúde do RN na UBS deve começar logo após a alta da maternidade. A equipe da UBS poderá captar essas crianças através de:

- Visita domiciliar à puérpera e ao RN nos primeiros 7 a 10 dias após a alta hospitalar;
- Pela Declaração de Nascidos Vivos (via rosa).
- Agendamento realizado por profissional da Maternidade por telefone;

O Agente Comunitário de Saúde deverá fazer visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido nos primeiros 7 a 10 dias após a alta. Os objetivos dessa visita são:

- Orientar os pais sobre as melhores atitudes e comportamentos em relação aos cuidados com o RN (veja Quadro 1)
- Identificar precocemente os RN com sinais gerais de perigo. (Quadro 2) (MINAS GERAIS, 2004 p. 44).

## **QUADRO 1. CUIDADOS COM O RN – ORIENTAÇÕES DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES DO ACS**

### **HIGIENE PESSOAL**

Orientar o banho diário e a limpeza do RN.

Orientar a lavar as mãos antes de manipular o RN.

Orientar que não se deve usar perfume ou talco no RN.

Orientar a limpeza da região anal e perineal a cada troca de fraldas para evitar lesões na pele.

Explicar que, nas meninas, a higiene da região anal e perineal devem ser feita no sentido da vulva para o ânus.

### **CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL**

Explicar a importância de cuidar adequadamente do coto umbilical para evitar infecções.

Manter o coto umbilical sempre limpo e seco.

Após o banho, depois de secar bem o umbigo, envolvê-lo em uma gaze embebida com álcool absoluto.

Não cobrir o umbigo com faixas ou esparadrapo.

Desaconselhar o uso de moedas, fumo ou qualquer outra substância para “curar” o umbigo.

### **HIGIENE DO AMBIENTE**

Cuidar das roupas do RN, mantendo-as limpas.

Ferver a água do banho, se essa não for tratada.

Manter limpo o lugar em que o RN dorme.

Manter a casa arejada e usar mosquiteiros, se necessário.

**Fonte: (MINAS GERAIS, 2004 p. 46).**

## **QUADRO 2. SINAIS GERAIS DE PERIGO NA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES, SEGUNDO A AIDPI, A SEREM VERIFICADOS NA VISITA DOMICILIAR DO ACS**

Convulsões

Bebê mais “molinho”, parado e com choro fraco.

Gemente

Não pega o peito ou não consegue se alimentar

Febre (temperatura igual ou maior a 38°C)

Temperatura baixa (igual ou menor que 35,5°C)

Diarréia

Umbigo vermelho e/ou com pus

Pústulas na pele

Pele amarelada

Placas brancas persistentes na boca

**Fonte: (MINAS GERAIS, 2004 p. 44).**

### **ATENÇÃO:**

O ACS deverá observar o RN e perguntar aos familiares sobre a presença dos sinais de perigo descritos no Quadro 2. Sendo detectada qualquer anormalidade, encaminhá-lo imediatamente para a UBS, onde será avaliado pela enfermeira e/ou pelo médico. Se nenhuma alteração for constatada, o ACS deverá orientar a mãe a procurar a UBS, juntamente com seu filho, para a primeira consulta da criança. Se neste intervalo for observada qualquer alteração na mãe ou no RN, deve-se procurar a UBS imediatamente (MINAS GERAIS, 2004 p. 46).

## **1.2 COMO CLASSIFICAR O RISCO DO RN**

Para estabelecer grupos de risco, prognóstico e ações profiláticas específicas, o RN deve ser classificado de acordo com a idade gestacional (IG):

- Pré-termo ou prematuro (RNPT) – IG até 36 semanas e seis dias;
- Termo – IG de 37 a 41 semanas e 6 dias;
- Pós-termo ou pós-maturo – IG de 42 semanas ou mais (MINAS GERAIS, 2004 p.47).

E conforme o peso de nascimento (PN).

- RN de baixo peso (RNBP) – PN menor que 2.500g;
- RN de peso elevado – PN igual ou maior a 4.500g;



- Adequado para a idade gestacional (AIG) – PN entre os percentis 10 e 90 para a IG;
- Pequeno para a idade gestacional (PIG) – PN menor que o percentil 10 para a IG;
- Grande para a idade gestacional (GIG) – PN maior que o percentil 90 para a IG (MINAS GERAIS, 2004 p.47).

Algumas condições da população infantil configuram-se como situações de risco e impõem um acompanhamento mais rigoroso e até mesmo o encaminhamento para o pediatra e/ou especialista. Essas situações de risco são divididas em dois grupos, em função do grau de complexidade requerido para a sua abordagem:

- Grupo I: são situações que impõem uma atenção mais cuidadosa, podendo a criança ser acompanhada pela equipe de saúde, avaliando-se periodicamente a necessidade de encaminhamento.
- Grupo II: indicam a necessidade de um acompanhamento por pediatra e/ou especialista (MINAS GERAIS, 2004 p.27).

Essas crianças deverão ser encaminhadas a um serviço de referência, mantendo-se o acompanhamento concomitante pela equipe de saúde. O Quadro 3 lista as principais situações de risco para a saúde da criança. (MINAS GERAIS, 2004 p.27)

<p><b>QUADRO 3 - SITUAÇÕES DE RISCO PARA A SAÚDE DA CRIANÇA (MINAS GERAIS, 2004 p.27).</b></p>
--

<p><b>GRUPO I: ACOMPANHADAS PELA EQUIPE BÁSICA DE SAÚDE</b></p>
---

Mãe com baixa escolaridade;

Mãe adolescente;

Mãe deficiente mental;

Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa para estas doenças;

Morte materna;

História de óbito de menores de 1 ano na família;

Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;

Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas;  
 Criança nascida de parto domiciliar não assistido;  
 Recém-nascido retido na maternidade;  
 Desmame antes do 6º mês de vida;  
 Desnutrição;  
 Internação prévia;  
 Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.

**GRUPO II: ACOMPANHADAS POR PEDIATRA OU ESPECIALISTA  
 JUNTAMENTE COM A EQUIPE DE SAÚDE**

Baixo peso ao nascer;  
 Prematuridade;  
 Desnutrição grave;  
 Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística;  
 Doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, AIDS;  
 Sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS;  
 Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;  
 Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;  
 Evolução desfavorável de qualquer doença.

### **1.3 COMO FAZER O SEGUIMENTO DO ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA UBS?**

O acompanhamento da criança – que se inicia com a visita domiciliar entre 7 a 10 dias após a alta hospitalar e com a primeira consulta na Unidade Básica de Saúde – deve ser programado através de um calendário de atendimentos individuais e coletivos, que inclua visitas domiciliares, participação da família em grupos educativos e consultas médica e de enfermagem (MINAS GERAIS, 2004 p.22).

A equipe básica (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança, sendo desejável a participação de outros profissionais que compõem a equipe de apoio (psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, equipe de saúde bucal, profissional da zoonose e outros). Sempre que necessário, a

criança deverá ser encaminhada ao pediatra e/ou especialista (MINAS GERAIS, 2004 p.22).

### **CALENDÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS**

- Realizar visita domiciliar nos primeiros 7 dias após a alta.
- Realizar no mínimo, 7 consultas individuais no 1º ano de vida, sendo 3 consultas médicas e 4 de enfermagem.
- Participar de grupos educativos, no mínimo por 4 vezes no primeiro ano de vida.
- Realizar no mínimo, 2 consultas individuais no segundo ano de vida.
- Realizar no mínimo, 1 consulta individual do terceiro ao quinto ano de vida.
- Realizar visitas domiciliares mensais até os cinco anos de vida.
- Realizar consultas mais frequentes para crianças do Grupo II de risco.

O quadro 4 define o calendário mínimo de acompanhamento que deverá ser cumprido pelas equipes básicas de saúde. Em caso de fatores de risco presente no RN ou na mãe, a equipe poderá agendar o acompanhamento em espaço menor de consultas conforme as necessidades e demandas identificadas pela equipe.

#### **QUADRO 4. CALENDÁRIO MÍNIMO DE ACOMPANHAMENTO PARA CRIANÇAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE COLOMBO**

<b>IDADE</b>	<b>CONSULTA DE ACD(*)</b>	<b>PL C</b>	<b>PB F</b>	<b>TEMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES</b>
<b>7 a 10 dias</b>	Médica		☺	Estimular vínculo mãe- unidade de saúde, orientar aleitamento materno, Prescrição Vitamina A (1500UI) e D (400UI)/dia até 1 ano de vida.
<b>30 dias</b>	Enfermagem/ Odontológica			Higiene bucal / Uso da chupeta / Relacionamento da família-bebê / Reforço autoestima materna
<b>2 meses</b>	Médica			Meio ambiente (cigarro, higiene) / Sono.
<b>4 meses</b>	Enfermagem			O que é uma alimentação saudável

<b>6 meses</b>	Médica/ Odontológica	☺	☺	Higiene bucal / Preparação de alimentos/Prescrição de Sulfato Ferroso profilático 1mg/kg peso
<b>9 meses</b>	Enfermagem	☺		Prevenção de acidentes/ Guia para exames laboratoriais: Parasitológico de Fezes, parcial de urina, Hemograma e Glicemia de Jejum (sem data, para realização aos 11 meses e retorno na consulta de 12 meses).
<b>12 meses</b>	Médica/ Odontológica	☺	☺	Higiene bucal / Avaliação dos exames /Prescrição de Mebendazol/ Desenvolvimento da Fala
<b>15 meses</b>	Enfermagem	☺		Alimentação Saudável
<b>18 meses</b>	Médica	☺	☺	Prevenção da violência contra a criança
<b>21 meses</b>	Enfermagem	☺		Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes / Alimentação Saudável
<b>24 meses</b>	Médica/ Odontológica	☺	☺	Higiene bucal / Saúde Mental- a importância da família
<b>27 meses</b>	Enfermagem	☺		Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes
<b>30 meses</b>	Enfermagem	☺	☺	Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes / Alimentação Saudável
<b>33 meses</b>	Enfermagem	☺		Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes /Alimentação Saudável
<b>36 meses</b>	Médica/ Odontológica	☺	☺	Higiene bucal / Saúde mental/ socialização, limites - Pediculose e escabiose / Treinar o controle de esfíncter da criança.
<b>42 meses</b>	Enfermagem		☺	Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes /Alimentação Saudável
<b>48 meses</b>	Médica/ Odontológica		☺	Higiene bucal / Verminose / Desenvolvimento da fala
<b>54 meses</b>	Enfermagem		☺	Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes /Alimentação Saudável
<b>60 meses</b>	Médica/ Odontológica		☺	Higiene bucal / Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes <b><u>Alta do ACD</u></b>
<b>66 meses</b>	Enfermagem		☺	Alimentação Saudável
<b>72 meses</b>	Enfermagem		☺	Higiene geral e alimentar / Saúde do escolar

<b>78 meses</b>	Enfermagem		☺	Alimentação Saudável
<b>84 meses</b>	Enfermagem		☺	Alimentação Saudável

(\*) Em caso de crianças de risco, o intervalo de consultas até o 6º mês deverá ser mensal e até 1 ano de idade bimestral.

(\*\*) Consulta odontológica é aplicada somente às UBS com ESF.

☺ Comparecimento para cumprimento de exigência dos programas: PLC - Programa Leite das Crianças e PBF – Programa Bolsa Família

Este documento abordará especificamente a consulta de enfermagem para o seguimento de puericultura e de demanda espontânea.

#### 1.4 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

**Quadro 36 - Atribuições dos profissionais de saúde no acompanhamento da criança (MINAS GERAIS, 2004 p.176).**

<b>ATRIBUIÇÕES</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>
1. Captar para o acompanhamento	→ Equipe de saúde, com ênfase para o ACS.
2. Verificar condições gerais da mãe e da criança no domicílio	→ Equipe de saúde, com ênfase para o ACS.
3. Verificar presença de situações de risco	→ Equipe de saúde
4. Fornecer e preencher o Cartão da Criança	→ Equipe de saúde
5. Ações de Vigilância do Recém Nascido	→ Auxiliar de enfermagem
6. Verificar o Cartão da Criança	→ Equipe de saúde
7. Orientar sobre o uso adequado da medicação	→ Equipe de saúde
8. Verificar o entendimento e adesão às orientações	→ Equipe de saúde
9. Orientar sobre o aleitamento materno e cuidado de higiene	→ Agente comunitário de saúde
10. Buscar faltosos	→ Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem.
11. Agendar consulta	→ Médico, enfermeiro

12. Realizar atendimento individual	→ Equipe de saúde
13. Realizar visita domiciliar	→ Médico, enfermeiro
14. Avaliar crescimento, desenvolvimento e dieta.	→ Médico, enfermeiro
15. Orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária	→ Equipe de saúde → Médico, enfermeiro
16. Orientar sobre os riscos e as formas de prevenção de acidentes em cada faixa etária	→ Médico → Médico → Equipe de saúde
17. Indicar aplicação de vacinas em atraso	
18. Solicitar exames complementares	→ Médico, enfermeiro
19. Prescrever medicamentos	
20. Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos.	→ Médico → Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem. → Equipe de saúde
21. Registrar os achados do exame, diagnósticos e condutas.	
22. Encaminhar para especialista e/ou pediatra	→ Médico, enfermeiro
23. Encaminhar para o serviço de urgência	→ Equipe de saúde bucal
24. Desenvolver atividades de educação para saúde em grupos, com a participação dos pais ou responsáveis pela criança.	• 27. Cirurgião dentista
25. Fazer avaliação da criança vítima de violência e orientar a sua família	
26. Realizar ações educativas em saúde bucal	
27. Realizar atendimento clínico	

odontológico para as crianças
-------------------------------

## **1.5 AÇÕES DE ENFERMAGEM**

### **Consulta de enfermagem**

- Realizar anamnese e exame clínico.
- Avaliar presença de fatores de risco.
- Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- Avaliar e orientar quanto à imunização.
- Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.
- Orientar sobre as doenças e intercorrências.
- Orientar: alimentação e higiene.

### **Atendimento do Auxiliar e Técnico de Enfermagem**

- Aplicar vacinas e orientar quanto à imunização.
- Coletar os exames laboratoriais.
- Realizar os procedimentos solicitados na consulta médica ou de enfermagem.
- Realizar as ações educativas.
- Realizar a busca ativa das crianças faltosas.
- Preencher os registros necessários.

## **2. COMPONENTES PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM**

### **2.1 ANTECEDENTES PRÉ E NEONATAIS:**

- A mãe fez pré-natal?
- Ficou doente durante a gravidez?
- Fez algum tratamento ou seguimento?
- Usou drogas (lícitas e ilícitas), investigar HIV.
- Quantos filhos ela já teve?
  - Quantos vivem?
  - Quantos morreram?
  - Quais as causas dos óbitos?
- A criança foi desejada?
- A mãe teve problemas psiquiátricos anteriores?
- Peso ao nascer (se > de 2.500g, se foi termo ou não, etc.).
- Tipo de parto (normal fórceps ou cesárea “emergencial” por mecônio, interrogar o motivo do tipo de parto).
- Intercorrências no berçário:
  - interrogar se o RN teve alta com a mãe, se não, por qual motivo ficou (se foi medicado ou fez uso de oxigênio, ou fototerapia);
- Pode indicar possíveis anóxias, hipoglicemia, hipocalcemia, infecções, icterícia, etc.

Essas informações são muito valiosas para entendimento da evolução da criança, principalmente se houver suspeita de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor (SÃO PAULO, 2003).

### **2.2. CUIDADOR DA CRIANÇA/PREVENÇÃO DE ACIDENTES:**

- Citar quem é o informante da consulta (a mãe, pai, avó, babá, etc.) e quem cuida dessa criança.
- Quem cuidará dela após o término da licença maternidade (creche, avó, babá, etc.).
- Aproveitar todas as oportunidades para investigar sinais indicativos de maus tratos (equimoses, hematomas, pequenos traumas).



- Orientar a prevenção de acidentes em cada faixa etária: queda da cama ou berço, irmãos maiores, risco de sufocamento com mamadeiras, andadores, carrinhos, envenenamentos, etc. (SÃO PAULO, 2003).

### **2.3. VACINAÇÃO:**

- A carteira deve ser verificada sempre, anotando se está em dia pela verificação direta ou “SIC” (segundo a informação do cuidador).
- Aproveitar qualquer vinda da criança à UBS para regularizar as vacinas (acolhimento, grupos, consultas médicas ou de enfermagem).
- Evitar atrasos por IVAS: desde que a criança esteja bem e afebril, deve ser vacinada (SÃO PAULO, 2003). **Ver anexo na página 35.**

### **2.4 TRIAGEM NEONATAL**

- Questionar na Visita Domiciliar de puerpério se foi colhido o PKU na maternidade com mais de 48 horas.
- Se não foi colhido, ou se foi colhido com menos de 48 horas, encaminhar para a coleta o mais rápido possível e posteriormente, cobrar o resultado.
- As doenças preveníveis por este exame simples (fenilcetonúria, hipotireoidismo, congênito, anemia falciforme, etc. ) quase não deixam sequelas se diagnosticadas e tratadas precocemente. (SÃO PAULO, 2003).

### **2.5. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (DNPM):**

- Deverá ser observada e questionada a evolução neurológica céfalo-caudal, ou seja:
  - se sorri espontaneamente no 2º mês;
  - se a criança apresenta lalação ou balbúcio e rola no berço no 3º mês;
  - o sorriso social deve estar presente entre o final do 2º mês e início do 3º (revela acuidade visual e capacidade de comunicação).
  - Ao final do 4º mês de vida todas as crianças nascidas de termo estarão conseguindo firmar a cabeça de modo completo;
  - pega objetos e os leva à boca em torno do 4º e 5º mês;
  - firma ombros e dorso no 5º mês;
  - senta-se com apoio a partir do 6º mês;

- Ao final de 9 meses a criança nascida de termo já deve ficar sentada sem apoio com a cabeça e o tronco erétil;
  - põe-se de pé apoiada no 11º ou 12º mês.
  - Aos 18 meses já deve estar andando sozinha.
  - Incentivar adequada estimulação de criança;
  - observar com atenção os marcos de desenvolvimento, e
  - não tardar o encaminhamento para avaliação da equipe a menor suspeita de anormalidade.
  - Em toda consulta medir o perímetro cefálico (PC).
- (SÃO PAULO, 2003).

***EVOLUÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO ESPERADO (SÃO PAULO, 2003).***

1º e 2º mês de vida	2 cm por mês
3º e 4º meses de vida	1,5 cm por mês
5º ao 12º mês	0,5 cm por mês
No 2º ano de vida	0,3 cm por mês

**Observações**

- Trabalhar com a avaliação da família sobre a criança;
  - Investigar as oportunidades que a criança encontra para o seu desenvolvimento;
  - Registrar as conquistas e elogiar a família em relação aos aspectos positivos;
  - Evitar rotular como atraso a defasagem de escalas pré-definidas.
- (SÃO PAULO, 2003).

***Para maiores informações verificar Linha 3 do protocolo municipal de Saúde da Criança.***

***2.6. DESENVOLVIMENTO PÔNDERO-ESTATURAL (DPE):***

- A partir do 2º mês, o esperado para o ganho de peso é de 700 a 1000 gramas/mês (mínimo de 10 g/dia).
- Pela aferição de peso e estatura é possível o diagnóstico nutricional.
- Usar a curva de percentil do Cartão da Criança (NCHS).

Um dado isolado pouco significa, por isso é importante o seguimento da criança: uma curva ascendente mostra evolução favorável, enquanto uma estabilização horizontal ou descendência da curva denota sinal de alerta para uma desnutrição (SÃO PAULO, 2003).

**CRESCIMENTO ESPERADO AO ANO (SÃO PAULO, 2003).**

1º semestre	15 cm
2º semestre	10 cm
1 ano	25 cm
2 anos	10 a 12 cm
3 e 4 anos	7 cm
Até o início da puberdade	5 a 6 cm

**Evolução do peso**

- Perda de 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida.
- Ganho de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida;
- Triplicação do peso de nascimento até o 12º mês de vida.

A situação das medidas de peso e altura da criança, em relação à idade, comparadas aos percentis da curva padrão (NCHS), define as seguintes categorias para o peso:

- Sobrepeso: Peso no percentil maior ou igual a 97;
- Adequado: Peso entre os percentis 10 e 97;
- Risco nutricional: Peso entre os percentis 10 e 3;
- Desnutrição: Peso menor que o percentil 3;

Em relação à avaliação longitudinal, reflete a história da criança desde o nascimento até a avaliação atual. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos 3) e avalia-se o traçado como:

- Ascendente: Satisfatório;
- Horizontal: Sinal de alerta;
- Descendente: Sinal de Perigo (SÃO PAULO, 2003).

***Obs.: A verificação de peso deve ser feita na consulta de enfermagem e médica e no atendimento do técnico ou auxiliar de enfermagem, garantindo-se sempre a retirada completa das roupas, fraldas e calçados.***

### **2.7. EXAME FÍSICO:**

- O exame físico deve ser sempre detalhado.
- Lembrar peculiaridades do RN.
- Estar atento para hipoatividade ou abatimento da criança, assim como irritabilidade ou choro excessivo.
- Sempre observar sinais de maus tratos, má higiene, abandono ou negligência.

Deve-se deixar anotado no prontuário qualquer suspeita e tomar as providências que estiverem ao alcance da equipe.

(SÃO PAULO, 2003).

#### ***Exame físico geral e específico***

- Cabeça: observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
- Fontanelas: a fontanela anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior (lâmbdia) mede 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.
- Olhos: avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.
- Visão: avaliar aspecto e simetria dos olhos, alinhamento pelo teste do reflexo vermelho, presença da visão através da observação de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz.
- Ouvidos: observar a forma, alterações, implantação das orelhas.
- Acuidade auditiva: observar pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro, em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente de 3 metros.
- Nariz: verificar presença e aspecto de secreção. Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal.

- Observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima.
- Observar coloração da mucosa, condições de cornetos, calibres da via aérea e secreção.
- Boca e faringe: iniciar pela inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias, gota.
- Pós-nasal e placa de secreção.
- Pescoço: inspeção e palpação dos gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.
- Tórax: observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.
- Pulmão: observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax.
- Auscultar procurando alterações dos sons respiratórios e sua localização.
- Coração: verificar pulso apical, observar criança quanto à presença de cianose e edema. Ausculta: frequência, intensidade, ritmo e qualidade deverão ser avaliados, procurando alterações e sua localização.
- Abdômen: observar alterações globais de forma e volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais, ventrais e diástases.
  - As hérnias costumam fechar espontaneamente até os dois anos de idade.
  - Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção e hiperemia. A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dia de vida.
  - Realizar palpação geral, superficial e profunda, e também fígado e baço. Observar presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede.
- Percussão: delimitar o tamanho do fígado.
- Ausculta: buscar sons intestinais em cada quadrante
- Pele e mucosas: observar elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN deve estar lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, e é visível após as primeiras 24 horas de vida e quando

aparece antes disto, pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção do RN.

- Genitália e reto:
  - Meninos: observar presença de fimose e testículos na bolsa escrotal (criptorquidia), pesquisar reflexos cremastéricos, hidrocele, hipospadia ou epispadia.
  - Meninas: observar o hímen e presença de secreção vaginal pode ocorrer presença de secreção mucóide ou às vezes sanguinolenta nos primeiros dias de vida.
- Extremidades: observar deformidades, valgismo/varismo, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.
  - Palpar pulsos radial, femoral e pedioso;
  - Realizar manobra de Ortolani;
  - Observar dedos extra-numéricos, baqueteamento digital, polidactilia;
  - Examinar coluna vertebral em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvatura.
  - Registrar presença de espinha bífida, tufos de pêlos e hipersensibilidade.
- Exame neurológico: observar os comportamentos das crianças comparados ao comportamento habitual e esperado para fase de desenvolvimento. Avaliar nível de consciência, atividade normal ou habitual, hipoativa ou com diminuição do padrão próprio de atividade.
- Avaliação dos reflexos: estão descritos a seguir alguns reflexos que podem ser avaliados, sendo necessária às vezes a procura de muitos outros durante a consulta de enfermagem, que podem ser encontrados através de pesquisa bibliográfica pelo profissional.
- Reação de Moro: utilizar estimulação de queda de cabeça ou som. Não usar estimulação intensa. A criança deve abrir e fechar os braços.
- Prensão Palmar: colocar o dedo do examinador na palma da mão da criança no nível do metacarpo falangiano. A criança responde com flexão de todos os dedos, flexão e adução do polegar, simultaneamente.
- Reflexos de Sucção: é provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia movimentos de sucção dos lábios e da língua. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada. Este reflexo está presente até os três meses de vida.

- Reflexo Cutaneopalmar: imobilize o membro inferior com a mão apoiada na porção média da perna, realizando pequenas e sucessivas excitações na borda externa do pé, na região inframaleolar. A resposta será de extensão do hálux (sem ser lenta ou majestosa), com ou sem abertura em leque dos dedos
- Reflexo de Marcha: em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, realizar o contato da planta dos pés com a superfície, a criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos. (SÃO PAULO, 2003).

## **2.8. COMPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA NO 1º ANO DE VIDA:**

Vitaminas A e D devem ser suplementadas em nosso meio a partir do 15º dia de vida conforme orientação do fabricante, como medida profilática, pela exposição solar insuficiente de nossas crianças em nossa região, levando ao raquitismo. Em outros estados, como no Nordeste, a exposição solar pode ser razoável, mas há a carência da vitamina A pela falta de alimentos carotenóides ou por falta de hábitos de ingestão desses alimentos.

- Ferro deve ser suplementado a partir do 6º mês: Sulfato Ferroso 1mg/Kg/dia, dependendo do tipo de aleitamento e alimentação, até o final do 24º mês de vida (prescrito pelo médico na consulta de 6 meses).
- Prematuros devem receber Sulfato Ferroso desde o 2º mês, 2mg/Kg/dia até o 6º Mês de vida, diminuindo-se para 1mg/Kg/dia do 6º ao 24º mês.
- Nosso município conta com água fluoretada, tornando desnecessária a suplementação de flúor (SÃO PAULO, 2003).

## **2.9. DENTIÇÃO:**

Há grande variabilidade individual, considerada normal, na cronologia de erupção dos primeiros dentes chamados de “leite” ou decíduos. Alguns bebês já nascem com dentes (chamados neonatais), outros, na idade de um ano, ainda poderão ser totalmente desdentados. Não há consenso sobre o fato de a erupção estar relacionada com picos febris ou diarreia, como prediz a cultura popular. Sempre procurar outro motivo para o adoecimento da criança.

Em alguns bebês, cistos de erupção, que se caracterizam por manchas arroxeadas no rebordo alveolar (gengivas), poderão ocorrer dentro de um aspecto de normalidade. Desde a erupção a boca de bebê deve ser limpa,

após cada mamada e/ou refeição com a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada. A partir da presença do primeiro dente decíduo, pode-se continuar fazendo a higiene da boca, friccionando cuidadosamente o dente.

Dos 12 aos 18 meses já é possível limpar os dentes da criança com escovas dentais. Até os 3 anos de idade a limpeza dos dentes deve ser feita por um dos pais ou responsáveis, de maneira mais completa, após a ingestão de alimentos, e antes da criança dormir.

Em localidades onde a água de abastecimento público é fluoretada, esta limpeza deve ser feita só com escova e água, sem dentifrício ou com dentifrício sem flúor, pelo risco de ingestão de pasta, comum nas crianças desta faixa etária. Entre 3 a 7 anos, após a criança ter escovado os próprios dentes, os pais deverão complementar esta higienização.

Deve-se evitar o excesso de mamadas na madrugada, principalmente mamadeiras açucaradas e mesmo o leite materno, principalmente em bebês de mais idade: oferta inoportuna de alimentos desencadeia risco de aspiração, obesidade e “cárie de mamadeira” de difícil tratamento e controle. Além disso, é importante evitar os anestésicos tópicos em gengivas, entre outros, pois isso poderá causar anestesia da orofaringe, dificultando o reflexo de deglutição e o aumento do risco de aspiração (SÃO PAULO, 2003).

## **2.10. ALIMENTAÇÃO E ALEITAMENTO MATERNO**

Todo desenvolvimento fisiológico depende direta ou indiretamente da nutrição, principalmente na criança, que está em plena aquisição de massa e crescimento (sem levar também em consideração os possíveis processos mórbidos que ela possa vir a sofrer, exigindo maior aporte ainda de substratos necessários à sua defesa e recuperação) (SÃO PAULO, 2003).

### ***Incentivo ao aleitamento materno***

O leite materno deve ser oferecido exclusivamente para a criança até os primeiros 6 meses de idade (água e chás não devem ser oferecidos), com o acompanhamento do crescimento e ganho ponderal.

- As vantagens do aleitamento materno são:



- Nutricionais: é um alimento fisiologicamente perfeito para o bebê; a maioria das mulheres produz leite em quantidade e qualidade adequada às necessidades do seu bebê (o leite de mães de prematuros é diferente daquelas de bebês de termo). Colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição energético-protéica e conseqüentemente a mortalidade infantil;
  - Imunológicas: protege a criança contra infecções, principalmente do aparelho digestivo, pois retarda a exposição da criança a possíveis contaminações alimentares em ambientes desfavoráveis. Diminui também a probabilidade de processos alérgicos decorrentes da exposição precoce às proteínas do leite de vaca;
  - Psicológicas: estabelece relação afetiva mãe-filho positiva;
  - Econômicas: representa economia real (em compra de leite em pó, esterilização da água e utensílios pela fervura, gasto com gás de cozinha, etc.);
  - Planejamento Familiar: ajuda no espaçamento de nova gravidez, mas é falho em alguns casos após os 2 meses, de modo que é preciso orientar a mãe para usar outros métodos contraceptivos.
- Além do conhecimento sobre as vantagens do aleitamento natural, as mulheres devem ser orientadas sobre técnicas de amamentação durante o pré-natal, durante a hospitalização do parto e assim que chegarem da maternidade. (SÃO PAULO, 2003).

### ***Sinais da “boa pega”***

- A boca está bem aberta;
  - O lábio inferior voltado para fora;
  - O queixo toca o seio;
  - Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo;
  - Pega toda a aréola, não apenas o mamilo.
- (SÃO PAULO, 2003).

### ***Posicionamento para uma boa amamentação***

1. A mulher deverá estar sentada ou deitada em posição confortável, com apoio nas costas; o corpo da criança alinhado (cabeça e tronco), e a barriga da criança voltada para a barriga da mãe.

2. Orientar a mãe a dar o peito toda vez que a criança chorar, mesmo que muitas vezes, isso fará com que haja produção de mais leite.

Alguns bebês são muito quietos e reclamam pouco, dormindo muitas horas, isso faz com que tenham hipoglicemia (pior em prematuros), Pequeno para Idade Gestacional (“PIG”) e Grande para Idade Gestacional (“GIG”) e fiquem mais hipoativos ainda, orientar para acordá-los a cada 3 horas para mamar, pelo menos nos primeiros 15 dias de vida, depois haverá adaptação natural. (SÃO PAULO, 2003).

### ***Higiene das mamas:***

Não devem ser utilizados sabonetes e cremes; realizar a limpeza somente com água (SÃO PAULO, 2003).

### ***Como tratar uma fissura:***

- Aconselhar a mãe a parar de usar qualquer tipo de sabonetes ou cremes nos mamilos;
- Orientar a mãe a lavar os mamilos apenas uma vez ao dia quando tomar banho;
- Corrigir a posição de mamada e estimular a mãe para continuar amamentando. Pode começar a mamada no mamilo que não está dolorido. Frequentemente a dor para imediatamente e a fissura cicatriza muito rapidamente quando a posição é melhorada.
- Aconselhar a mãe a expor os mamilos ao ar e ao Sol, tanto quanto possível, no intervalo das mamadas;
- Aconselhar a mãe a deixar uma gota do “leite do fim” no mamilo e aréola, após a mamada, pois isto facilita a cicatrização.
- Algumas vezes, a dor continua, mesmo depois da correção de mamada. Outras vezes a mama está ingurgitada e a criança não consegue pegar parte suficiente da mama na boca. Nesses casos, devemos orientar a ordenha manual e oferecer o leite em um copinho, enquanto a fissura cicatriza (SÃO PAULO, 2003).

**Retirada do Leite Materno (ordenha manual):**

Este procedimento deve ser realizado com cuidado, para que possamos preservar a qualidade do leite materno devido às diferentes formas de contaminação que podem ocorrer.

Solicitar para a mãe que, na medida do possível, procure um lugar privativo, silencioso onde ela fique confortável e tranquila, devendo tomar líquidos várias vezes ao dia (6 a 8 copos de 250ml).

Orientar:

- Para a mãe fazer uma boa limpeza das mãos e mamas com água e sabão (se possível, uma escovação das unhas imediatamente antes de cada ordenha), tentando evitar ao máximo que o leite possa ser contaminado;
- Secar as mãos e mamas com toalha limpa;
- Fazer uma massagem circular seguida de outra de trás para frente até o mamilo;
- Estimular suavemente os mamilos estirando-os ou rodando-os entre os dedos;
- Extrair o leite e desprezar os primeiros jorros de leite de cada lado;
- Colocar o polegar sobre a mama, onde termina a aréola e os outros dedos por baixo também, na borda da aréola;
- Comprimir contra as costelas e também entre o polegar e o indicador, por trás da aréola;
- Repetir o movimento de forma rítmica, rodando a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas;
- Alternar as mamas a cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite;
- Alertar que a quantidade de leite que se obtém em cada extração pode variar. Isto não é infrequente;
- Depois da ordenha, passar algumas gotas de leite nos mamilos;
- Estimular a mãe para oferecer o leite ordenhado através de copo ou colher.
- Obs.: A aparência do leite que se extrai cada vez é variável. No princípio é claro e depois do reflexo de ejeção mais branco e cremoso. Alguns medicamentos, alimentos ou vitaminas podem mudar levemente a cor do leite. As gorduras do leite boiam ao guardá-lo (SÃO PAULO, 2003).

## **CONSERVAÇÃO**

O leite retirado através da ordenha deverá ser armazenado em um recipiente de vidro previamente submerso em água fervente por 15 minutos, o franco deverá estar bem vedado para evitar que o leite absorva odores e outros voláteis nocivos e estocados de acordo com as orientações a seguir:

- Prazo de validade e estocagem:
  - refrigerador, por 24 horas;
  - congelador de geladeira (de duas portas) ou congelador, por 15 dias;
  - apesar de não ser o melhor procedimento, se for necessário, orientamos estocar em local fresco, protegido da luz, por 6 a 8 horas;
  - orientar para colocar uma etiqueta com a data e o horário da coleta.

(SÃO PAULO, 2003).

## ***Desmame***

Além da importância do aleitamento materno, a mãe deve ser orientada também quando não tem disponibilidade de amamentar ou quando se faz necessária a introdução de novos alimentos (após o 6º mês).

O processo de desmame é caracterizado pela introdução de novos alimentos, além do leite materno. Quando este ocorre antes do 6º mês de vida da criança denomina-se desmame precoce. Algumas recomendações gerais:

- Iniciar um alimento de cada vez, verificando aceitação da criança (evitar “misturas” de frutas em sucos ou papas, se houver intolerância não saberemos o que provocou);
- Considerar o estágio de desenvolvimento da criança ao introduzir os alimentos sólidos (o reflexo de protusão da língua pode se manter até o 5º ou 6º mês);
- Respeitar os hábitos alimentares da família, desde que não haja privação de alimentos benéficos para a saúde da criança, como nos tabus alimentares;
- Fornecer orientação quanto ao equilíbrio nutricional, oferecendo alimentos dos 3 grupos: construtores/protéicos (carnes, ovos, leguminosas como feijão e grãos), reguladores (verduras, legumes e frutas, fontes de fibras e vitaminas) e energéticos (carboidratos, doces e gorduras);

- Dar extrema importância à higiene quanto ao preparo e conservação dos alimentos (lavagem das mãos, dos utensílios de cozinha, da esterilização de mamadeiras, lavagem de verduras e frutas, fervura, uso de geladeira, etc.) (SÃO PAULO, 2003).

### ***Alimentação em crianças amamentadas até o 6º mês***

- Geralmente a introdução dos novos alimentos se inicia no 6º mês, com o suco de frutas oferecido às colheradas.
- A forma líquida e o sabor naturalmente adocicado são de mais fácil aceitabilidade pela criança, além das frutas serem boa fonte de vitaminas e minerais.
- Quando a criança já estiver habituada ao suco, pode-se oferecer as frutas na consistência pastosa (papas), sempre uma fruta por vez, verificando-se a aceitabilidade da criança.
- Posteriormente, ao final do 6º mês, é introduzida a refeição de sal, sob a forma de papa, que é oferecida na hora do almoço, em substituição a uma das mamadas.
- Quando o almoço estiver bem adaptado à rotina da criança, introduzir a 2ª refeição de sal (jantar) em torno do 7º mês, verificando a aceitabilidade. (SÃO PAULO, 2003).

### ***Aleitamento artificial***

- Nos casos em que o aleitamento materno não é possível (trabalho materno, doenças maternas, óbito da mãe, adoção, não aceitação da mãe) geralmente é utilizado o leite de vaca fluido (“in natura”) ou em pó integral ou modificado.
- A água utilizada deve sempre ser fervida, e se possível, também filtrada;
- O leite líquido deve ser bem fervido (2 ou 3 “subidas” ou 3 minutos após fervura) para esterilização, mesmo os que venham em embalagem longa-vida, e também para desnaturação das proteínas, facilitando a digestão;
- As peças de encaixe de mamadeiras, assim como a mamadeira (garrafa), devem ser muito bem lavadas e escovadas em água corrente e detergente, e depois sempre serem escaldadas para desinfecção e guardadas em recipiente tampado, e de preferência em geladeira. Só utilizar mamadeiras que sofreram esse processo, e a cada uso deverão ser esterilizadas novamente;

- Cuidado com leites em pó: erros na diluição são comuns;
  - O açúcar (5%) e a farinha (3%) são adicionados para aumentar o aporte calórico do leite, principalmente quando é oferecido diluído. Orienta-se uma quantidade pequena para que não se crie o hábito de consumo excessivo do açúcar;
  - Antes de ferver qualquer tipo de leite fluído, devemos adicionar 50ml de água, independente da quantidade de leite, para compensar a evaporação durante a fervura;
  - O amido de milho deverá ser misturado em 50ml de água fria e depois adicionado ao leite; as farinhas pré-cozidas (tipo mucilon) podem ser adicionadas diretamente ao leite.
- (SÃO PAULO, 2003).

***Modo de preparo de leite em pó integral:***

- Ao contrário do leite fluído, após o preparo, o leite em pó não deve ser fervido, a fim de não alterar seu valor nutritivo; por isso, ferver a água com farinha e o açúcar e por último adicionar o leite em pó.

*[Até os 6 meses]*

- Leite em pó a 10% (2 colheres de sopa rasas do pó para 100ml de água fervida),
- 5% de açúcar (3 colheres de chá rasas), e
- 3% de farinha (2 colheres de chá rasas).

*Após os 6 meses:*

- Leite em pó a 15% (3 colheres de sopa rasas do pó para 100ml de água fervida),
- 5% de açúcar (3 colheres de chá rasas).
- Oferecer quantidade suficiente para que a criança deixe “resto”, sinal de que está satisfeita;
- O fato de a criança estar com fezes firmes é um sinal que o preparo do leite e alimentos está bom, sem agressões microbianas ao seu intestino (o que levaria a diarreias).
- Procurar contornar obstipação com engrossantes laxantes como aveia, ou frutas como mamão, abacate ou verduras e fibras na sopa.

***Leite fluído:***

- No primeiro semestre de vida, o leite deve ser diluído a 2/3: 2 partes de leite (100ml) e 1 parte de água (50ml), com a finalidade de, principalmente, diminuir a carga exagerada de solutos e sais presentes no leite de vaca.
- Para este leite, devemos adicionar açúcar a 5% (3 colheres chá rasas) e 3% de farinha (2 colheres de chá rasas).
- No segundo semestre, o leite deverá ser utilizado sem diluição, acrescentando 5% de açúcar e levar ao fogo para ferver.
- Caso haja pouco ganho de peso, pode-se utilizar farinha como amido de milho, farinha de arroz, farinha de aveia ou fubá.

***Leites modificados:***

- Não é recomendável a indicação, pois não apresenta benefícios em relação ao leite integral e apresenta um alto custo.
- A criança em aleitamento artificial deve receber uma quantidade maior de água sob a forma pura fervida, em chás ou sucos, devido à carga elevada de sais presentes no leite de vaca (mesmo nos modificados).
- Desconfiar quando a criança apresentar fezes amolecidas, distensão abdominal ou flatulência excessiva quando está somente com leite (sem outros alimentos), pois pode estar havendo negligência no preparo e contaminação. (SÃO PAULO, 2003).

***Outros alimentos:***

Iniciar no 4<sup>o</sup> mês os sucos e papas de frutas, e após 15 dias a primeira sopa no almoço, e ¼ de gema cozida que deverá ser aumentada até completar uma gema inteira no 6<sup>o</sup> mês, a segunda sopa (jantar), sobremesa de frutas ou doces caseiros, e no 10<sup>o</sup> mês oferecer a clara cozida. (SÃO PAULO, 2003).

***Para maiores detalhes verificar a Linha 4 do Protocolo Municipal de Atenção à Saúde da Criança.***

### 3. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO PARA GRUPOS EDUCATIVOS DE PUERICULTURA

#### **1º GRUPO: (0-6 MESES)**

- Amamentação – problemas comuns e suas soluções (fissuras, mamas “empedradas”, posição para amamentar, uso de medicamentos, medo do leite insuficiente, etc.);
- Aleitamento artificial – orientar a mãe, ajudá-la e não culpá-la no caso de insucesso do aleitamento materno exclusivo, ou de aleitamento misto (complementação, se trabalha fora, por exemplo), dar “dicas” eficazes de preparo adequado de mamadeiras e sem contaminação, extração e conservação do leite materno quando possível;
- Cólicas do bebê – são temporárias (1º trimestre), são aliviadas por massagens, melhoram com aleitamento materno exclusivo, evitar chás com açúcar (maior fermentação e gases);
- Problemas dermatológicos – retirada de “crotinhas”, cuidados higiênicos, como prevenir assaduras, o banho, cuidados com as fraldas (evitar sabão em pó, alvejantes e amaciantes), destacar cuidados de higiene com os genitais;
- Pressões sociais – evitar o desmame precoce, principalmente em primigestas e adolescentes;
- “Exame do Pezinho” – explicar do que se trata, sua importância;
- Vacinação – mostrar o quanto é importante estar com a carteirinha em dia, mostrar quantas doenças são evitadas;
- Ganho de Peso – melhor padrão de saúde do bebê, mostrar o esperado para a idade e esclarecer padrão individual;
- Relação mãe/filho: banho com a mãe, momentos de massagem, estabelecer limites nas solicitações da criança, cuidados físicos e emocionais, valorização do tempo disponível com a criança;
- Prevenção de acidentes;
- Ciúme do irmão mais velho: como tratar as reações de infantilização, verbalização da rejeição;
- Relação familiar: pai/mãe/filho;
- Manobras alternativas: shantala, massagem terapêutica, musicoterapia e toque terapêutico;



- Estimulação neuropsicomotora;
  - Autocuidado da mãe: estética, conforto, sexualidade, organização do tempo;
  - Direitos da criança;
  - Distribuição das atribuições da família nos cuidados com o bebê e nos afazeres domésticos.
- (SÃO PAULO, 2003).

## **2º GRUPO: (7-9 MESES)**

- Alimentação:
  - introdução de novos alimentos,
  - aproveitamento dos alimentos da época,
  - preparo da sopa, cozimento, temperos, leves.
  - não liquidificar, amassar com garfo.
  - ter rotina de horários com a criança pois dá segurança psicológica e adequado funcionamento intestinal.
- Importância da avaliação nutricional:
  - por que seguir mensalmente o peso e estatura da criança,
  - estimular a mãe a manter seu bebê eutrófico (menor risco de doenças, melhor desenvolvimento físico e intelectual).
- Desenvolvimento:
  - identificar a percepção da família em relação à criança,
  - orientar como estimular a criança,
  - importância do “alimento afetivo” para o bom desenvolvimento integral da criança,
  - destacar as conquistas realizadas pela mesma.
- Doenças diarreicas:
  - quais são suas consequências nesse grupo etário (desnutrição, morbidades, morte e desidratação),
  - correlacionar com hábitos higiênicos pessoais/alimentares e domiciliares,
  - destino do lixo e esgotos e importância de água tratada,
  - do aleitamento materno e alimentos adequados,
  - uso da TRO e quando procurar ajuda.
- Doenças respiratórias:
  - quando e como saber se é um simples resfriado ou uma afecção mais séria,

- aspectos ambientais (fumaça ou poeira da rua),
  - estações do ano,
  - aspectos domiciliares (insolação, ventilação, temperatura, umidade),
  - tabagistas em casa e o perigo do fumo passivo principalmente para as crianças,
  - alergias respiratórias (animais, acúmulo de pó em brinquedos, tapetes, cortinas),
  - orientar sinais de alerta como respiração rápida, tiragem e ruídos respiratórios,
  - orientar cuidados profiláticos de aumento do aporte hídrico, vaporização, tapotagem, limpeza nasal, fracionamento da dieta, controle da temperatura.
  - Febre:
    - o que é,
    - como manejar,
    - o que observar (sinais de perigo, convulsão, petéquias e prostração).
- (SÃO PAULO, 2003).

### **3º GRUPO: (10-24 MESES)**

- Crescimento e desenvolvimento:
  - como estimular a criança,
  - aspectos peculiares do desenvolvimento emocional,
  - a “angústia” normal dos 8 meses (o bebê “estranha” outras pessoas), brinca de esconder.
- Avaliação nutricional:
  - como está a curva de crescimento de cada participante,
  - o que atrapalhou correlacionar com morbidades e desmame e achar soluções.
- Alimentação:
  - reforçar o que foi comentado no 2º grupo,
  - estimular a 2ª refeição de sal e a diminuição do leite como principal alimento,
  - a criança começa a seguir o ritmo alimentar da casa,
  - dar soluções simples e baratas para aproveitamento dos alimentos.
- Cuidados com os dentes:
  - mostrar que a dentição decídua é tão importante quanto a permanente,

- limpeza após as mamadas e após as refeições,
  - uso prolongado da chupeta, mamadas noturnas e seus riscos (aspiração e cáries).
  - Prevenção de acidentes:
    - quedas,
    - queimaduras,
    - irmãos mais velhos,
    - intoxicações/envenenamentos,
    - riscos que o bebê corre ao engatinhar, evitar andador,
    - com quem deixar a criança,
    - riscos de transporte (cadeirinha do carro, carrinhos de passeio),
    - riscos da exposição excessiva ao Sol.
  - Importância do exemplo dos pais:
    - diálogo,
    - brincar com as crianças,
    - ensinar habilidades,
    - valorizar as conquistas,
    - evitar comparar com os outros primos ou vizinhos,
    - construir brinquedos com sucata,
    - bons hábitos alimentares.
- (SÃO PAULO, 2003).

### **OBSERVAÇÕES:**

- Convidar o pai e outros familiares para participarem dos grupos,
- Os grupos educativos podem se constituir, também, em espaço de educação continuada para o restante da equipe,
- Podem ser utilizados vídeos em alguns grupos,
- Pode ser interessante manter um painel no consultório e em outro local da UBS com alternativas criativas dadas pelas famílias no cuidado das crianças (receitas boas e baratas, alternativas para proteger a criança, construção de brinquedo).
- Vale também buscar ocupar os espaços públicos do território, adaptando-os para utilização das crianças.

- Dependendo da área física destinada ao grupo, podem ser organizadas oficinas culinárias para preparo de mamadeiras, papas, trocas de receitas, preparo de chás caseiros, etc., (SÃO PAULO, 2003).

#### 4. REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Básico de Imunizações. 2011. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21462](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462)

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Maria Regina Viana et al. **Atenção à saúde da criança**. Belo horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224 p.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem: Saúde da criança**. São Paulo: Secretaria de Saúde. 2003. 215p.

## ANEXO: CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL, 2011)

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG-ID <sup>(1)</sup> vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (principalmente nas formas miliar meningea)
	Hepatite B <sup>(2)</sup> vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Hepatite B <sup>(2)</sup> vacina hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Tetravalente (DTP + Hib) <sup>(3)</sup> vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina oral poliomielite (VOP) <sup>(4)</sup> vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH) <sup>(5)</sup> vacina rotavírus humano G1P1[8] (atenuada)		Diarréia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) <sup>(6)</sup> vacina meningocócica C (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) <sup>(7)</sup> vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 meses	Tetravalente (DTP + Hib) <sup>(3)</sup> vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina oral poliomielite (VOP) <sup>(4)</sup> vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina oral de rotavírus humano (VORH) <sup>(5)</sup> vacina rotavírus humano G1P1[8] (atenuada)		Diarréia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) <sup>(6)</sup> vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
5 meses	Meningocócica C (conjugada) <sup>(7)</sup> vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
6 meses	Hepatite B <sup>(2)</sup> vacina hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Vacina oral poliomielite (VOP) <sup>(4)</sup> vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
9 meses	Tetravalente (DTP + Hib) <sup>(3)</sup> vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	Dose inicial	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) <sup>(6)</sup> vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i> .
9 meses	Febre amarela <sup>(8)</sup> vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial	Febre amarela
12 meses	Triplíce viral (SCR) <sup>(9)</sup> vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) <sup>(6)</sup> vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	Reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
15 meses	Triplíce bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	1º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Vacina oral poliomielite (VOP) <sup>(4)</sup> vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	Reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	Meningocócica C (conjugada) <sup>(7)</sup> vacina meningocócica C (conjugada)		Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 anos	Triplíce bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	2º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Triplíce viral (SCR) <sup>(9)</sup> vacina sarampo, caxumba e rubéola	2ª Dose	Sarampo, caxumba e rubéola
10 anos	Febre amarela <sup>(8)</sup> vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela

**Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**

## **ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA A VACINAÇÃO DA CRIANÇA:**

**(1) Vacina BCG: Administrar o mais precoce possível, preferencialmente após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas administrar a vacina após completar 1 (um) mês de vida e atingir 2 Kg. Administrar uma dose em crianças menores de cinco anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos extradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 (um) ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 (um) ano de idade, sem cicatriz - administrar uma dose. Contatos comprovadamente vacinados com a primeira dose - administrar outra dose de BCG. Manter o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina. Contatos com duas doses não administrar nenhuma dose adicional. Na incerteza da existência de cicatriz vacinal ao exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade. Para criança HIV positiva a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam aos serviços ainda não vacinadas, a vacina está contraindicada na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV (positivo) a vacina está contra indicada em qualquer situação.**

**(2) Vacina hepatite B (recombinante): Administrar preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento, ou na primeira visita ao serviço de saúde. Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou em recém-nascidos a termo de baixo peso (menor de 2 Kg), seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. A vacina e a HBIG administrar em locais anatômicos**

diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.

**(3) Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e Haemophilus influenzae b (conjugada):** Administrar aos 2, 4 e 6 meses de idade. Intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. A vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis – DTP são indicados dois reforços. O primeiro reforço administrar aos 15 meses de idade e o segundo reforço aos 4 (quatro) anos. Importante: a idade máxima para administrar esta vacina é aos 6 anos 11 meses e 29 dias. Diante de um caso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados menores de 1 ano iniciar esquema com DTP+ Hib; não vacinados na faixa etária entre 1 a 6 anos, iniciar esquema com DTP. Para os comunicantes menores de 1 ano com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema com DTP + Hib; crianças na faixa etária de 1 a 6 anos com vacinação incompleta, completar esquema com DTP. Crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de cinco anos e que tenham 7 anos ou mais devem antecipar o reforço com dT.

**(4) Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada):** Administrar três doses (2, 4 e 6 meses). Manter o intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. Administrar o reforço aos 15 meses de idade. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose.

**(5) Vacina oral rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada):** Administrar duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária:

primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias.

segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias.

O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação não repetir a dose.



**(6) Vacina pneumocócica 10 (conjugada):** No primeiro semestre de vida, administrar 3 (três) doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias e, mínimo de 30 dias. Fazer um reforço, preferencialmente, entre 12 e 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de seis meses após a 3ª dose. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 (um) mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses.

**(7) Vacina meningocócica C (conjugada):** Administrar duas doses aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo entre as doses de 60 dias, e mínimo de 30 dias. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.

**(8) Vacina febre amarela (atenuada):** Administrar aos 9 (nove) meses de idade. Durante surtos, antecipar a idade para 6 (seis) meses. Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios destes estados, buscar as Unidades de Saúde dos mesmos. No momento da vacinação considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar reforço, a cada dez anos após a data da última dose.

**(9) Vacina sarampo, caxumba e rubéola:** Administrar duas doses. A primeira dose aos 12 meses de idade e a segunda dose deve ser administrada aos 4 (quatro) anos de idade. Em situação de circulação viral, antecipar a administração de vacina para os 6 (seis) meses de idade,

**porém deve ser mantido o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.**