

SECRETARIA DE  
SAÚDE



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

# PROTOCOLO DE PUERICULTURA



4ª EDIÇÃO  
2025



**4ª EDIÇÃO – JUNHO/2025**

Adriana Ulber Matos dos Santos  
Antonio Marcelo Maciel Rabelo  
Bruna Cristina Sgrott  
Cátia Regina dos Santos Elias  
Carline Fernanda Scheeren Veríssimo  
Cleber da Silva Mossini  
Elisa Remor de Souza  
Érika Mauch Vaz  
Fabiana Schirmer Marcuzzo  
Fábio Martino Otero Avila  
Gisele Pruner Koguchi  
Kátia Cilene Mendes Juliani  
Iraceli Till Otto  
Nestor Daniel Huaco Palomino  
Rafaela Lopes Doria  
Rosana Gama Pereira Martins  
Sheila das Neves Martins  
Thaísi da Cunha



**SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	05
<b>2. AGENDA DE CUIDADOS DA CRIANÇA</b>	07
2.1 Estratificação de Risco	09
<b>3. PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO</b>	14
3.1 - Roteiro da visita domiciliar ao recém- nascido e puérpera	21
3.2 - Roteiro da visita domiciliar ao recém- nascido e puérpera - ACS	22
3.3. Consultas Subsequentes de Puericultura	23
<b>4. TRIAGEM NEONATAL</b>	27
4.1 Teste do Pezinho	27
4.2 Teste do Olhinho	27
4.3 Teste do Coraçãozinho	28
4.4 Teste da Linguinha	28
<b>5. CRESCIMENTO</b>	30
5.1 Avaliação Antropométrica	31
<b>6. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR</b>	33
6.1 Transtorno do Espectro Autista	35
<b>7. EXAMES DE ROTINA</b>	39
7.1 Perfil Lipídico	40
7.2 Exame VDRL para crianças expostas a Sífilis	41
7.3 Exame de Toxoplasmose IGG E IGM para Crianças exposta a Toxoplasmose	42
<b>8. SAÚDE BUCAL</b>	44
<b>9. ALEITAMENTO MATERNO</b>	49
9.1 Contraindicações para Amamentação	49
9.2 Amamenta Brusque	51



<b>10. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</b>	53
10.1 Suplementação de Micronutrientes	56
<b>11. USO DE TELAS</b>	60
<b>12. REFERÊNCIAS</b>	61
ANEXO 1 - FLUXOGRAMA MUNICIPAL DE ENCAMINHAMENTO PARA CRIANÇAS COM LESÕES LABIOPALATAIS	65
ANEXO 2 - FLUXOGRAMA MUNICIPAL DE COLETA DE CARIÓTIPO NO HOSPITAL	66





### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

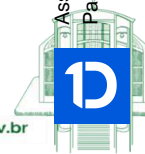
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
DTPA/dT	Difteria, Tétano e Pertussis acelular/Difteria e Tétano
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GMUS	Sistema de Gestão Municipal de Saúde
HCM	Hemoglobina Corpuscular Média
HDL	High-Density Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HTLV	Human T-cell lymphotropic virus
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Low-Density Lipoprotein
M-Chat	Modified Checklist for Autism in Toddlers
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNI	Programa Nacional de Imunizações
POP	Procedimento Operacional Padrão
RDW	Red Cell Distribution Width
RN	Recém nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SISREG	Sistema de Regulação
TAN	Triagem auditiva neonatal
TEA	Transtorno do espectro autista
TRV	Teste do reflexo vermelho
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidade internacional
USG	Ultrassonografia
VCM	Volume Corpuscular Médio
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

## 1. INTRODUÇÃO

A puericultura consiste na prática de promover, proteger e acompanhar a saúde infantil, fundamentando-se em uma abordagem integral que reconhece a criança como um ser em pleno processo de desenvolvimento, com necessidades e especificidades próprias. Reconhecendo essa importância, a Rede Alyne configura-se como uma estratégia do Ministério da Saúde voltada ao fortalecimento da atenção à saúde materna e infantil, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil, além de qualificar o cuidado prestado em todos os níveis de atenção.

A Rede Alyne foi instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, no tocante à Rede de Atenção Materna e Infantil. Essa estratégia amplia e atualiza as diretrizes já estabelecidas por programas anteriores, como a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/2011), integrando ações voltadas ao cuidado humanizado e contínuo de mulheres, crianças e famílias, com ênfase na equidade, na integralidade e na garantia de direitos.

No município de Brusque, o Grupo Condutor Municipal da Rede Alyne elaborou e atualizou o presente protocolo com o intuito de subsidiar e qualificar a atuação das equipes de Atenção à Saúde no atendimento às crianças menores de dois anos. Essa iniciativa busca fortalecer a prática da puericultura como componente essencial da atenção integral à saúde da criança, alinhando-se às políticas nacionais e aos compromissos com a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis desde os primeiros anos de vida.



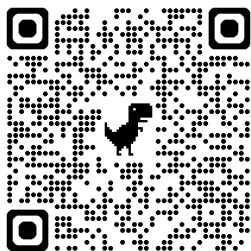
# AGENDA DE CUIDADOS DA CRIANÇA



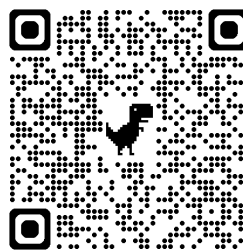
## 2. AGENDA DE CUIDADOS DA CRIANÇA

Instrumento valioso na consulta a Caderneta da Criança é um importante instrumento de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança nas consultas de rotina, e uma potente ferramenta de diálogo entre os profissionais da saúde, assistência social, educação e famílias. A última atualização da caderneta tem a característica de ser intersetorial. É dever dos profissionais o correto registro de informações para o acompanhamento da criança, na Caderneta da Criança e no prontuário eletrônico. Para consultar as cadernetas na íntegra, acesse os links abaixo:

**QR CODE:** *Caderneta da criança*  
(menina):



**QR CODE:** *Caderneta da criança*  
(menino):

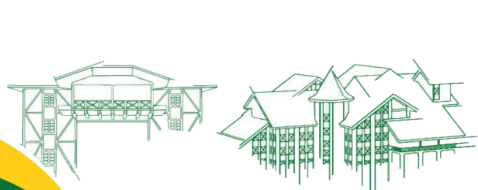


O cronograma de consultas prevê um acompanhamento das crianças menores de 2 anos com maior frequência e intervalos mais curtos, devido ao fato dessa faixa etária ser mais suscetível a intercorrências, com manifestações clínicas que podem se agravar rapidamente.

De 2 a 4 anos, os intervalos para avaliação médica e de enfermagem tornam-se maiores, devendo ser acompanhados a cada 6 meses.

O Ministério da Saúde recomenda o seguinte esquema para as consultas de rotina:

1º semana	1º mês	2º mês	4º mês	6º mês	9º mês	12º mês	18º mês	24º mês
-----------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------



Quadro 1- Calendário de consultas da criança

Frequência mínima de consultas	
Consulta ZERO 3º trimestre de gestação	Enfermeiro (consulta individual ou em grupo). Orientações sobre puericultura, calendário de consultas e triagem neonatal.
1ª semana de vida	Enfermeiro ou médico. Preferencialmente até o 5º dia de vida, não ultrapassando 7 dias após o nascimento. Além do cumprimento do roteiro de consultas, deverá proceder à coleta do teste do pezinho.
1ª visita –  Visita Domiciliar do ACS	Preferencialmente até o quinto dia de vida, NÃO ultrapassando a primeira semana do nascimento. O ACS deverá se atualizar do nascimento e situação familiar, orientando sobre os serviços oferecidos pela ESF. Poderá ser visita compartilhada com enfermeiro ou não. Todas as visitas domiciliares devem ser evoluídas no G-MUS sendo descritas as condições de saúde, aleitamento, higiene, moradia e demais informações relevantes para o acompanhamento da criança.
15 dias de vida	Enfermeiro ou Médico. Somente para crianças em situação de vulnerabilidade social e/ou problemas de crescimento e desenvolvimento e/ou dificuldades no aleitamento materno, prematuridade o acompanhamento deve ter maior frequência.
1 mês	Enfermeiro ou Médico. Foco: roteiro de consulta + fortalecimento da amamentação.
Mensal/ Bimestral	Agentes comunitários de saúde: A realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para as crianças, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura, a ocorrer obrigatoriamente de <u>forma mensal nos primeiros seis meses de vida</u> ; e no mínimo bimestral após seis meses de vida até completar cinco anos conforme Instrução Normativa nº 10/2020.
2 meses	Enfermeiro ou Médico. Foco: roteiro de consulta + fortalecimento da amamentação.
4 meses	Enfermeiro ou Médico. Foco: roteiro de consulta + fortalecimento da amamentação.
6 meses	Enfermeiro ou Médico. Foco: aleitamento materno, introdução alimentar, roteiro de consulta. Iniciar orientações sobre a introdução alimentar.  1º Consulta odontológica
9 meses	Enfermeiro ou Médico. Roteiro de consulta e desenvolvimento
1 ano	Enfermeiro ou Médico. Roteiro de consulta e desenvolvimento.  Consulta odontológica
1 ano e 6	Enfermeiro ou Médico. Roteiro de consulta e desenvolvimento Aplicação do



Frequência mínima de consultas	
meses	M-Chat*. Profissional de saúde _____ Consulta odontológica
2 anos	Enfermeiro ou Médico. Roteiro de consulta e desenvolvimento. Aplicação do M-Chat*. Profissional de saúde _____ Consulta odontológica
Acima de 3 anos	1 consulta anual próximo ao aniversário

Fonte: Adaptado de Guia municipal de puericultura de Ribeirão Preto (2024, pg.10) \*Disponível no capítulo: 8.1 Transtorno do Espectro Autista.

O calendário de consultas deve ser pactuado com os responsáveis pela criança. Isso torna compartilhada a responsabilidade pelo cuidado, entre profissionais e familiares.

As consultas entre médicos e enfermeiros devem ser intercaladas garantindo que ambos os profissionais participem do calendário de consultas da criança. O atendimento por equipe multiprofissional de modo continuado amplia as possibilidades de avaliação adequada do crescimento e desenvolvimento da criança.

## 2.1 Estratificação de Risco

O objetivo da estratificação de risco é o conhecimento da complexidade clínica e sociofuncional da criança, o que possibilita a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, oferecendo a uma criança de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados, se comparada à criança de risco habitual.

A estratificação de risco da criança apresentada na Tabela 1 relaciona os fatores de risco mais comumente identificados ao longo dos primeiros 5 anos de vida e propõe três estratos – risco habitual, risco intermediário e risco alto.

Quadro 2- Acompanhamento de acordo com a estratificação de Risco

Estrato de risco	Acompanhamento
Habitual	Pela equipe APS
Intermediário	Pela equipe APS com apoio matricial da equipe AAE quando necessário
Alto	Compartilhado entre as equipes da APS e AAE
Alto com condições especiais	Compartilhado entre as equipes da APS e da AAE e com outros serviços e especialidades necessárias

Fonte: Ministério da Saúde (2021, pg 38)

O recém-nascido de alto risco merece ainda maior destaque, pois além da necessidade de cuidados pela equipe de Atenção APS, com muita frequência demanda atendimento especializado por profissionais especialistas

### **Consultas com nutricionista:**

A alimentação adequada na infância é essencial para o crescimento, desenvolvimento saudável e prevenção de doenças crônicas, além de contribuir para a formação de hábitos alimentares positivos ao longo da vida. Crianças em situação de vulnerabilidade nutricional, seja por fatores socioeconômicos ou condições clínicas específicas, exigem cuidados individualizados. Nessa perspectiva, o nutricionista é o profissional habilitado para avaliar o estado nutricional, prescrever terapias dietéticas quando necessário e acompanhar a evolução da criança, promovendo saúde e qualidade de vida desde os primeiros anos.

Nos casos em que a equipe de ESF não contar com o apoio do profissional nutricionista ainda na atenção básica, poderá encaminhar via SISREG para a consulta com o profissional, ou ainda o serviço de atenção domiciliar (quando for o caso).

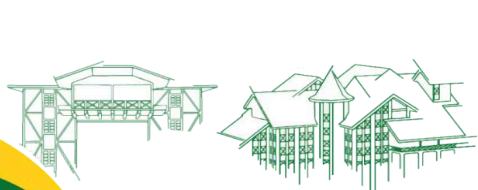
### **Critérios para encaminhamentos:**

- Crianças com desnutrição ou baixo peso;
- Lactentes sem ganho ponderal;
- Prematuros em risco nutricional;
- Crianças com suspeita ou diagnóstico confirmado de alergia a proteína ao leite de vaca, soja, ovo, trigo, outros alimentos.
- Crianças com suspeita ou diagnóstico confirmado de intolerâncias alimentares;
- Doença do Refluxo Gastroesofágico com repercussão nutricional ou com sintomas importantes.
- Filhos de mãe HIV positivo
- Crianças com sobrepeso/obesidade
- Crianças com via alternativa de alimentação (nutrição enteral)

Para saber se a criança atende os critérios para o recebimento de fórmulas infantis via Secretaria Municipal de Saúde conheça:



**QR CODE:** *Protocolo de dispensação de fórmulas infantis, suplementos alimentares e dietas enterais:*



O acompanhamento dessas crianças deve ser compartilhado entre a APS e as Especialidades. A consulta pediátrica deve ser ofertada a todas as crianças com fatores de risco conforme quadro a seguir:

Quadro 3 - Estratificação de risco

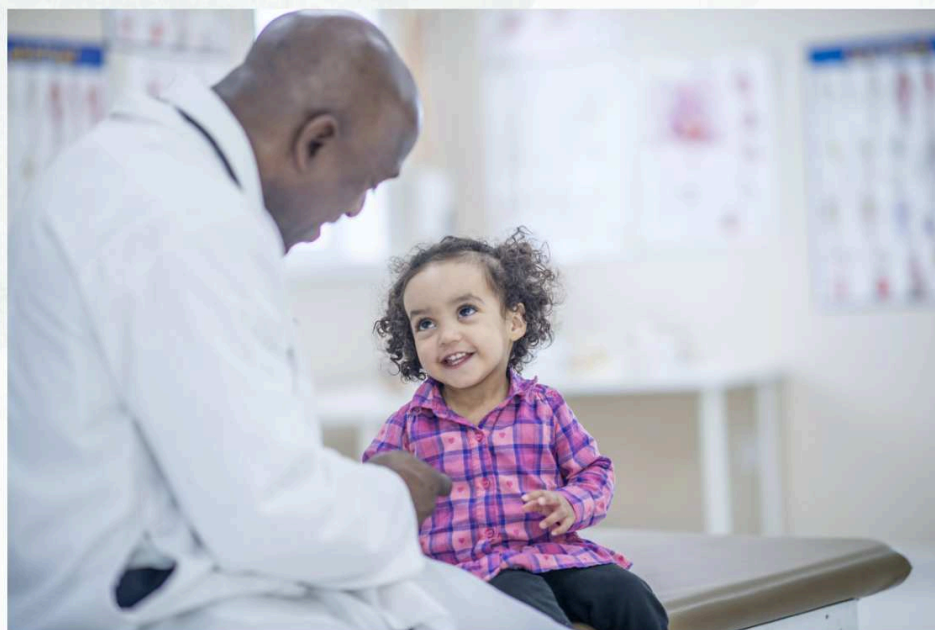
RISCO HABITUAL
Riscos inerentes à própria condição do ciclo de vida
RISCO INTERMEDIÁRIO
Fatores relacionados às condições de saúde na primeira semana e no primeiro mês de vida
Recém-nascido termo precoce com IG de 37 a 38 semanas
Risco de hiperbilirrubinemia indireta patológica*
Risco de desmame precoce
Risco de sepse neonatal†
Fatores relacionados à nutrição
Desmame do aleitamento materno exclusivo antes de 6 meses de vida
Desmame do aleitamento materno antes de 24 meses de vida
Distanciamento do canal de crescimento da criança, em fase inicial, com relação ao peso, comprimento/altura e perímetro craniano
Fatores relacionadas ao cuidado
Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado
Não comparecimento à agenda de acompanhamento
Higiene oral e corporal inadequadas
Mãe ou cuidador não habilitado
Fatores sociofamiliares
Gravidez não aceita
Mãe adolescente
Mãe com baixa escolaridade (<5 anos de estudo)
Pai com baixa escolaridade (<5 anos de estudo)
Mãe com pré-natal não realizado ou incompleto (<6 consultas, não realização de exames e tratamentos indicados não realizados ou incompletos)
Irmãos <5 anos com internação de repetição ou óbito por causas evitáveis
Mãe e/ou pai com condições que comprometam o cuidado da criança
Mãe e/ou pai com comportamentos que comprometam o cuidado da criança
Mãe ausente por doença, abandono ou óbito
Indícios de violência física, sexual ou psicológica
Negligência com relação às necessidades da criança
Fatores relacionados ao ambiente
Exposição à fumaça ambiental do tabaco
Condições de moradia desfavoráveis
Vulnerabilidade socioeconômica
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais
Doenças próprias do ciclo de vida
Doenças transitórias, sem complicações
Doenças bucais de menor complexidade: lesão de mancha branca, cárie dentária, doença periodontal
RISCO ALTO
Condições perinatais
Baixo peso (<2.500g)
Prematuridade (IG <37 semanas ao nascer)
PIG (CIUR)
GIG
continua...



Afecções peri e neonatais
Apgar ≤6 no quinto minuto
Asfixia perinatal
Hiperbilirrubinemia indireta grave
Hiperbilirrubinemia direta†
Infecções crônicas do grupo ZTORCHS, confirmadas ou em investigação
Malformações congênitas graves
Cromossomopatias
Doenças metabólicas
Complicações da prematuridade
Doença pulmonar crônica
Retinopatia e cegueira
Surdez
Outras
Fatores maternos
Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas
Depressão materna
Doenças maternas graves e/ou não controladas
Fatores evolutivos
Crescimento fora dos limites padronizados para a idade
Desenvolvimento insatisfatório para a idade
Espectro de doenças do autismo
Sinais de violência física, sexual ou psicológica
Obesidade
Infecções do trato respiratório inferior de repetição
Asma moderada ou grave
Doenças diarreicas crônica ou de repetição
Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica
Infecção urinária
Complicações de infecções do sistema nervoso central
Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e imunes
Cardiomiopatia, miocardite e outras doenças cardiovasculares e circulatórias
HIV/AIDS confirmado ou em investigação
Leucemia e outras neoplasias
Doenças diagnosticadas na triagem neonatal
Outras doenças evolutivas graves
Intercorrências repetidas com repercussão clínica
1 ou mais internações no último ano
Condições especiais
Peso ao nascer <2.000g ou IG <34 semanas
Malformações congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica
2 ou mais internações no último ano

**Fonte:** MG[33] e CONASS.[34] \* Fatores de risco para hiperbilirrubinemia indireta patológica: baixo peso ao nascer, prematuridade, hemólise, asfixia ao nascimento, infecções, história familiar de icterícia grave, perda de peso do recém-nascido >10% nos primeiros 5 dias de vida associada à dificuldade de sucção ao peito ou presença de outras alterações ao exame clínico; † fatores de risco para sepse neonatal: baixo peso ao nascer, prematuridade, rotura de bolsa antes do trabalho de parto, bolsa rota acima de 18 horas e sinais de corioamnionite, como febre materna, dor suprapúbica, líquido amniótico fétido e história de infecção de trato urinário não tratado no último mês de gestação; ‡ icterícia, fezes claras e urina escura. IG: idade gestacional; PIG: pequeno para a idade gestacional; CIUR: crescimento intrauterino restrito; GIG: grande para a idade gestacional; ZTORCHS: vírus zika, toxoplasmose, outras doenças, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis.

# ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA E CONSULTAS SUBSEQUENTES



### 3. PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

O acolhimento do binômio mãe/recém-nascido, na primeira semana de vida do RN, é primordial para a promoção à saúde e prevenção de possíveis agravos. As políticas nacionais para o período neonatal ressaltam as ações do “5º Dia da Saúde Integral”, como “um momento privilegiado para detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê, de riscos e vulnerabilidades”. Nesta primeira consulta, deve-se acolher o binômio/família, com enfoque nas seguintes ações:

- ☐ Escuta qualificada, para o acolhimento das dificuldades e inseguranças da mãe, pai/cuidador, família;
- ☐ Coleta de dados/anamnese, com foco na identificação de vulnerabilidades e/ou situações de risco para a saúde do recém-nascido;
- ☐ Exame físico da mãe e da criança.
- ☐ Avaliação antropométrica: importante para identificar e monitorar alterações no crescimento e desenvolvimento, além de ajudar a rastrear e avaliar diversas condições de saúde. Essas medidas, como peso, estatura e perímetro cefálico, são simples, não invasivas e permitem identificar precocemente problemas como desnutrição, obesidade ou atrasos no crescimento. Ao aferir o peso do recém-nascido, deve-se comparar o peso ao nascer. Considera-se fisiológica a perda de até 10% do peso em relação ao peso do nascimento, bem como a sua recuperação até o 15º dia de vida;
- ☐ Incentivo ao aleitamento materno exclusivo e apoio para o seu manejo;
- ☐ Realização e Verificação dos testes de Triagem
- ☐ Orientação a respeito da importância da imunização e programar o calendário vacinal.
- ☐ Enfatizar a importância do acompanhamento de saúde, lembrando as datas das demais consultas agendadas para a puérpera e para o RN.

## Quadro 4- Roteiro anamnese da primeira consulta do recém-nascido

<b>1-GRAVIDEZ:</b> Solicitar a Caderneta da Gestante extraindo os seguintes dados da gravidez e parto: Sorologias da mãe (HIV, Sífilis, Hepatites, Toxoplasmose, Citomegalovírus etc...), vacinas (Influenza, dTpa/dT e hepatite B). Porém é importante avaliar também: Gestações, partos, nascidos vivos, número de consultas, exames, USG, uso de antibióticos, vitaminas e outros medicamentos pelo seu efeito no RN. Na caderneta de saúde da criança extrair dados do recém-nascido.
<b>2-PARTO:</b> Parto normal ou Cesariana (motivo) - Intercorrências no parto.
<b>3- IDADE GESTACIONAL</b> Pela idade gestacional: - A termo: De 37 a 41 semanas 6 dias - Pré-termo. Menos de 37 semanas completas - Pós-termo: De 42 semanas ou mais.
<b>4-APGAR:</b> Avalia a frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor com 1 minuto (índice de depressão intra-parto) e 5 minutos (evolução pós-parto) de nascidos.
<b>5-TESTE DE ORTOLANI</b> Repetir nas primeiras consultas
<b>6-TESTE DO REFLEXO VERMELHO:</b> Deverá ser repetido pelo médico na primeira consulta e, pelo menos, duas a três vezes ao ano, nos 3 primeiros anos de vida.
<b>7-TESTE DO PEZINHO:</b> Teste do pezinho entre o 3º e 5º dia
<b>8-TRIAGEM AUDITIVA:</b> EMISSIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS (EOA) se alterado repetir ou PEATE (BERA). Se deficiente tratamento antes dos 6 meses evita perda funcional da linguagem. Repetir se fatores de risco.
<b>9-TESTE DO CORACÃOZINHO:</b> Confirmar se valores normais.
<b>10-TESTE DA LINGUINHA:</b> Encaminhar para odontopediatra se duvidoso ou alterado
<b>11- ANTROPOMETRIA:</b> Avaliação antropométrica: importante para identificar e monitorar alterações no crescimento e desenvolvimento, além de ajudar a rastrear e avaliar diversas condições de saúde. Essas medidas, como peso, estatura e perímetro cefálico, são simples, não invasivas e permitem identificar precocemente problemas como desnutrição, obesidade ou atrasos no crescimento. Peso ao nascimento e peso na alta.
<b>12-VACINAS:</b> Orientar pelo calendário atualizado anualmente pelo PNI.
<b>13-ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS:</b> Fezes, número, consistência e cor, urina, frequência e características.
<b>14-ALIMENTAÇÃO:</b> Leite materno exclusivo, uso de fórmula infantil, Leite de vaca puro ou diluído com ou sem adicionais, boa mamada ou não, regurgitação, refluxo, sinais de dor de refluxo (esofagite), cólicas.
<b>15-INTERCORRÊNCIAS E PROBLEMAS</b>

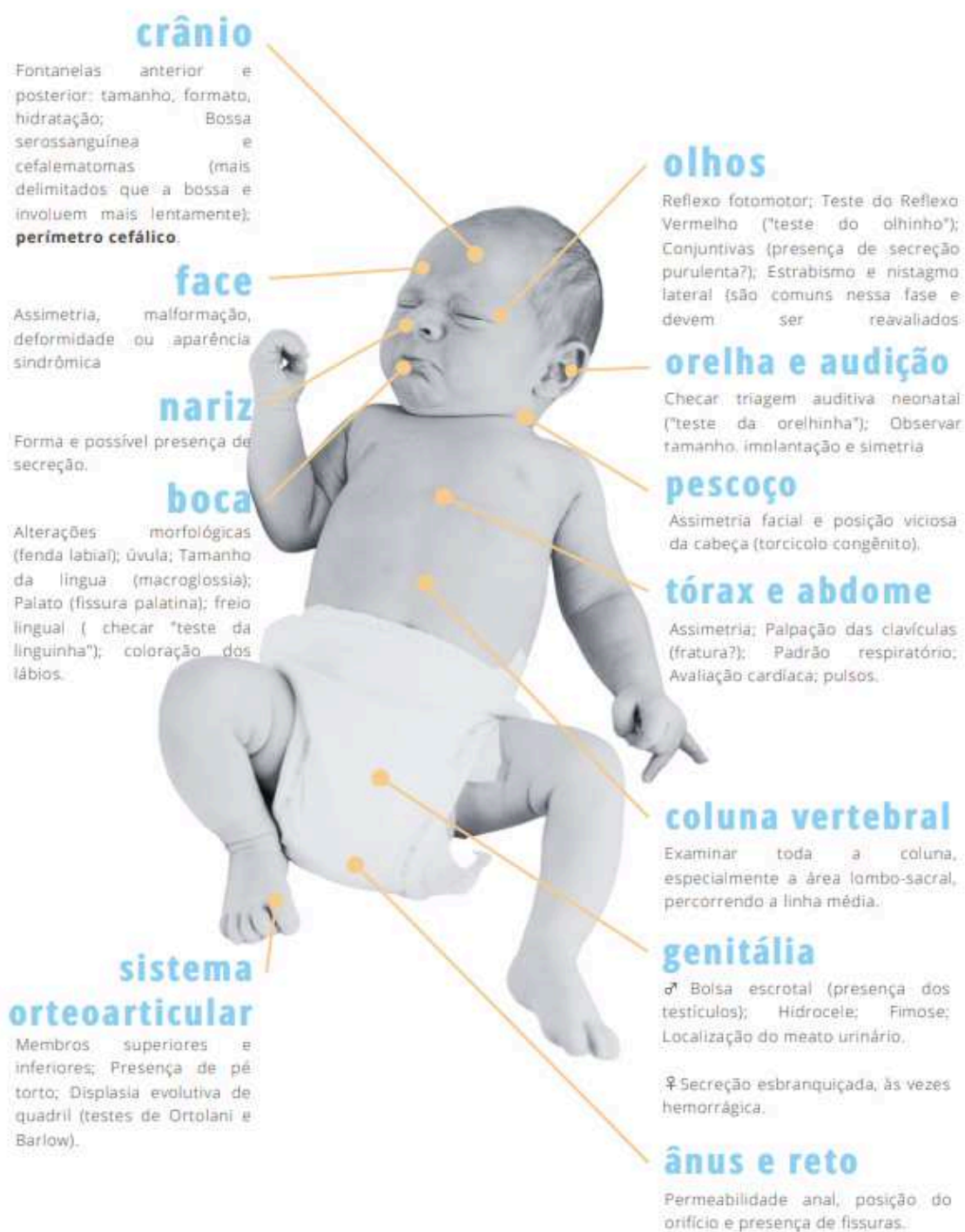


Figura 1 - Avaliação neurológica



Fonte: Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança- Ribeirão Preto (2023, p.26)

Figura 2 - Exame físico do recém-nascido



Fonte: Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança- Ribeirão Preto (2023, p. 27)

Quadro 5- Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido

Tópicos do exame físico	Ações específicas
<b>Peso, comprimento e perímetro cefálico</b>	Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Avalie o peso em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão ( $< -2$ ou $> +2$ escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento.
<b>Desenvolvimento social e psicoafetivo</b>	Observe e avalie o relacionamento da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: como respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo.
<b>Estado geral</b>	Avalie a postura normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o padrão respiratório: a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o estado de vigília do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A temperatura axilar normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.
<b>Face</b>	<u>Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica</u>
<b>Pele</b>	Observe a presença de: (a) edema (se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, seps; se for localizado, isso sugere trauma de parto); (b) palidez (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequin – palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica); (c) cianose (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia); (d) icterícia. O profissional deverá estar mais atento caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida, caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo, atingindo pernas e braços. Pesquise a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis). Esclareça a família quanto à benignidade do eritema tóxico.
<b>Crânio</b>	Examine as fontanelas: a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Bossa serossanguínea e cefalematomas (mais delimitados do que a bossa e que envolvem mais lentamente) desaparecem espontaneamente.
<b>Olhos</b>	Reflexo fotomotor: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anatomofuncional. Teste do reflexo vermelho ou Bruckner test (idem): deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio

	colocado aproximadamente de 30cm a 50cm de distância dos olhos da criança (o importante é que o oftalmoscópio ilumine os dois olhos simultaneamente), para se observar o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade. É importante lembrar que todos os prematuros com 32 semanas ou menos e/ou menores de 1500g devem ser avaliados com dilatação de pupila por oftalmologista na 6ª semana de vida e acompanhados de acordo com o quadro clínico, pois o teste do reflexo vermelho detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e prognóstico reservado. Conjuntivites: as pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus. A conduta correta é sempre coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para swab, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura. Após a coleta, deve-se iniciar imediatamente o tratamento com colírio (tobramicina ou ofloxacina) e, após o resultado, deve-se tratar o agravo de acordo com o agente etiológico. O grande risco é a conjuntivite por gonococo, pois a bactéria pode penetrar na córnea intacta e causar perfuração ocular em 24h. Estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses
<b>Orelhas e audição</b>	Oriente a família para a realização da triagem auditiva neonatal universal (Tanu) ou “teste da orelhinha”. As justificativas para a triagem universal, o teste e as situações de risco para deficiência auditiva. Observe também a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.
<b>Nariz</b>	Avalie a forma e a possível presença de secreção (sífilis).
<b>Boca</b>	Alterações morfológicas podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, o freio lingual e a coloração dos lábios
<b>Pescoço</b>	Avalie a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade).
<b>Tórax</b>	Avalie a assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. A fratura de clavícula é manejada simplesmente prendendo-se o braço ao tórax, para proporcionar conforto ao bebê; tem caráter benigno e ocorre formação de calo ósseo em 2 a 3 semanas. Oriente a família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observe possíveis sinais de sofrimento respiratório (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). Conte a frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120bpm e 160bpm. Observe a possível presença de cianose, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos. Verifique também os pulsos.
<b>Abdome</b>	Observe a respiração, que é basicamente abdominal e deve estar entre 40mm e 60mm. Observe a forma do abdome: se ele estiver dilatado, o achado pode sugerir



	presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Diagnostique a presença de hérnias inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia. Diagnostique também a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal. Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto (resolvido com uso de nitrato de prata). Se a região umbilical estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência.
<b>Genitália</b>	Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Isso porque, na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento. O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele, que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança (idem). A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolvem espontaneamente.
<b>Ânus e reto</b>	Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.
<b>Sistema osteoarticular</b>	Examine os membros superiores e inferiores, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas. O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de displasia evolutiva do quadril realizando os testes de Ortolani e de Barlow.
<b>Coluna vertebral</b>	Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.
<b>Avaliação neurológica</b>	Observe reflexos arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro (descrito no capítulo 8, sobre o acompanhamento do desenvolvimento), que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O tônus normal é de semiflexão generalizada.

Fonte: Adaptado de Demott et al.(2006); Porto Alegre (2004)

**3.1 - Roteiro da visita domiciliar ao recém- nascido e puérpera**

Nome da Mãe:	DN / /
Idade da Mãe:	Micro-área:
Nome do RN:	DN do bebê: / /
Endereço:	
Telefone:	Data realização da visita: / /
Já registrou o nascimento? ( ) Sim ( ) Não Possui cartão do SUS? ( ) Sim ( ) Não	
Intercorrência neonatal: ( ) Sim ( ) Não Qual:	
<b>OBSEVE O RECÊM-NASCIDO:</b> Pele e Mucosas: ( ) Hidratada, corada ( ) Cianótica ( ) Moniliase oral ( ) Monilíase perineal ( ) Impetigo ( ) Icterícia ( ) Outros: _____ Coto Umbilical com sinais de infecção: ( ) Sim ( ) Não Fontanelas (moleira) : ( ) Abaulada ( ) Plana ( ) Deprimida Olhos: Secreção ( ) Sim ( ) Não Outro: _____ Respiração: ( ) Normal ( ) Alterada Reflexos: ( ) Normais ( ) Alterados A criança já recebeu outro tipo de líquido? ( ) sim ( ) não Se leite materno complementado: ( ) leite em pó ( ) leite em caixinha ( ) leite saquinho ( ) puro ( ) diluído ( ) fórmula adequada. Outros: _____ Eliminações: _____ Sono: _____ Criança Ativa : ( ) Sim ( ) Não Higiene do RN: _____ Interação Familiar: _____ Recebeu as vacinas na Maternidade: ( ) BCG( ) Hepatite B ( ) Nenhuma Realizou teste da Orelhinha: ( ) Sim ( ) Não teste do Olhinho: ( ) Sim ( ) Não teste do Pezinho: ( ) Sim ( ) Não teste do Coração: ( ) Sim ( ) Não teste da Linguinha:( ) Sim ( ) Não	
<b>OBSEVE A MÃE</b> Estado Geral: ( ) Triste ( ) Queixosa ( ) Higiene Adequada Alimentação: ( ) Adequada ( ) Inadequada Tipo de parto: _____ Tem febre? ( ) Sim ( ) Não Amamentação: ( ) Exclusiva ( ) Artificial ( ) Misto Mamas: ( ) Fissura ( ) Mamilo plano ( ) Ingurgitamento ( ) mastite ( ) dor Está tendo alguma dificuldade em amamentar o bebê: Qual? _____ Episiotomia/cicatriz da cesária: ( ) Aberta ( ) Dolorosa ( ) Vermelha ( ) Presença de secreção purulenta Relacionamento: ( ) Olha para o bebê ( ) Sorri para o bebê ( ) Fala sobre o bebê ( ) Pega no colo Involução Uterina ( ) Sim ( ) Não Presença de Lóquios ( ) Sim ( ) Não Características: _____ Situação social de risco (Moradia/Higiene/Renda dentre outros): ( ) Sim ( ) Não Qual? _____ Mantendo relação sexual: ( ) Sim ( ) Não Recebeu orientação sobre contracepção:( ) Sim ( ) Não Profissional responsável pela Visita: _____	



### 3.2 - Roteiro da visita domiciliar ao recém- nascido e puérpera - ACS

Nome da Mãe: DN    /    /	Idade da Mãe:
Nome do RN: DN do bebê:    /    /	
Endereço:	
Telefone:	Data realização da visita:    /    /
CNS:	
Teve algum problema no parto ou nascimento: ( ) Sim ( ) Não Qual:	
<b><u>OBSERVE O RECÉM-NASCIDO:</u></b> ( ) Icterícia (amarelão) Outros: _____ Coto Umbilical com sinais de infecção (vermelho, odor, quente, secreção): ( ) Sim ( ) Não  A criança já recebeu outro alimento além do leite materno? ( ) sim ( ) não Se leite materno complementado com: ( ) leite de vaca em pó ( ) leite de vaca em caixinha ( ) leite de vaca pacote ( ) leite de vaca não pasteurizado ( ) leite de vaca diluído (qual a diluição?) ( ) Composto lácteo ( ) fórmula infantil ( ) Água/Chá/Suco ou outro ( ) Leite de vaca + mucilagem ( tipo Mucilon, Neston, amido, ...)  Eliminações (qual a frequência e aspecto): Sono ( ) adequado ( ) dorme pouco ( ) dorme muito Higiene do RN adequada: ( ) Sim ( ) Não  Interação mãe – bebê adequada: ( ) Sim ( ) Não ( ) Olha para o bebê ( ) Sorri para o bebê ( ) Fala sobre o bebê ( ) Pega no colo Recebeu as vacinas na Maternidade: ( ) BCG ( ) Hepatite B ( ) Nenhuma  Realizou teste da Orelhinha: ( ) Sim ( ) Não                      teste do Pezinho: ( ) Sim ( ) Não teste do Coração: ( ) Sim ( ) Não                      teste da Linguinha: ( ) Sim ( ) Não teste do Olhinho: ( ) Sim ( ) Não	
<b><u>OBSERVE A MÃE</u></b> Estado Geral: ( ) Triste ( ) Queixosa ( ) Higiene Adequada Alimentação: ( ) Adequada ( ) Inadequada Tipo de parto: _____ Tem febre? ( ) Sim ( ) Não  Está tendo alguma dificuldade em amamentar o bebê? Qual? Mamas: ( ) Fissura ( ) Mamilo plano ( ) Ingurgitamento ( ) mastite ( ) dor  Situação social de risco (Moradia/Higiene/Renda dentre outros): ( ) Sim ( ) Não Qual? Recebeu orientação sobre contracepção: ( ) Sim ( ) Não Já recebeu algum atendimento anterior( Enfermeiro, pediatra...)? Profissional responsável pela Visita:	

### 3.3 Consultas Subsequentes de Puericultura

Embora os cuidados com a criança devam ser individualizados, as recomendações a seguir são comuns a todas as crianças:

- **QUAIS SÃO OS PONTOS BÁSICOS E NECESSÁRIOS A SEREM ABORDADOS EM UMA CONSULTA DE PUERICULTURA?**

- ☐ Ganho de peso
- ☐ Ganho de altura
- ☐ Avaliação do consumo alimentar
- ☐ Suplementações vitamínicas de rotina
- ☐ Desenvolvimento: motor, cognitivo e emocional (incluindo relações interpessoais e desempenho escolar)
- ☐ Imunizações
- ☐ Funcionamento gastrointestinal e genitourinário
- ☐ Qualidade de sono
- ☐ Atividade física x tempo de telas
- ☐ Contato com a natureza
- ☐ Prevenção de acidentes
- ☐ Situações de violência
- ☐ Saúde bucal

- **QUAIS MÉTRICAS DEVEM UTILIZAR EM SUAS CONSULTAS?**

- Curvas de peso e estatura padronizadas pela OMS (CADERNETA)
- Curvas de desenvolvimento padronizadas pela OMS (CADERNETA)
- Calendário de vacinação pelo PNI (Programa Nacional de Imunizações)

Quadro 6 - Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos.

TÓPICO DO EXAME FÍSICO	
Estado Geral	Realizar anamnese e exame clínico; Avaliar presença de fatores de risco; Avaliar crescimento, desenvolvimento e estado nutricional; Avaliar e orientar quanto à imunização; Avaliar e orientar sobre queixas e intercorrências; Avaliar e orientar quanto à alimentação e condições de higiene
Controle de sinais	Aferir: temperatura, frequência cardíaca e respiratória.
Pressão Arterial (PA)	A partir dos 3 anos: medir PA anualmente, com método auscultatório, e tamanho de manguito adequado - largura da bolsa inflável de 40% da circunferência no ponto médio entre o acrômio e o olécrano e comprimento de 80-100% da circunferência do braço - posição sentada, pés e costas apoiados, aferir no braço direito, apoiado na altura do coração.  Crianças e adolescentes são considerados hipertensos quando PAS e/ou PAD forem superiores ao percentil (p) 95, de acordo com idade, sexo e percentil de altura, em pelo menos três ocasiões diferentes.  Define-se como Pré-Hipertensão, PAS/PAD 120/<80 mmHg a PA 129/<80 mmHg em adolescentes. Se alteração de PA, encaminhar para avaliação médica.
Dados antropométricos	Verificar estatura, peso e índice de massa corporal - IMC, conforme curvas de crescimento do Ministério da Saúde (MS).
Exame da cabeça e pescoço	Observar anormalidades.
Olhos	A partir dos 3 anos: exame da acuidade visual (escala de Snellen)
Boca e faringe	Observar aspecto das tonsilas (tamanho, cor) e suas anormalidades. Observar dentição e alterações na cavidade oral.
Orelha	Observar anormalidades
Tórax	Observar forma, simetria e mamilos. Ausculta pulmonar: observar FR, desconforto respiratório e anormalidades. <b>Valores de referência para FR:</b> De 12 meses a 5 anos: 40 mrpm



	De 6 a 8 anos: até 30 mrpm Acima de 8 anos: até 20 mrpm Ausculta cardíaca: ritmo, frequência e presença de sopros. <b>Valores de referência de FC:</b> 2 anos: de 80 a 130 bpm (média 110bpm) 4 anos: de 80 a 120 bpm (média 100bpm) 6 anos: de 75 a 115 bpm (média 100bpm) 8 anos: de 70 a 110 bpm (média 90bpm) 10 anos: de 70 a 110 bpm (média 90bpm)
Abdome	Abdome normal: deve ser depressível, indolor, sem massas palpáveis ou visceromegalias e ruídos hidroaéreos presentes.
Pele e mucosas	Avaliar hidratação, coloração (corada, pálida, icterica ou cianótica) e presença de lesões.
Genitália	Meninos: observar hérnias inguinais, aderência no prepúcio e fimose. Testículos devem estar tópicos (na bolsa escrotal). Os testículos devem migrar para a bolsa escrotal até os 6 meses de vida; na presença de anormalidade, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica e tratamento. Meninas: exame em caso de queixa clínica.
Membros	Observar alterações e deformidades.

Legenda: PA - pressão arterial; PAS - pressão arterial sistólica; PAD - pressão arterial diastólica; FR - frequência respiratória; MRPM - movimentos respiratórios por minuto; FC - frequência cardíaca; BPM - batimentos por minuto.

Fonte: Adaptado de Protocolo Enfermagem Saúde Criança Adolescente Coren/RS (2020, pg.40)

# TESTES DE TRIAGEM NEONATAL



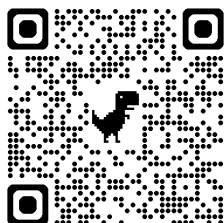
## 4. TRIAGEM NEONATAL

### 4.1 - Teste do Pezinho

O Teste do Pezinho permite o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, gratuitos, para as seguintes doenças genéticas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Doenças Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Deficiência da Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita (Brasil, 2016) e deve ser realizado na UBS de referência do recém nascido (RN). O Teste do Pezinho Master, que abrange outras doenças, é realizado na rede particular.

- É solicitada a segunda coleta para confirmação da suspeita de alguma alteração, prematuridade ou quando houver problemas com a amostra do sangue coletado.

**QR CODE: POP 022 - TESTE DO PEZINHO:**



### 4.2 - Triagem Auditiva Neonatal Universal- TANU

O teste da orelhinha tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família (Brasil, 2012).

- Teste da orelhinha (EOA) é realizado na maternidade de acordo com a Lei Federal nº 12.303/2010. Sendo o reteste para exames com alteração realizado em até 15 dias de acordo com o protocolo nacional de saúde auditiva.
- Casos excepcionais onde o RN recebe alta sem o teste da orelhinha, ou com recomendações de realizar o exame PEATE devem ser encaminhados para a unidade de saúde para agendamento via SISREG.

### 4.3 - Teste do Olhinho

O teste do reflexo vermelho (TRV) 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, 2013).

O TRV é realizado com o oftalmoscópio direto, cuja luz projetada nos olhos, atravessa as estruturas transparentes, atinge a retina e se reflete, causando o aparecimento do reflexo vermelho observado nas pupilas. Na presença de opacidade dos meios oculares no eixo visual, esse reflexo estará ausente ou diminuído.

Deverá ser repetido pelo médico na primeira consulta e, pelo menos, duas a três vezes ao ano, nos 3 primeiros anos de vida.

- Todos os nascidos devem ser submetidos ao TRV antes da alta da maternidade.

#### **4.4 - Teste do coraçãozinho**

Todo bebê tem direito de realizar o teste de coraçãozinho ainda na maternidade, entre 24h a 48h após o nascimento. O teste é simples, gratuito e indolor. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro. Sendo de grande importância, pois detecta cardiopatias congênitas críticas que podem colocar em risco a vida do bebê. Resultado normal: Saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior e inferior direito) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior.

- Todos os nascidos devem ser submetidos ao Teste do Coraçãozinho antes da alta da maternidade.

#### **4.5 - Teste da Linguinha**

O teste da linguinha é um exame padronizado que possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela língua presa que podem comprometer as funções exercidas pela língua: sugar, engolir, mastigar e falar (BRASIL, 2014).

- Todos os nascidos devem ser submetidos ao Teste da Linguinha antes da alta da maternidade.
- Nos casos de anquiloglossia, ou Teste da Linguinha com resultado duvidoso. O acompanhamento deverá ser realizado no CEO com a odontopediatria.

Casos excepcionais onde o RN recebe alta sem Teste da Linguinha, devem ser encaminhados para a Unidade de Saúde para agendamento via SISREG.

# CRESCIMENTO



## 5. CRESCIMENTO

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico dos dados nos gráficos de perímetro cefálico, do peso, da estatura e do índice de massa corporal (IMC) da criança na Caderneta da Criança.

O método antropométrico permite a avaliação do peso, da estatura e de outras medidas do corpo humano. Ele representa um importante recurso para a avaliação do estado nutricional do indivíduo e ainda oferece dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes.

O Índice de Massa Corporal (IMC) para idade expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura (comprimento ou altura). As crianças menores de dois anos devem ser medidas deitadas (comprimento).

Crianças com dois anos ou mais devem ser medidas em pé (estatura). Existe uma diferença de 0,7cm entre a estatura da criança medida deitada e em pé.

Qualquer mudança rápida que desvie a curva da criança para cima ou para baixo, ou então um traçado horizontal, devem ser investigados. Os traçados que se desviam muito e que cruzam uma outra linha podem indicar risco para a saúde da criança.

Na Caderneta de Saúde da Criança contém os gráficos – Ministério da Saúde (2024), com seus respectivos desvios-padrão, para a avaliação do peso, comprimento/estatura, IMC e perímetro cefálico de recém-nascidos termo.

No caso de crianças com **síndrome de Down**, o acompanhamento do crescimento deve ser realizado utilizando as curvas específicas de peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico de zero a 2 anos (SBP, 2021).

Para o acompanhamento da **criança prematura** é necessário saber que há a idade cronológica, ou seja, idade real que a criança tem desde o nascimento, e a idade corrigida, ou seja, é a idade que a criança teria se tivesse nascido com 40 semanas. Para crianças que nasceram com extremo baixo peso e abaixo de 28 semanas de idade gestacional a recomendação é de utilizar a idade corrigida até os 3 anos de vida, já para os demais prematuros a recomendação é utilizar a idade corrigida até os 2 anos. A idade corrigida deve ser utilizada principalmente ao avaliar o crescimento e os marcos do desenvolvimento da criança prematura. Para calcular a idade corrigida utiliza-se a idade cronológica menos as semanas que faltaram para completar as 40 semanas de gravidez, por exemplo, se o parto ocorreu com 32 semanas de gestação, quando o lactente tiver 4 meses de idade cronológica ele terá 2 meses de idade corrigida.

**QR CODE:** POP nº 11- Antropometria



## 5.1 Avaliação Antropométrica

O crescimento do sistema nervoso central é muito intenso no primeiro ano de vida, sendo avaliado pelo aumento do perímetro cefálico, que é de 2 cm/mês no primeiro trimestre, 1 cm/mês no segundo trimestre e 0,5 cm/mês no segundo semestre.

Quadro 7 - Classificação dos pontos de corte para o índice Perímetro Cefálico para Idade (PC/I) de crianças de 0 a 2 anos

ESCORE Z	DIAGNÓSTICO
$> +2$ escores z	acima do esperado para a idade
$\leq +2$ escores z e $\geq -2$ escores	adequado para idade
$< -2$ escores z	abaixo do esperado para idade

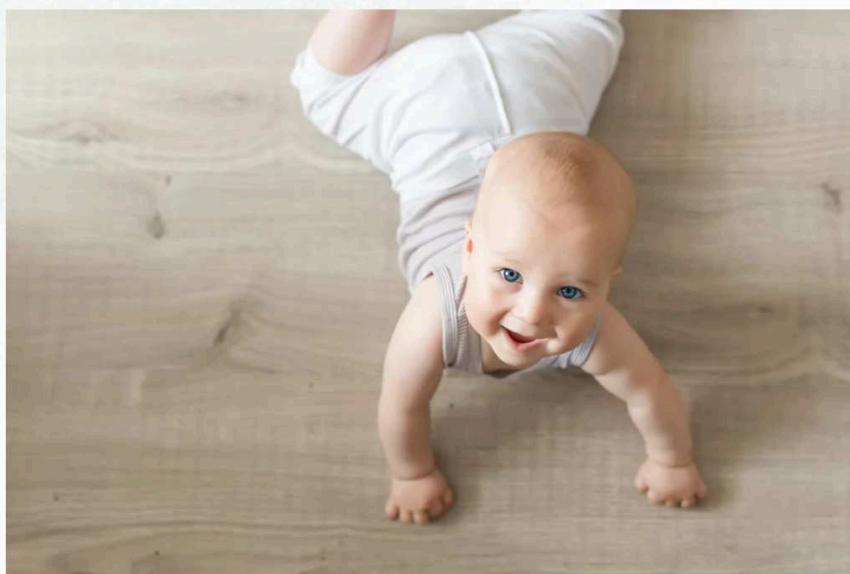
Fonte: adaptado de WHO, 2006.

Quadro 8 - Classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos pelos pontos de corte aplicados aos índices antropométricos

Percentil	Escore-z	Índices antropométricos para crianças menores de 5 anos			
		Peso para Idade	Peso para Estatura	IMC para Idade	Estatura para Idade
$<0,1$	$<-3$	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade
$\geq 0,1$ e $<3$	$\geq -3$ e $<-2$	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para idade
$\geq 3$ e $<15$	$\geq -2$ e $<-1$	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para idade
$\geq 15$ e $\leq 85$	$\geq -1$ e $\leq +1$		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	
$>85$ e $\leq 97$	$> +1$ e $\leq +2$		Sobrepeso	Sobrepeso	
$>97$ e $\leq 99,9$	$> +2$ e $\leq +3$	Peso elevado para idade	Sobrepeso	Sobrepeso	
$>99,9$	$> +3$		Obesidade	Obesidade	



# DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR PARA CADA FAIXA ETÁRIA E COMPORTAMENTO



## 6. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR PARA CADA FAIXA ETÁRIA E COMPORTAMENTO

A avaliação deve ser feita periodicamente, seguindo as instruções de como pesquisar o marco do desenvolvimento por faixa etária. Lembrar sempre de investigar pelo menos as seguintes áreas:

- Motricidade ampla (grosseira);
- Motricidade fina; Linguagem;
- Avaliação psicossocial;
- Avaliação sensorial.
- Linguagem;

Caso aconteça falha em alcançar algum marco, deve-se marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias. Monitorar a criança através das consultas a cada 2 ou 3 meses dependendo da idade da criança.

Deve-se iniciar uma investigação quanto ao ambiente em que a criança vive e a sua relação com os familiares. O objetivo inicial é orientar a família a estimular a criança, com foco em atividades que a ajudem a superar as dificuldades observadas.

A persistência de atrasos no desenvolvimento por mais de duas consultas (ou ausência dos marcos do QUADRO 9- MARCOS IMPORTANTES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL), indica a necessidade de encaminhar a criança para um serviço de maior complexidade e estimulação precoce neuropsicomotora, essenciais ao prognóstico favorável. Segue o quadro com os marcos importantes do desenvolvimento infantil que devem ser observado por idade:

## Quadro 9- Marcos importantes do desenvolvimento Infantil

MARCOS IMPORTANTES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL			
IDADE	VISÃO E COGNITIVO	AUDIÇÃO E FALA	MOTOR
RN	Reage a luz	Reage aos sons	Tônus e Reflexos
1ºMÊS	Observa um rosto	Emite sons	Eleva a cabeça
2ºMÊS	Fixa olhar, sorri e acompanha a luz		Abre mãos
3ºMÊS	Responde ao contato social	Ri alto	Sustenta a cabeça
4ºMÊS	Reconhece pessoas distantes	Grita e Localiza sons	Apoia -se antebraço Pernas Firmes
5ºMÊS			Busca ativa de objetos Rola
6º- 9º MÊS	Brinca de esconde-achou	Duplica sílabas (balbucia) Atende pelo nome	
9º- 12º MÊS	Imita gestos Olha para o que o cuidador aponta	fala imaginária : "tá tatá du dá "	Engatinha Caminha com apoio Faz pinça
12ºMÊS		Diz uma palavra com sentido chama: "mama" "papa"	Aponta o que quer Bate palmas Abana ( Tchau)
15ºMÊS			Caminha sem apoio
18º MÊS	Aponta partes do corpo	Fala pelo menos 3 palavras com sentido	Usa colher e Garfo
24ºMÊS		Forma frases com 2-3 palavras "me dá" "não qué"	Tira a roupa Chuta bola
3 ANOS	Reconhece cores	É possível entender tudo que a criança fala apesar dos erros	Arremessa bola
5 ANOS	Aponta a linha mais comprida	Fala corretamente Conta até 10	Equilibra se em um pé

Elaborado: Pediatra Kátia C. M. Juliani- CRM 18455(SC)

**IMPORTANTE:**

- Os Marcos de desenvolvimento servem como guia da saúde psíquica e neurológica .
- Caso seu filho (a) não tenha as habilidades, descritas em cada fase, converse com seu médico. Através de estímulos precoces podemos melhorar a aquisição de habilidades.
- Na caderneta da criança ( páginas 78 a 88) você pode aprender como estimular seu filho(a).

## 6.1 Transtorno do Espectro Autista

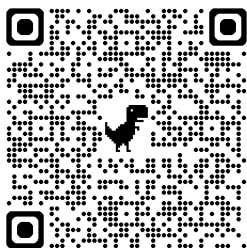
O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades (Brasil, 2021).

Esses sintomas configuram o núcleo do transtorno, mas a gravidade de sua apresentação é variável. O TEA tem origem nos primeiros anos de vida, mas sua trajetória inicial não é uniforme.

Qualquer atraso no desenvolvimento da fala além da surdez, faz pensar em TEA.

Em algumas crianças, os sintomas são aparentes logo após o nascimento. Na maioria dos casos, no entanto, os sintomas do TEA só são consistentemente identificados entre os 12 e 24 meses de idade (SBP, 2019).

**QR CODE:** *Transtorno do Espectro do Autismo:*



O Ministério da Saúde promulgou em maio de 2017, a Lei 13.438, que torna obrigatória a aplicação em todas as crianças, nos seus primeiros dezoito e vinte e quatro meses de vida, de um instrumento que avalie risco para o desenvolvimento psíquico.

O M-CHAT-R é um teste de triagem e não de diagnóstico e seu principal objetivo é de aumentar ao máximo a sensibilidade, ou seja, detectar o maior número de casos possíveis de suspeita de TEA (SBP, 2019).

**QR CODE:** *M-CHAT-R/F™*



**Gabarito M-CHAT-R/F**



As respostas Sim/Não são convertidas em passa/falha. A tabela que se segue, registra as respostas consideradas “Falha” para cada um dos itens do M-CHAT-R:

1 - NÃO	6 - NÃO	11 - NÃO	16 - NÃO
2 - SIM	7 - NÃO	12 - SIM	17 - NÃO
3 - NÃO	8 - NÃO	13 - NÃO	18 - NÃO
4 - NÃO	9 - NÃO	14 - NÃO	19 - NÃO
5 - SIM	10 - NÃO	15 - NÃO	20 - NÃO

Fonte: Robins, 2018

Ao final do questionário, o profissional terá um resultado indicando baixo risco, risco moderado ou alto risco, e qual a recomendação conforme o risco (Robins, 2018):

**BAIXO RISCO:** pontuação total é de 0-2, não é necessário acompanhamento. Se a criança for menor do que 24 meses ao teste, repetir o M-CHAT-R aos 24 meses de idade e manter a vigilância.

**RISCO MODERADO/ALTO RISCO:** pontuação total maior/igual a de 3, deve-se encaminhar a criança imediatamente para avaliação especializada, conforme a recomendação da Junta Reguladora.

Figura 3 - Teste de triagem M-CHAT-R

### M-CHAT-R™

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)		Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "ôh mãe!")		
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos).	Sim	Não

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

# EXAMES



## 7.EXAMES DE ROTINA

A recomendação da SBP é realizar a investigação laboratorial de anemia e deficiência de ferro (hemograma e ferritina), com ou sem sinais clínicos de anemia, **aos 12 meses de vida para todas as crianças**, considerando a alta prevalência de anemia (33-53%) nas crianças brasileiras Os exames podem ser solicitados por médico ou enfermeiro.

Quadro 10 – Exames recomendados aos 12 meses (1 ano):

EXAME	RECOMENDAÇÃO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
<b>Hemograma</b>	para avaliação da Hb, dos índices hematimétricos (VCM, HCM, RDW) e da morfologia dos glóbulos vermelhos.	Conforme QUADRO 15 – VALORES NORMAIS DE HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO E VCM E DIAGNÓSTICO DE ANEMIA	<p>→ Alteração – encaminhar à avaliação médica</p> <p>→ Dentro da normalidade – manter suplementação conforme preconizado no QUADRO 16 – PROFILAXIA DE FERRO</p>
<b>Ferritina sérica</b>	como marcador da fase de depleção dos estoques.	Para crianças com menos de 5 anos, valores inferiores a 12 microgramas por litro (µg/L) indicam falta de ferro. Para crianças entre 5 e 12 anos, a referência deve ser maior que 15 µg/L.	
<b>Proteína C reativa</b>	para identificar processo infeccioso.	Valores de PCR acima de 1,0 mg/dL (10 mg/L) podem ser compatíveis com infecções ou processos inflamatórios mais intensos. Valores entre 1,0 mg/dL (10 mg/L) e 4,0 mg/dL (40 mg/dl) podem ser compatíveis com infecções virais mais fortes, como gripe, mononucleose e catapora. Valores acima de 4,0 mg/dL (40 mg/L) podem ser compatíveis com infecções bacterianas.	

Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS, 2018, SBP, 2019

Quadro 11 – Valores normais de hemoglobina, hematócrito e vcm e diagnóstico de anemia

IDADE	HB		HT		VCM	
	Normal (média)	Baixo	Normal (média)	Baixo	Normal (média)	Baixo
A termo (cordão)	16,5	13,5	51	42	108	98
1-3 dias	18,5	14,5	56	45	108	95
2 semanas	16,6	13,4	53	41	105	88
1 mês	13,9	10,7	44	33	101	91
2 meses	11,2	9,4	35	28	95	84
6 meses	12,6	11,1	36	31	76	68
6 meses a 2 anos	12	10,5	36	33	78	70
2 a 6 anos	12,5	11,5	37	34	81	75
6 a 12 anos	13,5	11,5	40	35	86	77
12 a 18 anos (Homem)	14,5	13	43	36	88	78
12 a 18 anos (Mulher)	14	12	41	37	90	78

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018.

**ATENÇÃO:** Outros exames laboratoriais de rotina serão solicitados somente com suspeita de doenças.



## 7.1 Perfil Lipídico

O Ministério da Saúde e a SBP não recomendam o pedido de lipidograma para crianças menores de 24 meses.

Recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos) como triagem universal em crianças entre **9 e 11 anos, independente do risco** (SBP, 2020).

Em crianças entre 2 e 8 anos de idade, a recomendação é realizar o lipidograma nos pacientes cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres), cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl ou crianças que apresentem outros fatores de risco cardiovascular, como hipertensão, diabetes melito, tabagismo passivo ou obesidade.

Nessas situações, o rastreamento deve ser realizado a cada 3 a 5 anos (Brasil, 2012;SBP, 2020). Os exames podem ser solicitados por médico, enfermeiro ou nutricionista.

OBS: Valores de colesterol total acima de  $\geq 230$  mg/dl podem indicar hipercolesterolemia familiar.

Quando os valores de triglicérides forem superiores a 440 mg/dl, o médico assistente deve solicitar a solicitação de triglicérides após o jejum de 12 horas.

Tabela 1 - Valores de referência para o perfil lipídico (mg/dL) em indivíduos entre 2 e 19 anos, “em jejum” e “sem jejum

Lipídios	Em jejum	Sem jejum
	Nível aceitável (mg/dl)	Nível aceitável (mg/dl)
Colesterol total	< 170	< 170
LDL colesterol	< 110	< 110
HDL colesterol	> 45	> 45
Triglicérides		
- 0-9 anos	< 75	< 85
- 10-19 anos	< 90	< 100
Não - HDL -C*	< 120	-
Apolipoproteína B	< 90	-

Fonte: Adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria (2020). Não-HDL-C = (colesterol total-HDL-C)



Quadro 12. Indicação de triagem lipídica em crianças e adolescentes

Faixa etária (anos)	Triagem
Menores de 2	Não há indicação de triagem
2 a 8	Triagem seletiva, crianças com fatores de risco como: <ul style="list-style-type: none"><li>• história familiar de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica em homens abaixo de 55 anos e mulheres abaixo de 65 anos,</li><li>• história familiar de hipercolesterolemia (colesterol total &gt; 240mg/dl) ou história familiar desconhecida,</li><li>• outros fatores de risco cardiovascular como hipertensão, diabetes melito, tabagismo passivo ou obesidade (IMC &gt; 95%).</li></ul>
9 a 11	Triagem universal.
12 a 16	Triagem seletiva: caso ocorra história familiar positiva, ou um novo fator de risco, recomenda-se a dosagem de dois perfis lipídicos em jejum (com pelo menos duas semanas de intervalo entre as dosagens, mas em menos de 12 semanas entre uma dosagem e outra) e realizar uma média com os valores.
17 a 21	Triagem universal

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2019)

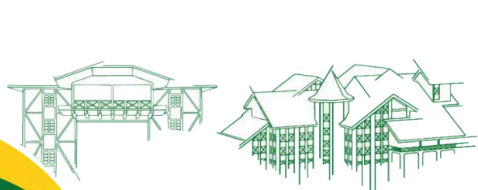
## 7.2 Exame VDRL para crianças expostas a Sífilis

### 9.2 Exame VDRL para crianças expostas a Sífilis

O seguimento de crianças expostas à sífilis pode ser feito na Atenção Básica, com especial atenção ao monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial com teste não treponêmico (VDRL) em 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

A partir dessa idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se sífilis congênita. Caso durante o acompanhamento a criança exposta apresentar dois resultados de VDRL não reagentes consecutivos, encerra-se o caso E A CRIANÇA SEGUE ACOMPANHAMENTO DE ROTINA DE PUERICULTURA NORMAL

A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento, por este motivo é importante realizar o monitoramento. Os exames podem ser solicitados por médico ou enfermeiro e agendados via SISREG.



**QR CODE:** *PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS.*

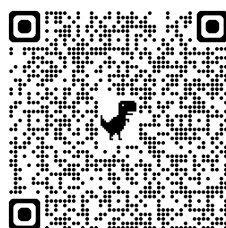


### 7.3 Exame de Toxoplasmose IGG E IGM para Crianças exposta a Toxoplasmose

Os casos suspeitos de toxoplasmose congênita são investigados na maternidade ao nascer, conforme fluxograma 3: AVALIAÇÃO E CONDUTAS PARA O RECÉM-NASCIDO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA.

Disponível em:

**QR CODE:** *AVALIAÇÃO E CONDUTAS PARA O RECÉM-NASCIDO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA*



- Sorologias IgG e IgM do RN: as sorologias devem ser coletadas na maternidade.

Se **IgM positiva**, realizar nova coleta após o 5º dia de vida da criança para evitar falsos positivos decorrentes de extravasamento placentário. Este deve ser encaminhado para coleta no laboratório do Centro de Vigilâncias em Saúde com solicitação médico ou do enfermeiro (não regular via SISREG)

Os casos que necessitam de acompanhamento sorológico mensal da criança, este deve ser encaminhado para coleta no laboratório do Centro de Vigilâncias em Saúde com solicitação médica ou do enfermeiro (não regular via SISREG).

Os RN com diagnóstico confirmado de Toxoplasmose Congênita deverão ser encaminhados para acompanhamento com pediatra da rede.

#### Uso do Vermífugo:

Idade	Medicação/dose	Prescrição
2 anos	Albendazol 400 mg dose única	Médico e Enfermeiro

Repetir periodicamente a cada 4, 6 ou 12 meses até completar 5 anos de idade. Após, realizar a dose anual. Casos específicos de verminoses estas doses poderão ser alteradas.

# SAÚDE BUCAL



## 8. SAÚDE BUCAL

As orientações em saúde bucal devem ser de conhecimento de todos os profissionais que realizam a puericultura.

Teste da linguinha é um exame simples, que avalia se há alterações no frênulo lingual desde o nascimento. O frênulo alterado gera dificuldade na sucção e deglutição do bebê, o que aumenta o gasto de energia para a amamentação. Essa alteração, além do risco de desmame precoce, quando não diagnosticada e corrigida, pode provocar alterações no crescimento e desenvolvimento crânio facial, muscular e até cognitivo da criança.

Hábitos deletérios de sucção, como uso de chupetas, dedos e mamadeiras devem ser evitados, pois além de favorecer a confusão de bicos, podem acarretar também na diminuição da produção de leite materno. Propiciam ainda alterações no desenvolvimento craniofacial, resultando em alterações no padrão de respiração, deglutição, maloclusões e afetam desde a fonética, estética e até o futuro rendimento escolar, devido ao comprometimento cognitivo causado pela respiração bucal.



Fig. 14 – Posição do bico do peito dentro da cavidade oral durante a amamentação (situação fisiológica).

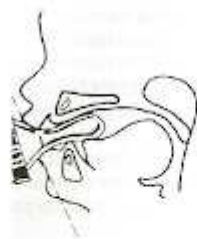
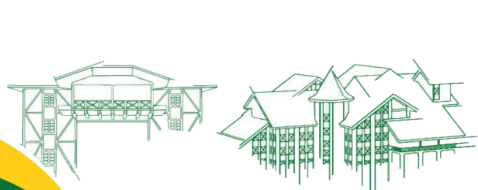


Fig. 15 – Situação intra-bucal com interposição de bico convencional, evidenciando a posição da língua.



Fig. 16 – Situação intra-bucal com interposição de bico ortodôntico, demonstrando maior "entulhamento" da língua dentro da cavidade bucal.

A cronologia de erupção dos dentes decíduos pode variar, respeitando as características de desenvolvimento de cada criança. Alguns bebês podem nascer com dentes, que são chamados de dentes natais/neonatais, nesses casos, devem ser encaminhados para atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Durante a erupção dos dentes decíduos, podem surgir cistos ou hematomas de erupção, que são manchas arroxeadas no rebordo alveolar previamente ao irrompimento dos dentes e na maioria das vezes tem





remissão espontânea, não sendo necessária nenhuma intervenção. A erupção dentária é uma fase importante no desenvolvimento do bebê. Ela acontece na individualidade de cada um, porém a sequência de erupção destes dentes é de grande importância. Pode iniciar aos quatro meses de idade, bem como ter seu início aos doze meses. A dentição decídua estará completa com vinte dentes, por volta dos trinta e seis meses de idade.

Figura 4 - Ordem de erupção dental



Fonte: Imagem da internet

Estado febris ou alterações gastrointestinais, bem como o aumento no fluxo salivar não estão diretamente relacionadas à erupção dentária, como prediz a cultura popular. Utilizar mordedores resfriados em geladeira é uma alternativa para aliviar o desconforto nos rebordos causado pela erupção dentária.

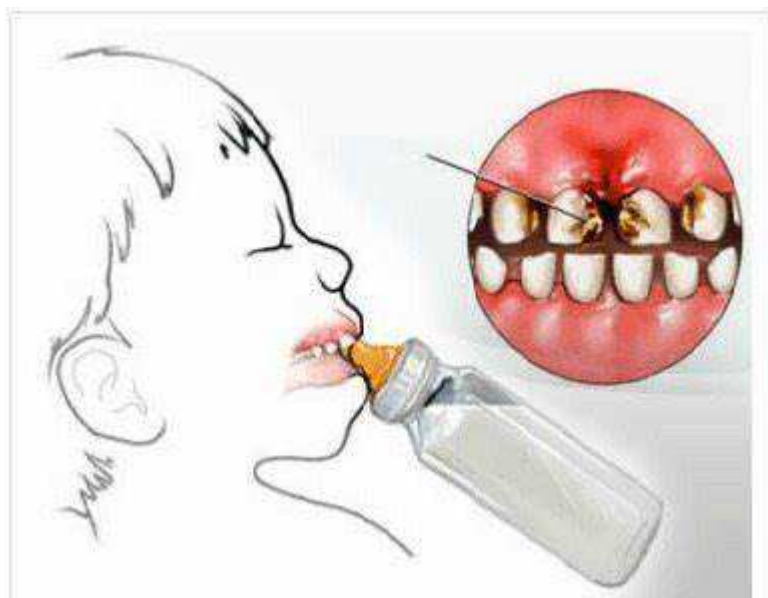
A higiene bucal deve iniciar apenas quando ocorre a introdução alimentar. Sendo que após a introdução alimentar, deve ser realizada uma vez ao dia, com água e gaze. Na presença



de dentes, a higiene bucal deverá ser feita preferencialmente duas vezes ao dia, com escova dental de cerdas macias e tamanho pequeno, com uso de dentifrício fluoretado não excedendo a quantidade equivalente a um grão de arroz cru, pelo risco evidente de ingestão e desenvolvimento de fluorose e intoxicação. Os pais devem ser orientados a realizar a higiene bucal da criança após ingestão de medicamentos que contenham potencial cariogênico.

A Cárie de mamadeira é caracterizada por ter evolução rápida e agressiva, com lesões de cárie normalmente localizadas na face vestibular de dentes superiores, causando grande desconforto, dor, prejuízo estético e pode evoluir rapidamente para formação de abscessos e até a perda dos dentes envolvidos. Conhecida por esse nome pelo potencial cariogênico de alimentos ofertados em mamadeiras antes de dormir, sem a necessária higiene bucal após seu consumo, agravado pelo fato de que este fica estagnado sobre os dentes, proporcionando um excelente meio de cultura aos microorganismos acidogênicos da cavidade bucal. Dessa forma, os pais não devem permitir que seus filhos adormeçam durante, ou logo após, serem alimentados.

Figura 5 - Cáries de mamadeira



Fonte: Imagem da internet

Quadro 13 - Orientações importantes em cada consulta.

Idade	Orientações / Ações
<b>6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estabelecimento de vínculo com a família - Prevenção de hábitos de sucção deletérios</li><li>- Reforço sobre a importância do aleitamento até os 2 anos ou mais</li><li>- Informações sobre cronologia de erupção dentária</li><li>- Orientação de higiene e introdução alimentar</li><li>- Informar sobre o estabelecimento da microbiota bucal</li></ul>
<b>1 ano</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Importância dos dentes decíduos</li><li>- Etiopatogenia e transmissibilidade da cárie - Higienização (forma e frequência), com responsabilidade dos adultos</li></ul>
<b>1 ano e 6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prevenção da cárie de mamadeira</li><li>- Avaliação do risco de cárie</li><li>- Avaliação e orientação sobre alterações de desenvolvimento</li><li>- Reforço dos prejuízos dos hábitos de sucção deletérios</li></ul>

# ALEITAMENTO



## 9. ALEITAMENTO MATERNO

Uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno. O leite materno é o alimento ideal para a criança, pois possui composição de nutrientes específica que adapta-se às necessidades da criança durante os primeiros anos de vida.

É o único que contém anticorpos e outras substâncias que protegem a criança de infecções comuns enquanto ela estiver sendo amamentada, como diarreias, infecções respiratórias, infecções de ouvidos (otites) e outras. O leite materno é muito importante para a criança até 2 anos ou mais, sendo o único alimento que a criança deve receber até 6 meses, sem necessidade de água, chá, sucos ou outros leites, ou qualquer outro alimento.

A oferta de outros alimentos antes dos 6 meses, além de desnecessária, pode ser prejudicial, porque aumenta o risco de a criança ficar doente e pode prejudicar a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco. Além disso, em geral a criança só está madura para receber outros alimentos em torno dos 6 meses (Brasil, 2019).

O uso da chupeta tem sido apontado como um dos fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva. Sugerir em uma mamadeira pode confundir a criança, pois a maneira de sugar o peito e a mamadeira são diferentes, independentemente do tipo de bico da mamadeira. Se a criança sugar o peito da maneira com que ela faz para sugar a mamadeira, o leite pode não sair tão facilmente e isso frustrar a criança, que pode, inclusive, passar a recusar o peito. Orientar que mamadeiras e chupetas atrapalham a amamentação ou até mesmo podem causar o desmame precoce. Além disso, podem causar doenças e problemas na dentição, respiração e na fala do bebê.

### 9.1 Contraindicações para Amamentação

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

Nas seguintes situações, *o aleitamento materno não deve ser recomendado*:

- Mães infectadas pelo HIV.
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T).
- Criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contra indicações absolutas ou relativas ao aleitamento.

**QR CODE:** Base de dados de LACTMED no navegador ou aplicativo para celular:



Já nas seguintes situações maternas, recomenda-se a *interrupção temporária da amamentação*:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida somente na mama sadia.
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber *imunoglobulina humana antivaricela zoster* (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.
- Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.
- Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida somente na mama sadia.
- Mães usuárias regulares de álcool ou drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, anfetamina, ecstasy e outras) não devem amamentar seus filhos enquanto estiverem fazendo uso dessas substâncias. Todo o esforço deve ser feito para que essas mulheres recebam o apoio necessário para que consigam ficar em abstinência e, assim, poderem amamentar os seus filhos se esse for o seu desejo
- As substâncias nocivas do tabaco, além de serem prejudiciais à mulher, passam para o leite materno. A exposição da criança a essas substâncias, inclusive por fumo passivo, aumenta a chance de doenças respiratórias alérgicas. Além disso, o tabagismo materno pode afetar a produção do leite e alterar o seu sabor, podendo interferir no ganho de peso da criança. Por isso, recomenda-se fortemente não fumar durante a amamentação. Se, apesar de todos os esforços, a mulher não conseguir parar de fumar, alguns cuidados podem ser tomados para minimizar eventuais danos à criança: fumar o menor número de cigarros que conseguir e não expor a criança à fumaça do cigarro.
- Álcool não deve ser consumido pela mulher durante a amamentação, pois ele, além de diminuir a produção de leite, passa rapidamente para o leite materno e aí permanece enquanto houver álcool no sangue da mãe. Se a mãe, eventualmente, for ingerir bebida alcoólica, o consumo deve ser limitado a 240 ml de vinho ou duas latinhas de cerveja e ela deve esperar no mínimo 2 horas para voltar a amamentar, ou retirar o leite e descartá-lo nesse período.

**Hepatite C**= em casos de fissuras ou feridas sangrantes na mama, está recomendada a interrupção temporária da amamentação na mama afetada até a cicatrização completa. Manter ordenha e descarte do leite da mama lesionada durante o processo de cicatrização.

**Hepatite B**=Para mães com hepatite B, a amamentação é segura quando o bebê recebe a vacina contra hepatite B e a imunoglobulina específica logo após o nascimento.



## QR CODE: *POPs SOBRE MANEJO DO ALEITAMENTO*



### 9.2 Amamenta Brusque

O Amamenta Brusque é serviço de referência no município em aleitamento materno podendo ser encaminhadas para atendimento:

- Gestantes que tenham dúvidas ou que desejam saber mais sobre amamentação;
- Mães que estejam com dificuldades no Aleitamento (Ingurgitamento, fissuras, pega incorreta, em uso de bicos artificiais, com pouca produção láctea e demais situações...);
- Mulheres que retornarão ao trabalho e desejam manter o aleitamento exclusivo;
- Doadoras de leite humano, tendo em vista que o serviço é um posto de coleta de leite humano;

# ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO



## 10. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A partir dos 6 meses, o leite materno deve ser mantido, novos alimentos devem ser oferecidos e uma diversidade de cores, sabores, texturas e cheiros deve ser apresentada à criança. Uma alimentação adequada e saudável é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança.

No início, a criança deverá receber a comida amassada com garfo. Em seguida, deve-se evoluir para alimentos picados em pedaços pequenos, raspados ou desfiados, para que a criança aprenda a mastigá-los. Também podem ser oferecidos alimentos macios em pedaços grandes, para que ela pegue com a mão e leve à boca. Quando já estiver um pouco maior, a criança pode comer a comida da família, cortando-se os pedaços grandes, quando necessário. Não oferecer preparações líquidas e nem usar liquidificador, mixer ou peneira. Se a criança continuar com a consistência líquida, terá dificuldade em aceitar alimentos mais sólidos no futuro, podendo apresentar engasgo e ânsia de vômito.

Nos primeiros anos de vida, a variedade e a forma com que os alimentos são oferecidos influenciam a formação do paladar e a relação da criança com a alimentação. A criança que come alimentos saudáveis e adequados quando pequena tem mais chances de se tornar uma pessoa adulta consciente e autônoma para fazer boas escolhas alimentares (Brasil, 2019).

O apoio de pés é fundamental para a postura correta durante as refeições. Quando o bebê tem os pés bem apoiados, ele sente-se mais seguro e estável, o que facilita a mastigação e deglutição. Além disso, uma postura adequada ajuda no desenvolvimento motor e evita o desconforto.

Nas tabelas 3 e 4 mostram a quantidade ideal de refeições em cada fase da introdução alimentar:

Quadro 14. Quantidades ideais de refeições para cada fase da introdução alimentar.

Até os 6 meses	6 meses	7 a 8 meses
<b>Aleitamento materno exclusivo</b>	Leite materno + 3 refeições que podem ser almoço (ou jantar) e 2 lanches; ou almoço, jantar e 1 lanche. Não há regra sobre qual refeição iniciar primeiro. O importante é que, ao completar 7 meses, ela já esteja recebendo 3 refeições.	O leite materno deve continuar a ser oferecido segundo a vontade da criança, sem substituir almoço e jantar. Ele pode ser oferecido entre as refeições e continua sendo o principal alimento da criança. Passe a ofertar 4 refeições: almoço, jantar e 2 lanches contendo fruta.
<b>Café da manhã</b>	Leite materno	Leite materno
<b>Lanche da manhã</b>	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno

<b>Almoço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p>
<b>Lanche da tarde</b>	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno
<b>Jantar</b>	Leite materno	Idem almoço
<b>Antes de dormir</b>	Leite materno	Leite materno

Fonte: Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, 2019.

Quadro 15. Quantidades ideais de refeições para cada fase da introdução alimentar.

	<b>8 a 9 meses</b>	<b>1 a dois anos</b>
	Os tipos de refeições continuam os mesmos após os 9 meses: almoço, jantar e 2 lanches com frutas. A criança deve continuar a receber o leite materno quando desejar.	Além do leite materno, a criança recebe o café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Ofereça água ao longo do dia.
<b>Café da manhã</b>	Leite materno	Fruta e leite materno ou Cereal (pães caseiros, francês, fatiado ou pães processados, aveia, cuscuz de milho) e leite materno ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) e leite materno
<b>Lanche da manhã</b>	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno
<b>Almoço e Jantar</b>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos</li> <li>- 1 alimento do grupo dos feijões</li> <li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras</li> <li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos</li> </ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p>
<b>Lanche da tarde</b>	Fruta e leite materno	Leite materno e fruta ou Leite materno e cereal (pães caseiros pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame)
<b>Antes de</b>	Leite materno	Leite materno

dormir		
--------	--	--

Fonte: Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, 2019.

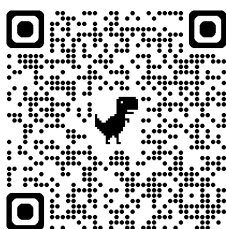
No início da introdução dos outros alimentos, não é preciso se preocupar com a quantidade (números de colheres) que a criança consome, pois o leite materno continua sendo o principal alimento da criança. O mais importante nesse momento é oferecer alimentos de qualidade e variados.

#### Quadro 16 - Doze passos para uma alimentação saudável para crianças menores de 2 anos

- Passo 1.** Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 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 à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas, sempre em copos e canecas.
- 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 até 2 anos de idade.
- Passo 6.** Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.
- 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 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 à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.
- Passo 12.** Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Adaptado Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (pag. 229, 2019).

**QR CODE:** *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos:*





### 10.1 Suplementação de Micronutrientes

A prescrição de vitaminas em crianças deverá ser cuidadosamente avaliada pelo médico da UBS, enfermeiro, nutricionista ou pediatra.

**Vitamina D:** para a prevenção da deficiência, o Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda suplementação profilática de **400UI/dia a partir da 1ª semana de vida até os 12 meses**, e **600 UI/dia dos 12 aos 24 meses**, inclusive para crianças em aleitamento materno exclusivo.

Quadro 17. Recomendações de Vitamina A e D para criança até dois anos

IDADE	MEDICAÇÃO	DOSE
1º semana de vida ao 6 meses	Vitamina D	400 UI por dia
6 meses - 2 anos	AD TiL	Cada 2 de Ad-TiL gotas: 2.500 U.I. de vitamina A e 500 U.I. de vitamina D.

Fonte: Adaptado de Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção – Atualização, 2024.

Quadro 18 . Recomendações para prevenção de hipovitaminose D em crianças e adolescentes (400UI=10mcg)

Grupos	Colecalciferol (Vit. D3)
Crianças < 1 ano	400 UI/dia
Crianças e adolescentes entre 1-18 anos	600 UI/dia
Crianças que possuam fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"><li>- Dieta estritamente vegetariana;</li><li>- Obesidade;</li><li>- Hepatopatia, nefropatia crônica;</li><li>- Má absorção intestinal (ex. doença celíaca, doença inflamatória intestinal, fibrose cística, cirurgia bariátrica)</li><li>- Medicamentos: ex. anticonvulsivantes corticoides, cetoconazol, rifampicina)</li></ul>	1200-1800 UI/dia (ajustar dose de acordo com cada condição)

Fonte: Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção – Atualização, 2024.

**Ferro:** Para prevenir a deficiência de ferro os Departamentos Científicos de Nutrologia e de Hematologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018-2021) passaram a recomendar a administração de ferro elementar para todo lactente nascido a

termo, após o 3º mês de vida (com fator de risco) e 6º mês de vida (sem fator de risco) na dose de 1mg/kg/dia, até os 2 anos de idade. Independentemente de se em aleitamento materno exclusivo, fórmula infantil ou leite de vaca.

Nas Unidades de saúde temos disponível:

Sulfato ferroso de 1,25 mg de ferro elementar/gota (aprox. 1 mg de Fe/kg +- 1 gota por kilo).

Quadro 19. Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes SEM fator de risco.

Situação	Recomendação
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 180 dias de vida até o 24º mês de vida.

Fonte: Consenso sobre Anemia ferropriva - Atualização: destaques 2021.

\*Higiene bucal após uso de sulfato ferroso, na presença de dentes.

Quadro 20. Lactentes em risco para deficiência de ferro

Prematuros < 37 semanas;  
Baixo peso ao nascer;  
Gestante com anemia ferropriva ou sem suplementação de ferro durante a gestação;  
Lactante com anemia ferropriva ou sem suplementação de ferro durante a lactação;  
Aleitamento materno exclusivo por mais de 6 meses de idade;  
Interrupção do aleitamento materno e em uso de leite de vaca integral ou alimentos complementares não fortificados com ferro ou sem alimentos ricos em ferro;  
Crescimento deficiente e nutrição inadequada, geralmente em bebês com necessidades especiais de saúde ou baixo nível socioeconômico;  
Exposição ao chumbo.

Fonte: Atualização das recomendações para o manejo da deficiência de ferro e anemia ferropriva em pediatria, 2023.

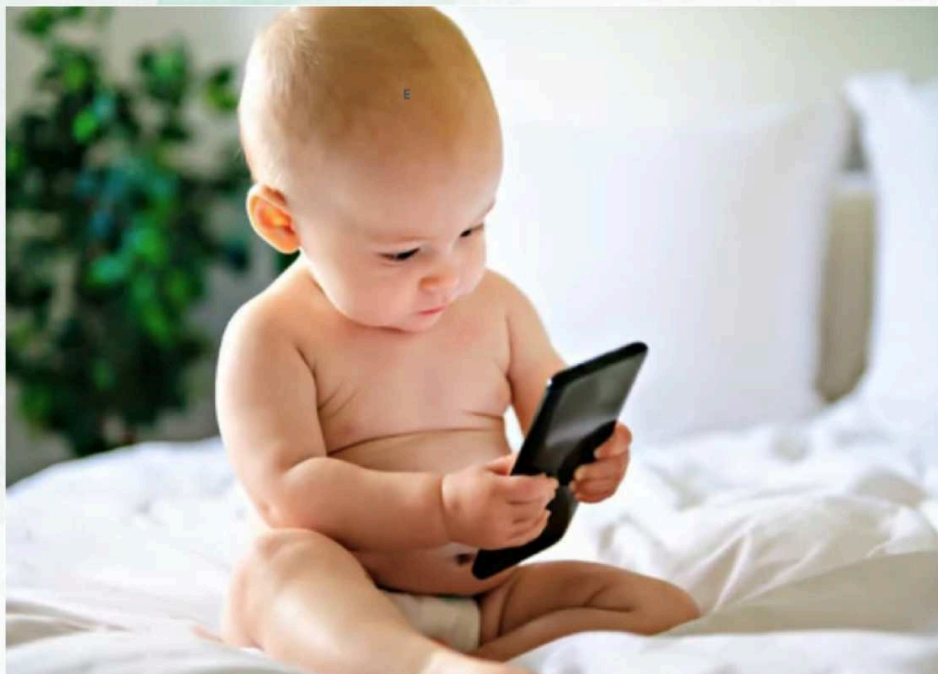
Quadro 21. Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de **ferro em lactentes COM fator de risco**

Situação	Recomendação
Recém nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida
Recém nascidos a termo, peso adequado para a	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90

idade gestacional,independente do tipo de alimentação	dias de vida até o 24º mês de vida
Recém nascidos a termo com peso inferior a 2500g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém nascidos prematuros com peso superior a 1500g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém nascidos prematuros com peso entre 1500 e 1000g	3 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém nascidos prematuros com peso inferior a 1000g	4 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém nascidos prematuros que receberam mais de 100 ml de concentrado de hemácias durante a internação.	Devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente.

Fonte: Atualização das recomendações para o manejo da deficiência de ferro e anemia ferropriva em pediatria, 2023.

# USO DE TELAS



## 11. USO DE TELAS

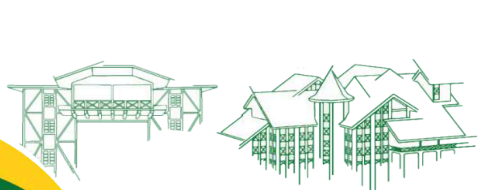
Considerar como tempo de tela o tempo que os pais estão assistindo TV em ambiente comum ao da criança/adolescente.

Quadro 21 -Recomendações sobre o tempo de tela por idade.

Idade	Recomendação
Crianças de 0 a 2 anos de idade	Recomenda-se que o tempo de telas seja ZERO.
Crianças de 3 a 5 anos de idade	Comportamentos sedentários devem ser fortemente evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado ao máximo de 1 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis.
Crianças com idades entre 6 e 10 anos	Comportamentos sedentários devem ser fortemente evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado ao máximo de 1-2 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis.
Adolescentes com idades entre 11 e 18 anos	Limitar o tempo de telas e jogos de videogames a 2-3 horas/dia, e nunca deixar “virar a noite” jogando. Aumento dos riscos à saúde e problemas comportamentais com o uso de mais de 4-5 horas/dia

Fonte: #Menos Telas #Mais Saúde – Atualização 2024- SBP.

- ☐ Não permitir que as crianças e adolescentes fiquem isolados nos quartos com televisão, computador, tablet, celular, smartphones ou com uso de webcam; estimular o uso nos locais comuns da casa.
- ☐ Para todas as idades: nada de telas durante as refeições e desconectar 1-2 horas antes de dormir.
- ☐ Oferecer alternativas para brincadeiras e atividades esportivas, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a Natureza, sempre com supervisão responsável ou dos cuidadores.
- ☐ Nunca postar fotos de crianças e adolescentes em redes digitais e sociais públicas, por quaisquer motivos.
- ☐ Criar regras saudáveis e éticas para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além das regras de privacidade e segurança, senhas e filtros apropriados para toda família, incluindo momentos de desconexão e mais convivência familiar.
- ☐ Conectar-se e dialogar com seus filhos, crianças ou adolescentes, sempre e fora das telas é o melhor caminho para se evitar a dependência tecnológica.





## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança Menina. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança Menino. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal, Promoção da Saúde, Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Sergipe. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 51 p. Il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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

BRASIL; GOVERNO DE SANTA CATARINA. Manual técnico de orientações sobre o manejo da toxoplasmose. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2022.

EISENSTEIN, E. et al. Manual de orientação: menos telas, mais saúde – atualização 2024. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024.

ROBINS DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 2001.

SECRETARIA DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. Protocolo de atenção integral à saúde da criança. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS. Guia Municipal de Puericultura. Poços de Caldas, 2024.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Criança. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Endocrinologia. Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção – atualização. Gestão 2022-2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4. ed., rev. e ampl. São Paulo: SBP, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de avaliação nutricional. 2. ed., atual. São Paulo: SBP, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos de Cardiologia e Neonatologia. Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Transtorno do espectro autista. Manual de orientação. Departamento Científico de Pediatria ao Desenvolvimento e Comportamento. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de



Endocrinologia. Dislipidemia na criança e no adolescente – orientações para o pediatra. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia e Hematologia. Consenso sobre anemia ferropriva: atualização: destaques 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Residência Pediátrica. Atualização das recomendações para o manejo da deficiência de ferro e anemia ferropriva em pediatria. 2024.





# ANEXOS



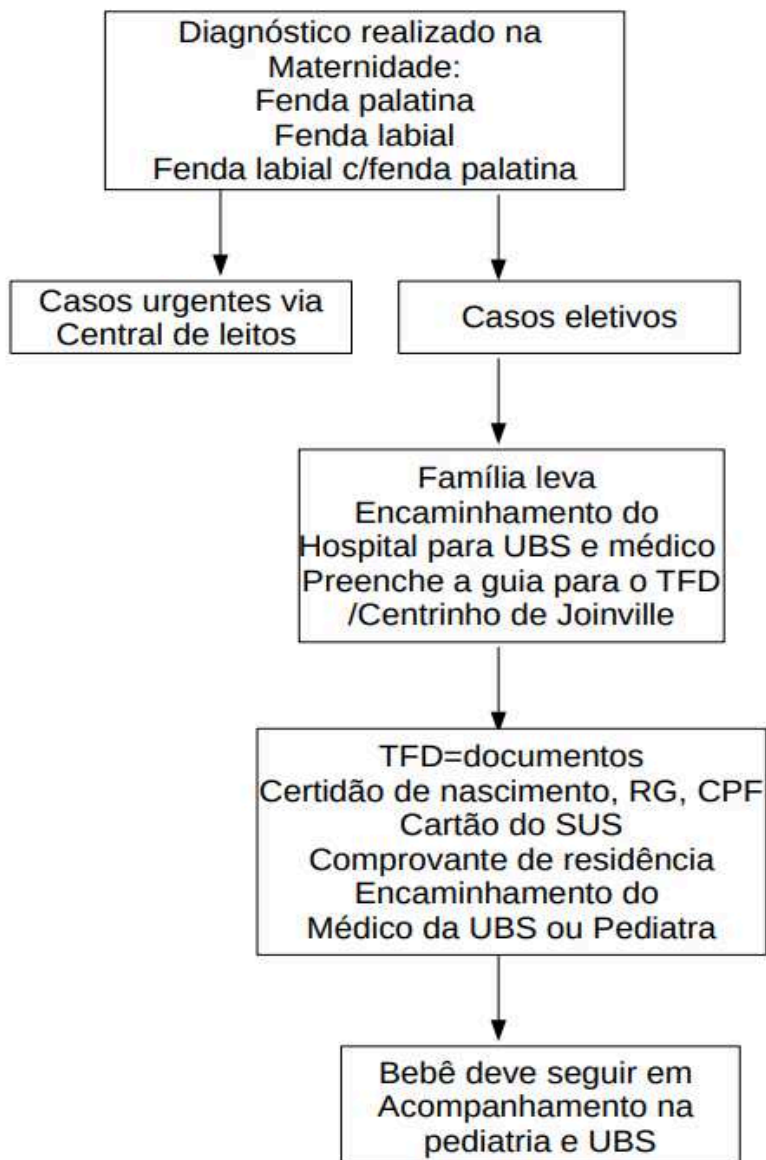


**ANEXO 1 - FLUXOGRAMA MUNICIPAL DE ENCAMINHAMENTO PARA CRIANÇAS COM LESÕES LABIOPALATAIS**

Fluxograma Municipal de encaminhamento para crianças com lesões labiopalatais



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

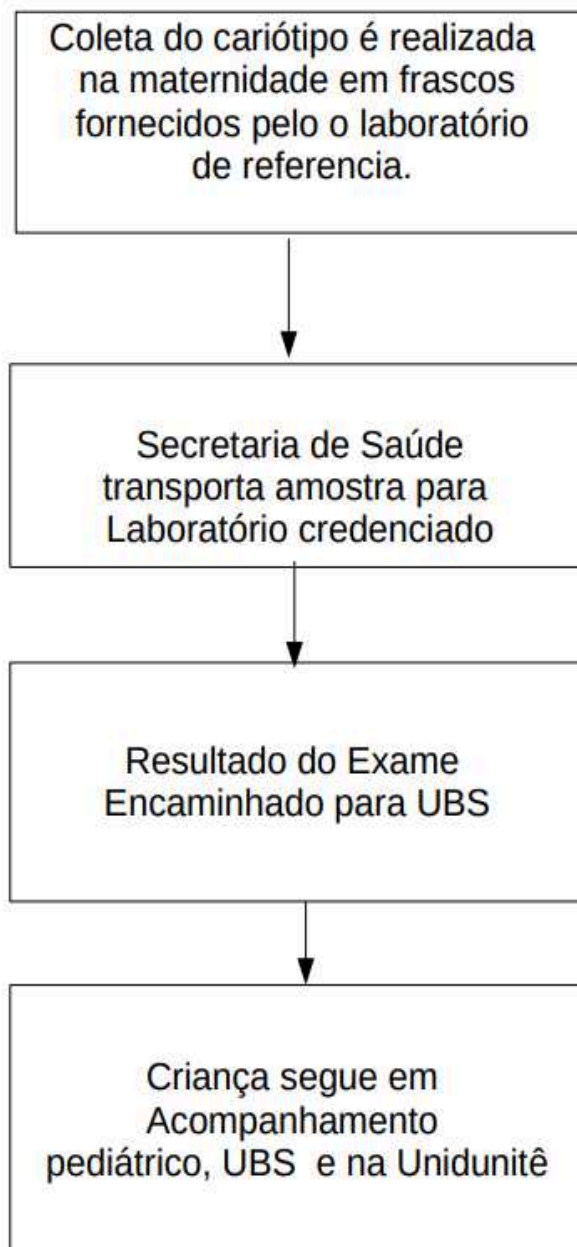


**ANEXO 2 - FLUXOGRAMA MUNICIPAL DE COLETA DE CARIÓTIPO  
NO HOSPITAL**

Fluxograma Municipal de Coleta de Cariótipo



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 293E-0A69-4363-ED71

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



RICARDO ALEXANDRE FREITAS (CPF 620.XXX.XXX-72) em 19/08/2025 11:42:44 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Esta versão de verificação foi gerada em 19/08/2025 às 11:43 e assinada digitalmente pela  
MUNICIPIO DE BRUSQUE:83102343000194 para garantir sua autenticidade e inviolabilidade  
com o documento que foi assinado pelas partes através da plataforma 1Doc, que poderá ser  
conferido por meio do seguinte link:

<https://brusque.1doc.com.br/verificacao/293E-0A69-4363-ED71>