

Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Hospital Universitário do Oeste do Paraná

**PROTOCOLO DO AMBULATÓRIO DE  
PUERICULTURA**  
**3ª EDIÇÃO**

# Protocolo do Ambulatório de Puericultura

3ª edição



**Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Hospital Universitário do Oeste do Paraná**

**Protocolo do Ambulatório  
de Puericultura**

**3ª edição**

**Copyright © Autoras e autores**

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

---

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Hospital Universitário do Oeste do Paraná [Orgs.]**

**Protocolo do Ambulatório de Puericultura. 3ª ed.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2025. 204p. 16 x 23 cm.

**ISBN: 978-65-265-1849-6 [Digital]**

1. Cuidado da criança. 2. Saúde da criança. 3. Crescimento e desenvolvimento. 4. Promoção da saúde. I. Título.

---

CDD – 610

**Capa:** Macos Della Porta

**Ficha Catalográfica:** Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

**Diagramação:** Diany Akiko Lee

**Editores:** Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

**Conselho Editorial da Pedro & João Editores:**

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



**Pedro & João Editores**

[www.pedroejoaoeditores.com.br](http://www.pedroejoaoeditores.com.br)

13568-878 – São Carlos – SP

2025

## **Prefácio da 1ª Edição**

É com grande satisfação que apresentamos o Protocolo do Ambulatório de Puericultura do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Resultado de anos de prática associado à revisão de literatura, seu principal objetivo é a orientação de práticas de puericultura desde o período neonatal até a adolescência, procurando ser uma fonte de consulta para os acadêmicos e médicos que atendem em serviços de puericultura. Agradecemos especialmente à *Nestlé Nutrition* pelo inestimável apoio de contribuição à divulgação deste trabalho.

## **Prefácio da 2ª Edição**

Este não é um protocolo que pretende esgotar toda a puericultura, uma vez que pela importância e extensão do tema caberia perfeitamente em um livro de milhares de páginas. Assim, são apresentados tópicos básicos que não podem ser esquecidos em uma consulta pediátrica de rotina. Seu objetivo de orientar práticas de puericultura do período neonatal até a adolescência se manteve, porém uma revisão de literatura foi realizada e novos tópicos foram acrescentados. Agradecemos aos médicos residentes de pediatria do HUOP que muito nos motiva e em especial à *Nestlé Nutrition* pelo incomensurável estímulo a publicar uma nova edição deste protocolo revista e atualizada. Tenham todos uma boa leitura.

Prof. Dr. Nelson O. Osaku

## Prefácio da 3ª Edição

A puericultura, enquanto campo da saúde dedicado ao acompanhamento e cuidado integral da criança desde o nascimento, é uma área do conhecimento em constante evolução. Com os avanços científicos e tecnológicos, novos estudos, diretrizes e melhores práticas surgem com frequência, refletindo o dinamismo do entendimento sobre o desenvolvimento infantil e a promoção de uma infância saudável. Nesse contexto, a atualização diária das informações é não apenas desejável, mas essencial, para que os profissionais de saúde possam oferecer um cuidado cada vez mais eficaz, seguro e fundamentado nas evidências mais recentes. Este protocolo busca incorporar as revisões mais relevantes sobre os principais temas da puericultura, refletindo a necessidade de acompanhar de perto as mudanças que se impõem a cada novo estudo, nova recomendação ou descoberta. De aspectos como a alimentação infantil e a vacinação até a saúde emocional e o desenvolvimento neuropsicomotor, todos os tópicos abordados são alicerçados em uma prática clínica fundamentada nas melhores evidências disponíveis, sempre com o objetivo de promover o bem-estar e o pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes. É com esse espírito de atualização constante e compromisso com a excelência que apresentamos este protocolo, confiantes de que ele contribuirá para o fortalecimento da prática clínica e o aprimoramento do cuidado à infância.

*O Editor*

### **Editores científicos**

- **Marcos Antonio da Silva Cristovam**

*Médico Pediatra com área de atuação em Medicina do Adolescente pela Sociedade Brasileira de Pediatria*

*Professor assistente do internato médico de pediatria do curso de medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus Cascavel*

- **Milene Moraes Sedrez Rover**

*Médica Pediatra com área de atuação em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria*

*Professora assistente do internato médico de pediatria do curso de medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus Cascavel. Doutora em Biociências pela UNIOESTE-Cascavel*

- **Bruna Frigo Bobato**

*Médica graduada em medicina pela Faculdade Pequeno Príncipe, Curitiba-PR*

*Médica residente de pediatria do 2º ano do Hospital Universitário do Oeste do Paraná*

### **Editores associados**

Médicas residentes de pediatria do 3º ano do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

- Amanda Fontana Gouveia Fiorelli
- Ana Flávia Menonça Fiori
- Bruna Aparecida da Silva do Prado
- Mariana Defazio Zomerfeld
- Rafaela Sorpile Araujo
- Thayrine Anissa Martinazo

Médicas residentes de pediatria do 2º ano do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

- Giulia Gabriella de Melo Fritz
- Larissa Lavarias Gessner
- Natália Custódio Uggioni
- Nathalie Caroline dos Santos Lourenço
- Thayline Wittmann

Médicas residentes de pediatria do 1º ano do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

- Danielle Pacheco Martins
- Eduarda Stritthorst
- Eduarda Xavier
- Juliana Maria Rebelatto Saldanha
- Marcela Soares
- Yasmin Catharine Silva Moro

### **Editores especiais**

Acadêmicos do curso de Medicina-Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Campus Cascavel

- Ana Carolina Decker da Silva
- Beatriz Bernabé Cavalaro
- Cassia Hellen Longhinotti
- Cleber Cesar de Oliveira
- Débora Nunes Luna dos Anjos
- Eduarda Milani Bacega
- Felipe Caxias Caneppele
- Joana Giacomel da Silva
- Júlia Ferreira Lopes de Oliveira
- Julia Steffanello Zobot
- Larissa Sayuri Harano
- Maria Fernanda Munhak da Silva
- Maria Julia Todero
- Mariana Vesco Diniz
- Pedro Antonio Silveira Valderrama
- Pedro Henrique Negrão
- Rafaela Schelbauer
- Raquel Domingos
- Thayse Guesso Cangussú
- Tulya Fernanda Barrientos Webler

*Membros da Liga Médico-Acadêmica de Pediatria  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Campus Cascavel*

## SUMÁRIO

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO .....	9
FONTANELAS, DENTIÇÃO, PT, PC, REFLEXOS PRIMÁRIOS E SONO .....	9
AVALIAÇÕES IMPORTANTES NO EXAME FÍSICO DURANTE A CONSULTA DE PUERICULTURA .....	12
ORIENTAÇÃO PARA LACTENTE DE 0 A 29 DIAS .....	13
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NOS LACTENTES DOS 0 AOS 6 MESES .....	26
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA .....	22
TRIAGEM AUDITIVA UNIVERSAL DE RECÉM-NASCIDOS ...	24
EXAME OFTALMOLÓGICO DO RECÉM-NASCIDO.....	26
CONSULTA DO 2º MÊS.....	28
CONSULTA DO 3º MÊS.....	30
CONSULTA DO 4º MÊS.....	31
CONSULTA DO 5º MÊS.....	33
CONSULTA DO 6º MÊS – INTRODUÇÃO ALIMENTAR.....	34
HIGIENE DENTÁRIA – ORIENTAÇÕES GERAIS.....	39
CONSULTA DO 7º MÊS.....	42
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NOS LACTENTES DOS 7 AOS 12 MESES .....	44
CONSULTA DO 8º MÊS.....	46
CONSULTA DO 9º MÊS.....	47
CONSULTA DO 10º MÊS.....	49
CONSULTA DO 11º MÊS.....	51
CONSULTA DO 12º MÊS.....	52
CONSULTA DO 15º MÊS.....	54
PREVENÇÃO DE ACIDENTES PARA LACTENTES DE 1 A 2 ANOS .....	74
TRATAMENTO DAS PARASITOSSES INTESTINAIS.....	58
CONSULTA DO 18º MÊS.....	58

CONSULTA DO 2º ANO .....	61
CONSULTA DO PRÉ-ESCOLAR (3 A 5 ANOS) .....	63
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO PRÉ-ESCOLAR (3 A 5 ANOS) .....	66
CONSULTA DO ESCOLAR (6 A 10 ANOS) .....	66
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO ESCOLAR (6 A 10 ANOS)..	68
A CONSULTA DO ADOLESCENTE .....	68
ANAMNESE E EXAME FÍSICO NA ADOLESCÊNCIA .....	71
PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA ADOLESCÊNCIA.....	77
AMAMENTAÇÃO E DOENÇAS INFECCIOSAS MATERNAS..	78
DROGAS DE VÍCIO, ABUSO E AMAMENTAÇÃO .....	87
PROBLEMAS COMUNS NO LACTENTE .....	88
SINAIS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA.....	92
IDADES LIMITES PARA SE INICIAR A INVESTIGAÇÃO DE ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR ...	93
CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE .....	97
IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA – OS 10 SINAIS DE ALERTA .....	106
COMO FALAR DA MORTE COM AS CRIANÇAS.....	107
SEGURANÇA NA PRÁTICA ESPORTIVA – CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....	112
DISLIPIDEMIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	115
DIAGNÓSTICO PRECOCE DO AUTISMO .....	125
USO DA INTERNET POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES ....	127
ORIENTAÇÕES AOS PAIS SOBRE O USO DA TV POR CRIANÇAS.....	129
SUGESTÕES DE BRINQUEDOS INDICADOS PARA CADA IDADE.....	133
CRITÉRIOS PARA O ACOMPANHAMENTO DO RECÉM- NASCIDO NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO .....	135
DOENÇAS MAIS FREQUENTES QUE ACOMPANHAM A PREMATURIDADE .....	138
CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO PREMATURO .....	143

ESQUEMA AMBULATORIAL PARA RNMBP DURANTE O 1º	
ANO DE VIDA .....	148
CRITÉRIOS DE ALTA DO AMBULATÓRIO .....	149
TABELAS.....	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	199



## CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

- **Período neonatal:** 0 a 28 dias
- **Lactente:** 29 dias a 2 anos
- **Pré-escolar:** 2 a 6 anos
- **Escolar:** 6 a 10 anos
- **Adolescência:** 10 aos 20 anos

### ESTATURA:

- Até 2 anos deve ser medida com a criança deitada. Após os 2 anos, em pé.
- 0 a 12 meses: 25 cm/ano
  - Primeiro semestre: 15 cm
  - Segundo semestre: 10 cm
- 1 a 2 anos: 12 cm/ano
- 2 a 4 anos: 7 cm/ano
- 4 a 6 anos: 6 cm/ano
- 6 anos até puberdade: 5 cm/ano

## FONTANELAS, DENTIÇÃO, PT, PC, REFLEXOS PRIMÁRIOS E SONO

### FONTANELAS:

- Anterior (bregmática): fechamento entre o 9º e 18º mês
- Posterior (lambdoide): fechamento até o 2º mês

### PERÍMETRO TORÁCICO:

- A técnica correta consiste em uma fita métrica na altura do mamilo com o tórax moderadamente cheio. Tem valor como índice do estado nutricional até 2 anos de idade.

### PESO: indicador do estado nutritivo.

- É considerado indicador do estado nutricional. O recém-nascido pode perder até 10% do peso do nascimento até o 5º dia, recuperando-o até o 10º dia.
- Ganho ponderal médio em trimestres:
  - 1º trimestre: 700 g/mês
  - 2º trimestre: cerca de 500 g/mês
  - 3º trimestre: cerca de 400 g/mês
  - 4º trimestre: 350 g/mês

### PERIMETRO CEFÁLICO: indicador do estado nutritivo.

- A técnica consiste na fita métrica ser passada pela glabella e pelo ponto mais saliente do osso occipital.
- 1º e 2º mês: 2 cm/mês
- 3º e 4º mês: 1,5 cm/mês
- 4º e 5º mês: 0,5 cm/mês
- 6º e 7º mês: 0,3 cm/mês
- Valores dentro da normalidade:
  - RN: 34 a 35 cm
  - 6 meses: 42 a 43 cm
  - 1 ano: 45 a 46 cm
  - PC: cresce 10 cm no 1º ano e mais 10 cm nos 20 anos seguintes.

## REFLEXOS PRIMÁRIOS

- Reflexo de sucção
- Preensão palmar: colocar dedo *index* na palma da mão da criança e observa-se a flexão dos dedos. Desaparece entre 4 e 6 meses.
- Preensão plantar: colocar o polegar contra a sola do pé da criança, logo abaixo dos dedos e observa-se a flexão dos dedos. Desaparece com 15 meses de vida.
- Reflexo cutâneo-plantar: estímulo da porção lateral do pé, desencadeando no RN a extensão do hálux. Apresenta-se em extensão até cerca de 18 meses.
- Reflexo de Galant: é desencadeado por estímulo tátil na região dorso lateral. Observa-se encurtamento do tronco ipsilateral ao estímulo.
- Reflexo de Moro: movimentos de extensão e abdução dos membros superiores com abertura das mãos, seguidas de adução e flexão dos membros superiores. Desaparece ao redor de 5 meses de vida.
- Reflexo tônico-cervical: fazer rotação de 90° da cabeça, manter por 15 segundos e leva a extensão dos membros superiores para o lado em que a cabeça é girada e flexão dos membros superiores do lado occipital. Desaparece ao redor dos 3 meses.
- Reflexo da marcha reflexa: segurar a criança pelo tronco com as duas mãos e o reflexo é obtido pelo contato da planta do pé com a superfície, que resulta em marcha. Desaparece entre a quarta e oitava semanas de vida.
- Reflexo da busca: tocar região perioral promove o movimento da cabeça em direção ao estímulo com abertura da boca e tentativa de sucção. Desaparece por volta dos 4 meses de vida.

## DENTIÇÃO

- A dentição pode iniciar aos 4 meses ou próximo aos 12 meses.

- 5 a 7 meses: 2 incisivos medianos inferiores; a seguir 2 incisivos centrais superiores e depois dois incisivos laterais superiores. No início da erupção dentária, o lactente pode apresentar alteração do sono, aumento da salivação, prurido gengival e irritabilidade.
- Fim do 1º ano: 6 a 8 dentes (mais 2 incisivos laterais inferiores). Entre 10 e 12 meses, aparece o primeiro molar decíduo.
- 2º ano: 4 primeiros pré-molares, 4 caninos e 4 segundos pré-molares.
- Total: 20 dentes de leite (dentição se completa até os 30 meses de idade).
- 6 a 7 anos: queda dos dentes de leite, com erupção dos dentes definitivos.
- O primeiro dente permanente a nascer é o 1º molar, que fica atrás do último dente de leite.
- A dentição permanente se torna completa em torno dos 18 anos, com 32 dentes.

## SONO

- O ambiente ideal deve ser silencioso, com baixa luminosidade e temperatura agradável. A criança deve ser posicionada em decúbito dorsal, prevenindo a morte súbita do lactente. Não utilizar travesseiros e lençóis devem ser presos na parte inferior do colchão.
- Após 3 meses é aconselhável que a criança durma em quarto separado dos pais.

Idade	Horas diárias de sono
Recém-nascido	19 a 20
6 meses	16 a 18
1 ano	14 a 16
2 anos	12 a 14
3 anos	11 a 12
5 anos	10 a 12
10 a 12 anos	9 a 10

## ALIMENTAÇÃO

- Capacidade do estômago:
  - RN: 40 a 50ml
  - 3 meses: 100 a 120ml
  - 6 meses a 1 ano: 200 a 250ml
  - 2 anos: 350ml

## AVALIAÇÕES IMPORTANTES NO EXAME FÍSICO DURANTE A CONSULTA DE PUERICULTURA

### Exame físico

<b>Ausculta cardíaca e pulsos</b>	Mínimo de 3 vezes no primeiro semestre de vida, repetindo no final do primeiro ano
<b>Displasia congênita de quadril</b>	Pesquisa dos sinais de Ortolani/Barlow em todas as visitas de puericultura
<b>Medida de pressão arterial</b>	A partir dos 3 anos de vida
<b>Aferição de curvas de peso, estatura e perímetro cefálico</b>	Em todas as consultas até o segundo ano de vida. Dos 3 anos até a adolescência pelo menos duas vezes/ano. Uma vez ao ano na adolescência

### Exames laboratoriais

<b>Hemoglobina e hematócrito</b>	Uma avaliação entre 6 e 12 meses em crianças de alto risco.
<b>Exame de fezes e urina</b>	Ausência de comprovação sobre impacto na saúde.
<b>Lipidograma</b>	A partir dos 2 anos em crianças com parentes com história de doença coronariana antes dos 55 anos.

## ORIENTAÇÃO PARA LACTENTE DE 0 A 29 DIAS

### 1. ALIMENTAÇÃO:

- Leite ideal: leite materno livre demanda no primeiro mês de vida.
- Fórmula Infantil: na falta irreversível de leite materno, recomendar fórmulas adaptadas para o 1º e 2º semestre (segundo as recomendações do *Codex Alimentarius*).
- Intervalo entre as mamadas: no primeiro mês livre demanda.

### 2. BANHO:

- Deve ser dado no mínimo uma vez ao dia, sempre no mesmo horário, próximo às 12 horas em crianças pequenas e no final da tarde nas crianças maiores. Antes da queda do coto umbilical pode ser dado o “banho seco”, inicia-se pela limpeza da face, com a criança vestida, usando bolas de algodão umedecido em água morna para remover secreções oculares e nasais. Secar com toalha macia. Depois procede à limpeza das orelhas e cabeça, também com algodão umedecido. A seguir, retira as roupas da criança, deixando-a somente com fraldas e procede à limpeza do tronco, braços, pescoço e axilas com algodão úmido. Secar bem. Limpar o coto umbilical. Vestir as peças de roupa da parte superior da criança. Retirar a fralda e limpar os genitais, nádegas, pernas e pés. Secar. Colocar fralda limpa e o restante das roupas.
- Usar sabonete neutro, como os sabonetes líquidos infantis, e especialmente os *sindets* (detergentes sintéticos) que são os mais recomendados para o uso na pele dos RNs e lactentes, de forma a garantir a eficácia da barreira cutânea.
- O uso de hidratantes é permitido, de preferência após o banho, diariamente ou pelo menos três vezes na semana, mas deve-se evitar o acúmulo do produto nas dobras,

pois essa prática pode dificultar a transpiração e levar a colonização bacteriana. Além disso, os hidratantes devem ser compostos por aditivos limitados (sem perfume e com bons conservantes) e deve ser evitado o uso de produtos contendo laurel sulfato de sódio (LSS) pelo risco de prejudicar a função de barreira cutânea.

- Evitar talcos e soluções antissépticas.
- A banheira pode ser utilizada após a queda do coto umbilical, deve conter 10 a 15 cm de água e a temperatura deve ser próxima a temperatura corporal de 36º C, para isso coloque primeiro a água fria e depois a quente. Mexa bem a água, experimente a temperatura com a região do antebraço (pele mais sensível, como é a do bebê).
- **A partir dos 2 anos os banhos podem ser dados no chuveiro.**

### 3. HIGIENE GENITAL:

- Deve ser feita em toda troca de fraldas, no mínimo, 5 a 6 vezes ao dia, seguindo os seguintes passos:
  - Remover resíduos de fezes com papel higiênico, algodão ou lenços umedecidos (livres de substâncias potencialmente irritantes, como álcool, fragrâncias, óleos essenciais, sabão e detergentes agressivos, como LSS).
  - Limpeza da pele com fralda umedecida em água morna (em todas as trocas) e sabonete neutro, apenas uma vez ao dia;
  - Limpeza suave dos genitais com água morna;
  - Secar com fralda ou toalha macia;
  - Colocar fralda seca e limpa.
- As fraldas não descartáveis, de tecido, devem ser de algodão, brancas e sem desenhos, macias, de tamanho adequado para a criança. Devem ser lavadas em separado das roupas da família, com sabão de côco em pedra ou fervida em água vinagrada (1 colher de sopa de vinagre para cada 10 litros de água, durante 5 a 10 minutos). A calça

plástica é necessária, devendo ser de material de boa qualidade e tamanho proporcional à criança.

- Fraldas descartáveis: cuidar com o tamanho e qualidade do material utilizado, evitar pressões exageradas e lesões na pele. A troca de fraldas deve ser de, no mínimo, a cada 3 horas.

#### 4. LIMPEZA DO COTO UMBILICAL:

- O pediatra deverá individualizar as orientações de acordo com o contexto do RN.
- Para lactentes nascidos em ambiente hospitalar ou em locais de baixa mortalidade neonatal, recomenda-se manter o coto umbilical limpo e seco. O uso tópico de antissépticos, como clorexidina ou álcool 70% não é necessário.
- Para RN nascido em ambiente de alta mortalidade neonatal ou de partos domiciliares, recomenda-se a aplicação de álcool 70% ou clorexidina, uma vez ao dia, na primeira semana de vida.
- Além disso, outras medidas que previnem infecções do coto umbilical são: a higiene adequada das mãos do cuidador antes de manipular o RN e a troca frequente de fraldas, mantendo-a dobrada abaixo do coto para mantê-lo exposto.

#### 5. UNHAS:

- Devem ser mantidas limpas e curtas, a fim de evitar escoriações. O mais adequado é o corte em linha reta, como na figura abaixo, pois o corte convexo é a principal causa de onicocriptose (unha encravada).



**6. SONO:** 20 horas diárias.

**7. EVACUAÇÃO:** amarelo pastoso, em número variável segundo a criança.

**8. SOL:**

- A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria orientam evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção.
- Em relação a icterícia neonatal, o banho de sol é contraindicado como medida terapêutica pelo risco de queimaduras solares e de malignidade na pele.

**9. VACINAÇÃO:**

- BCG intradérmico e anti-hepatite B ao nascer. Anti-hepatite B com um mês novamente.
- *Ver calendário completo de vacinas adiante.*

**10. PESO:**

- O bebê normal ganha 25 gramas/dia, em média 700 g/mês, até o 3º mês.

**11. ESTATURA:**

- Nasce com aproximadamente 48 a 50 cm. Cresce 4 cm/mês no 1º trimestre.

**12. PERÍMETRO CEFÁLICO:**

- Ganha em média 2 cm/mês, no primeiro trimestre.

**13. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**

- Ao tocar-lhe os lábios – reflexo da sucção.

- Ao tocar-lhe levemente a planta do pé – reflexo fecha os dedos do pé, prensão plantar.
- Ao pôr-lhe o dedo na palma da mão – fecha fortemente a mão, reflexo palmar.
- Ao suspender-lhe pelas mãos – se sustenta no ar. Movendo, porém os pés e mãos – reflexo da marcha.
- Ao pegá-lo no colo orienta a cabeça em relação ao seio.
- Olhar vago.
- Tranquiliza-se ao ouvir a voz humana perto dele.
- Chora com reação ao que lhe é desagradável (fome, frio, dor, ruídos, luz intensa, etc.).
- Perguntar à mãe:
  - É capaz de erguer a cabeça, quando de bruços?
  - Olha para um rosto que esteja na sua linha de visão?

#### 14. AMBIENTE – ATIVIDADES:

- Evitar fumaça, poeira, cigarros.
- Quarto fresco de dia.
- Evitar barulhos.
- Pouca roupa durante a mamada, conversando baixo com o bebê.

#### 15. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E FERRO

##### Vitamina A + D:

- **Lactentes normais:** iniciar a partir de um mês de idade, se criança não toma sol, até o bebê completar 2 anos de idade. Se o lactente recebe leite materno exclusivo até o sexto mês, não há necessidade de suplemento de ferro até esta data.
- *Opções de vitamina A+D:*
  - ADTil®: 2 gotas via oral ao dia.
  - Aderogil D3®: 4 gotas via oral ao dia.
  - Vitaminas A + D Sanval®: 10 gotas via oral ao dia.
- **Lactentes prematuros ou de baixo peso:** iniciar a partir do 10º dia de vida com:

- Protovit®: 12 gotas via oral ao dia até o bebê completar 2 anos.
- Zirvit *Baby*®: Crianças de 0 a 6 meses: administrar, via oral, 1 ml 1 vez ao dia. Crianças de 7 a 11 meses: Administrar, via oral, de 1 a 2 ml 1 vez ao dia.
- Zirvit *Kids*®: para lactentes acima de 12 meses de idade. Administrar, via oral, 2,5 ml 1 vez ao dia.

### **Ferro:**

#### **Fatores de risco de anemia ferropriva para crianças e adolescentes:**

- Baixa reserva materna:
  - Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas; dieta materna deficiente em ferro; perdas sanguíneas; não suplementação de ferro na gravidez e lactação.
- Aumento da demanda metabólica:
  - Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500g); lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90); meninas com grandes perdas menstruais; atletas de competição.
- Diminuição do fornecimento:
  - Clampeamento do cordão umbilical < 1 minuto; aleitamento materno exclusivo > 6 meses; alimentação complementar com alimentos pobres em ferro ou de baixa biodisponibilidade; leite de vaca antes de um ano; fórmula infantil com ferro de baixa biodisponibilidade; dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista; ausência ou baixa adesão à suplementação profilática de ferro, se recomendado.
- Perda sanguínea:
  - Traumática ou cirúrgica; hemorragia gastrointestinal (doença inflamatória intestinal, polipose colônica, AINEs, infecção por *H. pylori*, verminoses,

enteropatas/colites alérgicas); hemorragia ginecológica (menorragia, DIU); hemorragia urológica (trauma renal, glomerulonefrite); hemorragia pulmonar (tuberculose, mal formação pulmonar, hemossiderose pulmonar idiopática, síndrome de Goodpasture); discrasias sanguíneas; malária.

- Má absorção do ferro:
  - Síndromes de má-absorção (doença celíaca, doença inflamatória intestinal); gastrite atrófica, cirurgia gástrica (bariátrica, ressecção gástrica); redução da acidez gástrica (antiácidos, bloqueadores H<sub>2</sub>, IBPs).

#### **Tratamento da anemia:**

- Ferro oral (3 a 6mg de Ferro elementar/kg/dia), fracionado ou em dose única, por 6 meses ou até reposição dos estoques corporais, confirmados pela normalização da Hb, VCM, HCM, ferro sérico, saturação de transferrina e ferritina sérica.
- A efetividade do tratamento deve ser checada com hemograma e reticulócitos após 30 a 45 dias do início do tratamento, quando se espera que exista melhora dos níveis de reticulócitos e aumento da Hb em pelo menos 1,0 g/dL.

#### **Profilaxia de ferro em lactentes:**

##### **Opções:**

- Sulfato ferroso (UBS) 125mg/ml: 1 gota = 1,25 mg de ferro.
- Dexfer®: 1 gota = 5mg de ferro.
- Folifer®: 50 mg/ml, 1 gota = 2,5mg de ferro.
- Neutrofer®: 250 mg/ml, 1 gota = 2,5mg de ferro.
- Ultrafer®: 1 gota = 2,5mg de ferro
- Noripurum®: 1 gota = 2,5 mg de ferro.

Situação	Recomendação
<b>Lactentes SEM fator de risco</b>	
RN termo, peso AIG, em aleitamento exclusivo até 6º mês	<b>1 mg de Fe elementar/kg/dia</b> , iniciando aos <b>180 dias de vida</b> até 24º mês de vida
<b>Lactentes COM fator de risco</b>	
RN termo, peso AIG, em aleitamento materno exclusivo	<b>1 mg de Fe elementar/kg/dia</b> , iniciando aos <b>90 dias de vida</b> até o 24º mês de vida
RN termo, peso AIG, independentemente da alimentação	<b>1 mg de Fe elementar/kg/dia</b> , iniciando aos <b>90 dias de vida</b> até o 24º mês de vida
RN a termo, peso < 2.500g	<b>2 mg de Fe elementar/kg/dia</b> , iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuro, peso > 1.500g	<b>2 mg de Fe elementar/kg/dia</b> , iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuro, peso entre 1.500 e 1.000g	<b>3 mg de Fe elementar/kg/dia</b> , iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuro, peso < 1.000g	<b>4 mg de Fe elementar/kg/dia</b> , iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuro que recebeu mais de 100 ml de hemácias durante a internação	Avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES NOS LACTENTES DE 0 A 6 MESES

### QUEDA:

- Não deixar o bebê sozinho em lugares altos nem mesmo por instantes.
- Não deixar que uma criança carregue o bebê no colo.
- Cuidado com o carrinho e com o bebê conforto. Assegure-se que o bebê esteja preso pelo cinto de segurança e com a alça travada.
- Ao descer escadas com o bebê no colo, apoie-se no corrimão.
- Evite pisos lisos, molhados e escorregadios quando estiver com o RN no colo.

### QUEIMADURA:

- Não levar nada quente enquanto carrega o bebê no colo.
- Não cozinhe com o bebê no colo!
- Cuidado com a temperatura do banho.
- Cuidado com cigarros.
- Cuidado com a temperatura da fórmula infantil. Lembrar sempre de chacoalhar bem a mamadeira para uniformizar o calor e testar a temperatura na região interna do antebraço antes de oferecer ao bebê.

### SUFOCAÇÃO:

- Não usar correntes ou cordões no pescoço do bebê.
- Não deixar o bebê mamando sozinho, se este faz uso de mamadeira.
- Usar cobertas e mantas de tamanhos proporcionais ao bebê e de tecidos leves, para não dificultar a respiração do bebê.
- Não deixar objetos pequenos ao alcance da criança.
- Não dar alimentos em pedaços duros. Engasgo com mamadeiras ao se dar leite ou outros líquidos quando o furo do bico é muito grande.

- Por travesseiros, cobertores, por dormir com adultos ou por uso de talco.

### **INTOXICAÇÃO:**

- Cuidado com gotas nasais, remédios para resfriado, xaropes e inseticidas.
- Medicamentos: doses erradas ou medicamentos de adultos dados pelos pais ou por crianças maiores.
- Intoxicação por ingestão de tintas dos brinquedos ou grades do berço (4º mês)

### **ACIDENTES DE AUTOMÓVEL:**

- No carro, o bebê deve estar na cadeirinha apropriada à sua idade e peso, fixada no banco de trás, voltada para a traseira do carro
- Nunca tente acalmar o bebê olhando para trás enquanto dirige. Prefira estacionar o carro para realizar essa ação.

### **AFOGAMENTOS:**

- Nunca deixe o bebê sozinho na banheira;
- Cuidado ao virá-lo para lavar as costas, não deixar encostar o rosto na água e aspirar essa água.

## CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

- Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar uma fórmula infantil que satisfaça as necessidades do lactente, conforme recomendado. Antes do sexto mês deverá ser utilizada uma fórmula de partida e, a partir do 6º mês, recomenda-se uma fórmula infantil de seguimento.
- Para as crianças em uso de fórmulas infantis modificadas, a introdução de alimentos não lácteos poderá seguir o mesmo preconizado para aquelas em aleitamento materno exclusivo (a partir dos seis meses).

### Características gerais das fórmulas infantis:

- Gordura: há redução da quantidade de gordura animal saturada e acréscimo de óleos vegetais (gorduras poliinsaturadas de melhor qualidade), como também o acréscimo de ácidos graxos essenciais (linoléico e alfa-linolênico).
- Carboidratos: as fórmulas contêm lactose exclusiva ou associação de lactose com polímeros de glicose (malto-dextrinas), **não necessitando, portanto, de adição de açúcar ou farinha.**
- Proteínas: há quantidade adequada de proteína com desnaturação protéica (quebra da caseína, em cadeias menores, formando proteínas solúveis e favorecendo a digestão e absorção), além de melhor a relação proteína do soro/caseína.
- Minerais: há modificação nos teores dos minerais tentando aproximar os seus teores aos do leite materno. A relação cálcio/fósforo é adequada, favorecendo a mineralização óssea.
- Oligoelementos (vitaminas e microminerais): atendem às necessidades da criança sadia.

**Características gerais do leite de vaca ("in natura", integral, pó ou fluido):**

O leite de vaca (*in-natura*, integral, pó ou fluido) por não contemplar as características descritas acima, não é considerado alimento apropriado para crianças menores de um ano, além de apresentar as seguintes inadequações:

- Gorduras: contém baixos teores de ácido linoléico (10 vezes inferior às fórmulas), sendo necessário o acréscimo de óleo vegetal para o atendimento das necessidades do recém-nascido.
- Carboidratos: a sua quantidade é insuficiente, sendo necessário o acréscimo de outros açúcares, frequentemente mais danosos à saúde, como a sacarose, com elevado poder cariogênico.
- Proteínas: fornece altas taxas, com elevação da carga renal de soluto. Relação caseína/proteínas do soro inadequada – compromete digestão.
- Minerais e eletrólitos: altas taxas de sódio, contribuindo para a elevação da carga renal de solutos, deletéria principalmente para RN de baixo peso.
- Vitaminas: baixos níveis de vitaminas D, E e C.
- Oligoelementos: são fornecidas quantidades insuficientes, com baixa biodisponibilidade de todos os oligoelementos, salientando-se o ferro e o zinco.

## TRIAGEM AUDITIVA UNIVERSAL DE RECÉM-NASCIDOS

- A triagem deve ser universal.
- A avaliação auditiva deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames.
- O reflexo cocleopalpebral ocorre em 100% das crianças com audição normal e sua ausência é sugestiva de perda auditiva bilateral ou alteração central. É um teste simples que pode ser realizado durante a consulta pediátrica de rotina, porém não exclui a triagem auditiva para crianças de risco auditivo.
- Procedimentos usados para triagem auditiva neonatal:
  - EOA: emissões otoacústicas
  - BERA: audiometria de tronco encefálico.
- O diagnóstico deve ocorrer em até 45 dias após a suspeita;
- O diagnóstico de perda auditiva na criança deve ser feito até os **3 meses** de vida, com início da intervenção terapêutica até o **sexto mês**.
- Realizar o exame de rotina tanto nos recém-nascidos que passaram por UTIs neonatais quanto nos recém-nascidos dos berçários normais.
- O Comitê Brasileiro de Perdas Auditivas na Infância recomenda que todos os bebês sejam avaliados antes da alta hospitalar, preferencialmente utilizando métodos objetivos de avaliação auditiva.
- A detecção de alterações auditivas e a intervenção iniciada até os 6 meses de idade, garantem à criança o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, bem como o seu desenvolvimento social, comparável ao das crianças normais da mesma faixa etária.

- **Todos os recém-nascidos** que apresentarem uma ou mais das intercorrências citadas a seguir devem ser encaminhados para **triagem para déficit auditivo**:
  - História familiar de surdez/perda auditiva;
  - Infecções perinatais congênitas (TORCHS);
  - Anomalias crânio-faciais e cervicais;
  - Peso < 1.500g, prematuridade, muito baixo peso ao nascer, RN PIG;
  - Hiperbilirrubinemia;
  - Drogas ototóxicas (furosemida, aminoglicosídeos);
  - Infecções adquiridas (meningite bacteriana, caxumba, mastoidite, sepse)
  - Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (Waardenburg, Alport, Pendred)
  - Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth)
  - Índice de Apgar de 0 – 4 no 1º minuto ou 0 – 6 no 2º minuto;
  - Ventilação mecânica por mais de 5 dias;
  - Síndromes que cursam com surdez: Melnick-Fraser, Mohr, Nager, Oto-Palato-Digital, Senter, Shprintzen, Treacher-Collins, trissomia do 13, Waardenburg, Crouzon.
  - Internação em UTI neonatal por tempo superior a 48 horas.
  - Consanguinidade.
  - Persistência de circulação fetal.
  - Hemorragia intracraniana.
  - Uso de drogas de abuso na gestação;
  - Hemorragia peri e intraventricular;
  - Traumatismo cranioencefálico;
  - Convulsões.

### **Acompanhamento:**

- Os neonatos e lactentes sem indicadores de risco que obtiveram respostas satisfatórias na triagem devem realizar o acompanhamento mensal do desenvolvimento da audição e da linguagem na atenção básica.
- Sugere-se utilizar como referência os marcos para acompanhamento do desenvolvimento de audição e linguagem (OMS, 2006) e registrá-los na Caderneta de Saúde da Criança.
- É fundamental que esse acompanhamento ocorra mensalmente durante todo o primeiro ano de vida da criança.

### **Escala para Acompanhamento do Desenvolvimento da Audição e da Linguagem**

<b>RN</b>	Acorda com sons fortes
<b>0 – 3 meses</b>	Acalma com sons moderadamente fortes e músicas
<b>3 – 4 meses</b>	Presta atenção nos sons e vocaliza
<b>6 – 8 meses</b>	Localiza a fonte sonora; balbucia sons, ex.: “dada”
<b>12 meses</b>	Aumenta a frequência do balbucio; inicia produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: “dá tchau”
<b>18 meses</b>	Fala, no mínimo, seis palavras
<b>2 anos</b>	Produz frases com duas palavras
<b>3 anos</b>	Produz sentenças

*\*Considerar a idade corrigida no caso de RN prematuros*

## EXAME OFTALMOLÓGICO DO RECÉM-NASCIDO

- **Material necessário:** Oftalmoscópio direto e lanterna.
- **Lanterna:** para o exame externo e pesquisa dos reflexos fotomotores.
- **Oftalmoscópio:** pesquisa do reflexo vermelho simultâneo nos dois olhos (teste de Brückner). O exame deve ser feito na penumbra, com o oftalmoscópio colocado a aproximadamente 1 metro dos olhos da criança, observando-se o reflexo vermelho dos dois olhos simultaneamente.
  - Se houver opacidade, a criança deve ser avaliada por um oftalmologista urgente, pois a criança pode ter **catarata congênita, retinoblastoma, inflamações intraoculares da retina e vítreo, retinopatia da prematuridade no estágio 5, descolamento de retina, vascularização fetal persistente e hemorragia vítrea.**
- A Associação Americana de Oftalmologia e Estrabismo e a Academia Americana de Pediatria orientam que o exame oftalmológico para os recém-nascidos (prematuros ou a termo), deve ser composto de: reflexo vermelho (através da oftalmoscopia direta à distância), inspeção, resposta pupilar e observação de desvio ocular. Esta avaliação deve ser obrigatória em todas as crianças com peso ao nascimento < 1.500g e naquelas com história familiar de anormalidades oculares, como catarata congênita e retinoblastoma.
- **Fixação monocular:** só bem desenvolvida aos **2 meses**.
- **Visão binocular (estereopsia):** bem desenvolvida entre os **3 e 7 meses**.
- **Leucocoria:** sinal clínico que indica opacidade do cristalino e/ou do segmento posterior do olho (vítreo e retina), por isso a pupila se torna esbranquiçada, não sendo possível a visualização do reflexo vermelho.
  - Na persistência de vítreo primário hiperplásico é precoce (ao nascer).

### **Indicações de avaliação da criança no berçário:**

Pode ser detectado através da simples observação, na pupila, do reflexo luminoso.

- RNPT com peso ao nascer < 1.500g e/ou IG < 34 semanas, principalmente os com peso < 1.250g e/ou IG < 28 semanas e RNPTs que permaneceram em ventilação mecânica por mais de 20 dias, independente da IG.
- A avaliação deve ser feita entre **4 a 6 semanas de vida** e repetida a cada 1 ou 2 semanas, até que a retina complete sua vascularização.
- São preconizados **fundoscopia a cada 3 meses no 1º ano de vida, a cada 6 meses no 2º ano e anual após esse período.**
- Constituem RNs com fatores de risco aqueles que apresentam: síndrome do desconforto respiratório, sepse, transfusão sanguínea, hemorragia intraventricular e gestação múltipla.

### **Estrabismo:**

- Pode ser detectado pela simples observação, na pupila, do reflexo luminoso de uma lanterna colocada a 30 cm dos olhos da criança que deverá fixar e acompanhar seus movimentos, observando sua localização (assimetria do reflexo).
- O estrabismo fixo nas primeiras semanas de vida é **anormal**, merecendo investigação.

### **Toxoplasmose congênita:**

- Mesmo quando o exame no berçário é normal, repetir o exame oftalmológico com 3 e 6 meses e exames semestrais até os 3 anos, e a seguir anualmente.

### **Citomegalovírus:**

- A doença retiniana é devastadora e deve ser tratada com ganciclovir EV até a cicatrização das lesões retinianas, o que dificilmente acontece antes dos 4 meses de vida.

- A avaliação dos RNs com sorologia positiva para CMV deve ser semanal no primeiro mês e quinzenal até o quarto mês de vida.

## CONSULTA DO 2º MÊS

1. **ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: ver orientação do 1º mês.
  - Intervalo entre as mamadas: 3 horas.
2. **HIGIENE**: seguir rotina do recém-nascido.
3. **SONO**: 16 a 20 horas.
4. **EVACUAÇÃO**: em número variável, conforme a criança.
5. **SOL**: A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria orientam evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção.
6. **VACINAÇÃO**: ver calendário adiante.
7. **PESO**: aumenta 700 gramas.
8. **ESTATURA**: cresce 4 cm.
9. **PERÍMETRO CEFÁLICO**: aumenta 2 cm.
10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR**:
  - Já fixa os olhos nos objetos ou na luz.
  - Ao colocá-lo de bruços – sustenta a cabeça ereta por momentos. Deixá-lo um pouco nesta posição para estimulá-lo.
  - Ao colocá-lo de costas – estende braços e pernas de forma simétrica.

- Ao ver o peito ou a mamadeira perto de si esboça movimento de sucção.
- Segue com os olhos o rosto humano.
- Volta a cabeça na direção de um objeto desaparecido.
- Inicia o balbuciar (rr, gu, ba).
- Perguntar à mãe:
  - Sorri e emite ruídos guturais?

**11. AMBIENTE – ATIVIDADES:**

- Passear no colo, conversar baixo com o bebê.
- Deixar bem à vontade durante a mamada.
- Brincar durante a troca de fralda.
- Mostrar brinquedos de som e coloridos.

**12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:** ver consulta do 1º mês.

## CONSULTA DO 3º MÊS

1. **ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: ver orientação do primeiro mês.
  - Intervalo entre as mamadas: 3 horas.
2. **HIGIENE**: seguir rotina do recém-nascido.
3. **SONO**: 16 a 20 horas.
4. **EVACUAÇÃO**: em número variável, conforme a criança.
5. **SOL**:
  - A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria orientam evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção.
6. **VACINAÇÃO**: verificar se está em dia, de acordo com o calendário vacinal (adiante).
7. **PESO**: aumenta 700 gramas.
8. **ESTATURA**: cresce 4 cm.
9. **PERÍMETRO CEFÁLICO**: aumenta 2 cm.
10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR**:
  - A criança firma a cabeça.
  - Ao colocá-lo de bruços – mantém ereta a cabeça e esta segue o plano dos ombros.
  - Vê objeto mas não pode agarrá-lo.

- Muda de atitude ao ver a mamadeira ou os preparativos para mamar.
- Reage com um sorriso ao rosto humano quando este está:
- apresentado de frente (2 olhos, nariz e fronte).
- Em movimento.
- Perguntar à mãe:
  - Acompanha com o olhar um objeto em movimento?
  - Mantém a cabeça erguida?
  - A um ruído: desperta, arregala os olhos, para de mamar?

#### **11. AMBIENTE – ATIVIDADES:**

- Passear no colo.
- Pegar sol fraco da manhã e da tarde.
- Brincar durante a troca de fraldas.
- Utilizar brinquedos que agucem os sentidos (chocalho, brinquedos coloridos, objetos para morder).

#### **12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:** ver consulta do 1º mês.

## CONSULTA DO 4º MÊS

1. **ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: ver orientação do primeiro mês.
  - Intervalo entre as mamadas: 4 horas.
2. **HIGIENE**: seguir orientação do recém-nascido.
3. **SONO**: 16 a 20 horas.
4. **EVACUAÇÃO**: em número variável, segundo a criança.
5. **SOL**: A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria orientam evitar a exposição direto ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção.
6. **VACINAÇÃO**: verificar se está em dia, de acordo com o calendário vacinal (ver adiante).
7. **PESO**: ganha 20g/dia, em média 600g/mês, no segundo trimestre.
8. **ESTATURA**: cresce 2cm/mês, no segundo trimestre.
9. **PERÍMETRO CEFÁLICO**: cresce em média 1cm/mês, no segundo trimestre.
10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR**:
  - A criança nesta idade segura o chocalho com as mãos.
  - Tenta alcançar brinquedos.
  - Preensão voluntária (ver – estender – agarrar – puxar para si)

- Ao colocá-lo de bruços – se apoia sobre os braços e mãos.
- Ao colocá-lo em posição sentada apresenta cifose global das costas.
- Reage aos ruídos ainda que esteja mamando.
- Repete os sons que ouve da mãe.
- Perguntar à mãe:
  - Segura um chocalho?
  - Ri alto?

#### **11. AMBIENTE – ATIVIDADES:**

- Passear com o bebê.
- Pegar sol.
- Brincar durante o banho.
- Deixar brinquedos e bonecos expostos
- Roupas leves e pés descalços.
- **Retirar a criança do quarto dos pais.**

#### **12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:** ver consulta do 1º mês.

## CONSULTA DO 5º MÊS

1. **ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: ver orientação do primeiro mês.
  - Intervalo entre as mamadas: 4 horas.
2. **HIGIENE**: seguir orientação do recém-nascido.
3. **SONO**: 15 a 18 horas.
4. **EVACUAÇÃO**: em número variável, segundo a criança.
5. **SOL**: A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria orientam evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção.
6. **VACINAÇÃO**: verificar se está em dia, com o calendário vacinal (ver adiante).
7. **PESO**: aumenta 600g.
8. **ESTATURA**: aumenta 2cm.
9. **PERÍMETRO CEFÁLICO**: aumenta 1cm.
10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR**:
  - Ao colocá-lo de costas se esforça para sentar-se.
  - A criança traz voluntariamente a cabeça para a frente.
  - Olha atentamente suas mãos em movimento.
  - Perguntar à mãe:
    - Alcança e segura objetos?

**11. AMBIENTE – ATIVIDADES:**

- Passear com o bebê no colo.
- Deixar no chão com almofada, brinquedos.
- Brincar abaixado com ele, conversar bastante com ele.

**12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:** ver consulta do 1º mês.

- Cuidar com deglutição de pequenos objetos: ex - alfinetes de fraldas.

## CONSULTA DO 6º MÊS – INTRODUÇÃO ALIMENTAR

### 1. ALIMENTAÇÃO:

- Leite ideal: aleitamento materno, continuado pelo menos até o segundo ano ou mais, se possível. Na impossibilidade do aleitamento natural no primeiro ano de vida, sem possibilidade de relactação, há indicação de uso de fórmulas infantis.
- Fórmula Infantil: ver consulta do primeiro mês.
- Intervalo entre as mamadas: 4 horas.

### Introdução alimentar:

- A primeira papa principal de misturas múltiplas, deve ser oferecida a partir dos 6 meses, no horário de almoço ou jantar (iniciadas no horário em que a família também estiver comendo).
- Desde a primeira papa, a refeição deve conter cereais ou tubérculos, leguminosas, proteína animal, hortaliças (verduras e legumes) e óleo.
- Devem ser temperados com salsa, cebolinha, alecrim, manjeriço, sem adição de sal.
- A carne, na quantidade de 50 a 70 g/dia (para duas papas), não deve ser retirada após o cozimento, mas, sim, picada, tamisada (cozida e amassada com as mãos) ou desfiada, fundamental que seja oferecida à criança (procedimento fundamental para garantir oferta adequada de ferro, zinco e vitamina B<sub>12</sub>).
- Os ovos, além de excelente fonte proteica e de cofatores de alta eficiência nutricional, têm baixo custo, e seu consumo deve ser incentivado. Para garantir a não contaminação por bactérias enteropatogênicas próprias da casca do ovo, este deve sempre ser consumido cozido, oferecendo clara e gema. Se for oferecido ovo, no lugar de carne bovina, aumentar a suplementação do ferro, já que sua biodisponibilidade na gema do ovo é muito baixa. Oferecer

ovo cozido, começando com  $\frac{1}{4}$  e aumentando de 2 em 2 dias até um ovo inteiro.

- O óleo para o preparo deve ser o que contém ácido linoleico e alfa-linolênico em proporções adequadas (5 a 15:1), para melhor absorção do ômega 3, como óleo de soja e canola. Deve ser usado na quantidade de 3 a 3,5 ml por cada 100ml ou 100g de preparação. O consumo de peixes deve ser estimulado, principalmente o arenque, sardinha e salmão, devido ao aporte de DHA4.
- As frutas *in natura*, raspadas, amassadas ou picadas devem ser oferecidas em colheres, nesta idade. O tipo de fruta a ser oferecido deverá respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a presença de fibras. Nenhuma fruta é contraindicada, a não ser a carambola, nos casos de insuficiência renal.
- Os sucos (naturais e artificiais) devem ser evitados pelo risco de predispor à obesidade, devido ao maior consumo de calorias e não ingestão das fibras das frutas, que contribuem para diminuir a absorção do açúcar. O excesso de suco, mesmo que natural, vai determinar maior ingestão de frutose, que é metabolizada no fígado em triglicerídeos, aumentando risco de esteatose hepática no futuro.
- Leites (bebidas) vegetais não devem ser indicados como fonte láctea na alimentação do lactente, exceto quando sob a forma de fórmulas infantis, como as de arroz em todas as faixas etárias e as de soja após 6 meses, respeitando as devidas e restritas indicações do uso.
- Evitar alimentos industrializados pré-prontos, refrigerantes, café, chás, embutidos, entre outros que contém excesso de sódio, açúcar e gordura.
- A oferta de água de coco (substituto da água) também não é aconselhável.
- No primeiro ano de vida não se recomenda o uso de mel. Nessa faixa etária, os esporos do *Clostridium botulinum*,

capazes de produzir toxinas na luz intestinal, podem causar botulismo.

- Não é recomendado o consumo de café com leite antes dos dois anos de idade.
- Oferecer água potável, a partir da introdução da alimentação complementar, ou em uso de fórmula infantil, porque os alimentos dados ao lactente apresentam maior quantidade de proteínas por grama e maior quantidade de sais, o que causa sobrecarga de solutos para os rins, que deve ser compensada pela maior oferta de água.
- Deve-se dar 14 vezes o mesmo alimento, que é o tempo que o lactente leva para assimilar o novo alimento (sabor).
- Respeitar o intervalo de 15 a 30 dias entre cada novo alimento, em geral.
- **O Açúcar e o sal não devem ser colocados na alimentação complementar antes de um ano de vida.**

#### Esquema para o dia alimentar:

<b>Lanche da manhã ou colação</b>	Leite materno + fruta
<b>Almoço</b>	Cereal ou tubérculo + proteína animal + leguminosa + hortaliças (verduras e legumes) e sobremesa uma fruta
<b>Lanche da tarde</b>	Leite materno + fruta
<b>Jantar</b>	Igual almoço (sem leguminosas)
<b>Lanche da noite</b>	Leite materno

*\*Se não for possível leite materno, oferecer a fórmula infantil adequada para idade.*

#### Recomendações de textura e quantidade de acordo com a idade:

Idade	Textura	Quantidade
<b>A partir de 6 meses</b>	Alimentos amassados	Iniciar com 2-3 colheres de sopa; aumentar, conforme aceitação
<b>&gt;7 meses</b>	Alimentos amassados	2/3 de xícara ou tigela de 250ml
<b>9 a 11 meses</b>	Alimentos cortados ou levemente amassados	¾ de xícara ou tigela de 250ml
<b>12 a 24 meses</b>	Alimentos cortados	Uma xícara ou tigela de 250ml

### **Método *Baby-Led-Weaning* (BLW):**

- O método *Baby-Led Weaning* (BLW) significa o desmame guiado pelo bebê. Se caracteriza pela oferta de alimentos complementares em pedaços, tiras ou bastões.
- Existe a versão *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS), que significa Introdução aos Sólidos Guiada pelo Bebê.
- Não há evidências científicas em quantidade e qualidade suficientes para afirmar que os métodos BLW ou BLISS sejam as únicas formas corretas de introdução alimentar e que fornecem todas as necessidades nutricionais.
- Pela Sociedade Brasileira de Pediatria é recomendado que, no momento da alimentação, o lactente possa receber os alimentos amassados oferecidos na colher, mas também deve experimentar com as mãos, explorar as diferentes texturas dos alimentos como parte natural de seu aprendizado sensorio-motor. Deve-se estimular a interação com a comida, evoluindo de acordo com seu tempo de desenvolvimento.
- A composição da dieta deve ser equilibrada, variada e fornecer todos os tipos de nutrientes.

2. **HIGIENE:** seguir orientação do recém-nascido.

3. **SONO:** 13 a 17 horas.

4. **EVACUAÇÃO:** em número variável, conforme a criança.

5. **SOL:** A partir dos seis meses e até o primeiro ano de vida, as exposições solares devem ser curtas e em horários apropriados (até às 10h e após às 16h), sempre com a utilização de protetor solar.

- Dos 6 meses aos 2 anos estão indicados os filtros inorgânicos pela menor capacidade de provocar alergias, alta resistência à água e proteção imediata. Nas crianças

que suam muito, eles podem causar brotoeja (sudâmina), que é diferente de uma “alergia” ao filtro solar.

6. **VACINAÇÃO:** com 6 meses completos aplicar a última dose anti-hepatite B, 3ª dose da tríplice (DTP), HiB, pólio (VOP/VIP), pneumocócica conjugada.

- Vacina da Influenza e COVID-19 a partir dos 6 meses de idade.
- Ver também calendário de vacinas adiante.

7. **PESO:** aumenta 600 gramas.

- No 6º mês, o lactente deverá ter aumentado 3.900g desde o nascimento.

8. **ESTATURA:** aumenta 2cm.

- No 6º mês, o lactente deverá ter crescido 15cm desde o nascimento.

9. **PERÍMETRO CEFÁLICO:** aumenta 1cm.

- No 6º mês, o lactente deverá ter aumentado 9cm desde o nascimento.

10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**

- Pode virar-se para a frente e para trás.
- Usa as mãos com desembaraço.
- Ao suspender-lhe em posição vertical – mantém firme a cabeça e grande parte do corpo.
- Imita movimentos (bater na mesa, bater palmas).
- Fica sentado algum tempo, com as costas retas, mas com um pequeno ângulo agudo entre o plano das costas e os membros inferiores.
- Estende a mão para um objeto que não esteja ao seu alcance.
- Olha ativamente para crianças que estejam perto.
- Reage com desagrado (desde um tímido baixar de olhos, ao ato de prender o rosto no lençol ou até choros e gritos) à

aproximação de uma pessoa que lhe é pouco familiar. Distingue a mãe dos desconhecidos.

- Reconhece sua própria imagem ao espelho (entre o 6º e o 10º mês).
- Perguntar à mãe:
  - É capaz de se virar?
  - Volta-se em direção dos sons?
  - Senta-se com algum auxílio (uma mão)?

#### **11. AMBIENTES E ATIVIDADES:**

- Passear com o bebê, conversando bastante com ele. Deixar brinquedos ao seu alcance, deixar no chão com almofadas.

#### **12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:** ver consulta do 1º mês.

## HIGIENE DENTÁRIA – ORIENTAÇÕES GERAIS

### 1. INÍCIO:

- Antes da erupção dentária o bebê que recebe apenas o aleitamento materno não necessita da limpeza da boca. Caso seja oferecido fórmulas ou outros alimentos, poderá ser realizada a limpeza como forma de educar ao hábito, utilizando apenas **uma gaze estéril, fralda limpa ou dedeira com água**.
  - A partir do 1º mês: quando lactente em aleitamento artificial.
  - A partir dos 2 meses: quando em aleitamento materno exclusivo.
- Como fazer?
  - Envolver o seu dedo indicador numa camada de gaze ou na ponta de uma fralda limpa e umedecer em **água filtrada ou fervida**. A seguir, passe delicadamente pelas laterais internas das bochechas do bebê, pelas gengivas, sobre a língua e no contorno dos lábios.

### 2. QUANDO PROCURAR O ODONTOPEDIATRA:

- Quando o bebê tiver os seus primeiros dentes de leite na boca, é recomendado marcar uma consulta com o odontopediatra.

### 3. A PRIMEIRA ESCOVA:

- Iniciar seu **uso após o nascimento do primeiro dente de leite**.
- Escova adequada: cabeça pequena e com cerdas super macias.
- Pasta de dente: utilizar **COM flúor (entre 1000 e 1110 ppm de flúor)**.

- A presença do flúor no creme dental é importante para prevenir a cárie dentária. Usar pequena quantidade, devido o risco de engolir.
- Quantidade de creme dental:
  - Até 3 anos: Mínima – semelhante a um “grão de arroz”.
  - Após 3 anos: quantidade semelhante à um “grão de ervilha”.
- Após a erupção dentária, a higiene bucal deve estar na rotina dos familiares: **após o café da manhã e antes de dormir**; se possível, após almoço.
- Técnica:
  - Deixar o lactente em pé ou sentado, na frente do adulto responsável, com a cabeça apoiada no seu corpo.
  - Usar a mão esquerda para segurar a boquinha e com os dedos afastar os lábios e as bochechas. Fazer os movimentos com a escova na mão direita.
  - Movimentos circulares e de deslizamento. Sem utilizar força. Escovar todas as faces do dente.
  - Dentes da frente: escovados com movimentos de vaivém.
  - Últimos dentes da arcada: fazer movimentos de baixo para cima.
- Fio dental:
  - A maior parte dos dentes de leite são espaçados.
  - Quando os dentes de leite estiverem muito juntos um do outro e a escova não conseguir alcançar certas áreas, pode ser passado suavemente o fio dental entre eles.

Quantidade de creme dental para crianças:		
Crianças que NÃO conseguem cuspir:	O equivalente a um <u>grão cru de arroz</u>	
Crianças que conseguem cuspir:	O equivalente a um <u>grão de ervilha</u>	

#### 4. BONS HÁBITOS E AUTOESCOVAÇÃO:

- Entre 2 e 3 anos, a criança já pode ter uma escova na mão para se acostumar e já escovar os dentes.
- Até que a criança complete 7 anos, o adulto responsável deve realizar a escovação, porque ela ainda não possui destreza suficiente.
- Após essa idade, os adultos passam a supervisionar a escovação.
- Em geral, a criança pode realizar a escovação dos dentes sozinhas após os 10 anos.
- Frequência: mínimo 4 escovações ao dia, sendo a mais importante ao deitar.
- A melhor maneira de educar uma criança é dando exemplo. Escovar os seus dentes enquanto a criança está por perto é uma boa maneira de educar.

#### 5. ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Utilizar enxaguante bucal na infância somente quando houver indicação de um odontopediatra. Por segurança, preferir sempre sem álcool na composição e apenas após os 6 anos, para evitar riscos de ingestão do produto.
- Trocar a mamadeira por copo até o 1º ano de vida e retirar até os 2 anos.
  - Com a dentição presente, o uso prolongado da mamadeira pode levar à cárie dentária e alteração da posição dos dentes.
- O uso prolongado da chupeta ou sucção digital podem levar a alterações na posição e arcada dentária, com necessidade de tratamento ortodôntico futuro.

- Prevenção de cárie:
  - Não oferecer alimentos entre as refeições, principalmente doces, biscoitos, sucos adoçados e refrigerantes.
  - Não passar açúcar ou mel na chupeta.
  - Não dar mamadeira com açúcar, principalmente à noite – a produção de saliva, que ajuda a limpar e proteger os dentes, se reduz durante o sono.

## CONSULTA DO 7º MÊS

1. **ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: seguir orientação que está escrita na lata.
  - Lactente deve continuar com papinha de legumes no almoço e jantar.
  - Carne picadinha ou desfiada misturada na papinha. Pode ser dado um pedaço de carne para a criança mastigar (carne de boi ou vísceras de boi e aves).
  - O ovo poderá ser dado misturado em uma das papas do dia. Misturar em um cantinho da papa e esta porção deve ser dada primeiro de preferência no almoço.
2. **HIGIENE**: continuar com a orientação do recém-nascido.
3. **SONO**: 13 a 17 horas.
4. **EVACUAÇÃO**: em número variável, conforme a criança.
5. **SOL**: A partir dos seis meses e até o primeiro ano de vida, as exposições solares devem ser curtas e em horários apropriados (até às 10h e após às 16h), sempre com a utilização de protetor solar.
6. **VACINAÇÃO**: verificar se está em dia, de acordo com o calendário vacinal (ver adiante).
7. **PESO**: aumenta 500 gramas. No 2º trimestre, ganha em média 500g/mês.
8. **ESTATURA**: aumenta 1cm. No 2º trimestre, aumenta em média 1cm/mês.

9. **PERÍMETRO CEFÁLICO:** aumenta 0,5cm. No 2º trimestre, aumenta em média 0,5cm/mês.

10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**

- O lactente senta sozinho, arrasta-se ou vira quando quer, grita, manifesta insatisfação. Põe o hálux (“dedão do pé”) na boca.
- Tenta apanhar objetos, liberta-se das fraldas sozinho.
- O cotovelo começa a mover-se (é o estágio rádio-palmar de Gesell)
- Consegue passar o objeto de uma mão para a outra
- Ao perguntar-lhe “Onde está a mamãe”? “Dirige o olhar para a mãe”.
- Olha e balbucia para quem está perto dele para chamar a atenção.
- Perguntar à mãe:
  - É capaz de transferir um objeto de uma para outra mão?
  - Senta-se momentaneamente, sem auxílio?

11. **AMBIENTE – ATIVIDADES:**

- Deixar na grama com tapete.

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES NOS LACTENTES DOS 7 AOS 12 MESES

- Os riscos de quedas, afogamentos, aspiração de objetos e queimaduras aumentam e a atenção para com o bebê precisa ser de proteção passiva, isto é, que o ambiente esteja preparado para sua evolução e descobertas.
- Lugar perigoso: cozinha – não deixar pontas de toalhas que a criança pode puxar.

### **Quedas:**

- Não deixar sozinho em lugares altos, como a cama, ou trocadores.
- Proteger o chão com colchonetes finos.
- Proteger degraus e escadas. Colocar portões nas escadas e grades.
- Altura das grades do berço superior ao tamanho do bebê em pé até as axilas.
- As grades do berço devem ter uma distância máxima de 7cm, para evitar que a cabecinha do bebê ou outra parte de seu corpo passe por ela e fique presa.
- Retirar móveis com arestas duras.
- NÃO utilizar andador.

### **Queimaduras:**

- Não deixar copos com líquidos quentes ao alcance do bebê.
- Não deixe a criança na cozinha enquanto você cuida da refeição.
- Atentar-se a porta do forno quente. Não deixar cabos de panelas para fora do fogão.
- Não ter produtos tóxicos, inflamáveis, nem cáusticos em casa.
- Controlar a água do banho.

- Cuidar com exposição solar – evitar tempo prolongado ou horários após 10h da manhã e antes das 16h.

#### **Choques elétricos:**

- Tomadas elétricas da casa, acessíveis ao bebê, devem estar protegidas.
- Não deixar fios elétricos e extensões ao alcance da criança.

#### **Afogamentos:**

- A lavanderia deve ser proibida ao bebê. Uma pequena coleção de água, de 2,5 cm de altura, mesmo num balde ou bacia pode causar o afogamento.
- Nunca deixe o bebê sozinho perto de piscinas, praias ou outros lugares com coleções de água, ainda que naturais.
- Evite o uso de brinquedos que boiam na água com a criança em seu interior, pois podem virar e a criança ficará submersa.
- As piscinas domésticas devem ter cerca de bloqueio em toda sua volta, acima de 150 cm de altura, com portão mantido com trava de segurança.

#### **Sufocação:**

- Teste os brinquedos e verifique que não soltem peças pequenas, que o bebê poderá aspirar e sufocar.
- Não dê alimentos em pedaços duros.
- Não colocar cordão de chupeta em torno do pescoço do bebê.

#### **Envenenamento:**

- Não deixar medicamentos e produtos tóxicos ao alcance do bebê.

**Traumas diversos:**

- Evitar que o bebê tenha contato com brinquedos ou objetos pesados, que pode deixar cair sobre si.
- Testar os brinquedos e verificar que não soltem peças pequenas, que o bebê poderá aspirar e sufocar.
- Cuidado com animais, mesmo domésticos. As atitudes do bebê pode desencadear ataques pelo animal.

**Acidentes de automóvel:**

- Não segurar a criança no colo. Usar cadeirinha de acordo com a idade

## CONSULTA DO 8º MÊS

1. **ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: seguir a orientação escrita na lata.
  - Continuar com papas de legumes (almoço e jantar), frutas, água, ovo e carne. Ver orientação do 6º mês.
2. **HIGIENE**: continuar com a orientação do recém-nascido.
3. **SONO**: 13 a 15 horas.
4. **EVACUAÇÃO**: em número variável, conforme a criança.
5. **SOL**: A partir dos seis meses e até o primeiro ano de vida, as exposições solares devem ser curtas e em horários apropriados (até às 10h e após às 16h), sempre com a utilização de protetor solar.
6. **VACINAÇÃO**: verificar se está em dia, com o calendário vacinal (ver adiante).
7. **PESO**: aumenta 500 gramas.
8. **ESTATURA**: aumenta 1cm.
9. **PERÍMETRO CEFÁLICO**: aumenta 0,5cm.
10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR**:
  - Levanta-se com ajuda, puxa o cabelo, apanha objetos.
  - Senta sem apoio, com as costas retas.
  - Entre 8 meses e 1 ano aparece a preensão dos pequenos objetos entre o polegar e o indicador, movimento de pinça.
  - Se alguém coloca uma bola dentro de uma caixa, a criança repete a ação.

- Perguntar à mãe:
  - É capaz de se manter sentada por aproximadamente 5 minutos?

**11. AMBIENTES E ATIVIDADES:**

- Deixar na grama com tapete.

**12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:** ver consulta do 7º mês.

**13. DENTES:** continuar com a higiene dentária.

## CONSULTA DO 9º MÊS

1. **ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: seguir a orientação escrita na lata.
  - Continuar com papas de legumes (almoço e jantar), frutas, água, ovo e carne. Aumento progressivo da consistência das refeições. Ver orientações do 6º mês.
  
2. **HIGIENE**: continuar com a orientação do recém-nascido.
  
3. **SONO**: 13 a 15 horas.
  
4. **EVACUAÇÃO**: em número variável, conforme a criança.
  
5. **SOL**: a partir dos seis meses e até o primeiro ano de vida, as exposições solares devem ser curtas e em horários apropriados (até às 10h e após às 16h), sempre com a utilização de protetor solar.
  
6. **VACINAÇÃO**: verificar se está em dia, com o calendário vacinal (ver adiante).
  
7. **PESO**: aumenta 500 gramas.
  
8. **ESTATURA**: aumenta 1cm.
  
9. **PERÍMETRO CEFÁLICO**: aumenta 0,5cm.
  
10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR**:
  - Pode engatinhar.
  - Olha com interesse o jogo de esconde-esconde ou participa do mesmo.
  - Ao perguntar-lhe sobre objetos familiares, os procura com o olho.

- Ao interrompermos a atividade da criança com um balanço de cabeça dizendo “não, não”, a criança para o que está fazendo.
- Perguntar à mãe:
  - Fica de pé apoiado na grade do berço?
  - É capaz de dizer “ma-ma” ou “dá-dá”?
  - Pega em pinça polegar-indicador?
  - Localiza sons produzidos ao lado e embaixo?

### **11. AMBIENTES E ATIVIDADES:**

- Dar copo para segurar, comer sentado.
- Brincar na areia.
- Dar objetos para bater e arrastar (panela, talheres, bolas).

### **12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:**

- Quedas: escadas, andadores, no solo por tentar ficar de pé, apoiado.
- Quedas de objetos do alto por puxar toalhas ou objetos pesados como mesas e cadeiras.
- Afogamento: em banheiras ou piscinas.
- Choque elétrico: tomadas e fios desencapados, ou que se soltam ao serem puxados.
- Deglutição de objetos pequenos ou pontiagudos.
- Lugar perigoso: cozinha, por perigo de queimaduras por alimentos ou líquidos quentes, ou apoio em tampa de fornos, cabos e panelas.
- Para mais orientações, consultar “prevenção de acidentes 7-12 meses”.

### **13. DENTES:** continuar com a higiene dentária.

## CONSULTA DO 10º MÊS

- 1. ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: seguir rotina do uso de fórmula infantil
  - Continuar com papa de legumes (almoço e jantar), frutas, água e carne.
  - Papa amassada com garfo; estimular uso de copo e a mastigação.
  - Entre 10 e 12 meses: alimentação da família.
    - Importante avaliar e orientar quanto a hábitos alimentares saudáveis.
  - **Açúcar e sal não devem ser colocados na alimentação complementar antes de um ano de vida.**
- 2. HIGIENE:** continuar com a orientação do recém-nascido.
- 3. SONO:** 13 a 15 horas.
- 4. EVACUAÇÃO:** em número variável, conforme a criança.
- 5. SOL:** a partir dos seis meses e até o primeiro ano de vida, as exposições solares devem ser curtas e em horários apropriados (até às 10h e após às 16h), sempre com a utilização de protetor solar.
- 6. VACINAÇÃO:** verificar se está em dia, com o calendário vacinal (ver adiante).
- 7. PESO:** aumenta 400 gramas. No 4º trimestre, aumenta em média 400g/mês.
- 8. ESTATURA:** aumenta 1cm.
- 9. PERÍMETRO CEFÁLICO:** aumenta 0,5cm.

#### **10. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**

- Sustenta a mamadeira com as mãos.
- Come bolachas sem ajuda.
- Escolhe um brinquedo predileto.
- Demonstra predileção pelos alimentos.
- Reações de raiva, ciúme, fúria, inveja e possessividade.
- Na sua frente, ao colocar uma bola dentro de uma caixa, procura a bola dentro
- Perguntar à mãe:
  - É capaz de se erguer, apoiando-se na lateral do berço ou do cercado?

#### **11. AMBIENTES E ATIVIDADES:**

- Dar copo para segurar, comer sentado.
- Brincar na areia, dar objetos para bater e arrastar (panelas, talheres, bolas).

#### **12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:**

- Consultar “prevenção de acidentes de 7-12 meses”.
- Quedas: na banheira, ou por pendurar-se em qualquer móvel.
- Mordidas por cão, gato.

#### **13. DENTES:** continuar com a higiene dentária.

## CONSULTA DO 11º MÊS

- 1. ALIMENTAÇÃO:**
  - Leite ideal: aleitamento materno.
  - Fórmula Infantil: Se necessário, utilizar no máximo 3 vezes ao dia (180 - 200ml)
  - Alimentos: Alimentos cortados ou levemente amassados – papa de legumes (almoço e jantar), sucos de frutas, água, chá, ovo e carne.
  - Quantidade: 3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml.
- 2. HIGIENE**: continuar com a orientação do recém-nascido.
- 3. SONO**: 13 a 15 horas.
- 4. EVACUAÇÃO**: em número variável, conforme a criança.
- 5. SOL**: a partir dos seis meses e até o primeiro ano de vida, as exposições solares devem ser curtas e em horários apropriados (até às 10h e após às 16h), sempre com a utilização de protetor solar.
- 6. VACINAÇÃO**: verificar se está em dia, com o calendário vacinal (ver adiante).
- 7. PESO**: aumenta 400 gramas.
- 8. ESTATURA**: aumenta 1cm.
- 9. PERÍMETRO CEFÁLICO**: aumenta 0,5cm.
- 10. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**
  - Já pode dizer “papa”, “mama”, obedece ordens simples, segura o copo com firmeza para beber.
  - Escolhe um brinquedo predileto.

- Demonstra predileção pelos alimentos.
- Reações de raiva, ciúme, fúria, inveja e possessividade.
- Na sua frente, ao se colocar uma bola dentro de uma caixa, procura a bola dentro da caixa.
- Perguntar à mãe:
  - Consegue movimentar-se à volta de seu cercado ou berço? ou andar apoiada nos móveis?

**11. AMBIENTES E ATIVIDADES:**

- Dar copo para segurar, comer sentado, brincar na areia.
- Dar objetos para bater e arrastar.

**12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:** consultar “prevenção acidentes de 7-12 meses”.

**13. DENTES:** continuar com a higiene dentária.

## CONSULTA DO 12º MÊS

### 1. ALIMENTAÇÃO:

- Aleitamento materno: pode continuar até o 2º ano de vida, mas também pode iniciar gradativamente o **DESMAME**, inicialmente substituir uma das mamadas por fórmula infantil.
- Alimentação normal da família: “comidinha” da mesa do adulto, em pedaços pequenos – arroz, feijão, carne, frango ou peixe, ovo, legumes, verduras, frutas, óleo, azeite, leite com ferro.
- Orientação: preparo de alimentos de bom valor nutricional e de baixo custo.
- Quantidade: uma xícara ou tigela de 250 ml

### 2. HIGIENE:

- Seguir orientação do RN, verificar sintomas de verminose (dor abdominal, prurido anal, falta de apetite).

### 3. SONO: 13 a 15 horas.

### 4. EVACUAÇÃO: em número variável, conforme a criança.

### 5. SOL: a partir dos seis meses e até o primeiro ano de vida, as exposições solares devem ser curtas e em horários apropriados (até às 10h e após às 16h), sempre com a utilização de protetor solar.

### 6. VACINAÇÃO: verificar calendário vacinal (ver adiante).

- Rede pública:
  - Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) + Pneumocócica 10 (reforço) + Meningocócica C – conjugada (reforço).
- Rede Privada:

- 1ª dose: Meningocócica B; Meningocócica ACWY; Pneumocócica 13; Tríplice Viral; Varicela; Hepatite A; Pneumo 13 ou 15.

7. **PESO:** aumenta 400 gramas.

8. **ESTATURA:** aumenta 1cm.

9. **PERÍMETRO CEFÁLICO:** aumenta 0,5cm.

#### 10. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**

- Passos independentes, pernas tortas e com bom equilíbrio de pé com os braços para o alto.
- Segura lápis, rabisca após demonstração, inicia movimento de pinça fina e tentativa de fazer uma torre com dois cubos.
- Coloca e retira um chapéu na cabeça; eleva tampa da caixa para encontrar um brinquedo; coloca e retira colher do copo/vasilha; pega alimentos com dedos.
- Mostra objetos e compartilha interesse social, aponta um objeto desejado.
- Segue comando de ordem única com gesto, reconhece nomes de dois objetos e olha quando chamado pelo nome.
- Aponta para obter o objeto desejado, usa vários gestos com vocalização (por exemplo: acenando e tentando alcançar), os balbucios se transformam nas primeiras palavras, vocaliza em torno 2 ou 3.
- Perguntar à mãe:
  - Acena “adeus “com a mão, bate palmas?
  - Anda, segura por uma mão?
  - Possui vocabulário de duas palavras?
  - Localiza sons produzidos acima e abaixo da cabeça.

#### 11. **AMBIENTES E ATIVIDADES:**

- Deixar andar sem roupa e calçados, quando a temperatura permitir.

## 12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:

- Consultar “prevenção de acidentes de 7-12 meses”.
- Corpo estranho/asfixia: pipoca, espinho de peixe, brinquedos, outros objetos pequenos em vias aéreas.
- Afogamento: banheira, praia, piscina, rio.
- Intoxicação: medicamentos, plantas, produtos de limpeza, defensivos agrícolas.
- Traumatismos em geral: quedas, cortes, contusões.
- Queimadura: fogo, produtos químicos.
- Choque elétrico: eletrodomésticos, tomadas.
- Mordeduras de animais: cão doméstico.
- Animais peçonhentos: mais comum em zona rural.
- Trânsito: ocupante de veículos, pedestre.

13. **DENTES**: continuar com a higiene dentária. Consultar com o odontólogo.

## CONSULTA DO 15º MÊS

### 1 ALIMENTAÇÃO:

- Alimentação: de adulto. Dar leite de manhã e à noite.
- Evitar: alimentos enlatados, sal e açúcar em excesso, doces, balas, refrigerantes e pirulitos, frituras, massas, etc.

### 2 HIGIENE: seguir orientação do recém-nascido, tratamento de verminoses (ver adiante).

### 3 SONO: 12 a 15 horas, sendo 2 a 3 horas diárias e 10 a 12 horas noturnas.

### 4. EVACUAÇÃO: em número variável, conforme a criança.

### 5. SOL: a partir dos seis meses e até o primeiro ano de vida, as exposições solares devem ser curtas e em horários apropriados (até às 10h e após às 16h), sempre com a utilização de protetor solar.

### 6. VACINAÇÃO: verificar calendário vacinal (ver adiante).

- Rede SUS:
  - VOP (1º reforço), Hepatite A (dose única), DTP - tríplice bacteriana (1º reforço), Tetraviral: Varicela + Sarampo + Caxumba + Rubéola (1ª dose).
- Rede Privada:
  - Tetraviral (SCR-V), Pentavalente (Difteria, Tétano, Coqueluche [DTPa]) + *Haemophilus influenza* tipo b (*Hib*) + Poliomielite vírus inativado (VIP).

### 7. PESO: verificar gráfico de desenvolvimento pôndero-estatural conforme sexo.(Curvas de crescimento SBP).

8. **ESTATURA:** verificar gráfico de desenvolvimento pômdero-estatural conforme sexo.

9. **PERÍMETRO CEFÁLICO:** verificar gráfico de PC de acordo com o sexo.

**10. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**

- Come com as mãos, bebe no copo, joga os objetos longe, sobe escada engatinhando, fala, anda sem apoio. Verificar marcha com pés descalços.
- Na sua frente, ao se colocar uma bola dentro de uma caixa e esconder a caixa, procura a caixa e a bola dentro da caixa.
- Reconhece animais, objetos e pessoas em livros e revistas.
- Compreende e executa ordens mais complexas (levar e guardar objetos).
- Nomeia objetos familiares.
- Designa-se a si mesmo usando a terceira pessoa.
- Imita o gesto de apertar as mãos.
- Busca a proteção do adulto em caso de perigo.
- Beija os familiares e conhecidos.
- Atende pelo seu nome.
- Mostra os animais identificando-os com os sons onomatopéicos.
- Uso de palavras com sentido global para expressar diferentes necessidades, ex.: a palavra “mama” é empregada para dizer “estou só”, “estou assustado”, “estou com fome”.
- Perguntar à mãe:
  - É capaz de andar sozinha?
  - Consegue comunicar seus desejos, apontando e emitindo sons.

**11. AMBIENTES E ATIVIDADES:**

- Deixar usar colher e copo.
- Brincar com escova de dentes.

- Dar brinquedos de encaixar, puxar, desenhos, dançar, brincar de roda.

## **12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:**

- Consultar “prevenção de acidentes de 1 a 2 anos” (ver adiante).

## **13. DENTES:** continuar com a higiene dentária.

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES PARA LACTENTES DE 1 A 2 ANOS

### **Quedas e ferimentos:**

- As crianças são muito ativas e curiosas mas não têm noção de perigo.
- Colocar portões nas escadas (embaixo e em cima).
- Instale grades em todas as janelas acima do 1º andar.
- Use pratos e copos de plástico.
- Remova móveis com bordas cortantes.
- Prevenir mordedura de animais.

### **Queimaduras e choques elétricos:**

- Nunca deixe a criança sozinha na cozinha.
- Nunca deixe a criança brincando na cozinha enquanto você prepara a comida (é um lugar muito perigoso).
- Deixe o cabo das panelas virado para dentro.
- Não deixe a criança brincar com objetos metálicos que possam ser introduzidos em tomadas elétricas e use protetores de tomadas.

### **Sufocação:**

- Não dar amendoim, pipoca, goma de mascar, balas escorregadias e duras.
- Nunca deixar a criança brincar com lata de talco.

### **Afogamento:**

- Nunca deixar a criança sozinha na banheira.
- Nunca deixar a criança sozinha perto de espelhos d'água, piscinas (inclusive as da própria casa) e lagos.

### **Envenenamento:**

- Nunca deixe remédios e produtos tóxicos, inclusive inseticidas, ao alcance das crianças.

**Auto-segurança:**

- Não permitir que as crianças brinquem na rua.
- Segurar a mão para atravessar a rua.
- Transportar a criança no banco traseiro do carro e em assentos apropriados.

## TRATAMENTO DE PARASITOSE INTESTINAIS

- Todo lactente que frequenta o Ambulatório de Puericultura deverá receber tratamento anti-helmíntico após 2 anos mesmo que a mãe não apresente queixa compatível com parasitose.
- Se mãe relata sintomas compatíveis com parasitose intestinal, solicitar exame parasitológico de fezes em 3 amostras e fazer tratamento específico de acordo com resultado do exame.
- Opção: **Albendazol 40mg/ml** – 10 ml (1 frasco), 1 vez ao dia, por 5 dias.

## CONSULTA DO 18º MÊS

### 1. ALIMENTAÇÃO:

- Fruta: lanche da manhã e tarde.
- Refeição da família: almoço e jantar.
- Leite humano ou leite de vaca: apenas nos intervalos da alimentação, sendo preferencialmente apenas de manhã e à noite.
- Vitamina D (200UI/gota): 3 gotas/dia.
- Sulfato ferroso: 1mg/kg/dia (até 2 anos de vida).
- Evitar: alimentos enlatados, sal, açúcar em excesso, doces, balas, refrigerantes, pirulitos, frituras e massas.

### 2. HIGIENE:

- Bucal:
  - Escova de dentes macia, usar pasta de dente sem fluor.
  - Aparecimento dos primeiros dentes decíduos: caninos (16-20 meses).
  - Não usar mais chupetas.
- Genital:
  - Lavagem da genitália com água e sabão neutro após cada evacuação.
  - Pomada de óxido de zinco para dermatite de fraldas.

### 3. SONO:

- 12 a 15 horas, sendo 2 a 3 horas diárias e 10 a 12 horas à noite.
- Colocar o bebê para dormir no escuro somente durante à noite.
- Treinar o bebê para que adormeça sozinho, se possível em quarto individual.

### 4. EVACUAÇÃO: em número variável, conforme a criança.

5. **SOL:** brincar ao ar livre, com exposição ao sol.
6. **VACINAÇÃO:** verificar calendário vacinal (ver adiante).
7. **PESO:** verificar gráfico de desenvolvimento pômdero-estatural conforme sexo.
8. **ESTATURA:** gráfico de desenvolvimento pômdero-estatural conforme o sexo.
9. **PERÍMETRO CEFÁLICO:** verificar gráfico de PC de acordo com o sexo.

#### **10. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**

- Motor:
  - Anda sem apoio.
  - Senta sozinho.
  - Corre com dificuldade.
  - Sobe em móveis.
- Adaptativo/motor fino:
  - Vira 2-3 páginas de livro.
  - Observa figuras.
  - Rabisca o papel.
  - Constrói torre de 3-4 cubos.
- Pessoal-social: come com colher.
- Linguagem:
  - Fala > 10 palavras.
  - Entende alguns comandos (por exemplo “chute a bola”).
  - Aponta para objetos conhecidos (bola, cachorro, sapato, etc.).

#### **11. AMBIENTES E ATIVIDADES:**

- Deixar usar colher, brincar com escova de dentes, brinquedos de encaixar e puxar, desenhos coloridos,

dançar, brincar de rodas, estimular o uso de copo, reduzir mamadeira, estimular o desenvolvimento de linguagens (ler, conversar).

## **12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES:**

- Escadas com portões. Grades em janelas, ao redor de piscinas
- Cercados com malha apertada.
- Cuidado com objetos pequenos (moedas, pregos, parafusos e brinquedos).
- Facas e tesouras em gavetas trancadas; tomadas elétricas protegidas.
- Produtos tóxicos (limpeza e remédios) em local alto e trancado.
- Sacos plásticos guardados; tampas de vasos fechadas; baldes sem água.
- Remover protetor de berço, almofadas e travesseiros que possam funcionar como trampolim para o bebê pular.

**13. DENTES:** continuar com higiene dentária. Iniciará o rompimento dos caninos.

## **14. EDUCAÇÃO/PROBLEMAS FREQUENTES:**

- Mídias (TV, *tablet*, celular): contraindicadas para < 2 anos.
- Início do treinamento esfinteriano (na seguinte ordem: anal noturno, anal diurno, vesical diurno e vesical noturno): usar penico ou redutor de assento de vaso sanitário com apoio de pés. Não castigar a criança se ela sujar a roupa.
  - Não iniciar o treino antes dos 18 meses.
- Seja claro e firme, para que a criança aprenda a ter limites.
- Conte pequenas histórias;
- Estimule o uso de giz de cera e rabiscos no papel. Brincar de empilhar blocos.

## CONSULTA DO 2º ANO

**Crescimento:** a velocidade de crescimento diminui

- Peso: curva de peso x idade
  - Ao final de 2 a 2,5 anos, a criança quadruplica o peso do nascimento.
- Estatura: curva estatura x idade.
  - VC: 12cm/ano.
- Perímetro cefálico: curva PC x idade.
  - De 1 a 2 anos, o PC aumenta 2cm.

### 1. ALIMENTAÇÃO:

- Fruta: lanche da manhã e tarde.
- Refeição da família: almoço e jantar.
- Leite humano ou leite de vaca: apenas nos intervalos da alimentação, preferencialmente apenas de manhã e à noite.
- Vitamina D (200UI/gota): 3 gotas/dia.
- Sulfato ferroso: 1mg/kg/dia (até 2 anos de vida).
- Evitar: enlatados, sal, doces, balas, refrigerantes, pirulitos, frituras e massas.

### 2. HIGIENE:

- Bucal: escova de dentes macia, usar pasta de dente sem flúor.
  - Aparecimento dos primeiros dentes decíduos: segundos molares (20-30 meses).
  - Não usar mais chupetas.

### 3. SONO:

- Dormir no escuro.
- Quarto individual.
- Rotina de horário para dormir e acordar.
- Não assistir TV ou brincar com mídias eletrônicas 2h antes de dormir.
- Evitar brincadeiras agitadas próximo do horário de dormir.

- Evitar líquidos próximo ao horário de dormir.
4. **VACINAÇÃO:** verificar calendário vacinal (ver adiante).
5. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**
- Motor:
    - Corre bem, sem cair.
    - Sobe e desce escadas; coloca os dois pés em cada degrau.
  - Adaptativo/motor fino:
    - Vira 1 página de livro por vez.
    - Rabisca o papel: traço vertical e circular.
    - Torre de 6 a 7 cubos.
  - Pessoal-social:
    - Início do controle esfinteriano diurno.
    - Brincadeira de imitação doméstica.
    - Coloca boné, sapato e meias.
  - Linguagem:
    - Frases com 3 palavras.
    - Usa: eu, mim e você.
    - Nomeia objetos.
  - 30 meses:
    - Consegue pular erguendo os 2 pés do chão?
    - Quando solicitada é capaz de apontar partes de seu corpo.
6. **AMBIENTES E ATIVIDADES:**
- Estimular o uso do copo e reduzir mamadeira.
  - Deixar a criança comer com as próprias mãos e exercitar o uso da colher.
  - Estimular o desenvolvimento da linguagem (conversar, ler).
  - Estimule o controle esfinteriano de forma lúdica, sem repreender.
  - Estimule autocuidados: comer, beber, despir-se e vestir-se.

- Brincar de chutar bola, rabiscar, cortar, colar e amassar. Brincar ao ar livre.
7. **PREVENÇÃO DE ACIDENTES:** consultar “prevenção de acidentes de 1 a 2 anos”
8. **PROBLEMAS FREQUENTES:**
- Mídias (TV, *tablet*, celular): contraindicadas para < 2 anos.
  - Considerar a birra como normal mas ignorar os comportamentos inadequados.
  - Pés aparentemente chatos, membros inferiores em arco, com joelhos afastados.
  - Os pais devem observar se crianças enxergam bem com os 2 olhos separados.

## CONSULTA DO PRÉ-ESCOLAR (3 A 5 ANOS)

### **Crescimento:**

- Fase de crescimento lenta, com estirão (estatura predominando sobre o peso) – criança “espigada”.

### **1. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:**

- Desenvolvimento neuromotor especializa, amplia ambiente social, menor dependência dos adultos, curiosidade, desconhece o perigo, pequena capacidade de prever riscos, imita comportamentos.

3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
<p><u>Motor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobe escadas alternando os pés.</li> <li>- Pedala triciclo.</li> <li>- Fica sobre um pé só momentaneamente.</li> </ul> <p><u>Motor fino/adaptativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Torre 9 a 10 cubos.</li> <li>- Copia círculo e cruz.</li> <li>- Dá nome a desenhos que faz.</li> </ul> <p><u>Pessoal-social:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Come sozinho, derrama pouco.</li> <li>- Calça sapatos.</li> <li>- Desabotoa roupas.</li> </ul> <p><u>Linguagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usa o plural; indica se é menino/menina.</li> <li>- Responde perguntas simples.</li> <li>- Repete até 3 algarismos</li> </ul>	<p><u>Motor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desce escadas colocando um pé em cada degrau.</li> <li>- Saltos largos.</li> <li>- Fica sobre um só pé &gt;4s.</li> </ul> <p><u>Motor fino/adaptativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenha um boneco com três partes.</li> <li>- Reconhece 8 formas geométricas.</li> <li>- Conta até três.</li> </ul> <p><u>Pessoal-social:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lava e enxuga as mãos e rosto; escova os dentes.</li> <li>- Despe-se e veste-se com auxílio.</li> </ul> <p><u>Linguagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distingue frente e trás das roupas.</li> <li>- Segue 4 instruções: sobre, sob, em frente e atrás da mesa.</li> <li>- Sabe seu nome inteiro</li> </ul>	<p><u>Motor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salta usando os pés alternadamente.</li> <li>- Fica sobre um só pé &gt;8s.</li> </ul> <p><u>Motor fino/adaptativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenha boneco completo com quatro partes.</li> <li>- Conta até 10 a 12.</li> </ul> <p><u>Pessoal-social:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veste-se e despe-se sem auxílio.</li> </ul> <p><u>Linguagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergunta o significado das palavras; sabe o valor de moeda.</li> </ul>

## **2. ALIMENTAÇÃO:**

- 5-6 refeições/dia: café, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar, ceia.
  - Seis porções de cereais e massas;
  - Três porções de frutas;
  - Três porções de verduras;
  - Três porções de leite e derivados;
  - Uma porção de carnes, ovos e feijão;

## **3. HIGIENE:**

- Bucal: escova de dentes macia, pasta com flúor.
- Higiene do sono: quarto individual, luzes apagadas; diminuir atividades 1h antes de ir para a cama, desligar eletrônicos 1h antes de ir para cama; leitura antes de dormir; rotina de horário para dormir e acordar:
  - 10h de sono noturno;
  - 2h de sono diurno (1h manhã; 1h tarde).

## **4. OFTALMOLOGISTA:**

- Encaminhar para consulta preventiva de rotina (teste de rastreamento para ambliopia e estrabismo em todas as crianças normais, a partir dos 3 anos) ou quando a criança parece não enxergar bem (franze os olhos para enxergar), os prematuros e quando os familiares usam óculos de grau médio ou forte.
- Testar a acuidade visual com os “Cartões de Teller” com listas zebradas.
- 4 anos: avaliação com teste com “Quadro do Es”.

## **5. VACINAS: conforme calendário vacinal (ver adiante)**

## **6. EDUCAÇÃO/PROBLEMAS FREQUENTES:**

- Neofobia alimentar: oferecer o alimento inicialmente recusado 8-10 vezes em dias diferentes, para treinar o paladar.

- Educação:
  - Evitar bater, beliscar, gritar.
  - Fazer contato visual e explicar o que está errado com palavras simples.
  - Coibir comportamento inadequado com perda de direitos (à brincadeira, ao brinquedo, ao passeio), e/ou colocar a criança em ambiente neutro por um tempo.
- Mídia (TV, tablet, celular): 1h/dia, fora dos horários das refeições e evitar antes de dormir.
  - Crianças < 10 anos não devem ter computadores e TVs nos quartos
- Estimular independência, estabelecer limites. Brincar com outras crianças.
- Retirada da chupeta.
- Visita ao dentista.
- Explicar aos pais que nesta fase a criança tem frequentes infecções respiratórias virais e que elas devem ser acompanhadas pelo médico pediatra.
- Capacete para andar de bicicleta.
- No carro: cadeirinha instalada de frente para o painel e presa ao banco, usar travas bloqueando a abertura interna das portas traseiras e manter os vidros quase totalmente levantados.

*\*Alerta a distúrbios sérios do comportamento/humor que podem sugerir maus tratos. Nos casos suspeitos, notificar e buscar orientação junto ao Conselho Tutelar da localidade e ao Juizado da Infância e da Juventude.*

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO PRÉ-ESCOLAR (3 A 5 ANOS)

- **Afogamento:** piscina, rio, praia.
  - Ensinar a nadar, mas sempre manter a supervisão.
- **Asfixia:** menos frequente
- **Intoxicação:** medicamentos, plantas, produtos de limpeza, agrotóxicos, álcool.
- **Traumatismos em geral:** quedas, cortes, contusões.
- **Queimadura:** fogo, produtos químicos.
- **Choque elétrico:** eletrodomésticos, tomadas.
- **Mordedura de animais:** cão doméstico ou errante.
- **Animais peçonhentos:** mais comum em zona rural.
- **Trânsito:** ocupante de veículos, pedestre. Usar cadeirinha, conforme idade.

## CONSULTA DO ESCOLAR (6 A 10 ANOS)

**Frequência das consultas:** uma vez por ano

**Avaliação durante a consulta:**

- Peso, estatura e IMC.
- Pressão arterial.
- Avaliação do desenvolvimento e avaliar aproveitamento escolar.
- Questionar sobre atividade física.
- Saúde mental.
- Alimentação.
- Ambiente e questões escolares.
- Encaminhamento ao odontopediatra.
- Conferir carteira de vacinação e encaminhar para atualização.
- Triagem oftalmológica e auditiva.

**Outros cuidados:**

- Nesta idade, as crianças são ativas, integradas na rotina familiar, já expressam suas vontades e opiniões, são impulsivas e têm habilidade em fazer amizades.
- O pensamento mágico é uma característica dessa idade. São facilmente influenciados por mitos, super-heróis e bandas de música.
- As crianças devem ser acompanhadas de perto em suas atividades. Observar o tipo de programas que elas assistem, o acesso aos jogos, às comunidades virtuais e mesmo as amizades devem ser supervisionadas pelos responsáveis.

**Orientações aos pais:**

- Teste de acuidade visual (Quadro dos Es)
- Dieta prudente para evitar obesidade e aterosclerose.
- Estimular atividade física regular.
- Estimular a ler livros.

- Mostrar interesse pelas atividades das crianças.
- Reforçar independência e auto-responsabilidade.
- Estabelecer regras quanto à hora de deitar, ver TV, uso de celular e internet.
- Ensinar a atravessar a rua, regras de trânsito, usar capacete quando ao andar de bicicleta, ensinar a nadar.
- Manter relacionamento baseado na confiança e diálogo.

### **Bullying:**

- Intimidação sistemática, quando há violência física ou psicológica em atos de humilhação ou discriminação, incluindo ataques físicos, insultos, ameaças, comentários e apelidos pejorativos.
- Quais sinais que o escolar pode estar sofrendo *bullying*?
  - Mudanças de humor e ansiedade
  - Vontade de faltar as aulas
  - Lesões corporais inexplicáveis
  - Material escolar perdido ou danificado
  - Desinteresse pela escola e pelos estudos
  - Piora do desempenho escolar
  - Isolamento dos amigos
  - Tristeza e choro sem motivo aparente
  - Baixa autoestima e ideias suicidas

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO ESCOLAR (6 A 10 ANOS)

- Sofre influências externas, vigilância insuficiente por parte dos adultos, desejo de mostrar suas habilidades
- **Afogamento:** piscina, rio, praia.
- **Intoxicação:** medicamentos, plantas e álcool.
- **Traumatismos em geral:** quedas, cortes, contusões.
- **Queimadura:** fogo, produtos químicos.
- **Choque elétrico:** eletrodomésticos, tomadas.
- **Mordedura de animais:** cão doméstico ou errante.
- **Animais peçonhentos:** mais comum em zona rural.
- **Trânsito:** risco de atropelamentos, colisões de automóveis.

## A CONSULTA DO ADOLESCENTE

### 1. INTRODUÇÃO:

- A adolescência é caracterizada por importantes transformações físicas – crescimento e surgimento da puberdade, evidenciada pelos caracteres sexuais secundários – reorganização psíquica, peculiaridades afetivo-sexuais, comportamentais, socio- culturais, espirituais, com busca de projetos de vida e outra percepção do mundo.
- Durante o seguimento deve ser infundida ao adolescente responsabilidade crescente sobre sua saúde e que ele tem direito à assistência integral à saúde.
- Aspectos psicológicos e somáticos aparecem muitas vezes interligados- queixas emocionais terão representação orgânica e vice-versa.

### **Requisitos para consulta do adolescente:**

- Evitar julgamento de valores.
- Respeitar o pudor dos jovens.
- Estabelecer boa relação médico-paciente.
- Atuar como mediador e apaziguar conflitos entre os pais e o adolescente.
- Foco no adolescente e não nos pais.
- Atuar de forma empática, assertiva e sincera.
- Esclarecer dúvidas e anseios.
- Orientações sobre hábitos de vida.
- Deixar claro o direito do adolescente ao sigilo médico.
- Saber percebê-los como um todo.
- Estar isento de preconceitos e estereótipos.
- Usar a autoridade como sinônimo de competência e não de autoritarismo.
- Equipe multidisciplinar: pediatra, psiquiatra, ginecologista; assistentes sociais; enfermeiros; nutricionistas; psicólogos e educadores.

## 2. ÉTICA NO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE:

- Privacidade:
  - Exame físico do adolescente exige absoluta privacidade.
  - Sala de espera ou horário específico para atendimento ao adolescente.
  - O Código de Ética Médica recomenda a **presença de acompanhante** durante o exame físico, sobretudo se paciente for menor de 18 anos.
- Confidencialidade e Sigilo:
  - Nenhuma informação obtida dos jovens será repassada aos pais ou responsáveis sem a autorização do adolescente.
  - O médico manterá o sigilo respaldado no *Código de Ética Médica – artigo 74*: “É vedado ao médico revelar sigilo profissional referente a paciente menor de idade inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.
  - É necessário informar ao adolescente, com muita clareza, o alcance e o limite do sigilo e da confidencialidade.
  - Todas as situações que envolvem **quebra do sigilo**, deverá ocorrer **com a ciência do jovem**, mesmo que sem seu aval.
- Princípio de autonomia:
  - A única pessoa com o direito de escolher o que é conveniente para si mesmo é o próprio adolescente.
- Doutrina do menor maduro:
  - **Menor maduro:** “aquele que pode compreender os benefícios e riscos do tratamento proposto ou, em outras palavras, que é capaz de dar consentimento informado à assistência, podendo recusar o

tratamento indicado mesmo à revelia dos pais, mantendo-se sempre o habitual e clássico sigilo. Tais fatos não eximem o médico de sua responsabilidade; ao contrário, exigem o máximo de cuidado e bom senso na avaliação um tanto subjetiva do que seja um menor amadurecido”.

- Tal conceito não seria válido para menores de 14 a 15 anos, o ideal é saber mais informações sobre o paciente. Sempre serão levados em conta não apenas o desenvolvimento físico como também aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais e socioculturais.
- Situações em que o sigilo deve ser interrompido ou mantido em consulta:

QUEBRA DO SIGILO	MANUTENÇÃO DO SIGILO
Presença de qualquer tipo de violência: emocional, maus tratos, sexual, <i>bullying</i> , no namoro	Ficar, namoro, iniciação sexual
Uso escalonado/abusivo de álcool e drogas; sinais de dependência química	Experimentação de psicoativos (sem sinais de dependência)
Autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida	Orientação sexual, conflitos com identidade de gênero
Gravidez; abortamento	Prescrição de contraceptivos (para adolescente com maturidade na adesão)
Sorologia positiva de HIV (comunicar aos familiares e à parceria sexual)	Infecções Sexualmente Transmissíveis (afastada violência sexual e se adolescente maduro para aderir ao tratamento)
Não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco	
Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo mental	

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO NA ADOLESCÊNCIA

### 1. ENTREVISTA COM A FAMÍLIA (PAIS + ADOLESCENTE):

- Motivo da consulta
- Histórico da situação atual e pregressa do adolescente – agravos e doenças
- Estado vacinal
- Histórico obstétrico e condições de nascimento
- Antecedentes familiares
- Condições e hábitos de vida → moradia, rendimento escolar, atividade física, sono, lazer, hábitos alimentares, uso de tecnologia.

### 2. ENTREVISTA A SÓS COM O ADOLESCENTE:

- Momento mais importante da consulta, uma vez que é a oportunidade para o adolescente expressar de forma livre e aberta suas queixas.
- Ambiente sigiloso; abordagem com ética profissional, sem julgamentos.
- Tópicos a serem questionados:
  - Relacionamento com a família/Percepção corporal e autoestima/Lazer e atividades/Crenças e atividades religiosas/Conhecer ambientes em que o adolescente vive (escola, comunidade, grupo de jovens, trabalho)/Investigar situações de risco e vulnerabilidade/Contato com álcool/drogas/Acidentes e violências/Comportamentos sexuais, gênero, gestação, ISTs/Tempo de exposição a telas.
- **Exceções** para o não atendimento a sós com o adolescente: déficit intelectual que o incapacite de responder, transtornos psiquiátricos graves ou mesmo o próprio desejo do adolescente em não ficar sozinho com o profissional.
- Protocolo HEEADISSS:

- Desenvolvido por Berman (1972) com o intuito de organizar um sistema de avaliação contemplando diferentes aspectos de vida do adolescente.
- Entrevista feita **apenas com o adolescente**, a cada 6 meses ou sempre que há indícios de fator estressante recente ou precipitante da consulta.

Sigla e significado	Perguntas sugeridas
<u>H</u> ( <i>Home</i> ) Casa	Onde você mora? Quem reside na casa com você? O ambiente é calmo ou agitado? Quem briga mais na casa?
<u>E</u> ( <i>Education/Employment</i> ) Educação/emprego	Sabe ler e escrever? Atualmente estuda? Em que ano? Você trabalha? Em quê? horário – carteira assinada – interfere nos estudos?
<u>E</u> ( <i>Eating Disorders</i> ) Distúrbios alimentares	Já fez dieta? Gosta de seu corpo? Esta contente com seu peso e altura?
<u>A</u> ( <i>Activities</i> ) Atividades	O que você faz além da escola? Pratica esporte? Qual? Quantas vezes por semana? Utiliza celular? Você joga <i>videogame</i> ? Quanto tempo passa entre celular, <i>games</i> , TV, computador?
<u>D</u> ( <i>Drugs</i> ) Drogas lícitas / ilícitas	Você bebe? Com que frequência? Quando foi seu último porre? Onde costuma beber: casa/bar/festas? Já experimentou <i>kit</i> (vodka + energético)? Já ficou de porre? Quando foi a última vez? Fuma tabaco? Início, quantidade de cigarros/maços fuma? Usou/usa outra droga? Qual, início, frequência, intoxicações/ “overdose”?
<u>I</u> ( <i>Immunization</i> )	Conferir cartão de vacinas e reforçar a importância de manter atualizado o cartão.
<u>S</u> ( <i>Sexuality</i> ) Sexualidade	Já teve menarca? Já ficou? Está apaixonado/a? Divide sua intimidade corporal com alguém? Já teve relações sexuais? Com pessoas de sexo oposto, mesmo sexo, ou tanto faz?
<u>S</u> ( <i>Security</i> ) Segurança	Já sofreu algum tipo de violência? Onde? Por quem? Assalto? <i>Bullying</i> ? Já causou violência em alguém? Consequências? Orientar uso de capacete e cinto de segurança.
<u>S</u> ( <i>Suicide</i> )	O que você faz quando se sente triste: fica quieto?

Suicídio	Chora? Já pensou em desaparecer/se machucar? Já tentou?
----------	---

### 3. ENTREVISTA A SÓS COM OS PAIS/RESPONSÁVEIS:

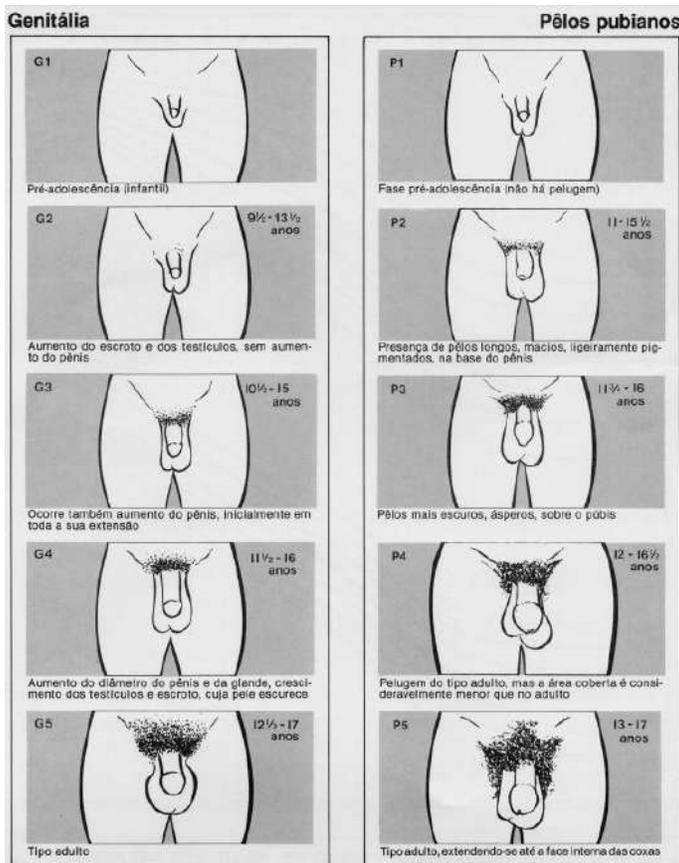
- Na existência de conflitos evidentes ou de violência familiar, torna-se necessário mais uma etapa, desta vez para uma conversa a sós com os responsáveis. Assim como, para orientá-los sobre as hipóteses diagnósticas percebidas e as explicações sobre as condutas terapêuticas a serem tomadas.

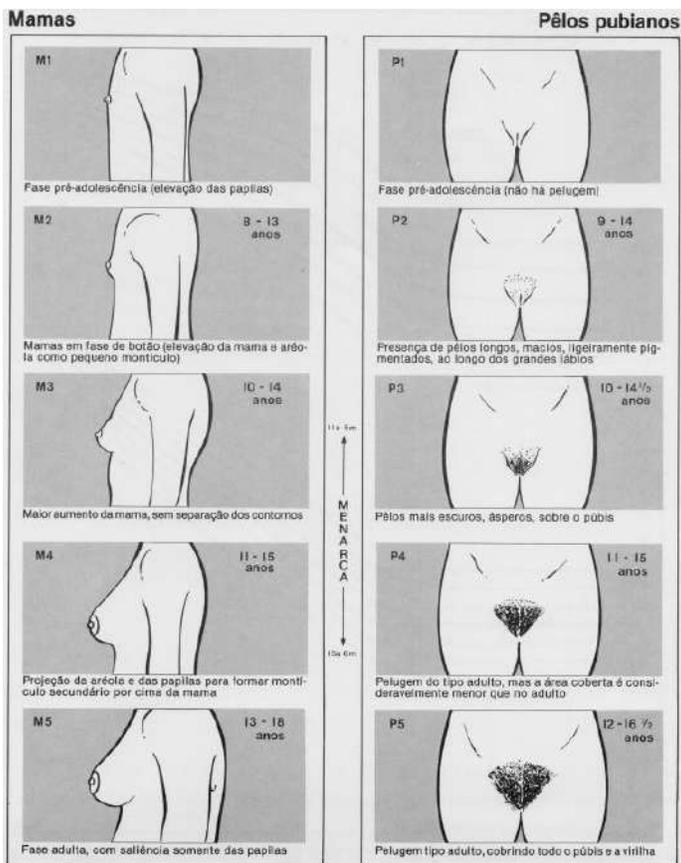
### 4. EXAME FÍSICO DO ADOLESCENTE:

- O Código de Ética Médica recomenda a presença de um acompanhante durante o exame físico, sobretudo se o paciente for menor de 18 anos – podendo ser alguém da área da saúde ou seu responsável.
- O exame físico exige absoluta privacidade, em um local adequado.
- Deve ser realizado preferencialmente no sentido craniocaudal, de forma segmentada, sempre cobrindo a região que não está sendo examinada.
- A explicação prévia do passo a passo é importante para tranquilizar e diminuir temores.
- O exame físico também funciona como uma oportunidade para abordar temas com o adolescente, como por exemplo o autoexame das mamas, avaliação da genitália e pilificação.
- Aproveitar o momento após o exame físico e esclarecer sobre o uso de preservativo e dos contraceptivos para prevenção de gravidez e ISTs, enfatizando a dupla proteção (uso de preservativo associado a outro método contraceptivo).
- Dados gerais:
  - **Peso, estatura, IMC, PA,** pulso e frequência cardíaca, acuidade visual e auditiva, exame físico

geral (pele, mucosas, pelos, gânglios, cabeça, pescoço, tórax, abdome, **coluna**, membros), exame neurológico, **genitália** e **maturação sexual (estágios de Tanner)**.

- Avaliação do estado nutricional:
  - IMC, gráficos e pregas cutâneas.
- Exame ginecológico:
  - Não é obrigatório que ocorra na primeira consulta. Indagar sobre menarca, ciclos menstruais, cólicas e relações sexuais (com muito tato).
- Desenvolvimento puberal (Estágios de Tanner):





## 5. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO:

- As queixas relacionam-se principalmente ao crescimento e desenvolvimento normal e variantes – baixa estatura, puberdade precoce ou antecipada, ginecomastia – excesso de peso, obesidade, síndrome metabólica, transtornos alimentares (anorexia, bulimia, vigorexia), cefaleia, dores recorrentes, distúrbios menstruais, acnes, desvios de coluna, dificuldades escolares e nos relacionamentos familiares entre outros.
- As questões de saúde mental estão cada vez mais frequentes – quadro depressivo, fóbicos, ansiedade, autoagressão, ideação suicida.

- Lembrar de realizar a prevenção em todos os casos, especialmente quanto à saúde reprodutiva e sexualidade, ISTs, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, dificuldades de escolaridade, relacionamentos abusivos, inclusive no namoro.

#### **6. ORIENTAÇÃO AO ADOLESCENTE:**

- Dieta prudente/saudável
- Atividade física regular
- Uso de cinto de segurança
- Não aceitar carona quando o motorista estiver sob efeito de álcool, usou drogas ou dirige imprudentemente
- Não aceitar carona de estranhos
- Quando em motocicleta, sempre usar capacete
- Enfatizar o direito de dizer “não” (e treinar o adolescente como dizer “não”)
- Discutir contracepção, drogadição e senso de responsabilidade.

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA ADOLESCÊNCIA

- O adolescente tem espírito aventureiro, desafiador, necessidade de autoafirmação, conflitos e atitudes de rebeldia.
- Principais causas de acidentes:
  - **Afogamento:** piscina, rio, praia.
  - **Asfixia:** menos frequente.
  - **Intoxicação:** álcool, drogas de abuso.
  - **Traumatismos:** armas de fogo/brancas, quedas, cortes, contusões.
  - **Queimadura:** fogo, produtos químicos.
  - **Choque elétrico:** menos frequente.
  - **Mordeduras de animais:** cão doméstico ou errante
  - **Animais peçonhentos:** comum em zona rural. Usar botas e luvas.
  - **Trânsito:** ocupante de veículos, pedestre ou moto.

## AMAMENTAÇÃO E DOENÇAS INFECCIOSAS MATERNAS

### 1. CITOMEGALOVÍRUS (CMV):

- Manter o aleitamento dos recém-nascidos com IG > 30 semanas ou a termo;
- RN prematuros, com IG < 30 semanas ou peso de nascimento < 1.500g com imunodeficiências por qualquer etiologia, filhos de nutrizes CMV positivas, devem interromper temporariamente o aleitamento materno; manter a lactação, com ordenhas regulares da mama;
- Oferecer ao recém-nascido o leite da própria mãe pasteurizado ou leite humano ordenhado de Banco de Leite Humano (BLH).
- Alguns pesquisadores contraindicam a amamentação para recém-nascidos pré-termo com peso < 1000g.

### 2. VARICELA-ZOSTER:

- O aleitamento está contra-indicado, temporariamente, quando as lesões surgem cinco dias antes do parto ou até dois dias depois;
- Isolar o recém-nascido da mãe, no período de risco de infecção;
- Na fase de isolamento, manter a lactação, com ordenhas regulares da mama;
- Oferecer o leite materno ordenhado e pasteurizado ou leite humano do BLH (quando disponível), por xícara ou copo.
- Imunoglobulina Humana anti-Varicela-Zoster, que deve ser administrada o mais precocemente possível, em até 96 horas do nascimento.
- A doença não é transmitida pelo leite materno.

### 3. HERPES SIMPLES 1 E 2:

- A amamentação não deve ser interrompida;

- Nos casos de vesículas herpéticas localizadas na pele da mama, a criança não deve sugar a mama afetada, enquanto persistirem as lesões;
- As lesões herpéticas devem ser cobertas;
- Orientar a mãe quanto à higiene criteriosa das mãos.

#### **4. RUBÉOLA:**

- Não há restrição ao aleitamento materno.
- A mãe não precisa ser isolada de seu filho.
- A doença não é transmitida pelo leite materno.

#### **5. CAXUMBA:**

- A nutriz pode amamentar;
- A doença não é transmitida pelo leite materno.
- Os anticorpos específicos (IgA) passam para o recém-nascido por meio do leite.
- A mãe não precisa ser isolada de seu filho.

#### **6. SARAMPO:**

- O aleitamento materno não está contra-indicado;
- Indicar o isolamento respiratório da mãe, durante os primeiros quatro dias após o início do exantema;
- Alimentar a criança com leite materno extraído cru durante o período de isolamento. O leite materno ordenhado pode ser dado à criança, porque a imunoglobulina A secretória começa a ser produzida com 48 horas do início do exantema da mãe;
- Indicar o uso de imunoglobulina no bebê.
  - A imunoglobulina pode ser administrada para prevenir ou modificar o curso da doença em uma pessoa susceptível dentro de 6 dias após a exposição, na dose de 0,25 ml/kg, IM.
  - Em crianças que receberam imunoglobulina, a vacina contra o sarampo (se não estiver contra-indicada) deve ser administrada cinco meses após a

administração da imunoglobulina, desde que a criança tenha ao menos 12 meses de idade.

#### 7. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS):

- Interromper a amamentação.
- Indicar leite humano pasteurizado do BLH (se disponível) durante a permanência hospitalar;
- Contra-indicar o uso de leite humano ordenhado sem pasteurização por um BLH;
- Recomendar o uso de fórmula infantil. *Consultar o Guia Prático de preparo de alimentos para menores de 12 meses que não podem ser amamentadas, Ministério da Saúde.*
- **Nenhum serviço ou profissional de saúde podem recomendar ou permitir que uma criança seja amamentada diretamente no peito de outra mulher ou ser alimentada com leite ordenhado doado sem pasteurização.**

#### 8. VÍRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULA T HUMANO TIPO 1 E 2 (HTLV-1, 2):

- Amamentação é contraindicada em mães portadoras.
- Recomendar a alimentação da criança com fórmula infantil. *Consultar o Guia Prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).*

#### 9. HEPATITES VIRAIS:

- **Hepatite A:** manter a amamentação;
  - A doença não é transmitida
  - Se o parto ocorrer na fase aguda da doença, o RN deve receber imunoglobulina humana em dose adequada, conforme prescrição.
- **Hepatite B:** não contra-indicar a amamentação desde que:

- Aplicada a vacina contra hepatite B, de preferência antes de 12 horas de vida;
  - Aplicada imunoglobulina específica contra hepatite B nas primeiras 12 horas de vida.
- A imunoprofilaxia elimina risco de transmissão pela amamentação.
- **Hepatite C:** não contra-indicar a amamentação.
  - Se carga viral elevada ou lesões mamilares, interromper temporariamente a amamentação, até estabilização do quadro ou cicatrização do trauma mamilar.
  - O VHC é transmitido pelo sangue infectado; não pelo leite materno.

#### 10. INFLUENZA (H1N1):

- Amamentação é permitida.
- Medidas de higienização das mãos e uso de máscara facial pela mãe.
- A doença não é transmitida pelo leite materno.
- Não é necessário isolamento.

#### 11. FEBRE AMARELA:

- Amamentação permitida, se a condição clínica materna permitir.
- Se mãe vacinada: suspender amamentação por 10 dias se lactente < 6 meses.
- Doença não contagiosa.
- O vírus vacinal pode ser transmitido pelo leite materno.

#### 12. ZIKA VÍRUS:

- Permitida, sem restrições.
- Não há evidências científicas de transmissão da doença pelo leite materno, apesar de identificado RNA viral no leite materno.

### 13. CHIKUNGUNYA:

- Amamentação permitida, sem restrições.

### 14. DENGUE:

- Amamentação é permitida, se a condição clínica materna permitir.
- A transmissão pelo leite humano é improvável.

### 15. COVID-19:

- Amamentação permitida.
- Mulheres com suspeita ou diagnóstico de *COVID-19*: iniciar e manter amamentação
- Seguir normas higiênico-sanitárias, pois a mulher pode transmitir o vírus por meio de gotículas respiratórias no contato com o bebê, inclusive durante a amamentação: lavagem das mãos; usar máscaras; troca de máscaras ao tossir, espirrar ou a cada nova mamada.
- Dados insuficientes para concluir transmissão vertical pelo leite humano.

Tipo de vírus	Recomendação
Citomegalovírus	Amamentar*
Hepatite A	Amamentar*
Hepatite B	Amamentar, desde que aplicada a vacina e imunoglobulina
Hepatite C	Amamentar* – Contraindicar, temporariamente, se fissura ou carga viral elevada
Rubéola	Amamentar*
Sarampo	Amamentar*
Caxumba	Amamentar*
HTLV 1 e 2	Não amamentar
HIV	Não amamentar
Varicela	Amamentar* – Se lesões surgirem 5 dias antes a 2 dias após parto, suspender temporariamente.
Herpes simples	Amamentar quando as lesões não atingirem as mamas.
Herpes zoster	Se as lesões forem no seio, não amamentar até melhora.
Influenza H1N1	Amamentar
Febre Amarela	Amamentar*

<b>Zika vírus</b>	Amamentar
<b>Chikungunya</b>	Amamentar
<b>Dengue</b>	Amamentar
<b>COVID-19</b>	Amamentar

*\*Ver comentários e demais condutas no texto anteriormente.*

- As mulheres que não receberam as imunizações recomendadas antes ou durante a gestação podem ser imunizadas durante o período de lactação.
- Não há evidência de risco para criança da presença potencial de vírus vivo de vacinas no leite humano. Assim, se indicação, as nutrizes podem ser imunizadas.

#### **Transmissão de algumas infecções virais e conduta:**

Vírus	Modo de Transmissão			Conduta	Observações
	Congênita	Parto	Pós-natal	Evitar aleitamento	
<b>Citomegalovírus (CMV)</b>	++	++	++ (leite)	NÃO	RN pré-termo: maior risco de doença grave
<b>Hepatite B (HBV)</b>	+	++	+	NÃO	Imunoprofilaxia ao nascer: imunoglobulina e vacina.
<b>Hepatite C (HCV)</b>	+	+	+	NÃO	Contraindicar temporário se fissura nos mamilos ou carga viral elevada.
<i>HIV</i>	+	++	+	SIM	Providenciar fórmula e orientar preparo.
<b>Herpes Simples (HSV)</b>	+	++	+	NÃO	Se lesões ativas no seio, mamilo ou próximas, suspender amamentação temporariamente.

<i>HTLV 1 e 2</i>	-	-	++ (leite)	SIM	Risco de tumor de 1-5% ao longo da vida
<b>Rubéola</b>	++	-	++ (leite)	NÃO	A infecção na criança é assintomática, tanto se a mãe teve infecção natural ou pós-vacinal.
<b>Varicela</b>	++	+	+ (lesões ou respiratório)	NÃO	Amamentar, exceto se lesões 5 dias antes a 2 dias após parto – suspender até melhora.

Notas: - (raro ou não descrito), + (comum), ++ (frequente, predominante)

## 1. TUBERCULOSE:

### Mãe contagiante ou bacilífera:

- Suspender temporariamente a amamentação até diagnóstico e início da terapia na lactante e terapia profilática na criança.
- Durante o período da investigação, o leite materno pode ser extraído e oferecido à criança.
- Manter o tratamento da mãe com as drogas contra a tuberculose e assegurar a aderência ao tratamento.
- Nas primeiras duas semanas da terapia antituberculose, a mãe poderá amamentar com o uso de máscara (cobrindo o nariz e a boca) até que a nutriz deixe de ser bacilífera;
- Diminuir contato próximo com a criança até que a mãe deixe de ser bacilífera.
- Investigar criança e iniciar isoniazida.
- Quando a mãe for portadora de tuberculose multidroga resistente, a separação da criança do contato materno se faz necessária, pois nesse caso há maior infectividade e o período para a resposta ao tratamento se prolonga. Entretanto, o leite humano extraído poderá ser oferecido à criança até a que mãe se torne abacilífera.

**Mãe não contagiante ou abacilífera/tratadas por 2 ou mais semanas antes do nascimento do filho:**

- Manter a amamentação.

**Quando o diagnóstico de tuberculose materna for realizado durante a amamentação, o lactente deve ser considerado como potencialmente infectado. Nesses casos recomenda-se:**

- Não suspender a amamentação;
- Fazer teste tuberculínico na criança e investigar a doença.

## **2. HANSENÍASE CONTAGIANTE (VIRCHOWIANA):**

- Evitar contato pele a pele entre a mãe e a criança;
- Se mãe sob tratamento adequado, não há contra-indicação para amamentar
- Os fármacos usados para o tratamento da hanseníase não contra-indicam a amamentação e o recém-nascido deverá ser precocemente tratado, simultaneamente ao tratamento materno.
- Realizar vacinação precoce com BCG pela possibilidade de indução de proteção cruzada para a hanseníase na criança.
- Amamentar com máscaras descartáveis;
- Lavar as mãos cuidadosamente antes de amamentar;
- Realizar desinfecção dos materiais que entram em contato com as secreções nasais maternas;
- Usar lenços descartáveis.
- A hanseníase não contagiosa não é contra-indicação para a amamentação; mas a criança, amamentada ou não, deverá ser submetida periodicamente a exames clínicos para a detecção precoce de possíveis sinais da doença.

## **3. MASTITE:**

- O aleitamento materno poderá ser mantido se a antibioticoterapia empírica for instituída e se o material drenado do abscesso não tiver contato direto com a boca da criança ou não tiver havido rompimento para o sistema ductal. Caso contrário, suspender temporariamente a

amamentação na mama afetada, mantendo a extração do leite humano da mesma, descarte do leite extraído e a amamentação na mama contralateral.

- Tratamento sintomático da dor: analgésicos, preferencialmente o ibuprofeno, fármaco compatível com o aleitamento materno;
- Antibioticoterapia: indicada quando a contagem de células e cultura da secreção láctea indicar infecção, quadro clínico significativo desde o início, fissura visível de mamilos ou se os sintomas apresentados não melhoram após 12 a 24 horas de tratamento com ordenha.
  - Antibióticos efetivos contra o *S. aureus produtor de beta-lactamase*.
  - Em todos os casos, antibioticoterapia por, no mínimo, 10 a 14 dias – tratamentos mais curtos apresentam alta incidência de recorrência.
- Compressas frias em substituição às quentes – efeito anestésico local das compressas frias e o risco de queimaduras das compressas quentes.
  - Compressas frias de até 2/2h, entre mamadas, no máximo 10-15 min.
- Medidas de suporte: apoio emocional, repouso e ingestão de líquidos.

#### **4. DOENÇA DE CHAGAS:**

- Recomendar a amamentação nos casos de doença de Chagas crônica, exceto se houver sangramento mamilar evidente ou presença intermitente do parasita na corrente sanguínea.
- Contra-indicar a amamentação na fase aguda da doença.

#### **5. MALÁRIA:**

- Manter a amamentação;
- Uso de drogas antimaláricas não contra-indicam a amamentação;

- Evitar o uso de sulfonamidas no primeiro mês de lactação.

<b>Infecção na nutriz</b>	<b>Conduta*</b>
<b>Tuberculose pulmonar abacilífera</b>	Amamentar
<b>Hanseníase não-contagante</b>	Amamentar
<b>Mastite</b>	Amamentar
<b>Sífilis</b>	Amamentar após tratamento adequado
<b>Brucelose</b>	Amamentar após tratamento adequado
<b>Listeriose</b>	Amamentar, exceto na fase aguda de lactentes gravemente doentes
<b>Leptospirose</b>	Interrupção temporária na fase aguda. Permitido, se pasteurizado.
<b>Coqueluche neonatal</b>	Interrupção temporária por 5 dias após início da terapia antimicrobiana
<b>Doença diarreica</b>	Amamentar
<b>Doença de Chagas</b>	Interrupção temporária na fase aguda da doença ou com lesão mamilar sangrante
<b>Malária</b>	Amamentar

## DROGAS DE VÍCIO E ABUSO E AMAMENTAÇÃO

- **Orientação geral:** Academia Americana de Pediatria (*AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001*) contraindica o uso durante o período da lactação das drogas de abuso: anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina.
  - Há carência de publicações com orientações sobre o tempo necessário de suspensão da amamentação após uso de drogas de abuso.
  - Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, avaliar o risco da droga *versus* o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação.
1. **ÁLCOOL (ETANOL):** uso criterioso durante a amamentação.
    - A ingestão de doses  $\geq 0,3\text{g/kg}$  de peso podem reduzir a produção láctea.
    - O álcool pode modificar o odor e sabor do leite materno levando à recusa.
  2. **ANFETAMINAS:** uso contraindicado durante a amamentação.
  3. **COCAÍNA E CRACK:** uso contraindicado durante a amamentação.
  4. **FENCICLIDINA:** uso contraindicado durante a amamentação.
  5. **HEROÍNA:** uso contraindicado durante a amamentação.
  6. **INALANTES:** uso contraindicado durante a amamentação.

7. **LSD:** uso contraindicado durante a amamentação.
8. **MACONHA E HAXIXE:** uso contraindicado durante a amamentação.
9. **NICOTINA:** uso criterioso durante a amamentação
  - A nicotina pode reduzir a produção láctea e alterar o sabor do leite, além de estar associado ao menor tempo de aleitamento materno e ao risco de síndrome de morte súbita do lactente (SMSL).
  - Recomenda-se que nutrízes tabagistas mantenham a amamentação, pois filhos de mulheres tabagistas amamentados apresentam menor risco de doenças respiratórias que filhos de tabagistas não amamentados.
  - O uso de medicamentos (adesivo, goma de mascar e *spray*) contendo nicotina é compatível com a amamentação.

Drogas	Período de interrupção da amamentação
Álcool (etanol)	2 horas para cada <i>drink</i> consumido
Anfetamina e <i>ecstasy</i>	24 a 36 horas
Cocaína e <i>crack</i>	24 horas
Fenciclidina	1 a 2 semanas
Heroína e morfina	24 horas
<i>LSD</i>	48 horas
Maconha	24 horas

## PROBLEMAS COMUNS NO LACTENTE

### 1. CÓLICA DO LACTENTE:

- É diagnóstico de exclusão, descartar causas orgânicas mais comuns de choro.
- Definida pela “Regra dos três “:
  - Choro por mais de 3 horas por dia, por mais de 3 dias por semana e por mais de 3 semanas em um lactente bem alimentado e saudável em outros aspectos.
- A ingestão de sucos ou frutas cítricas e chocolate aumenta a incidência.
- Surge na 2ª semana de vida, não interfere no crescimento e não apresenta efeitos adversos a longo prazo. Não costuma ocorrer depois dos 3 ou 4 meses.
- Conduta:
  - Restrição de alimentos da dieta da mãe? (controverso).
  - Orientar a mãe para uma alimentação saudável e variada.
  - Manter a calma, já que não se trata de uma doença.
- Medicamentos: sem eficácia comprovada. Opções:

Princípios ativos	Nome comercial
Dicloverina	Bentyl®
Escopolamina (hioscina)	Buscopan®
Homatropina com dimeticona	Flagass Baby®, Espasmo Luftal®
Dimeticona isolada hipoalergênica	Mylicon®
Dimeticona isolada	Luftal®, Flagass®, Flatex®

### 2. DISQUESIA DO LACTENTE:

- Distúrbio funcional gastrointestinal, decorrente de imaturidade e incoordenação entre a contração da musculatura abdominal e o relaxamento do assoalho pélvico antes da ocorrência da evacuação.

- Pode ser caracterizada até os 9 meses e ocorre em cerca de 4% dos lactentes.
- Em geral, os sintomas persistem por 10 a 20 minutos.
- Durante o episódio: lactente se estica e por muitos minutos, grita, chora e fica com o rosto vermelho ou roxo a cada esforço para defecar.
- Critérios de Roma IV – 2 condições antes dos 9 meses:
  - 1. Pelo menos 10 minutos de esforço ou choro antes da eliminação com ou sem sucesso.
  - 2. Ausência de outros problemas de saúde.
- Não exige nenhum tratamento e desaparece espontaneamente.
- Probióticos que podem ser usados diariamente: Floripa®, Colidis®, Kollis®.

### 3. REGURGITAÇÕES DO LACTENTE:

- Manifestação clínica mais comum; pode ocorrer associada a vômitos.
- Aumento do número de relaxamentos do esfíncter esofágico inferior independentes das deglutições.
- As manifestações clínicas desaparecem ao longo do primeiro ano com a maturação funcional esfínteriana, considerada um processo benigno.
- Não há necessidade de intervenção com medicamentos. Manter aleitamento.
- Critérios de Roma IV – 2 características entre 3 semanas e 12 meses, na ausência de outro problema de saúde:
  - 1. Duas ou mais regurgitações por dia durante três ou mais semanas
  - 2. Ausência de náuseas, hematêmese, aspiração, apneia, déficit de crescimento, dificuldade na alimentação ou deglutição
- Sinais de alerta:
  - Gerais: perda de peso; letargia; febre; irritabilidade excessiva ou dor; disúria; início das regurgitações

ou vômitos após 6 meses ou persistência/piora após 12 meses.

- Neurológicas: abaulamento de fontanela; aumento excessivo do perímetro cefálico; convulsões; microcefalia ou macrocefalia.
- Gastrintestinais: vômitos intensos persistentes, noturnos ou biliosos; hematêmese; diarreia crônica; hematoquezia; distensão abdominal.

#### **4. MONILÍASE/CANDIDÍASE:**

##### **Oral:**

- A saliva do RN é escassa e ácida, facilitando o aparecimento da monilíase oral.
- Lesões brancas, bem delimitadas, com aspecto semelhante ao de grumos de leite coalhado, facilmente removíveis (mucosa hiperemiada abaixo das lesões).
- Assintomática ou associada à dor, anorexia e perda da gustação.
- Tratamento: Nistatina suspensão oral: 0,5ml em cada lado da boca de 4/4 ou 6/6h por 10 a 14 dias.
  - Opções: Nistatina solução oral®, Micostatin®.
  - Casos resistentes: Daktarin gel®.

##### **Cutânea**

- Dermatite perineal, com lesões bem delimitadas de ulceração e hiperemia, às vezes, coalescentes; dor e ardência presentes.
- Tratamento: higiene local seguida de aplicação de Nistatina creme tópica® ou Cetoconazol creme®, 4 vezes ao dia, por 10 a 14 dias.

#### **5. DERMATITE DE FRALDAS:**

- Reação inflamatória aguda, uma das formas mais comuns de dermatite de contato por substâncias irritantes.
- Contato prolongado das fraldas úmidas com urina, fezes ou materiais impermeáveis.

- Formas: leve (eritema), moderada (pápulas erosivas) e severa (úlceras).
- Tratamento:
  - Higiene local, com algodão e água morna (evitar lenços)
  - Troca frequente de fraldas
  - Banho de sol
  - Óxido de zinco: aplicar após troca de fraldas.
    - Apresentações comerciais: Hipoglós®, Topiglós®, Babyglós®.
  - Fraldas de pano: na última enxaguada colocar 2 litros de água para 1 colher das de sopa de vinagre.

## 6. GRANULOMA UMBILICAL:

- Tumoração avermelhada, úmida e que pode sangrar ao toque, aparece após a queda do coto umbilical, no fundo da cicatriz umbilical.
- Tratamento: cauterizações sucessivas com Nitrato de Prata® a 2% em bastão.
  - Orientar a mãe para aplicar o bastão sobre o granuloma por 1 min/dia até cicatrizar todo o granuloma.
- Opção - tratamento caseiro: sal de cozinha aplicado em dose única e cobrir com uma gaze.

## 7. OBSTRUÇÃO NASAL:

- Se intensa e constante, suspeitar de atresia de coanas, que pode ser descartada pela passagem de sonda nasal ou pelo fechamento da boca.
- Prescrever solução fisiológica 0,9%:
  - 0 – 6 meses:
    - Seringa (1ml/vez; pode repetir várias vezes em sequência).
    - Conta-gotas (aplicar volume de um conta-gotas por vez).

- *Spray* de jato único (4 a 6 borrifadas/narina; pode repetir).
  - *Sprays* de jato contínuo (usar por aproximadamente 3 segundos – equivale a 1ml da solução – em cada aplicação).
- > 6 meses:
  - Seringa (3-20ml SF 0,9%).
  - Jato contínuo (3-10 segundos).
- Garrafinha plástica compressível: maiores de 2 anos.
  - Se > 7 anos: 120ml alternando narinas ou 240ml; 2-3 vezes/dia.
  - Opções comerciais: Nasoar infantil®, Rinosoro alto volume infantil®.

## SINAIS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

- Alterações no desenvolvimento neuropsicomotor.
- Desnutrição.
- Distúrbios de personalidade.
- Dificuldades escolares.
- A abordagem do problema deve ser multidisciplinar e envolver toda a família.

### **Saber reconhecer os sinais de uma vítima de abuso sexual:**

- Mudanças de comportamento repentinas.
- Tentativas de suicídio.
- Hematomas.
- Automutilação.
- Infecções urinárias de repetição.
- Infecções sexualmente transmissíveis.
- Transtornos alimentares.
- Distúrbios do sono.
- Alteração do rendimento escolar.
- Conhecimento e atitudes sexuais incompatíveis com a idade.
- Masturbação compulsiva ou brincadeiras com manipulação da genitália.

## IDADES LIMITES PARA SE INICIAR A INVESTIGAÇÃO DE ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Idade	Evento
8 semanas	Sorri em resposta
3 meses	Bom contato ocular
5 meses	Alcança objetos
10 meses	Senta sem apoio
15 meses	Anda sem apoio
18 meses	Diz palavras isoladas com significado
30 meses	Fala frases

### 2 meses:

- Emite sons diferentes ao chorar
- Mantém a cabeça erguida quando está de bruços
- Move os dois braços e as duas pernas
- Observa você enquanto você se move
- Acalma-se ao conversar ou pegá-lo no colo
- Olha para seu rosto

### 4 meses:

- Faz sons quando falam com ele
- Leva as mãos à boca
- Se estiver com fome, abre a boca quando vê a mama ou a mamadeira
- Mantém a cabeça firme sem apoio quando está sendo segurado
- Traz as mãos para a boca
- Empurra o tronco para cima apoiado nos cotovelos/antebraços quando deitado de barriga para baixo

### 6 meses:

- Coloca coisas na boca para explorá-las
- Fecha os lábios para mostrar que não quer mais comida
- Apoia-se nas mãos para se sustentar quando sentado
- Dá risadas

- Sopra saliva, coloca a língua para fora e sopra

### **9 meses – Idade recomendada para fazer uma triagem de desenvolvimento**

- Consegue sentar sozinho
- Mostra várias expressões faciais, como feliz, triste, irritado e surpreso
- Olha quando você o chama pelo nome
- Levanta os braços para ser pego
- Move as coisas de uma mão para outra
- Senta-se sem suporte

### **1 ano:**

- Acena tchau
- Chama “mamã” ou “papá” ou outro nome especial
- Entende “não” (faz uma pausa breve ou para quando você diz isso)
- Caminha, segurando nos móveis
- Bebe de um copo sem tampa, enquanto outra pessoa o segura
- Pega coisas entre o polegar e o indicador

### **15 meses:**

- Dá alguns passos por conta própria
- Bate palmas quando animado
- Mostra afeto (abraços ou beijos)
- Tenta usar as coisas da maneira correta, como um telefone, copo ou livro
- Olha para um objeto familiar quando você o nomeia
- Aponta para pedir algo ou pedir ajuda

### **18 meses – recomendada triagem geral de desenvolvimento e autismo:**

- Consegue rabiscar
- Aponta para mostrar algo interessante

- Ajuda você a vesti-lo empurrando braço através da manga ou levantando o pé
- Caminha sem se segurar em ninguém ou em nada
- Tenta usar uma colher
- Brinca com brinquedos de uma maneira simples

**2 anos – também recomendada triagem de desenvolvimento e autismo:**

- Diz, pelo menos, duas palavras juntas, como “mais leite”
- Nota quando os outros estão magoados ou chateados
- Aponta para pelo menos duas partes do corpo quando pede para ele mostrar
- Usa mais gestos do que apenas apontar e acenar
- Chuta uma bola, corre.

**30 meses – recomendada triagem geral de desenvolvimento:**

- Diz palavras como “eu”, “você” ou “nós
- Mostra habilidades simples de resolução de problemas, como ficar em pé em um banquinho para alcançar algo
- Segue instruções de 2 etapas: “coloque o brinquedo no chão e feche a porta”
- Usa as mãos para torcer coisas, como virar maçanetas ou abrir tampas
- Tira algumas roupas sozinho, como calças soltas ou uma jaqueta aberta

**3 anos:**

- Veste algumas roupas sozinho
- Acalma-se dentro de 10 minutos depois de deixá-lo na creche
- Observa outras crianças e se junta a elas para brincar
- Diz o primeiro nome, quando perguntado
- Fala bem o suficiente para que os outros o entendam, na maioria das vezes

**4 anos:**

- Fala sobre, pelo menos, uma coisa que aconteceu durante o dia
- Finge ser um personagem ao brincar
- Conforta os outros que estão feridos ou tristes
- Segura lápis entre os dedos e o polegar
- Muda o comportamento baseado em onde ele está
- Nomeia algumas cores de objetos

**5 anos:**

- Escreve algumas letras do próprio nome
- Conta até 10
- Usa palavras sobre o tempo, como “ontem”, “amanhã”, “manhã” ou “noite”
- Segue regras ou se reveza ao brincar com outras crianças
- Canta, dança ou atua para você
- Faz tarefas simples em casa, como combinar meias ou limpar a mesa depois de comer

## CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

- Nas consultas mensais, sugere-se vacinas conforme Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Pediatria.

### Contra-indicações absolutas de vacinação:

- Imunodeficiências congênicas ou adquiridas;
- Neoplasias malignas;
- Uso de corticoesteroides em esquemas terapêuticos que levem à imunodepressão (2 mg/kg/dia de prednisona, por tempo  $\geq 2$  semanas);
- Tratamentos imunodepressores (radioterapia e quimioterapia);
- Reação anafilática grave a um componente vacinal ou após uma dose anterior da mesma.

### Contra-indicações relativas de vacinação, onde recomenda-se adiar:

- Doenças febris agudas;
- Uso de imunoglobulinas ou de sangue e seus derivados;
- Uso de corticoesteroides em doses elevadas e de imunossupressores, devendo-se esperar cerca de 3 meses após o tratamento.

IDADE	VACINA	DOSE
Ao nascer	BCG	Única
	Hepatite B	Única
2 meses	Pentavalente – difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B e <i>Haemophilus influenzae</i> B	1ª dose
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP	1ª dose
	Pneumocócica 10-valente – Pneumo 10	1ª dose
	Rotavírus humano	1ª dose
3 meses	Meningocócica C (atenuada)	1ª dose
4 meses	Pentavalente – difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B e <i>Haemophilus influenzae</i> B	2ª dose

	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP	2ª dose
	Pneumocócica-10-valente – Pneumo 10	2ª dose
	Rotavírus humano	2ª dose
<b>5 meses</b>	Meningocócica C	2ª dose
<b>6 meses</b>	Pentavalente – difteria, tétano, pertussis, hepatite B e <i>Haemophilus influenzae</i> B	3ª dose
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP	3ª dose
	COVID-19	1ª dose
<b>7 meses</b>	COVID-19	2ª dose
<b>9 meses</b>	Febre amarela	1ª dose
<b>12 meses</b>	Pneumocócica 10-valente – Pneumo 10	Reforço
	Meningocócica C	Reforço
	Tríplice viral – sarampo, caxumba, rubéola	1ª dose
<b>15 meses</b>	DTP – Difteria, tétano e pertussis	1º reforço
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP	1º reforço
	Hepatite A	Única
	Tetraviral – Sarampo, caxumba, rubéola e varicela	Única
<b>4 anos</b>	DTP – Difteria, tétano e pertussis	2º reforço
	Febre amarela	Reforço
	Varicela	1ª dose
<b>5 anos</b>	Febre amarela	1ª dose
<b>9 – 10 anos</b>	HPV4 – recombinante	1ª dose
<b>11 – 14 anos</b>	ACWY (Meningite)	1ª dose

### Orientações importantes para a vacinação da criança:

#### 1. Vacina BCG:

- Administrar o mais precoce possível, preferencialmente após o nascimento, de preferência na maternidade.
- Em RN com peso < 2000g, adiar a vacinação até que atinja este peso.
- Em hospitalizados com comprometimento do estado geral: adiar vacinação até a resolução do quadro clínico.
- Vacina disponibilizada até 4 anos 11 meses e 29 dias, ainda não vacinadas. Se fora da faixa etária preconizada, sem cicatriz, não devem ser revacinadas.
- Crianças vacinadas na faixa etária preconizada, que não apresentam cicatriz vacinal, não devem ser revacinadas.

- A comprovação da vacinação com BCG é feita por meio:
  - a) do registro no cartão ou caderneta de vacinação; e/ou
  - b) da identificação da cicatriz vacinal; e/ou
  - c) da palpação de nódulo no deltoide direito.
- Contraindicações:
  - Gestantes e pessoas imunodeprimidas.
  - RNs filhos de mães que utilizaram imunossupressores na gestação ou com história familiar de imunossupressão: adiar vacinação pelo menos até os 6 meses, ou contraindicada, dependendo da situação.
- Contatos de hanseníase (vacinação seletiva, nas seguintes situações):

Menores de 1 ano de idade:

  - Não vacinados: administrar 1 dose de BCG;
  - Comprovadamente vacinados que apresentem cicatriz vacinal: não administrar outra dose de BCG;
  - Comprovadamente vacinados que não apresentem cicatriz vacinal: administrar 1 dose de BCG 6 meses após a última dose.

A partir de 1 ano de idade:

  - Sem cicatriz: administrar 1 dose;
  - Vacinados com 1 dose: administrar outra dose de BCG, com intervalo mínimo de 6 meses após a dose anterior;
  - Vacinados com 2 doses: não administrar outra dose de BCG
- Pessoas expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV):
  - Criança não vacinada, deverá receber a vacina BCG se assintomática e sem sinais de imunodepressão.
  - A partir dos 5 anos, pessoas portadoras de HIV não devem ser vacinadas, mesmo assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência.

## 2. Vacina Hepatite B (recombinante):

- Administrar nas primeiras 24 horas de vida, preferencialmente nas primeiras 12 horas, ainda na maternidade. Pode ser administrada até 30 dias após nascimento.
- A continuidade do esquema vacinal será com a pentavalente – 2, 4 e 6 meses.
- A SBP recomenda 3 doses (ao nascer, 1 ou 2 meses e 6 meses), porém crianças com PN < 2000g ou IG < 33sem deverão receber, obrigatoriamente, 4 doses.
- **Situações especiais:**
  - Crianças que perderam oportunidade de receber a vacina até 1 mês: não devem mais receber essa dose.
  - Até 6 anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou esquema incompleto: iniciar ou completar esquema com vacina penta, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias (*esquema detalhado no tópico da vacina penta*).
  - > 7 anos que não têm comprovação vacinal: 3 doses da vacina, com intervalos de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (esquema 0, 1 e 6 meses).
  - Esquema vacinal incompleto: não é necessário reiniciá-lo, mas deve-se completá-lo conforme a situação encontrada.
- Gestantes, independentemente da Idade Gestacional: 3 doses, considerando o histórico vacinal e os intervalos preconizados. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, a conclusão deve ocorrer após o parto.
- Se interrupção após 1ª dose: administrar 2ª dose assim que possível, programando a 3ª dose para seis meses após a primeira, mantendo um intervalo mínimo de oito semanas entre a segunda e a terceira doses.
- Se apenas 3ª dose atrasada: administrar assim que possível, respeitando pelo menos oito semanas após a segunda dose

e 16 semanas após a primeira, com um intervalo mínimo de quatro semanas entre a primeira e a segunda doses.

- Prevenção da transmissão vertical: RN de mães portadoras da hepatite B fazer vacina e imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, nas primeiras 12 horas ou no máximo até 7 dias após nascimento. Administrar em locais anatômicos diferentes.
  - A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.

### **3. Vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* tipo b (conjugada) –Pentavalente:**

- Administrar aos 2, 4 e 6 meses. Intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. A terceira dose não deverá ser administrada antes dos 6 meses.
- Doses de reforço da vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis* administradas aos 15 meses (1º reforço) e aos 4 anos (2º reforço).
- Risco aumentado de desenvolver ou que desenvolveram eventos adversos graves à vacina de células inteiras: tríplice bacteriana acelular (DTPa) e hexa acelular.
- Contraindicações: crianças a partir dos 7 anos de idade.

### **4. Vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis* – DTP:**

- Administrar 2 reforços, aos 15 meses e aos 4 anos.
- Crianças com mais de 15 meses e menos de 7 anos 11 meses e 29 dias devem receber as 2 doses de reforço, sendo a primeira dose no mínimo 6 meses após a última dose do esquema primário (3 doses de penta) e respeitando o intervalo mínimo de 6 meses entre as doses de reforço.
- Na indisponibilidade da vacina DTP, administrar a penta como reforço.

- Contraindicações: crianças a partir de 7 anos de idade.
- 5. Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) – VIP:**
- Administrar quatro doses (2, 4, 6 e 15 meses).
  - Manter o intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias.
- 6. Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) – Pneumo 10v:**
- 2 e 4 meses, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.
  - Administrar 1 dose de reforço aos 12 meses de idade.
- 7. Vacina rotavírus humano G1P [8] (atenuada) – VRH:**
- Administrar 2 doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária:
    - Primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 15 dias
    - Segunda dose: 3 meses e 15 dias a 7 meses e 29 dias
  - Respeitar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
  - Se a criança vomitar, cuspir ou regurgitar, não repetir a dose.
  - Contraindicações: histórico de invaginação intestinal ou malformação congênita não corrigida do trato gastrointestinal. Adiar se quadro agudo de gastroenterite.
- 8. Vacina meningocócica C (conjugada):**
- Administrar duas doses aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, e mínimo de 30 dias. Administrar o reforço aos 12 meses.
  - Situações especiais entre 12 meses e 4 anos 11 meses e 29 dias:
    - Com as duas doses do esquema primário: dose de reforço.
    - Sem comprovação vacinal: dose única.

- Com comprovação de uma dose da vacina: uma dose de reforço.

#### **9. Vacina COVID-19:**

- 2 doses aos 6 e 7 meses, com intervalo de 4 semanas entre as doses.
- Menores de 5 anos, sem comprovação ou com esquema incompleto, poderão iniciar ou complementar o esquema vacinal até 4 anos 11 meses e 29 dias.
- Pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas; locais distintos.
- Se febre, doença aguda ou início agudo de doenças crônicas: após resolução.

#### **10. Vacina febre amarela (atenuada) – VFA:**

- Administrar 1ª dose aos 9 meses de idade e dose de reforço aos 4 anos.
- Crianças a partir de 5 anos que receberam só 1 dose da vacina devem receber 1 dose de reforço, respeitando intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
- Pessoas entre 5 e 59 anos não vacinadas devem receber apenas 1 dose (única).
- Pode ser administrada simultaneamente com a maioria das vacinas do calendário
  - Varicela: pode ser administrada simultaneamente, caso contrário, respeitar intervalo de 30 dias, no mínimo 15 dias.
  - Tríplice ou tetraviral: não administrar simultaneamente em < 2 anos – respeitar intervalo de 30 dias, mínimo 15 dias.
  - > 2 anos: podem ser administradas concomitantemente, porém, se não, respeitar o intervalo de 30 dias, mínimo 15 dias.
- Crianças com doença febril aguda moderada ou grave: adiar vacinação.

- Doença autoimune, doença neurológica desmielinizante, HIV/AIDS ou história de ESAVI (Evento Supostamente Atribuível à Vacinação ou Imunização) após vacina febre amarela em familiares próximos: analisar cada caso.
- Contraindicações: < 6 meses, em uso de imunobiológicos, transplantados, erros inatos da imunidade, doenças do timo, portadores de doença falciforme em uso de hidroxuureia e neutrófilos <1500 cels./mm<sup>3</sup>, corticoesteróide em dose imunossupressora.

### 11. Vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada) – Tríplice viral:

- Uma dose aos 12 meses e completar esquema com tetraviral aos 15 meses.
- 5 a 29 anos não vacinadas ou com esquema incompleto: receber ou completar esquema de 2 doses da tríplice, respeitando intervalo mínimo de 30 dias.
- 30 a 59 anos não vacinadas: receber 1 dose da tríplice viral.
- Trabalhadores da saúde (qualquer idade): 2 doses da tríplice viral comprovadas.
- Pode ser administrada simultaneamente com a maioria das vacinas do calendário
  - Varicela: pode ser administrada simultaneamente; caso contrário, respeitar intervalo de 30 dias, mínimo de 15 dias, entre as doses.
  - Febre amarela < 2 anos: não administrar simultaneamente; respeitar intervalo de 30 dias, mínimo de 15 dias.
  - Febre amarela > 2 anos: pode administrar simultaneamente, caso contrário, respeitar intervalo de 30 dias, mínimo de 15 dias.
- Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV): receber vacina de outro fabricante diferente do *Serum Institute of India*.
- Contraindicações: gestantes, < 6 meses, mesmo em situações de surto de sarampo, caxumba ou rubéola.

**12. Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)  
– Tetraviral:**

- Administrar 1 dose aos 15 meses de idade em crianças que tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral.
- Crianças não vacinadas aos 15 meses poderão receber a vacina até 4 anos, 11 meses e 29 dias.
- Em situações emergenciais e na indisponibilidade da vacina tetraviral, as vacinas tríplice viral e varicela podem ser utilizadas.
- Pode ser administrada simultaneamente com maioria das vacinas do calendário.
  - Febre amarela < 2 anos: não administrar simultaneamente, respeitando intervalo de 30 dias, mínimo de 15 dias.
  - Febre amarela > 2 anos: pode ser administrada simultaneamente, caso contrário, respeitar intervalo de 30 dias, mínimo de 15 dias.
- Contraindicações: gestantes e crianças expostas ao HIV – a vacinação destas crianças deve ser feita com a vacina tríplice viral.

**13. Vacina Varicela (atenuada):**

- Administrar uma dose aos 4 anos.
- Considera-se a primeira dose a da vacina tetraviral aos 15 meses de idade.
- Crianças não vacinadas aos 4 anos podem ser vacinadas até 6 anos, 11 meses e 29 dias.
- Indígenas a partir de 7 anos não vacinados ou sem comprovação ou sem história da doença: receber 1 ou 2 doses da vacina (conforme laboratório).
- Trabalhadores da saúde não vacinados ou sem história pregressa da doença: receber 1 ou 2 doses da vacina (conforme o laboratório produtor).

- Na indisponibilidade da vacina antivaricela, usar tetraviral a partir de 7 anos.
- Pode ser administrada simultaneamente com vacinas do calendário, mas se não administrada simultaneamente, respeitar intervalo de 30 dias, mínimo de 15 dias.
- Contraindicações: gestantes, crianças menores de 9 meses e imunodeprimidas.

#### **14. Vacina hepatite A (inativada):**

- Administrar 1ª dose aos 15 meses.
- 1 dose em crianças de até 4 anos, 11 meses e 29 anos ainda não vacinadas.

#### **15. Vacina meningocócica ACWY (conjugada) – Meningo-ACWY:**

- Um reforço ou uma dose, conforme situação vacinal, entre 11 e 14 anos.
- Pode administrar simultaneamente ou qualquer intervalo com outras vacinas.
- Adiar a vacina em adolescentes com doenças agudas febris moderadas ou graves. Resfriados de menor gravidade não contraindicam a vacina.

#### **16. Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – Vacina HPV4:**

- Duas doses com intervalo de 6 meses entre elas, entre 9 e 14 anos.
- Maiores de 15 anos ou imunossuprimidos: 3 doses com intervalo de 1 a 2 meses entre a primeira e a segunda doses e 4 meses entre a segunda e terceira doses.
- Contraindicações: gestantes.

#### **17. Vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente – Pneumo 23v:**

- Uma dose em indígenas a partir de 5 anos sem comprovação vacinal das pneumocócicas conjugadas. Repetir dose com intervalo mínimo de 5 anos.
- Contraindicações: crianças menores de 2 anos de idade.

#### **18. Difteria e tétano – dT adulto:**

- Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com a situação vacinal.
- Reforço a cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves.

#### **19. Influenza (gripe):**

- Dose única anual - a partir dos 6 meses de idade.
- Imunodeprimidos e situação epidemiológica de risco: considerar segunda dose, a partir de 3 meses após a dose anual.

## IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA – OS 10 SINAIS DE ALERTA

- Principal característica: presença de infecção de repetição e/ou grave.
- A presença de um ou mais dos sinais abaixo é indicativo de se investigar imunodeficiência primária (IDP):
  1. Duas ou mais pneumonias no último ano.
  2. Quatro ou mais novas otites no último ano.
  3. Estomatites de repetição ou monilíase por mais de dois meses.
  4. Abscessos de repetição ou ectima.
  5. Um episódio de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia).
  6. Infecções intestinais de repetição/diarreia crônica/giardíase.
  7. Asma grave, doença do colágeno ou doença autoimune.
  8. Efeito adverso ao BCG e/ou infecção por Micobactéria.
  9. Fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada à imunodeficiência.
  10. História familiar de imunodeficiência.

## COMO FALAR DA MORTE COM AS CRIANÇAS

- A reação de uma criança pela morte de um ente querido pode ser muito diferente da reação das pessoas adultas.
- As crianças de idade pré-escolar acreditam que a morte é temporária e reversível; esta crença está reforçada pelos personagens em desenhos animados que “morrem e revivem” várias vezes.
- Silenciar sobre a morte pode acarretar perturbações no desenvolvimento da criança que se tornam evidentes, sobretudo quando ela passa por certas experiências, como a perda e o luto.
- Fatores que podem influenciar no processo de luto e nas reações da criança: idade, etapa de desenvolvimento, estabilidade psicológica e emocional, intensidade dos laços afetivos e tipo de comunicação que se desenvolve dentro da família.
- O luto é vivenciado como uma imensa tristeza, uma perda de interesse pelo mundo, uma sensação de que a vida perdeu o sentido. Diante de tanta dor, é comum também a presença de sintomas no corpo, tais como dor no peito, alterações na memória, distúrbios no sono, etc.
- As reações mais frequentes da criança frente à morte são: manifestações somáticas, reações hostis em relação ao morto por se sentir abandonada por este (sobretudo se foi um dos progenitores que morreu), reações hostis aos outros, idealização das qualidades do ente perdido, identificação com ele, pânico decorrente da vivência do desamparo e culpa.

### **A criança é capaz de compreender a morte?**

- **Até os 5 anos:** não tem noção da morte como definitiva, percebe a morte apenas como ausência e falta ou um estado de sono. Associa-se à separação e percebe-a como temporária e reversível. Lactentes e crianças pequenas que

perderam uma pessoa amada sentem pesar e passam por períodos de luto tal como o adulto. Quatro etapas principais no processo de luto:

- 1. Fase de entorpecimento.
  - 2. Fase de protesto e busca da figura perdida.
  - 3. Fase de desorganização e desespero.
  - 4. Fase de reorganização.
- **Dos 5 aos 9 anos:** começa a entendê-la como “irreversível” e “inevitável”, ou seja, como o destino de todos, e como um estado em que todas as funções do corpo humano param de funcionar; tende a vê-la como se fosse uma pessoa que vem buscar alguém. As crianças entre cinco e nove anos começam a pensar mais como adultos acerca da morte mas, todavia, não podem imaginar que eles ou alguém que eles conheçam possa morrer.
  - **9 anos ou mais:** só depois dessa idade é que a criança compreende a morte com todas as suas características. Consegue ter uma compreensão da morte de forma mais abstrata, formulando hipóteses sobre a sua causalidade.
  - Crianças pequenas podem avançar etapas, adquirindo a capacidade de compreender a morte como irreversível. Crianças que tiveram experiências precoces com situações de morte, seja de pessoas próximas ou animais de estimação, constataam, pelas suas vivências, que a morte é para sempre! Assim, para compreender em que ponto do desenvolvimento a criança está, é importante escutá-la e permitir que ela fale sobre o tema.
  - Se pais e educadores fizerem isso, poderão evitar que adolescentes e adultos tenham uma visão distorcida, neurótica e assustadora da morte e, assim, enfrentem com mais resistência as frustrações da vida.

### **Preparar como?**

- Como experiência simples – como um brinquedo que quebra ou a necessidade de abandonar a chupeta, as

crianças vão aprendendo que tudo tem um tempo de duração.

- A ideia de que a vida tem limite pode ser introduzida através de exemplos reais: a flor colocada no vaso que, depois de seca, é jogada fora; a folhinha que cai da árvore; a formiguinha que não deve ser pisada.
- Isso é importante para que o primeiro contato da criança com a morte não seja apenas quando alguém da família morre. Porém, diante da morte de uma pessoa próxima, é melhor falar a verdade sempre.

### **O que fazer?**

- O adulto, em luto, angustia-se por ter que explicar algo que nem mesmo ele é capaz de entender. Afinal, o que dizer à criança sobre a morte? Diante dessa dificuldade, é comum deixar a conversa com a criança para depois, impedindo-a de ir ao velório, escondendo informações e, em alguns casos, mentindo sobre o destino da pessoa morta. A criança começa a ver a morte como um segredo, sentindo-se sozinha e desamparada.
- Por estar atenta aos sentimentos, olhos vermelhos, choro dos adultos, a criança percebe que algo ruim aconteceu, mesmo que não saiba dizer o que é. Importante lembrar que a criança é muito observadora, sendo capaz de captar no ar os segredos mais ocultos dos adultos.
- É de extrema importância que o adulto, ao atuar como facilitador no processo de luto da criança, compartilhe a dor pela perda da pessoa querida e favoreça a comunicação, buscando amenizar o sofrimento. A negação da morte por longo período, que serve para evitar as demonstrações de tristeza, não é saudável e pode resultar em problemas mais severos no futuro. Uma vez que a criança aceita a morte, é normal que manifeste sua tristeza. Depois da morte de um dos pais, muitas crianças agem como se tivessem idade

menor (regressão). A criança temporalmente age de maneira mais infantil.

- Não se deve obrigar uma criança assustada a ir ao velório ou ao enterro, entretanto, recomenda-se que se a faça participar de alguma cerimônia como, por exemplo, rezar uma prece ou visitar a sepultura. Tratar da morte, com mais naturalidade requer uma revisão abrangente. Considerar a morte como possibilidade pessoal é tarefa do ser humano que se inicia já na infância.
- Orientações:
  - Explique o que aconteceu com delicadeza e clareza.
  - Cuidado com as palavras. Crianças pequenas tendem a absorver literalmente a informação. Diga, por exemplo, “o vovô morreu”, em vez de “ele está descansando”, “dormindo” ou “ele partiu”.
  - Pergunte se a criança deseja ir ao enterro. Os rituais ajudam a elaborar a perda. Explique que haverá caixão e gente chorando. Não force sua participação.
  - Se ela for ao velório ou enterro, esclareça de maneira simples tudo o que está acontecendo. Se não for, conte o que aconteceu lá, evitando fantasias desnecessárias.
  - Crianças têm pensamento mágico e podem se sentir culpadas pela perda. Explique a causa da morte, mas não entre em detalhes sobre circunstâncias trágicas.
  - Não exagere, mas também não esconda a própria dor.
  - Pode ser que a criança pergunte se ela e os pais também morrerão. Responda que sim, mas isso vai demorar e todos os cuidados estão sendo tomados para preservar a vida de todos.
  - Fique atento ao comportamento da criança. Regressão, perda de apetite, hiperatividade e agressividade podem ser uma forma de manifestar

luto e sofrimento. Se persistirem, é necessária ajuda especializada.

- Mantenha, o mais possível, a rotina doméstica inalterada.
- Lembre-se...
  - A criança precisa de espaço para a dor e o choro. Isso permite que ela saia do luto mais facilmente. Chorar e sofrer com ela pode ser ótimo.
  - Deve-se, porém, deixar claro que a dor é grande, mas passa, e a vida continua de outro jeito.
  - Na maioria dos casos, o necessário é apenas uma conversa natural, sincera, abrindo espaço para falar sobre sentimentos, como saudade, tristeza, dor, medo, entre outros.

### **Quando a criança em luto precisa de ajuda psicológica?**

- O luto é um processo natural, diante de uma experiência de perda significativa. Não é considerado, assim, uma doença que precisa de intervenções imediatas.
- No geral, o luto vai se concluindo à medida que a dor vai sendo vivida e a busca de sentido para a perda e para a vida do morto vai sendo reconstruída. Porém, há situações em que esse processo vai se prolongando. O sofrimento torna-se intenso demais e o isolamento da pessoa impossibilita o retorno às suas atividades e à sua vida.
- No caso da criança, quando ela percebe que a morte não tem volta, que é para sempre, seus questionamentos sobre o porquê são invadidos por teorias em que fantasia e realidade se misturam. Diante da morte de um genitor, por exemplo, a criança pode acreditar que sua mãe foi embora porque ela se comportou mal, ou porque agrediu o irmão.
- Na mente das crianças, sentimentos de raiva e comportamentos agressivos podem causar a morte de uma pessoa querida. Diante disso, a criança pode apresentar embarços em seu processo de luto, e, em meio ao

sentimento de culpa, inicia comportamentos de autopunição, entrando em um processo depressivo.

- Observar como as crianças estão lidando com a morte de uma pessoa querida, observando seus comportamentos e sentimentos para que possam contar com ajuda especializada de um psicólogo, quando necessário.

## SEGURANÇA NA PRÁTICA ESPORTIVA – CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- A ciência tem realçado os inúmeros benefícios das atividades esportivas para crianças e adolescentes, na medida em que melhoram o condicionamento físico, auxiliam a prevenção e o tratamento da obesidade, favorecem a disciplina, constituem oportunidade de socialização, ajudando a valorizar as vitórias e aceitar as derrotas.
- Entretanto a participação em esportes não é isenta de perigos, por isso é necessário conhecer os principais riscos de cada tipo de esporte e colocar em prática as medidas de segurança.
- Os seguintes itens devem ser avaliados antes de se iniciar a prática esportiva:
  - Todas devem ser avaliadas pelo pediatra antes de iniciar atividades
  - O tipo de esporte deve ser escolhido de acordo com a idade, crescimento (peso, altura), desenvolvimento global, características, habilidade e a preferência da criança e/ou do adolescente.
  - Os equipamentos de proteção são indispensáveis para as atividades esportivas – uso de capacete para ciclistas, cavaleiros e esquiteiros.
  - A prática esportiva realizada com a presença de treinador capacitado e responsável contribui para a segurança dos participantes.
  - O local adequado para praticar os esportes garante a segurança. Locais improvisados e inadequados aumentam o risco de lesões.
  - É importante que os pais reconheçam não só as habilidades e o desempenho esportivo dos filhos, mas suas limitações nos esportes.

- Avaliar se o esporte está sendo favorável às condições emocionais da criança.
  - Usar roupas e calçados apropriados ao esporte.
  - Manter-se bem hidratado.
  - Usar protetor solar para a prática esportiva no sol.
  - Conhecer as regras do esporte que irá praticar.
  - Fazer aquecimento e alongamento.
  - Evitar treinamentos excessivos.
  - Praticar esporte somente se estiverem bem de saúde.
  - Se, apesar de todas as precauções, acontecer alguma lesão, o jovem deverá receber tratamento apropriado e retornar quando recuperado.
  - Sempre deve haver por perto pessoa capacitada para prover os primeiros socorros e colocar em prática as medidas de suporte básico de vida.
  - Pais, professores e instrutores devem sempre ressaltar a necessidade do respeito ao adversário e combater todas as formas de violência.
- A grande maioria das lesões ocorre no sexo masculino (70%) e a idade média de ocorrência é de 13 anos nos homens e 12,4 nas mulheres. Os estiramentos musculares e entorses articulares respondem por aproximadamente 32% destes casos, enquanto as fraturas 29%, as contusões 19% e escoriações e lacerações, 10%.
  - Idade: o início da prática esportiva muito cedo pode não ser benéfico para a criança. A participação em esportes coletivos é recomendada após os 6 anos.
  - Exame físico: avaliação – altura, peso e dados vitais.
  - Aquecimento e alongamento: exercícios de aquecimento, ou preparatórios, devem ser sempre realizados antes do início da atividade esportiva.
    - Iniciados devagar com intensidade progressiva, durante 5 a 15 minutos.

- A melhora da *performance* física deve ser alcançada de maneira gradual e progressiva, com aumento aproximado de 10% a cada semana de treinamento.

### Idade ideal para a prática esportiva:

Idade	Requisito	Esportes
Até 7 anos	Oferecer oportunidades para exercitar habilidades motoras básicas: correr, saltar, chutar, arremessar, segurar	Natação, corrida, salto, futebol, capoeira, surfe, danças, ginástica (rítmica e olímpica)
7 – 10 anos	Velocidade e combinação das habilidades anteriores	Ciclismo, atletismo
11 anos	Escolher modalidade levando em conta o tipo e a carga do exercício físico	Esportes de resistência: atletismo, ginástica, lutas, salto ornamental e esportes com bola
13 anos		<b>Competitivos</b>
Após estirão do crescimento	Força	Musculação, fisiculturismo, remo

### Efeitos colaterais do uso abusivo de esteroides anabolizantes:

Aumento de peso	Aumento de massa muscular e óssea	Tremores
Acne severa	Retenção de líquidos	Virilização
Dores articulares	Hipercolesterolemia	Hipertensão
Alterações hepáticas	Icterícia	Tumor hepático
Alterações sanguíneas	Exacerbação da apneia do sono	Estrias atróficas
Maior tendência às lesões do aparelho locomotor		
Contaminação pela AIDS e hepatite B por compartilharem seringas		

### Mitos:

- A suplementação com nutrientes essenciais ou suplementos comerciais não implementa a *performance* em jovens bem nutridos e fisicamente ativos, embora alguns suplementos como a creatina e a sobrecarga de carboidratos possam ter efeitos ergogênicos em certas circunstâncias e em determinados indivíduos.

### **Frequência de acordo com a faixa etária:**

- Até os 2 anos: estimular a brincar e interagir sempre. Bebês devem ser incentivados a serem ativos, mesmo que por curtos períodos, várias vezes ao dia. Crianças que conseguem andar sozinhas devem ser fisicamente ativas todos os dias durante pelo menos 180 minutos em atividades que podem ser fracionadas durante o dia e ocorrerem em ambientes fechados ou ao ar livre. Os 180 minutos podem incluir atividades leves (ficar de pé, movendo-se, rolando e brincando) e atividades mais energéticas (saltar, pular e correr).
- 3 a 5 anos: acumular pelo menos 180 minutos de atividade física de qualquer intensidade distribuída ao longo do dia, incluindo uma variedade de atividades em diferentes ambientes e que desenvolvam a coordenação motora.
- 6 a 19 anos: acumular pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa. Atividades de intensidade moderada a vigorosa são aquelas que fazem a respiração acelerar e o coração bater mais rápido, tais como pedalar, nadar, brincar em um *playground*, correr, saltar e outras atividades que tenham, no mínimo, a intensidade de uma caminhada.

## DISLIPIDEMIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

- A aterosclerose é um processo progressivo que se inicia na infância, até mesmo na vida intrauterina, e a dislipidemia pertence ao grupo de fatores de risco que aceleram sua evolução.
- A identificação precoce da dislipidemia, associada à mudança no estilo de vida e ao tratamento medicamentoso, quando necessário, pode atenuar o risco cardiovascular na vida adulta.
- Entre as principais formas de apresentação de dislipidemia na infância, destaca-se a hipercolesterolemia familiar, doença grave responsável por 5% a 10% dos casos de eventos cardiovasculares em pessoas < 50 anos.
- Estima-se que 35 milhões de indivíduos tenham hipercolesterolemia familiar, e que a cada minuto nasça uma criança com essa condição. Pode ser hetero ou homozigótica, hiperquilomicronemia ou hipertrigliceridemia familiar.

### Frequência de acordo com a faixa:

- Colesterol e triglicerídeos são os principais lipídeos plasmáticos. Os triglicerídeos transportam a energia dos alimentos e das reservas do organismo para as células. O colesterol participa da síntese dos ácidos biliares, hormônios esteroides e vitamina D. Como os lipídios são insolúveis em água, precisam ser transportados no plasma em associação a proteínas específicas, formando complexos solúveis – **lipoproteínas**. Na camada externa estão as **apoproteínas**, que se ligam aos receptores específicos das membranas das células responsáveis pelo metabolismo das lipoproteínas.
- Ciclo exógeno: transporte dos lipídios da dieta para a circulação sistêmica. Os enterócitos absorvem os lipídios da dieta na forma de colesterol livre, ácidos graxos e

monoacilglicerol. A maior parte dos triglicerídeos provém da dieta (75 a 150g/dia). Do colesterol, 2/3 são sintetizados pelo fígado e 1/3 vem da dieta.

- Ciclo endógeno: transporte dos lipídios para as células e de volta para o fígado. O tecido hepático sintetiza e secreta a lipoproteína de muito baixa densidade (*VLDL*) que transporta os triglicerídeos para os tecidos periféricos, onde são hidrolisados e liberados para as células. A lipoproteína de baixa densidade (*LDL*) conduz o colesterol plasmático, em jejum, fornecendo colesterol para o fígado e células periféricas. Aproximadamente 2/3 do *LDL* circulante é removido por tecidos extra-hepáticos. O *HDL* é produzido no fígado e no intestino, atua no transporte reverso do colesterol, capta o excesso de colesterol e os triglicerídeos liberados às células e os transporta de volta para o fígado, ou o transfere para o *VLDL*.

**Critérios diagnósticos e valores de referência:**

- Os valores plasmáticos dos lipídeos e lipoproteínas são influenciados por vários fatores metabólicos, genéticos, ambientais, além do sexo, idade e etnia.
- Valores de referência para o perfil lipídico (mg/dL) entre 2 e 19 anos:

Lipídios	Em jejum	Sem jejum
	Nível aceitável (mg/dL)	Nível aceitável (mg/dL)
<b>Colesterol total</b>	< 170	< 170
<b>LDL colesterol</b>	< 110	< 110
<b>HDL colesterol</b>	> 45	> 45
<b>Triglicerídeos</b>		
<b>0 – 9 anos:</b>	< 75	< 85
<b>10 – 19 anos:</b>	< 90	< 100
<b>Não-HDL-C</b>	< 120	–
<b>Apolipoproteína B</b>	< 90	–
*Colesterol total ≥ 230mg/dL pode indicar <b>hipercolesterolemia familiar</b> *Triglicerídeos > 440mg/dL: avaliar triglicérides após jejum de 12 horas *Não-HDL-C = (Colesterol total – HDL-C)		

### Quando indicar triagem para dislipidemia em crianças e adolescentes?

- Em crianças com múltiplos fatores de risco e história familiar de doença arterial coronariana ou de hipercolesterolemia.
- Com o aumento na incidência de obesidade, diabetes tipo 2 e síndrome metabólica em crianças e adolescentes, a triagem foi ampliada para outros fatores como hiperglicemia, resistência insulínica e Hipertensão Arterial Sistêmica.

Faixa etária	Triagem
< de 2 anos	Não há indicação de triagem
2 a 8 anos	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 anos	Triagem universal
12 a 16 anos	Triagem seletiva: se história familiar positiva ou um novo fator de risco, recomenda-se dosagem de dois perfis lipídicos em jejum (pelo menos 2 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 anos	Triagem universal

### Causas de dislipidemia em pediatria:

- Primárias (defeito hereditário no metabolismo lipídico) e secundárias (estilo de vida inadequado, doenças crônicas ou medicamentos).

- Principais causas de dislipidemia primária:

Grupo	Causas
Hipercolesterolemia	Hipercolesterolemia familiar homozigótica e heterozigótica; Dislipidemia familiar combinada; Disbetalipoproteinemia
Hipertrigliceridemia	Hiperquilomicronemia familiar (deficiência de lipoproteína lipase, deficiência de ApoC-II); Hipertrigliceridemia familiar; Dislipidemia familiar combinada, Disbetalipoproteinemia
Hipolipidemia	Hipoalfalipoproteinemia familiar, Doença de Tangier, Deficiência da LCAT, Hipobetaproteinemia familiar, Abetalipoproteinemia, Doença de retenção dos quilomícrons, Mutações da PSCK9

- Principais causas de dislipidemia secundária:

Grupo	Causas
Hábitos de vida	Tabagismo, etilismo, dieta rica em carboidratos ou gordura saturada
Doenças	<p><u>Endocrinopatias:</u> diabetes melito, hipotireoidismo descompensado, hipopituitarismo, hipercortisolismo, deficiência de GH, síndrome metabólica, obesidade, síndrome dos ovários policísticos.</p> <p><u>Nefropatias:</u> síndrome nefrótica, síndrome hemolítico-urêmica, injúria renal crônica</p> <p><u>Hepatopatias:</u> colestase, atresia biliar, síndrome de Alagille, cirrose biliar, colangite.</p> <p><u>Cardiopatias:</u> doença de Kawasaki, transplante cardíaco.</p> <p><u>Doenças de depósito:</u> glicogenoses, Doenças de Gaucher, Niemann-Pick e Tay-Sachs.</p> <p><u>Doenças do colágeno:</u> lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide.</p> <p><u>Outras doenças:</u> anorexia nervosa, porfiria aguda intermitente, síndrome de Klinefelter, síndrome de Werner, AIDS</p>
Medicamentos	Corticoesteroides, tiazídicos, betabloqueadores, Anticoncepcionais orais, esteroides anabólicos, ciclosporina, antirretrovirais, isotrentinoína.

- Alterações lipídicas nas principais causas de dislipidemia secundária:

Distúrbios	Alterações lipídicas		
	↑ LDL	↑ Triglicérides	↓ HDL
Endócrino-metabólicos	Hipotireoidismo Anorexia nervosa	Síndrome Metabólica Diabetes mellitus Obesidade Hipotireoidismo	Síndrome Metabólica Diabetes mellitus Obesidade
Outras doenças	Síndrome Nefrótica Hepatopatia	Síndrome Nefrótica Injúria renal, SIDA	
Hábitos de vida		Consumo de álcool Dieta rica em carboidratos	Sedentarismo Tabagismo
Medicações	Progestágenos Ciclosporinas Tiazídicos	Glicocorticoide, Estrógenos, Diuréticos, Isotretinoína, Betabloqueadores	Esteroides anabolizantes Betabloqueadores

### **Hipercolesterolemia familiar (HF):**

- Distúrbio autossômico dominante que silenciosamente leva a aumento do LDL-C, manifestando-se como eventos cardiovasculares e aumento da mortalidade em adultos jovens.
- Causada por mutações que diminuem o número ou a função dos receptores do LDL, levando ao aumento dos níveis séricos do LDL-C e do Colesterol Total.
- Critérios diagnósticos para hipercolesterolemia familiar (HF) em pediatria:

## O diagnóstico fenotípico da HF deve ser suspeitado na presença de história familiar de doença coronariana precoce + elevação do LDL-C

As alterações do perfil lipídico que sugerem HF, excluindo causas secundárias, são:
- LDL-C > 190mg/dl em duas ocasiões, após 3 meses de dieta
- LDL-C > 160mg/dl + doença coronariana precoce (<55 anos-homens; <60 anos-mulheres) em familiar de 1º grau
- LDL-C > 130mg/dl com um dos pais tendo diagnóstico genético
- LDL-C > 160mg/dl em um dos genitores
Testes genéticos para investigar mutações (LDL-R, Apo-B, PCSK9) – indicação:
- Detecção de mutação genética em um dos pais
- Morte de um dos genitores por doença arterial coronariana precoce

### Como investigar a dislipidemia em pediatria?

- Avaliar antecedentes familiares de doença cardiovascular, dislipidemia, diabetes, obesidade, hipertensão e tabagismo.
- Em algumas idades, recomenda-se a triagem universal.
- Objetivo diagnóstico: obter informações para classificação etiológica, estratificação de risco cardiovascular e orientação terapêutica.
- Anamnese: idade, sexo, história da dislipidemia, acompanhamento com nutricionista, hábitos de vida e alimentação, doenças de base, medicamentos causadores de dislipidemia e para tratamento, exames recentes.
- Exame físico: dados vitais e antropométricos, sinais sugestivos de depósitos de lipídios (arco corneal, lipemia *retinalis* [descoloração branco-creme dos vasos da retina]), xantelasma, xantomas), hepatoesplenomegalia, marcadores de doenças endócrino-metabólicas (*acantosis nigricans*, face pletórica, hirsutismo, acne, estrias violáceas, giba torácica, bócio, pele fria e seca). Investigar sinais clínicos de hipolipemia (opacidade corneana, tonsilas alaranjadas, ataxia, retinite pigmentosa).
- Laboratório: dosagem do perfil lipídico que dispensa o período de jejum.

- Recomendações para dosagem do perfil lipídico: evitar estase venosa prolongada durante a coleta (pode aumentar valores dos lipídios), evitar medicamentos que interferem no perfil lipídico, manter dieta habitual, não realizar atividade física vigorosa 24 horas antes do exame, não consumir álcool 72 horas antes, dar intervalo mínimo de 8 semanas entre a coleta e uma cirurgia.

**Fatores considerados para o tratamento da dislipidemia em crianças:**

- História familiar positiva de infarto do miocárdio, angina, morte súbita em pais, avós ou tios (< 55 anos – mulheres e < 65 anos – homens).
- Fatores de alto risco: hipertensão tratada, IMC (p>97%) e tabagismo. Hipercolesterolemia familiar homozigótica, diabetes melito, doença renal crônica, doença renal em estágio final, pós-transplante renal, pós-transplante cardíaco, doença de Kawasaki com aneurisma.
- Fatores de moderado risco: hipertensão sem tratamento, IMC entre p95-97% e HDL-c abaixo de 40 mg/dL. Hipercolesterolemia familiar heterozigótica, Doença de Kawasaki com aneurisma coronariano regredido, doença inflamatória crônica (lupus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide juvenil, síndrome nefrótica e infecção pelo HIV).

**Como tratar a dislipidemia em pediatria:**

- Tratar causas secundárias (suspender medicações causais, tratar doença de base, modificar estilo de vida) e, em casos mais graves, a farmacoterapia.

Modificação do estilo de vida:

- A Academia Americana de Pediatria recomenda que todas as crianças realizem atividade física moderada a vigorosa pelo menos 1 hora por dia.

- Tempo sedentário dispensado em telas seja de no máximo 2 horas, somando televisão, computador, jogos eletrônicos e *smartphones*.

#### Dieta:

- Todas as crianças > 2 anos devem ser orientadas a manter dieta em que gorduras representem < 30% do valor calórico (saturadas <10% e colesterol < 300mg/dia)
- Utilizar produtos lácteos semidesnatados para crianças a partir de 1 ano com obesidade ou com história familiar de dislipidemia, doença cardiovascular e obesidade
- Substituir gorduras saturadas de origem animal (manteiga, banha, *bacon*) por poli-insaturadas (óleo de girassol, milho, soja) ou monoinsaturadas (azeite de oliva, óleo de canola).
- Evitar consumo de gorduras trans que são ácidos graxos insaturados formados no processo de hidrogenação de óleos vegetais líquidos.
  - Presentes em margarina, chocolate, sorvetes, pães, bolachas, molhos para salada, maionese, cremes para sobremesa e óleos para fritura.
- Aumentar ingestão de fibras solúveis pela dieta ou medicamentos. Fibras solúveis: pectina (frutas) e gomas (aveia, cevada, feijão, grão de bico, ervilha, lentilha). Recomenda-se: 5g/dia + idade (anos) até dose máxima de 20 g/dia.
- Substituir carboidratos simples por complexos, diminuindo consumo de açúcar.
- A restrição dietética é o suporte principal no tratamento da hipertrigliceridemia. Crianças e adolescentes com hipertrigliceridemia primária ou secundária devem seguir uma dieta restrita.

#### Medicamentos:

- Não há estudos comprovando a segurança em longo prazo, nem a eficácia.
- Possibilidade de farmacoterapia para tratar dislipidemias em crianças:

- Níveis séricos de LDL > 190 mg/dL, na ausência de fatores de risco;
- Níveis séricos de LDL > 160 mg/dL, na presença de fatores de risco;
- Níveis séricos de LDL > 130 mg/dL em pacientes com diabetes melito;
- Triglicérides > 500 mg/dL, com obesidade grave ou com formas monogênicas de dislipidemia, nas quais modificações isoladas no estilo de vida são incapazes de normalizar o colesterol.
- **Estatinas (sinvastatina, atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, rosuvastatina [> 10 anos] e pravastatina [> 8 anos]):**
  - Inibem a síntese da coenzima A, reduzindo a produção de lipídios.
  - Iniciar com a menor dose, após dosagem basal de TGO, TGP e CPK.
  - Após início da terapia, repetir essas dosagens, associadas ao perfil lipídico após 4 a 8 semanas e, depois, a cada 3 a 6 meses.
  - Efeitos colaterais: ↑ enzimas hepáticas e CPK, dor abdominal, náuseas, cefaleia, mialgia, miosite, rabdomiólise e teratogênese.
  - Alvo do LDL < 130 mg/dl, idealmente < 100 mg/dl se alto risco (História Familiar).
  - A dose pode ser aumentada gradualmente até a dose máxima.
- **Resinas ou sequestrantes de ácidos biliares (colestiramina, colestipol, colesevelam):**
  - Grandes polímeros não absorvíveis, que se ligam aos ácidos biliares na luz intestinal, diminuindo a reabsorção e circulação entero-hepática do colesterol.
  - Efeitos colaterais: ↓ palatabilidade, ↓ absorção intestinal de vitaminas lipossolúveis (A,D,E,K) e

folato, ↓ absorção medicamentosa (digoxina, tiroxina, estatinas, ferro), ↑ triglicerídeos, homocisteína, acidose hiperclorêmica e manifestações do TGI.

- **Fibratos (bezafibrato, fenofibrato, genfibrozil, ácido fenofibrico):**

- Hipolipemiantes de 1ª linha no manejo da hipertrigliceridemia grave, quando triglicerídeos > 500 mg/dL.
- Diminuem a lipólise periférica e a extração hepática de ácidos graxos livres, inibem a síntese hepática de *VLDL*, aumentam a atividade da lipase lipoproteica e a excreção biliar do colesterol hepático.
- Reduz 25-50% os níveis de triglicerídeos e elevam *HDL* em 15-20%.
- Principal efeito adverso: miopatia, especialmente quando usados em associação com estatinas. Outros: náuseas, vômitos, dor abdominal, leucopenia, ↑ transaminases e CPK, mialgia, fraqueza muscular.
- Contraindicados em pacientes com doença renal grave.

- **Fitoesteróis:**

- Esteróis produzidos pelos vegetais. Agem na luz intestinal, competindo com o colesterol ingerido nos alimentos, diminuindo sua absorção.
- O uso de 1-3g/dia + dieta saudável, reduz de 10-15% do *LDL-C* a partir da 3ª semana de tratamento.
- Recomendado para uso em crianças acima de 6 anos de idade.

- **Ácidos graxos ômega-3:**

- Ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa derivados do óleo de peixes de águas profundas (salmão, atum), algumas plantas e nozes.

- EPA(ácido eicosapentaenoico) e DHA(ácido docosahexaenoico) são os mais eficazes no tratamento da dislipidemia.
- Dose: 1 a 4g/dia, VO, 1 vez ao dia, como tratamento coadjuvante das hiperlipidemias moderadas a graves.
- Para uso em crianças pequenas: perfurar a cápsula e retirar o óleo.
- Recomenda-se: 1.000 mg de EPA e 500 mg de DHA por cápsula.
- Efeitos colaterais: gastrointestinais.
- Apresentação comercial e posologia dos principais hipolipemiantes:

Droga	Apresentação comercial	Posologia (via oral)
<b>Estatinas</b>		
<b>Atorvastatina</b>	Citalor <sup>®</sup> , Lipitor <sup>®</sup> , Lipistat <sup>®</sup> , Lipigram <sup>®</sup> , Ateroma <sup>®</sup> (10, 20, 40, 80 mg)	Dose inicial = 5-10 mg, 1x/dia. Dose máxima = 40 mg, 1x/dia
<b>Fluvastatina</b>	Lescol <sup>®</sup> (20, 40 e comp. XL 80 mg)	Dose inicial = 10-20 mg, 1x/dia Dose máxima = 80 mg, 1x/dia
<b>Lovastatina</b>	Lovax <sup>®</sup> , Mevacor <sup>®</sup> , Neolipid <sup>®</sup> , Reducoil <sup>®</sup> (10, 20, e 40 mg)	Dose inicial = 5-10 mg, 1x/dia Dose máxima = 40 mg, 1x/dia
<b>Pravastatina</b>	Mevalotin <sup>®</sup> , Pravacor <sup>®</sup> (10, 20, 40 mg)	Dose inicial = 5-10 mg, 1x/dia Dose máxima = 40 mg, 1x/dia
<b>Rosuvastatina</b>	Crestor <sup>®</sup> , Vivacor <sup>®</sup> (10 e 20 mg)	Dose inicial = 5 mg, 1x/dia Dose máxima = 20 mg, 1x/dia
<b>Sinvastatina</b>	Androlip <sup>®</sup> , Lovacor <sup>®</sup> , Vaslip <sup>®</sup> , Zocor <sup>®</sup> (5, 10, 20, 40 e 80 mg)	Dose inicial = 5 mg, 1x/dia Dose máxima = 40 mg, 1x/dia *Doses ≥ 80 mg/dia = miopatia
<b>Pitavastatina</b>	Livalo <sup>®</sup> (2 e 4 mg)	Dose inicial = 1 mg/dia Dose máxima = 4 mg/dia
<b>Sequestrantes de ácidos biliares</b>		
<b>Colestiramina</b>	Questran Light <sup>®</sup> (envelopes com 4g)	Inicial = 0,25-0,5g/Kg/dia, 12/12h. ou 8/8h Dose máxima = 8 gramas/dia
<b>Inibidores da absorção do colesterol</b>		
<b>Ezetimibe</b>	Ezetrol <sup>®</sup> , Zetia <sup>®</sup> (comp. 10 mg)	Dose inicial = 10 mg, 1x/dia Dose máxima = 10 mg, 1x/dia

<b>Fibratos</b>		
<b>Bezafibrato</b>	Cedur Retard® (comp. 400 mg)	Dose inicial = 200 mg, 1x/dia Dose máxima = 400 mg, 1x/dia
<b>Ciprofibrato</b>	Lipless®, Oroxadin® (comp. 100 mg)	Dose usual = 100 mg, 1x/dia
<b>Fenofibrato</b>	Lipanon®, Lipidil® (200 e 250 mg)	Dose usual = 250 mg, 1x/dia
<b>Ezetimiba + Estatina</b>		
<b>Ezetimiba + Sinvastatina</b>	Vytorin®, Zetsim® (4 apresentações: 10/10; 10/20; 10/40 e 10/80 mg)	Dose inicial = 10/10 mg Dose máxima = 10/40 mg
<b>Ezetimiba + Atorvastatina</b>	Liptruzet®, Orvatez®, (10/10; 10/20; 10/40 e 10/80 mg)	Dose inicial = 10/10 mg Dose máxima = 10/80 mg

## DIAGNÓSTICO PRECOCE DO AUTISMO

Sinais de alerta		
6 meses	9 meses	12 meses
Poucas expressões faciais; Baixo contato ocular; Ausência de sorriso social; Pouco engajamento sociocomunicativo.	Não faz troca de turno comunicativa; Não balbucia “mamã/papa”; Não olha quando chamado, para onde adulto aponta; Imitação pouca ou ausente.	Ausência de balbucios; Não apresenta gestos convencionais (dar tchau); Não fala mamãe/papai; Ausência de atenção compartilhada.
<b>Em qualquer idade: perda de habilidades</b>		

- A busca por sinais precoces do autismo continua sendo uma área de intensa investigação científica, pois a intervenção precoce está associada a ganhos significativos no funcionamento cognitivo e adaptativo da criança.

### **São sinais sugestivos no primeiro ano de vida:**

- Perder habilidades já adquiridas, como balbucio ou gesto dêitico (apontar) de alcançar, contato ocular ou sorriso social;
- Não se voltar para sons, ruídos e vozes no ambiente;
- Não apresentar sorriso social;
- Baixo contato ocular e deficiência no olhar sustentado;
- Baixa atenção à face humana (preferência por objetos);
- Demonstrar maior interesse por objetos do que por pessoas;
- Não seguir objetos e pessoas próximos em movimento;
- Apresentar pouca ou nenhuma vocalização;
- Não aceitar o toque;
- Não responder ao nome;
- Imitação pobre;
- Baixa frequência de sorriso e reciprocidade social, bem como restrito engajamento social (pouca iniciativa e baixa disponibilidade de resposta);

- Interesses não usuais, como fixação em estímulos sensório-viso-motores;
- Incômodo incomum com sons altos;
- Distúrbio de sono moderado ou grave;
- Irritabilidade no colo e pouca responsividade no momento da amamentação.

**O médico pediatra deve avaliar o DNPM e aplicar o MCHAT-R (entre 16 e 30 meses) e assim que tenha a suspeita diagnóstica, deve:**

- Orientar os pais quanto à estimulação adequada – interação com os pais, harmonia no lar, brincadeiras, contato afetivo, tempo de tela, qualidade de tela, tempo de sono, alimentação, brincadeiras ao ar livre.
- Reavaliar em um mês:
  - Se alcançou os marcos: manter acompanhamento e estimulação;
  - Se não alcançou os marcos: encaminhar para serviço de estimulação interdisciplinar especializado; para avaliação com médico especializado em Transtorno do Espectro Autista; e manter consultas próximas com a criança e os pais para apoio e acompanhamento do tratamento de reabilitação.

## USO DA INTERNET POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES

### 1. PRINCIPAIS PROBLEMAS MÉDICOS E ALERTAS DE SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ERA DIGITAL:

- Dependência digital e uso problemático das mídias interativas;
- Problemas de saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão;
- Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade;
- Transtornos do sono;
- Isolamento, no quarto ou em casa, por períodos longos;
- Transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia;
- Sedentarismo e falta da prática de exercícios;
- *Bullying & cyberbullying*;
- Transtornos da imagem corporal e da autoestima;
- Riscos da sexualidade, nudez, sextorsão, abuso sexual, estupro virtual;
- Comportamentos autolesivos, indução e riscos de suicídio;
- Aumento da violência, abusos e fatalidades;
- Problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador;
- Problemas auditivos e perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR);
- Transtornos posturais, lesões de esforço repetitivo e músculo-esqueléticos;
- Uso de nicotina, *vaping*, bebidas alcoólicas, maconha, anabolizantes e outras drogas.

### 2. SUSPEITA DE ABUSO:

- Outras evidências podem levar a suspeita de que uma criança ou adolescente possa estar sofrendo alguma forma de abuso, aqui entendido como qualquer forma de maus-

tratos físico, emocional ou sexual - como o aparecimento de:

- Agressividade excessiva;
  - Marcas de chupadas e mordidas auto-infligidas;
  - Distúrbios de fala e de sono;
  - Compulsões, fobias e crises “histéricas”;
  - Sentimentos negativos em relação a si próprio;
  - Faltas à escola;
  - Comportamento destrutivo;
  - Dificuldade em permanecer sozinho junto de algumas pessoas;
  - Mudanças súbitas de personalidade;
  - Utilização de termos pouco usuais ou novos nomes para partes do corpo;
  - Queda abrupta do rendimento escolar.
- Alguns destes sinais ocorrem em outras situações – exemplo: usuários de drogas.

### **3. COMO AS CRIANÇAS ENTENDEM O QUE ASSISTEM NA TELEVISÃO:**

- 2 a 3 anos: a TV é uma espécie de “janela mágica” – aparência é igual à realidade.
- 4 a 5 anos: generalizam a ideia de que tudo que aparece na TV “é de mentira”. Depois começam a entender ora como real, ora como ficção. Mais tarde começam a distinguir programas infantis de anúncios, notícias. Nesta idade também começam a identificar ações impossíveis. Exemplo: Super-homem.
- 6 a 11 anos: apresentam progressiva comparação entre realidade e ficção. Até os 8 anos ainda são baseadas em suas próprias experiências. Sabem descrever a realidade e identificar os passos de uma produção: atores, roteiros, cenários. Têm avanços importantes na diferenciação de programas infantis e comerciais, telejornais, novelas.

- A partir de 12 anos: já apresentam certo juízo do que é provável acontecer na realidade ou não.

## ORIENTAÇÕES AOS PAIS SOBRE O USO DA TV POR CRIANÇAS

### 1. RECOMENDAÇÃO AOS PAIS:

- Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade (nem passivamente!);
- Crianças entre 2 e 5 anos: limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores responsáveis;
- Crianças entre 6 e 10 anos: limitar o tempo de telas 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* 2-3h/dia, e nunca deixar “virar a noite” jogando. Aumento dos riscos à saúde e problemas comportamentais com uso de mais de 4-5h/dia;
- 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;
- Todas as idades: sem telas nas refeições; 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.
- Conectar-se e dialogar com seus filhos sempre, e fora das telas é o melhor caminho para se evitar a dependência tecnológica;
- Encontros com desconhecidos *online* ou *off-line* devem ser evitados, saber com quem e onde seu filho está, e o que está jogando ou sobre conteúdos de risco transmitidos

(mensagens, vídeos ou *webcam*), é responsabilidade moral e legal dos pais/cuidadores.

## **2. REGRAS BÁSICAS PARA OS FILHOS:**

- Nunca forneça sua senha para outras pessoas conhecidas ou não.
- Jamais revele informação pessoal como seu nome real, onde você mora, os nomes de seus pais e irmãos, seu número de telefone e onde é sua escola.
- Nunca envie fotos suas ou de sua família a desconhecidos através da Internet.
- Não dê prosseguimento a conversas que os façam sentir-se desconfortáveis ou que se tornem demasiadamente pessoais. Informe seus pais se isto ocorrer.
- Informe-os se receber comunicações ameaçadoras ou com linguajar baixo.
- Nunca concorde em se encontrar com alguém que você conheceu através da Internet sem o conhecimento de seus pais.
- Não aceite produtos ou oportunidades oferecidas através da Internet.
- Nunca preencha cadastros *online* (questionários com informações pessoais) sem a aprovação de seus pais.
- Lembre-se de que as pessoas na Internet podem ser qualquer um, em qualquer lugar e que nem sempre são o que e quem dizem ser.
- Cuide de você e de sua família.

## **3. RECOMENDAÇÕES AOS PROFISSIONAIS:**

- Identificar, avaliar e diagnosticar o uso inadequado, precoce, excessivo, prolongado, problemático ou tóxico de crianças e adolescentes, para tratamento e intervenções imediatas e prevenção do aumento dos transtornos físicos, mentais e comportamentais associados ao uso problemático e à dependência digital;

- Leis de proteção social e do uso seguro e ético das tecnologias existem, devem ser respeitadas por todos e multiplicadas em campanhas de educação em saúde acessíveis ao público em geral.
- Responsabilidade social é uma questão de direitos à saúde e prevenção de riscos para Crianças e Adolescentes na Era Digital.

#### **4. TRÊS MANEIRAS, SEM TELA, DE SE ENVOLVER COM SEUS FILHOS PEQUENOS E APRIMORAR SUAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO:**

- 1) Jogue juntos:
  - Jogos aparentemente simples, como esconde-esconde, servem a um propósito importante: promovem interação face a face. Eles ensinam a troca de turnos e reforçam partes essenciais do vínculo e conversa.
- 2) Compartilhe um foco em comum:
  - Leia um livro juntos, compartilhe um brinquedo, olhe para o mesmo cachorro em um parque. Quando duas pessoas se concentram na mesma coisa ao mesmo tempo, elas se envolvem no que é chamado de "atenção conjunta". Esta é uma parte vital da comunicação e uma forma de jogo. A atenção conjunta ajuda a desenvolver habilidades sociais importantes. Ela permite que uma criança compartilhe uma experiência com outra pessoa e veja o ponto de vista de outra pessoa. Compartilhar o foco permite que uma criança saiba que você está interessado no que ela diz ou faz. Quando os pais estão em seus celulares, eles não estão totalmente focados nos mesmos pontos de atenção que seus filhos e perdem oportunidades importantes para desenvolver essa habilidade.
- 3) Servir e devolver:

- Falar e entender palavras são apenas parte do quebra-cabeça da comunicação. Sinais não verbais, como contato visual, expressões faciais, gestos e linguagem corporal, fornecem informações adicionais.
- Mesmo na infância, uma criança pode reconhecer emoções e entender a intenção de uma mensagem. Quando você usa um celular, essas dicas não verbais para seu filho geralmente são reduzidas ou interrompidas completamente. Assim, eles podem perder sinais não verbais importantes que fazem parte do aprendizado da comunicação.

## **5. DICAS PARA GERENCIAR A SOBRECARGA DE TECNOLOGIA:**

- Pode ser difícil manter o telefone longe, especialmente porque a maioria dos pais também usa seus telefones para tirar fotos e vídeos dos filhos. Criar limites para promover o uso da tecnologia de maneira saudável pode ajudar. Algumas sugestões:
- Crie horários regulares sem tecnologia: Como parte da rotina diária, torne dispositivos como TVs, telefones, computadores, jogos ou outros, fora dos limites em horários específicos. Pausas mais prolongadas da tecnologia a cada dia são benéficas, especialmente para famílias com crianças muito pequenas.
- Designe saídas sem tecnologia: Uma ida à fazenda ou ao zoológico, uma brincadeira no parque, um dia na piscina. A maioria dos pais adora tirar fotos de seus filhos para compartilhar, mas tente deixar algumas atividades não documentadas. Guardar o telefone permite que todos desfrutem de momentos divertidos e ininterruptos e se concentrem em conversar e se comunicar uns com os outros.

- Use a tecnologia de forma interativa: Se você estiver usando um telefone ou outro dispositivo, use-o com seus filhos - juntos. Fale sobre o que você vê, faça perguntas e envolva-os cara a cara.
- Defina seus próprios cronômetros: Os pais costumam dizer que usam o telefone para "escapar" um pouco do estresse dos pais, mas o *feed* interminável pode levar a mais tempo de rolagem do que pretendiam! Se você precisar de uma pausa rápida de seus filhos, defina um cronômetro para se lembrar de se envolver novamente com eles.

## **6. OS “DEZ MANDAMENTOS DE UM PROGRAMA DE QUALIDADE”:**

- 1) Não ser apelativo.
- 2) Gerar curiosidade.
- 3) Ser atraente.
- 4) Confirmar valores.
- 5) Ter fantasia.
- 6) Gerar identificação.
- 7) Mostrar a realidade.
- 8) Despertar o senso crítico.
- 9) Incentivar a auto-estima.
- 10) Preparar para a vida.

## SUGESTÕES DE BRINQUEDOS INDICADOS PARA CADA IDADE

- Brincar é uma das melhores formas de estimular o desenvolvimento e o potencial infantil.
- Cada faixa etária, porém, exige brinquedos com características específicas, que não coloquem em risco a saúde e a integridade física e mental da criança.
- Atenção: cuidado ao comprar brinquedos com baterias pequenas (botão ou moeda de lítio) ou ímãs de alta potência.
  - Se eles se soltarem, as crianças mais novas podem colocar na boca, nariz ou orelhas, causando ferimentos graves.

<b>0 a 5 meses</b>	Chocalhos, brinquedos musicais, mordedores, brinquedos de berço, móveis, livrinhos de pano ou plástico, bolas com texturas diferentes para serem agarradas com as duas mãos.
<b>6 meses a 1 ano</b>	Brinquedos flutuantes (patinhos de borracha que bóiam na água), cubos que tenham guizos embutidos ou ilustrações, caixas ou brinquedos que se encaixam uns dentro dos outros, argolas empilháveis, brinquedos para martelar, empilhar e desmontar, brinquedos eletrônicos de aprendizado, mesa pequena com cadeirinhas na altura em que a criança possa alcançar os pés corretamente no chão, telefone de brinquedo, espelhos, brinquedos que emitem sons por meio de botões de apertar, girar ou empurrar.
<b>1 a 2 anos</b>	Brinquedos de variadas texturas (estimulam os sentidos da visão, da audição e do tato), bonecas de tecido e bichos de pelúcia feitos de materiais atóxicos, livros e álbuns de fotografia com ilustrações dos familiares e objetos conhecidos, brinquedos de empurrar ou puxar, brinquedos de montar e desmontar. Os brinquedos devem ter cores vivas e não podem ser tóxicos.
<b>2 a 3 anos</b>	Bolas, muitos blocos de brinquedos para empilhá-los e colocá-los dentro de caixas, brinquedos de encaixar e desmontar, brinquedos musicais, carrinhos, bonecas, cavalinho de balanço, brinquedos para praia ou piscina, brinquedos de equilibrar um em cima do outro. Nesta idade deve-se ensinar a criança a organizar e recolher os brinquedos.

<p><b>3 a 4 anos</b></p>	<p>Triciclo, carrinho grande de puxar, aviões, trenzinhos, brinquedos infláveis, bolhas de sabão, caixas de areia com pás e cubos, cabaninhas, casas de bonecas, ferramentas de brinquedos, massinha de modelar, objetos domésticos, fantasias, máscaras, fantoches, instrumentos musicais de brinquedo como pandeiros, pianinhos, trombetas e tambores, brinquedos de montar e desmontar mais complicados, blocos de formas e tamanhos variados, jogos e quebra-cabeças simples, lápis de cor e papel para desenhar (círculos, bonecos, enumerar os elementos de uma ilustração, colorir), livros com diferentes ilustrações e histórias alegres.</p>
<p><b>4 a 6 anos</b></p>	<p>Esta é a fase do mundo imaginário, sua criatividade está se desenvolvendo. Os brinquedo nesta fase devem auxiliar a criança a entrar no mundo da fantasia, por exemplo: dinheirinho de brinquedo, caixa registradora, casas de boneca com móveis, telefone, cidadezinhas, circos, fazendas com animais, materiais de papelaria, postos de gasolina, meios de transporte (caminhões, automóveis e pistas, motos, aviões, trens elétricos, barcos e tratores), instrumentos musicais e eletrônicos, jogos. Nesta idade, a criança começa a sentir o que chamamos de medos infantis, como o medo do escuro, as bruxas, o bicho papão e outras coisas feias que impedem que a criança durma, desta forma recomendamos uma boneca ou um ursinho de pelúcia, que tem a função de ajudar as crianças a superarem esta fase.</p>
<p><b>Acima de 6 anos</b></p>	<p>Jogos de tabuleiro, bolinhas de gude, pipas, carros de corrida, trens elétricos, argila para modelar, pincel, brinquedos de mágica, artigos esportivos, bicicletas, patins, <i>skate</i>, jogos eletrônicos, de memória, <i>videogames</i>, patinetes, futebol de botão, <i>laptops</i>, brinquedos colecionáveis, chaveiros, brinquedos eletrônicos, jogos de cartas, <i>kits</i>, pistas de carrinhos, quebra-cabeças.</p>

## CRITÉRIOS PARA O ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO

1. Peso ao nascer  $< 2.000\text{g}$  e  $\geq 4.000\text{g}$ ;
2. Prematuridade  $\leq 34$  semanas;
3. Asfixia perinatal aos 5 minutos (apgar  $\leq 7$ ) ou qualquer problema clínico/laboratorial sugestivo de Síndrome Hipóxico-Isquêmica ou Síndrome de Asfixia Perinatal;
4. Hiperbilirrubinemia (RN a termo  $> 20$  e todos os RNs com níveis limítrofes para exsanguineotransusão e RNs submetidos à exsanguineotransusão);
5. Infecções crônicas – STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;
6. Doença genética, malformações congênitas graves (com repercussão clínica), cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;
7. Testes de triagem neonatal alterados;
8. Desenvolvimento neuropsicomotor insatisfatório para a faixa etária;
9. Sinais de violência/maus tratos;
10. Desnutrição grave e/ou obesidade;
11. Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação;
12. PIG abaixo de 2 desvios-padrão;
13. Hemorragia intracraniana, documentada por ultrassonografia ou tomografia (incluir cisto porencefálico, malformação ou hematoma subdural);
14. Infecções adquiridas (meningite neonatal, sepse, osteomielite);
15. Displasia broncopulmonar;
16. Parada cardiorrespiratória (documentada); reanimação/medicação;
17. Gemelaridade: se um gêmeo tem peso  $< 1.750\text{g}$ ;
18. Problemas nutricionais: curva de peso ou perímetro cefálico insuficiente.

### **Classificação do RN de acordo com o peso de nascimento:**

- Macrossômico:  $\geq 4000\text{g}$
- Normal: 2500 a 4000g
- Baixo peso:  $< 2.500\text{g}$
- Muito baixo peso:  $< 1.500\text{g}$
- Extremo baixo peso:  $< 1.000\text{g}$ .

### **Classificação do RN conforme peso de nascimento e idade gestacional:**

- Pequeno para idade gestacional (PIG):  $<$  percentil 10
- Adequado para idade gestacional (AIG): entre percentil 10 e 90
- Grande para idade gestacional (GIG):  $>$  percentil 90

### **Cronograma de consultas propostas:**

- Primeira consulta: 7 a 10 dias após a alta
- Revisões mensais: até 6 meses de idade corrigida
- Revisões bimestrais ou trimestrais: 6 meses aos 12 meses de idade corrigida
- Revisões trimestrais: 13-24 meses
- Revisões semestrais: 2 a 4 anos de idade cronológica
- Revisões anuais: 4 anos até a puberdade
- Rotina:
  - Avaliação neuropediátrica, oftalmológica e otorrinolaringológica.
  - Outros: cirurgia pediátrica (hérnias), ortopedia (displasia congênita de quadril), cardiologia, pneumologia.
  - Desvios do desenvolvimento – avaliação multidisciplinar: fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo.

### **Considerações gerais:**

- Crescimento: Idade corrigida = idade cronológica - (40 semanas - referencial)
  - *Ex. PMT 32 semanas de IG e 3 meses de idade: corrigida = 1 mês*
- A idade gestacional corrigida é usada para:
  - **PC até 18 meses;**
  - **Peso até 2 anos;**
  - **Estatura até 3 anos e meio.**
- **Utilizar idade corrigida pelo menos até 3 anos (36 meses).**
- Padrão de crescimento pós-natal de prematuros:
  - Sem doença neonatal grave: alcançam crescimento normal próximo de 1 ano de idade corrigida.
  - Evolução grave: podem permanecer < P3 para estatura e peso até 36 meses de corrigida, e muitos podem não atingir o crescimento normal.
- Suplementação:
  - Iniciar vitamina D com 7 dias de vida e manter até os 2 anos.
  - Dose: 400UI até 1 ano e 600UI a partir de 1 ano, até 2 anos.

## DOENÇAS MAIS FREQUENTES QUE ACOMPANHAM A PREMATURIDADE

### 1. DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP):

- Também conhecida como doença pulmonar crônica neonatal, é uma das principais causas de doenças respiratórias em prematuros.
- Definição: necessidade contínua de oxigênio suplementar e/ou suporte respiratório aos 28 dias de idade pós-natal ou 36 semanas de idade pós-menstrual em um recém-nascido prematuro (IG < 32 semanas) com evidência radiográfica de doença pulmonar parenquimatosa.
- O risco de DBP aumenta com a diminuição da IG. Para lactentes extremamente prematuros (IG < 28 semanas), a incidência de DBP é de aproximadamente 40%.
- A etiologia é multifatorial e envolve a interrupção do desenvolvimento pulmonar e lesão devido a fatores pré-natais (restrição de crescimento intrauterino, tabagismo materno), parto prematuro e/ou pós-natais (ventilação mecânica, toxicidade de oxigênio, infecção) que causam inflamação e danos ao pulmão prematuro altamente vulnerável.
- Clínica: taquipneia, dependendo da extensão do edema pulmonar e/ou atelectasia, eles podem ter retrações leves a graves; estertores dispersos podem ser audíveis. Sibilos expiratórios intermitentes podem estar presentes em lactentes com estreitamento das vias aéreas devido à formação de cicatriz, constrição, retenção de muco, colapso e/ou edema.
- Radiografia de tórax: a medida que a DBP evolui, a imagem radiológica muda de campos pulmonares claros para achados que incluem nebulosidade difusa e um padrão intersticial grosseiro, que refletem atelectasia, inflamação e/ou edema pulmonar. Os volumes pulmonares são normais ou baixos. Pode haver atelectasias.

- Terapia medicamentosa:
  - **Diuréticos:** demonstrou melhorar mecânica pulmonar de curto prazo em lactentes com DBP, mas há pouca evidência de que o uso a longo prazo melhore a clínica. Não é usado rotineiramente.
  - **Broncodilatadores:** não usado rotineiramente. Em geral, reservado para lactentes que têm episódios de descompensação pulmonar aguda com evidência de reatividade das vias aéreas.
  - **Glicocorticoides:** em situações específicas.
- Cuidados:
  - Monitorizar pressão arterial, crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, pressão intraocular/catarata após uso de corticoesteróide e triagem auditiva após uso de drogas citotóxicas (furosemida e aminoglicosídeo).
  - Monitorização dos eletrólitos em lactentes em uso de diuréticos.
  - Triagem para raquitismo periódica.
  - Ecocardiograma a cada 4 a 6 semanas para pesquisa de hipertrofia de ventrículo direito e hipertensão pulmonar.

## 2. DOENÇA METABÓLICA ÓSSEA (DMO)/OSTEOPENIA DA PREMATURIDADE:

- Alterações na mineralização esquelética decorrente do deficiente acréscimo do mineral ósseo do recém-nascido pré-termo.
- Relacionada com aporte inadequado de cálcio (Ca) e fósforo (P).
- Causas:
  - Muito baixo peso de nascimento (< 1500g) e prematuros < 32 semanas;
  - RN com displasia broncopulmonar;
  - Uso prolongado de nutrição parenteral;

- Uso prolongado de diurético, principalmente furosemina, e corticoesteróide;
- Administração de quantidades inadequadas de Ca, P e vitamina D.
- Quadro Clínico:
  - Várias apresentações, incluindo déficit de crescimento, craniotabes, alargamento epifisário e fraturas espontâneas (costelas e outros).
  - Redução do crescimento linear com manutenção do crescimento do perímetro cefálico.
  - A clínica surge entre a 6ª e a 12ª semana de vida.
- Alterações bioquímicas geralmente aparecem em torno da 3ª semana de vida.
- Diagnóstico:
  - **Fósforo sérico < 3,5mg/dL** (a partir da 3ª semana de vida)
  - **Ca normal**
  - **Fosfatase alcalina ≥ 750UI** (valores 6 vezes maior que a referência).
- Radiografias:
  - Sinais de osteopenia de crânio, coluna vertebral, escápulas e costelas, e às vezes fraturas patológicas.
  - Se anormalidades nas radiografias, repetir após 4 semanas.
- Densitometria óssea: escolha para detecção precoce; não é usada.
- Tratamento:
  - O enriquecimento do leite humano ou uso de fórmulas para neonatos prematuros devem ser continuadas após a alta hospitalar para os que mantêm níveis de fosfatase alcalina elevados ou evidências radiológicas de osteopenia.
  - Quantidade de cálcio na dieta enteral (mg/100ml):
    - NAN 1®: 43mg/100ml; Aptamil *premium* 1®: 56mg/100ml

- Aptamil pré-*transition*®: 80mg/100ml
- Pré-nan®/Aptamil pré®: 120mg/100ml.
- Vitamina D: 400 UI/dia em RNs com deficiência documentada. Fazer medição subsequente de fósforo e FA 4-8 semanas após a alta.
- Manter suplementação até que não haja mais sinais radiológicos ou bioquímicos de DMO.
- **Xarope de Fosfato de Cálcio Tribásico ----- 12,9%** (cada ml contém 50mg de Ca e 25mg de P)
  - Dose: 250mg/kg/dia de Cálcio via oral de 6/6horas.
  - Descontar a quantidade de cálcio que o RN recebe pela dieta.
  - Manter por 3 semanas após normalização da FA.

### 3. ANEMIA FERROPRIVA:

- Inicia por volta da 6ª semana de vida, quando o prematuro já adquiriu a capacidade de produzir eritropoietina.
- Anemia hipocrômica/microcítica, redução dos reticulócitos e das reservas de ferro.
- Ferritina sérica: dosar aos 6 meses e 12 meses de idade gestacional corrigida (IGC).
- Hemoglobina, hematócrito e reticulócitos: aos 3, 6 e 12 meses de IGC.
- A partir do 1º mês, iniciar suplementação de ferro, conforme peso de nascimento – *ver suplementação de ferro em “orientações para crianças de 0 a 29 dias”*
- Tratamento:
  - Ferro elementar na dose de 4 a 6 mg/Kg/dia durante 3 a 6 meses.
  - A normalização da hemoglobina ocorre após 6 semanas. Após esse período, manter suplementação profilática de ferro até 2 anos.

- Apresentações: Sulfato ferroso 125mg/ml<sup>®</sup>; Dexfer<sup>®</sup>; Neutrofer<sup>®</sup>.

#### 4. SEQUELAS NEUROSENSORIAIS:

- Sequelas visuais: *ver técnica de exame oftalmológico do RNPT anteriormente.*
  - Sujeitos a alterações da acuidade visual, principalmente os displásicos; glaucoma relacionado a retinopatia da prematuridade (ROP); erros de refração; estrabismo.
  - Fazer o reflexo do olho vermelho nas consultas mensais de puericultura.
- Prevenção de surdez: *ver triagem auditiva universal do RN anteriormente.*
  - Acompanhamento audiológico e fonoaudiológico para recuperação.
- Acompanhamento neurológico:
  - Valorizar a opinião dos pais.
  - Reações posturais de alerta – idade corrigida:
    - 3 meses: predomínio do tônus passivo;
    - 6 meses: hiperextensão (aponta para pior desenvolvimento).
  - Teste de Denver II: abrange setores motor, adaptativo, pessoal, social e de linguagem.
    - É anormal quando falha em dois ou mais itens de cada setor.
  - Atraso cognitivo pode ser visto nos primeiros 2 anos de vida; na idade escolar aparecem problemas educacionais – TDAH, o mais frequente.

5. **SINAIS DE ALERTA:**

- Crianças que não ganham peso ou que apresentam perda > 10% após a alta.
- Perímetro cefálico (PC):
  - Crianças com aumento do PC proporcionalmente menor do que peso e estatura;
  - Aumento do PC inferior a 1,1-1,5cm por semana nos RNs > 1.500g;
  - Aumento do PC > 1,75 cm por semana;
  - PC abaixo da curva aos 5 a 6 meses de idade.
- RNs pré-termo que não apresentam “*catch-up*” expressivo ao fim do 1º ano.

## CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO PREMATURO

Vacinas e Imunoglobulina 1º ano	Esquemas e recomendações	Comentários
<b>BCG ID</b>	Dose única. Se PN < 2.000 g, adiar a vacinação até que o RN atinja peso ≥ 2.000 g.	Aplicada o mais precocemente possível, de preferência ainda na maternidade. Em casos de histórico familiar, suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizerem uso de imunobiológicos durante a gestação, postergar ou contraindicar.
<b>Anticorpo monoclonal específico contra o Vírus Sincicial Respiratório (palivizumabe)</b>	Recomendadas doses mensais consecutivas de 15 mg/kg, IM, até no máximo 5 aplicações para os grupos: - Prematuros até 28 semanas gestacionais, no 1º ano vida. - Prematuros até 32 semanas IG, nos primeiros 6 meses. - Bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o 2º ano de vida, desde que esteja em tratamento destas condições nos últimos 6 meses - Usar em RNs hospitalizados.	Aplicada nos meses de maior circulação do vírus, o que depende da região do Brasil: região Norte (janeiro a junho); região Sul (março a agosto); regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste (fevereiro a julho). O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente para: - PMT até 28 semanas, no 1º ano de vida. - Lactentes com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida. O uso em portadores de doença pulmonar crônica e/ou cardiopatias congênitas está indicado independente da idade gestacional ao nascer.
<b>Hepatite B</b>	Obrigatoriamente 4 doses (esquema 0,2,4,6 ou 0,1,2,6 meses), em RNs com PN < 2.000 g ou IG < 33 semanas, sendo a primeira dose	O uso da vacina combinada DTPa-HB-VIP-Hib é preconizado, inclusive para RNs hospitalizados.

	nas primeiras 12 horas de vida.	RNs de mães HBSAg+ devem receber ao nascer, vacina + imunoglobulina.
<b>Rotavirus</b>	- Vacinar na idade gestacional cronológica; iniciar aos 2 meses, respeitando o limite máximo de aplicação da 1ª dose: 3 meses e 15 dias. - Vacina de vírus vivo atenuado, oral – contraindicada em ambiente hospitalar	Em caso de suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de imunobiológicos durante a gestação, a vacina pode estar contraindicada.
<b>Tríplice bacteriana (difteria, tétano, coqueluche)</b>	- Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o calendário. - Para RNs prematuros, hospitalizados ou não, utilizar preferencialmente vacinas acelulares, porque reduzem o risco de eventos adversos.	Em prematuros extremos, considerar o uso de analgésicos/antitérmicos profiláticos para reduzir a ocorrência de eventos cardiorrespiratórios e convulsão. Penta acelular e Hexa acelular estão disponíveis nos CRIEs para prematuro extremo (< 1.000g ou 31 semanas) em UTIneo.
<i>Haemophilus influenzae b</i>	- Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o calendário. - Reforço aos 15 meses de vida.	O uso de vacinas combinadas à DTPa (DTPa-HB-VIP-Hib ou DTPa-VIP-Hib) é preferencial – permite aplicação simultânea, eficazes e seguras para os RNPTs.
<b>Pneumocócica conjugada</b>	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o calendário.	RNPTs e de baixo peso de nascimento (PN) têm maior risco para ter doença pneumocócica invasiva, tanto maior quanto menor a IG e o PN.
<b>Influenza</b>	Vacinar na idade cronológica, iniciando a partir dos 6 meses,	Se disponível, a influenza 4V é preferível à 3V – maior cobertura das cepas circulantes.

	conforme a sazonalidade do vírus e o calendário.	Na impossibilidade da 4V, usar a 3V.
--	--	--------------------------------------

- As vacinas contra meningite, pneumonia, coqueluche, hepatite B, rotavírus, gripe e as demais do primeiro ano de vida devem ser aplicadas segundo a idade cronológica, independentemente de seu peso ou idade gestacional.
- A prevenção das infecções causadas pelo vírus sincicial respiratório (VSR) também é fundamental, pois esse agente é o principal responsável pelas infecções pulmonares de crianças, em especial lactentes e prematuros, com quadros de pneumonias e bronquiolite associadas a ele.
- Com exceção da vacina BCG, o calendário proposto para RNPT deve ser seguido de acordo com a idade cronológica da criança.

#### 1. BCG:

- Dose única (intradérmica) no nascimento.
- Se tiver menos de 2 Kg, adiar a vacinação até que atinja este peso.
- RNs filhos de mãe que utilizaram imunossupressores na gestação, ou com história familiar de imunossupressão, a vacinação poderá ser adiada ou contraindicada.

#### 2. Anticorpo monoclonal específico contra o Vírus Sincicial Respiratório (PALIVIZUMABE):

- São recomendadas doses mensais consecutivas e nos meses de circulação do vírus, até o máximo de cinco aplicações.
- Via intramuscular, 15mg/kg.
- A SBP recomenda o uso de palivizumabe para os seguintes grupos de crianças:
  - Prematuros até 28 semanas, no primeiro ano de vida;

- Prematuros de 29 a 32 semanas, nos primeiros seis meses de vida;
- Lactentes com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida, desde que estejam em tratamento destas condições nos últimos seis meses.
- O uso do palivizumabe deve ser feito inclusive em RNs hospitalizados.

### **3. HEPATITE B:**

- Obrigatoriamente 4 doses em RNs nascidos com peso < 2000g ou IG < 33 semanas, sendo a primeira dose nas primeiras 12 horas de vida – (esquema 0,2,4 e 6 meses ou 0,1,2 e 6 meses).

### **4. ROTAVÍRUS:**

- Na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, respeitando-se a idade limite máxima de aplicação da primeira dose de 3 meses e 15 dias.
- Vacina de vírus vivo atenuado, oral → contraindicada em ambiente hospitalar.

### **5. TRIPLICE BACTERIANA (DIFTERIA, TÉTANO, COQUELUCHE – DTP ou DTPa)/PENTA E HEXACELULAR:**

- Na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida.
- Para lactentes prematuros, hospitalizados ou não, preferencialmente vacinas acelulares, porque reduzem o risco de eventos adversos.
- As vacinas penta acelular e hexa acelular estão disponíveis nos CRIEs para RN prematuro extremo (menor de 1 kg ou < 31 semanas) em UTI neonatal.

**6. HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (DISPONÍVEL NA PENTA E HEXAVALENTE) – Hib:**

- Na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida.
- Reforço aos 15 meses de vida.

**7. Hexavalente acelular (Particular7 e CRIE8):**

- Inclui: tríplice bacteriana acelular (DTPa), poliomielite inativada (VIP), hepatite B (HB) e *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).

**8. POLIOMIELITE INATIVADA (VIP) (DISPONÍVEL NA PENTA E HEXAVALENTE):**

- Na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida.

**9. PNEUMOCÓCICA CONJUGADA:**

- Na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida.
- A SBP recomenda a realização da vacina pneumocócica conjugada para todos os prematuros, sempre que possível com a vacina 13-valente (VPC13), mesmo aqueles sem comorbidades a partir de 2 meses, no esquema habitual de 3 doses, com intervalo de 2 meses entre elas e um reforço dos 12 aos 15 meses.

**10. MENINGOCÓCICAS CONJUGADAS ACWY/C:**

- Na idade cronológica, iniciando aos 3 meses de vida.

**11. MENINGOCÓCICA B:**

- De acordo com a idade cronológica.
- Crianças entre 3 e 12 meses recebem duas doses com intervalo de dois meses entre elas, idealmente aos 3 e 5 meses de idade, e uma dose de reforço entre 12 e 15 meses de idade (esquema 2 + 1).

**12. INFLUENZA:**

- Na idade cronológica, iniciando a partir dos 6 meses de vida, de acordo com a sazonalidade do vírus.

### **13. FEBRE AMARELA:**

- Na idade cronológica, aos 9 meses e aos 4 anos de idade.

### **14. IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B (IGHAHB):**

- Para recém-nascidos de mães portadoras do vírus da hepatite B.

#### **Orientações aos pais:**

- Os familiares devem ser sempre informados sobre a importância e os benefícios da imunização, potenciais eventos adversos, eficácia e necessidade de reforço.
- Sempre que a vacinação for feita na unidade neonatal, os pais devem receber documento comprovando o ato vacinal.
- É fundamental orientar os pais sobre a importância de manterem seu próprio calendário vacinal atualizado e de verificarem a vacinação de outros membros da família (irmãos, avós) e cuidadores para evitar que eles possam transmitir doenças como influenza, coqueluche, sarampo, varicela e COVID-19 ao RN.

#### **Orientações aos profissionais de saúde:**

- Todos os funcionários da Unidade Neonatal e cuidadores também devem ser vacinados contra o influenza, receber uma dose da vacina tríplice acelular do tipo adulto, afim de evitar a transmissão da influenza e coqueluche para o RN.

#### **Orientações para gestantes e puérperas:**

- A imunização da gestante contra a influenza é uma estratégia na prevenção do RN nos primeiros 6 meses de vida.
- A prevenção do tétano neonatal não deve ser esquecida.

- Hepatite B, Hepatite A, rubéola, sarampo, caxumba, varicela, coqueluche e febre amarela podem ser aplicadas no puerpério.

\*\*Em abril de 2024, foi aprovada no Brasil uma vacina contra o VSR (*vacina Abrysvo*) para gestante, dose única, no 2º ou 3º trimestre de gestação. O objetivo é a passagem de anticorpos protetores produzidos pela mãe para o filho pela placenta, para reduzir o risco de internação hospitalar dos bebês dessas mulheres por infecção pelo VSR (principal causa de Bronquiolite Viral Aguda) nos primeiros 6 meses de vida.

### Esquema ambulatorial para rnmdbp durante o 1º ano de vida

Idade corrigida	2-3 dias após alta	40 sem	1m	2m	3m	4m	5m	6m	8m	10m	12m
Consulta ambulatorial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Antropometria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
USG de crânio		X		X				X			
Mapeamento de retina		X		X		X		X			X
Avaliação auditiva		X						X			X
R-X ossos longos		X			X						X
Determinação Ca, P e FA		X						X			X
Hemograma e reticulócitos		X			X			X			X
Ferritina sérica		X						X			X

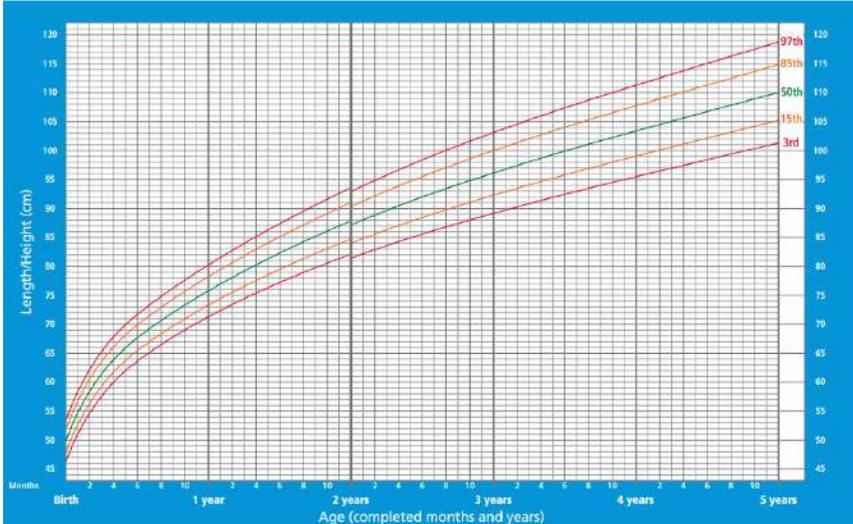
## CRITÉRIOS DE ALTA DO AMBULATÓRIO

- O tempo necessário de seguimento ambulatorial, de caráter multidisciplinar, para as crianças de risco, principalmente os prematuros, é controverso.
- Várias condições crônicas na vida, como hipertensão, hipercolesterolemia e doenças cardiovasculares estão associadas ao baixo peso ao nascer.
- Para as crianças estáveis, sem sequelas, seguimento até a escolarização, pelo menos até:
  - Alfabetização completa;
  - Independência nos cuidados com o corpo;
  - Socialização.

## TABELAS

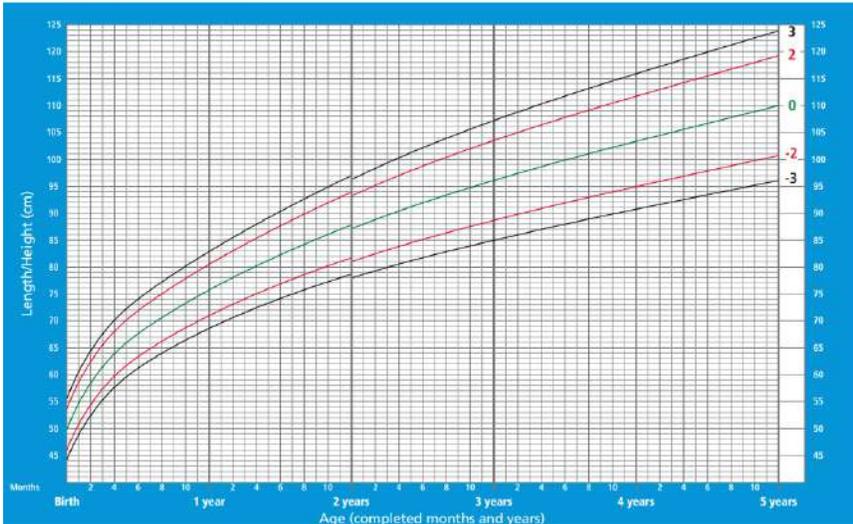
### Length/height-for-age BOYS

Birth to 5 years (percentiles)



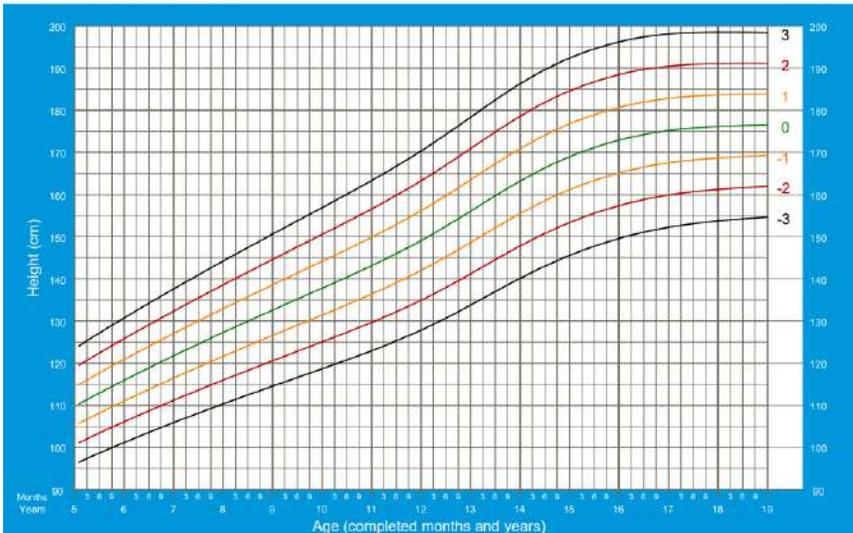
### Length/height-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



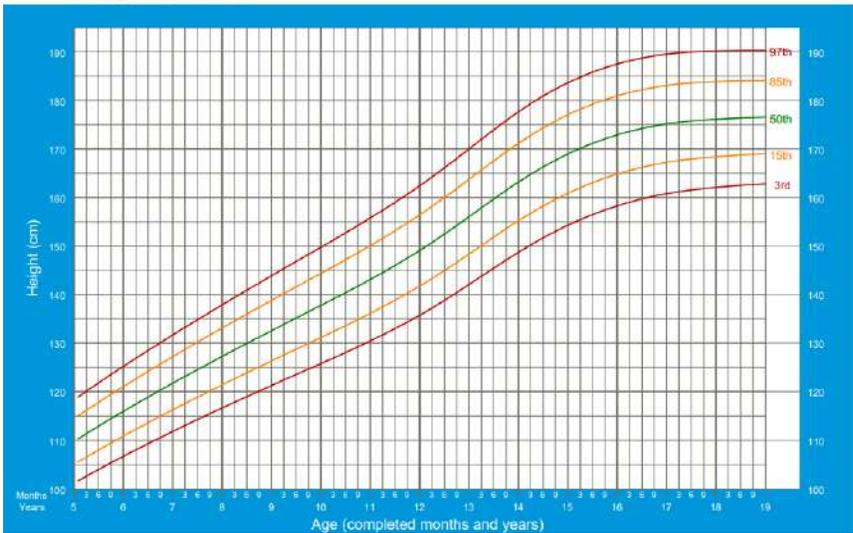
## Height-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



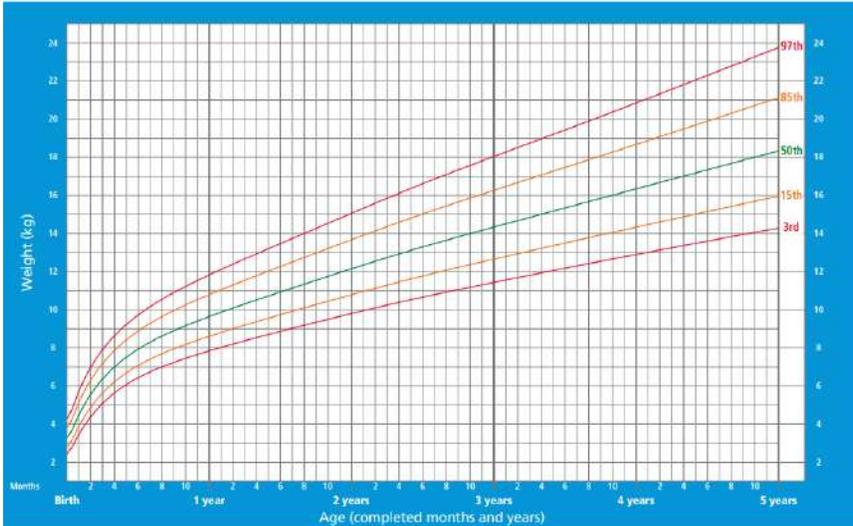
## Height-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



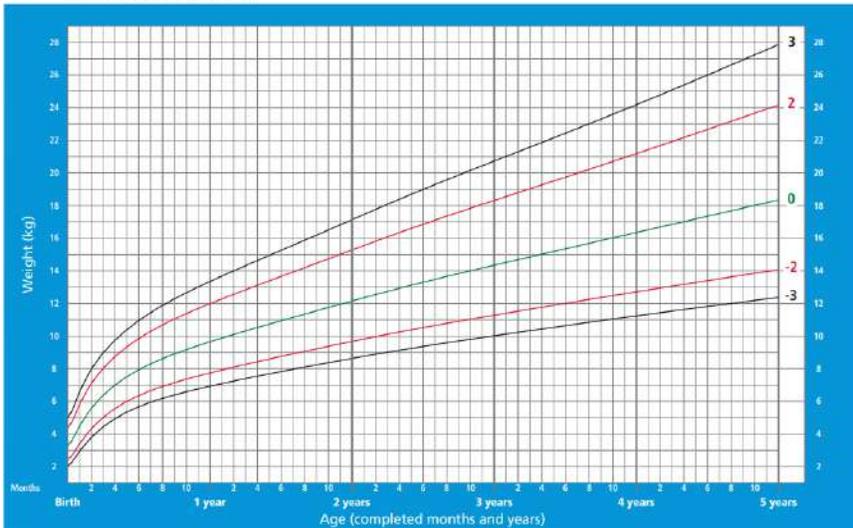
## Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (percentiles)



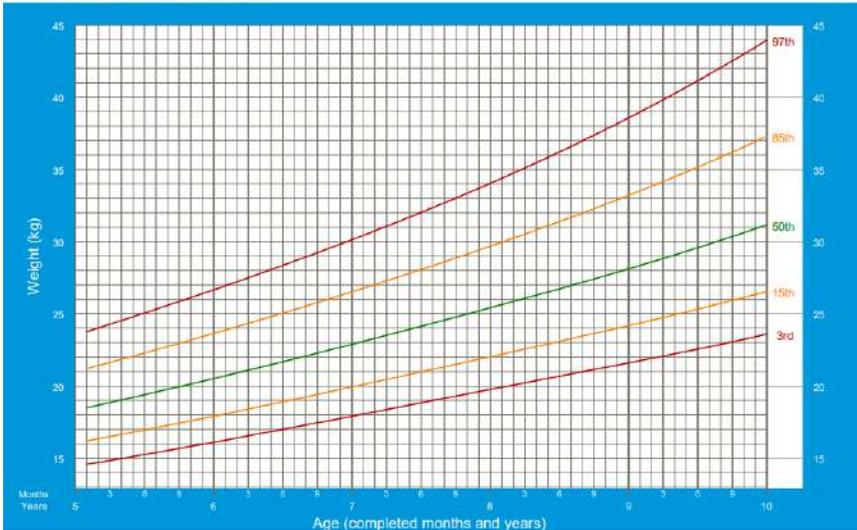
## Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



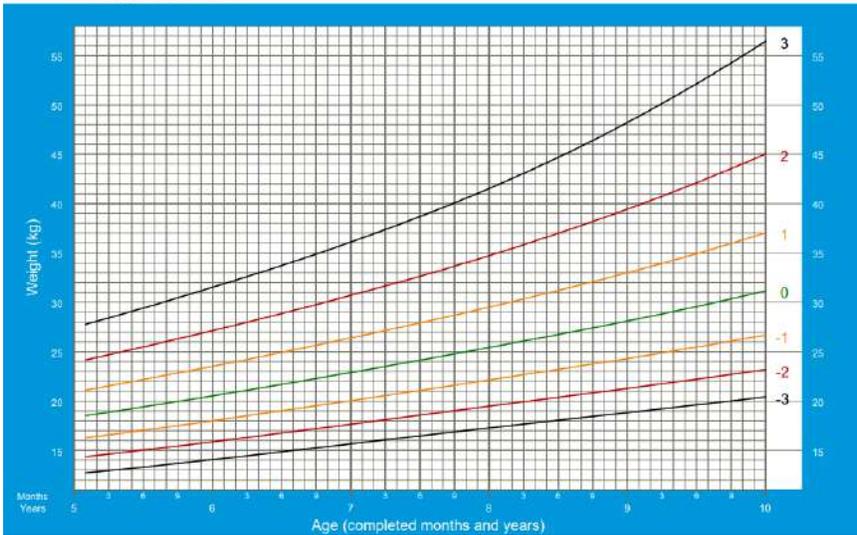
# Weight-for-age BOYS

5 to 10 years (percentiles)



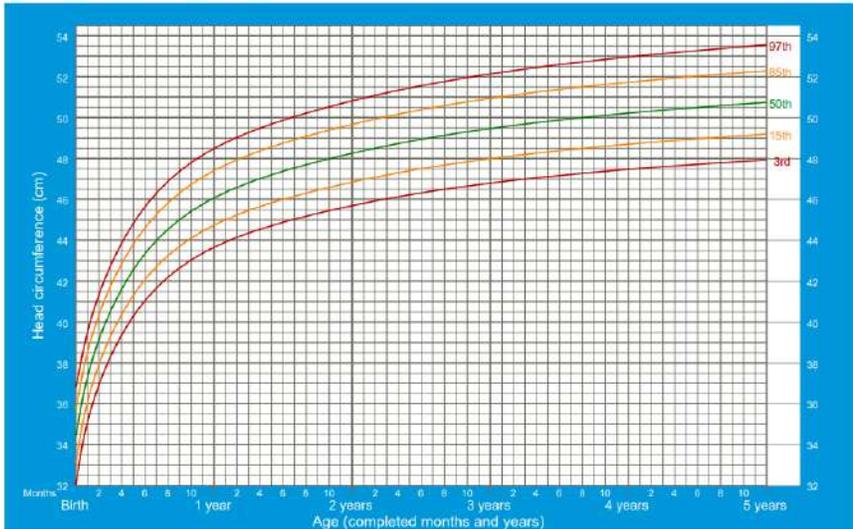
# Weight-for-age BOYS

5 to 10 years (z-scores)



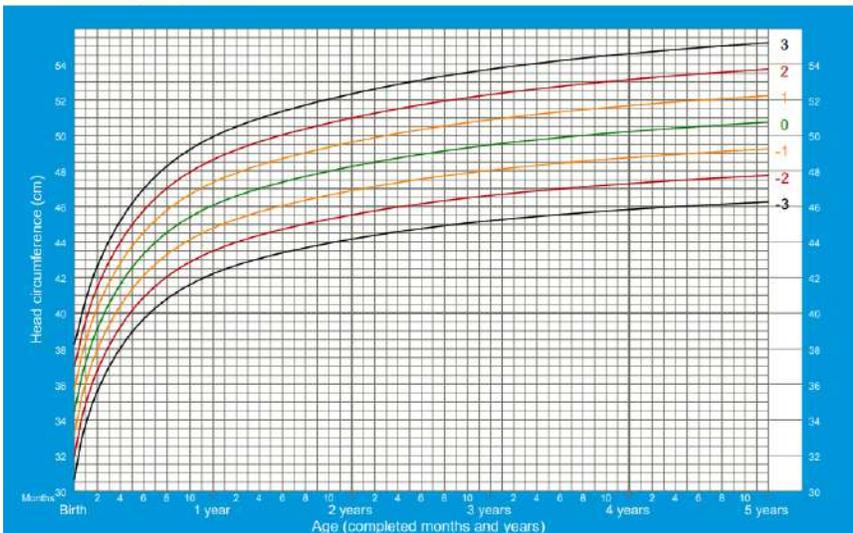
## Head circumference-for-age BOYS

Birth to 5 years (percentiles)



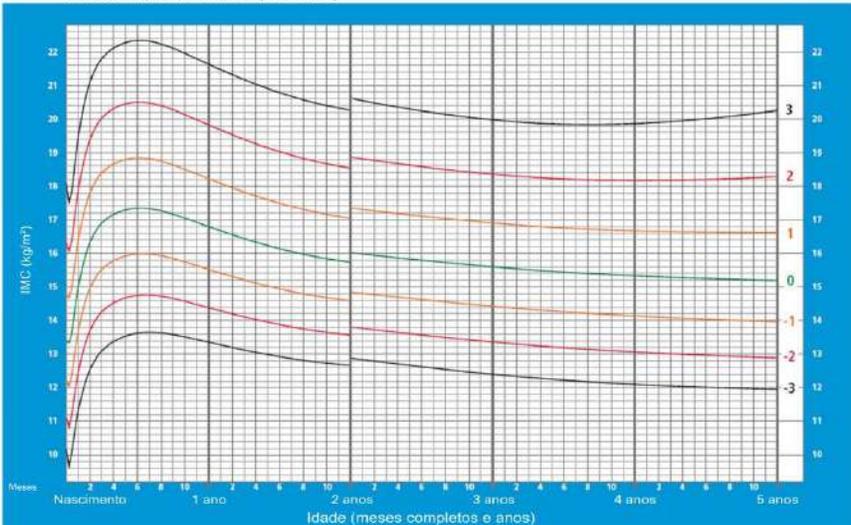
## Head circumference-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



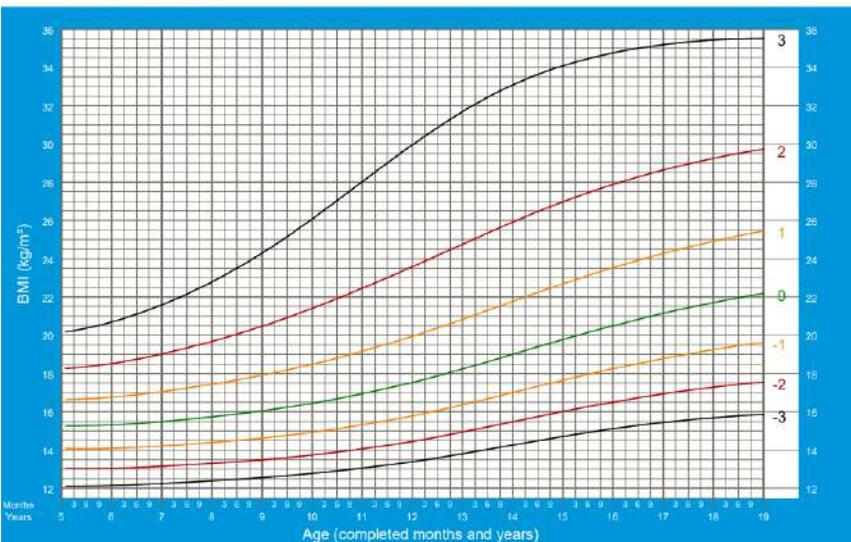
# IMC por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



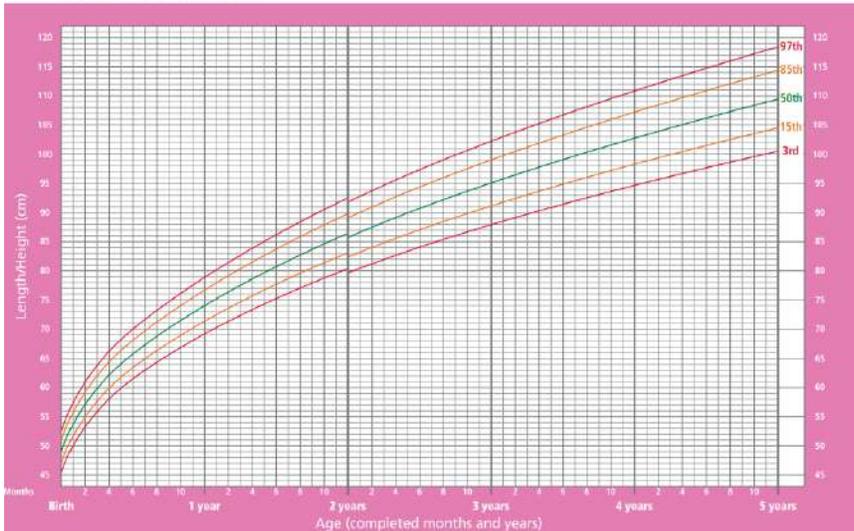
# BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



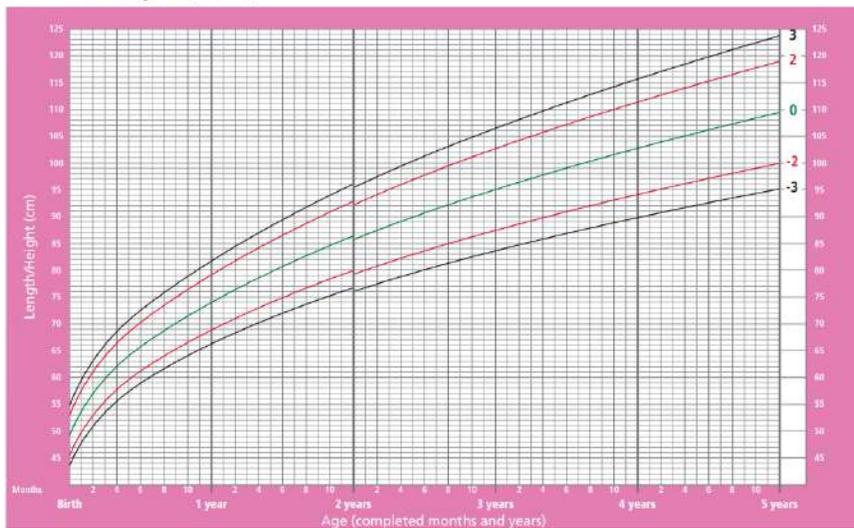
## Length/height-for-age GIRLS

Birth to 5 years (percentiles)



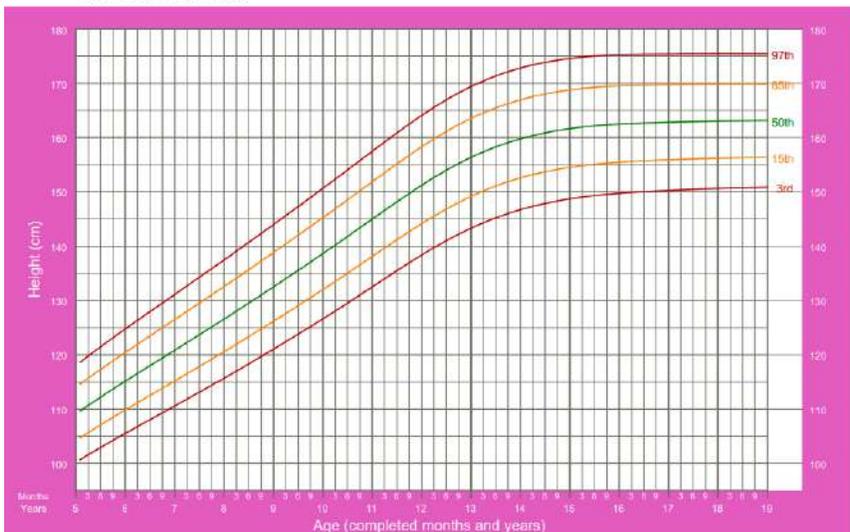
## Length/height-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



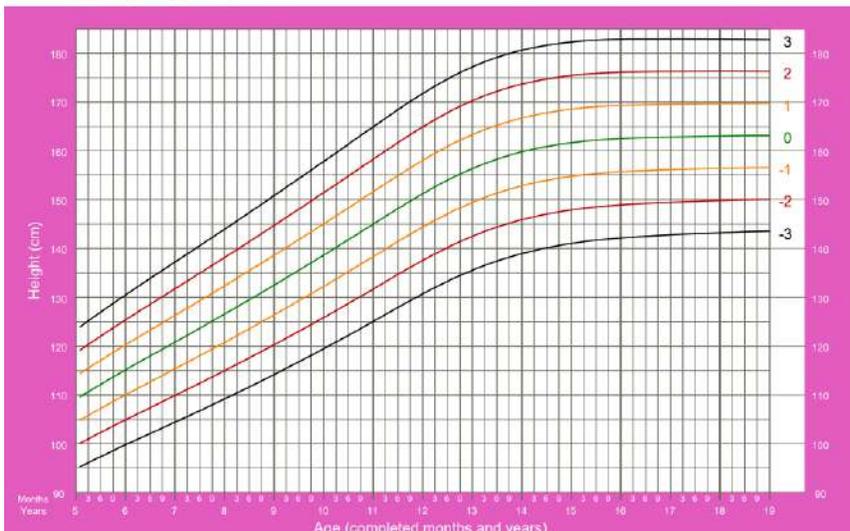
## Height-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



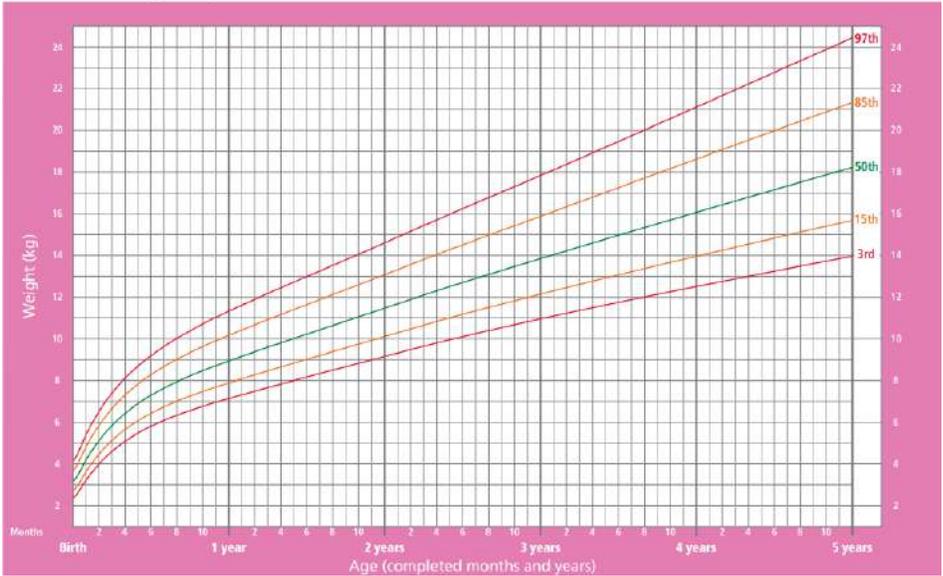
## Height-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



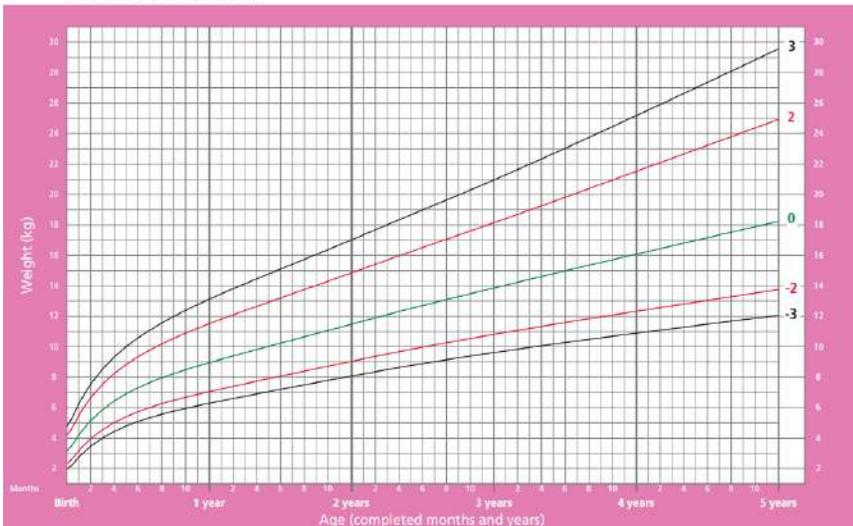
# Weight-for-age GIRLS

Birth to 5 years (percentiles)



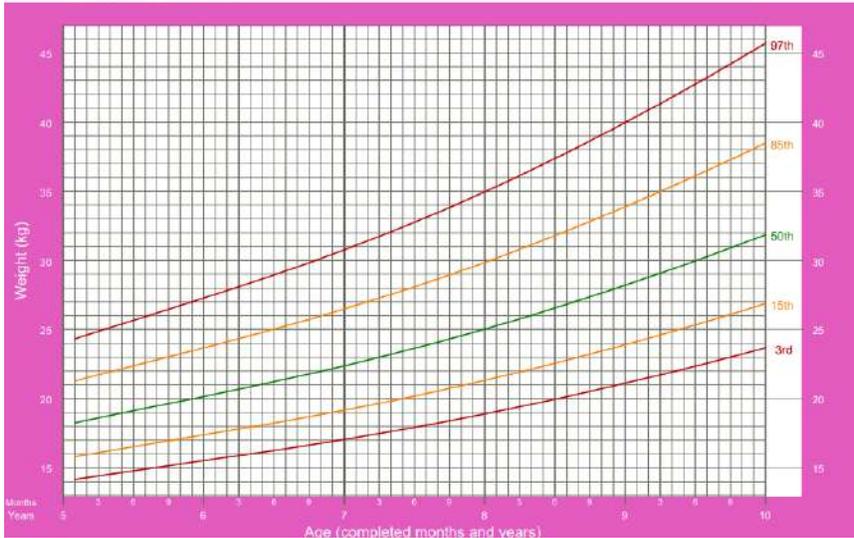
# Weight-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



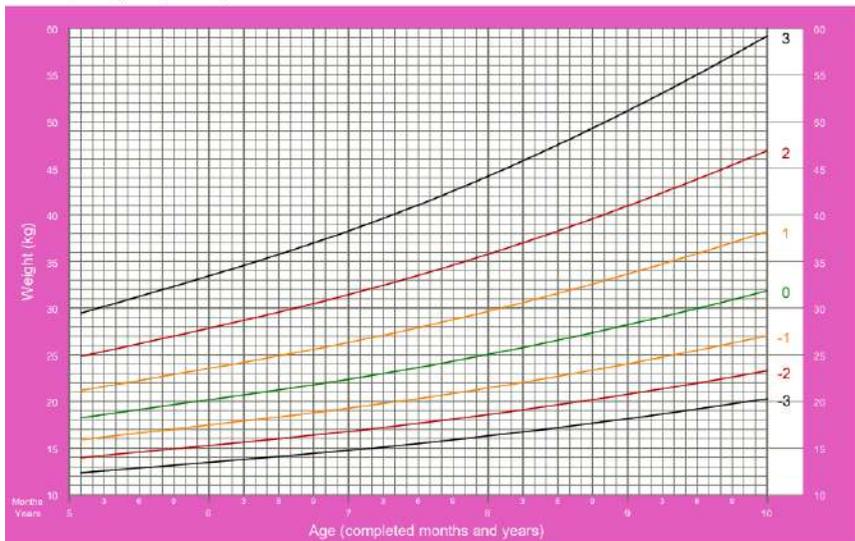
# Weight-for-age GIRLS

5 to 10 years (percentiles)



# Weight-for-age GIRLS

5 to 10 years (z-scores)



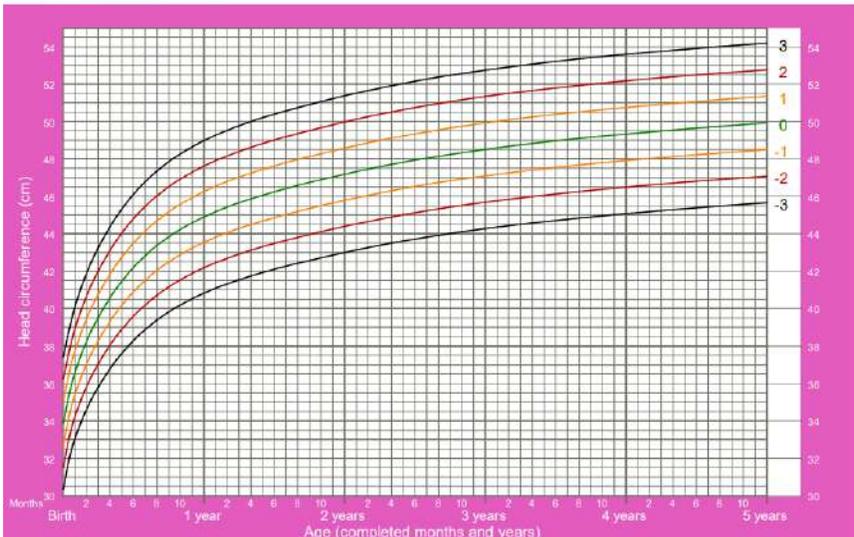
## Head circumference-for-age GIRLS

Birth to 5 years (percentiles)



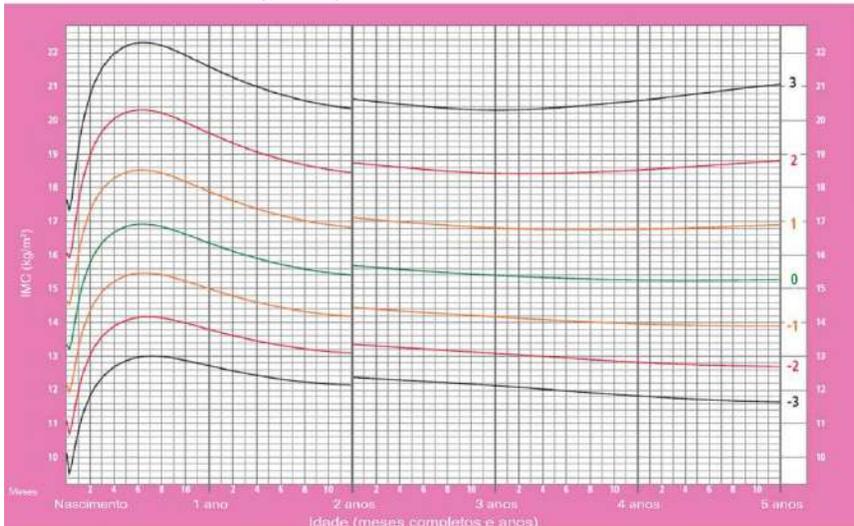
## Head circumference-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



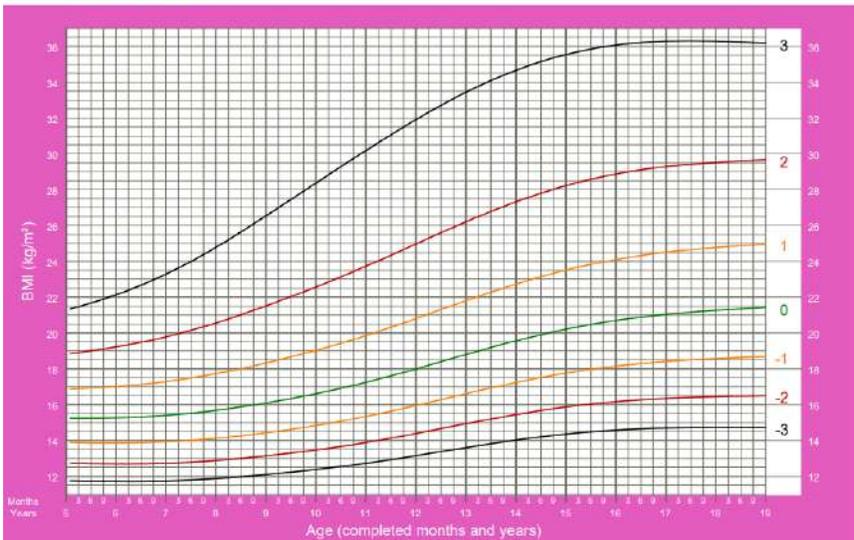
## IMC por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



## BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



### Considerações gerais:

- Existem gráficos específicos: Síndromes de Down, Turner e Acondroplasia. Conferir em “*Curvas de crescimento – SBP*”.
- **Estatura alvo**: avaliar se canal ou percentil de crescimento no qual a criança está crescendo é ou não o esperado, com base na altura dos pais. Fórmula (cm):
  - **Meninas (cm)** =  $\text{Altura da Mãe} + (\text{Altura do Pai} - 13)/2$
  - **Meninos** =  $\text{Altura do Pai} + (\text{Altura da Mãe} + 13)/2$
  - Considera-se normal uma variação de  $\pm 5$  cm.
- Média de velocidade de crescimento:
  - Nascimento – 1 ano: 25cm/ano.
  - 1 – 3 anos: 12,5cm/ano.
  - 3 anos – puberdade: 5 a 7cm/ano
    - Meninas: 8 a 10cm/ano; Meninos: 10 a 12cm/ano).

Valores críticos		Índices antropométricos						
		Crianças de 0 a 5 anos incompletos				Crianças de 5 a 10 anos incompletos		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< percentil 0,1	< escore z-3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ percentil 0,1 e < percentil 3	≥ escore z-3 e < escore z-2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ percentil 3 e < percentil 15	≥ escore z-2 e < escore z-1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade <sup>b</sup>	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade <sup>b</sup>
≥ percentil 15 e ≤ percentil 85	> escore z-1 e ≤ escore z+1							
> percentil 85 e ≤ percentil 97	> escore z+1 e ≤ escore z+2		Peso elevado para a idade <sup>a</sup>	Sobrepeso		Sobrepeso	Peso elevado para a idade <sup>a</sup>	
> percentil 97 e ≤ percentil 99,9	> escore z+2 e ≤ escore z+3	Obesidade		Obesidade	Obesidade grave			
> percentil 99,9	> escore z + 3							

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puericultura – Ciência, Arte e Amor. Jacques Crespin. Segunda edição. Fundo Editorial Byk. São Paulo. 1.996
2. Protocolo do ambulatório de Puericultura do HIPPP. Curitiba – PR. 1.990
3. Seguimento ambulatorial do prematuro. Dra. Tereza Maria Lopes de Oliveira Uras Belém. Revista Petit, número 2, junho/2.006
4. Temas de Pediatria. “ Follow-up “ do bebê de risco. Número 53. 1.993. Nilse Maria Martins Barbosa, Alzira Helena Lobo Cabral, Olga Penalva Vieira da Silva, Betty Moszkwicz.
5. Machado, A.R.L. Candidíase. In Pediatria – Consulta rápida. 1.997
6. Fernandes, T.F. Cólica do lactente. In Pediatria Moderna. Vol. XLII , no 1, Janeiro/fevereiro – 2.006
7. Barbosa, DJ. O adolescente e o esporte. In: Maakaroun, MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de Adolescência, um estudo multidisciplinar. Editora Cultura, Rio de Janeiro, 1991.
8. Barros RR. Os riscos do uso de esteroides anabolizantes androgênicos nos esportes. Boletim Informativo do Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, Ano I, 2, fev.2000, Belém, Pará.
9. Conceição CA, Wander FS, Massili LP, Viana LAF, Gonçalves DM, Fossati G. Uso de anabolizantes entre praticantes de musculação em academias. Revista Pesquisa Médica 1999; 33:103-16.
10. Committee on Sports Medicine and Fitness. Adolescents anabolic steroids: a subject review. American Academy of Pediatrics, 1997.
11. Clínicas Brasileiras de Medicina do Esporte – Volume 1 – Tópicos especiais em Medicina do Esporte. Capítulo 6 – Atividade Física e Obesidade – Dr. Marcos Aurélio Brazão de Oliveira, Editora Atheneu, 2003
12. VieiraGO, Alencar SMSM, Cunha MAA. Amamentação e doenças maternas.  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/amamentacao\\_drogas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/amamentacao_drogas.pdf)
13. Regina Helena Elias, psicóloga e educadora. Revista Família Cristã, nº 779, Novembro de 2.000.

14. Anthony, S. (1972). *The discovery of death in childhood and after*. New York: Basic Books.
15. Ariès, P. (1977). *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
16. Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas, SP: Livro Pleno.
17. Freud, S. (1974). Luto e melancolia. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, (Riviere, Joan, trad., Vol. 14, pp. 275-292). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
18. Kovács, M. J. (1992). Morte no processo do desenvolvimento humano. A criança e o adolescente diante da morte. In J. M. Kovács, *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 49-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
19. Lima, V. R. (2007). *Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança*. Dissertação de mestrado. Programa de Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
20. Torres, W. C. (1978). *O conceito de morte em diferentes níveis de desenvolvimento cognitivo: uma abordagem preliminar*. Dissertação de mestrado da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
21. Torres, W. da C. (1999). *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
22. Weller, E. B., & Weller, R. A. (1992). *Luto em crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas.
23. ABERASTURY, A. et al. *A percepção da morte na criança e outros escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
24. ADORNO, I. *Conversando com a criança sobre a morte*. Campinas: Editorial Psy, 1994.
25. Saito, MI. *Atenção Integral à Saúde do Adolescente in: Saito MI; Silva, LEV. Adolescência-Prevenção e Risco*. 1ª Ed. São Paulo: 2001.
26. Crespin, J. *Consulta Médica do Adolescente e Patologias Mais Frequentes in: Crespin, j; Reato, LFN. Hebiatria-Medicina do Adolescente*. 1ª Ed. São Paulo: 2007.

27. Crespin, J. Ética no Atendimento a Adolescentes in: Crespin, j; Reato LFN. Hebiatria-Medicina do Adolescente. 1ª Ed. São Paulo: 2007
28. Crespin, J. A Consulta Médica do Adolescente in: Françoso, LA; Gejer, D; Reato, LFN. Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência. 1ª Ed. São Paulo:2001
29. Barangan, CJ; Coupey, SM. Interviewing Adolescents in:Holland-Hall, C; Brown, RT. Adolescent Medicine Secrets. Hanley&Belfus, Inc. Philadelphia: 2002.
30. Giuliano, ICB, Caramelli, B. Dislipidemias na infância e na adolescência. *Pediatria (São Paulo)* 2008; 29 (4): 275-285.
31. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia – volume 85, suplemento VI, dezembro, 2005.*
32. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia – *Arquivos Brasileiros de Cardiologia – volume 88, suplemento I, abril, 2007.*
33. Lopez FA, Campos Jr.D.Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª Edição, Barueri-SP; Manole, 2.009, 3.000 páginas.
34. Atuação clínica e fisioterápica na displasia broncopulmonar. Dr. Luiz Antônio Tavares Neves. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.
35. QUINTAL, E. V; Avaliação da mineralização óssea em recém-nascido pré-termo e termo adequados para idade gestacional, alimentados com leite humano. Tese apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências: 1 – 136, 2009
36. Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG. Neonatology-Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. Sixth edition. New York:McGraw Hill Medical; 2.009.
37. Polin RA, Lorenz JM, editors. Neonatology. First edition. New York: Cambridge University Press; 2.008. p.192-199.
38. QUINTAL, E. V; Avaliação da mineralização óssea em recém-nascido pré-termo e termo adequados para idade gestacional, alimentados com leite humano. Tese apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências: 1 – 136, 2009

39. Doria Filho U. Uso da internet por crianças e adolescentes. SINOPSE DE PEDIATRIA, número 3/2.000. Grupo Editorial Moreira Jr., São Paulo
40. Antoniuk S.A. Reflexões a respeito do transtorno do espectro autista - o diagnóstico precoce. Jornal Paranaense de Pediatria; março, 2.010.
41. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. – 2. ed.
42. São Paulo: SBP, 2008. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/pdfs/10478e-Man\\_Nutrologia.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/10478e-Man_Nutrologia.pdf) . Acesso em 30/09/2011.
43. ABRAMS, S.A. Dietary Guidelines for Calcium and Vitamin D: A New Era. Pediatrics Vol. 127 No. 3 March 1, 2011 pp.566-568 (doi: 10.1542/peds.2010-3576). Full text: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2010-3576](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2010-3576). Acesso em 30/09/2011
44. OLIVEIRA, R.G. Blackbook Pediatria. 4ª edição. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2011.
45. Guia Prático de Alimentação da Criança de 0 a 5 anos – Departamento Científico de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.
46. Fotoproteção na criança – Departamento Científico de Dermatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018.
47. Puericultura no dia a dia/organizadores: Giuseppe Pastura/Flavia Nardes dos Santos – 1. Ed – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2022. 336
48. Distúrbios gastrointestinais funcionais no lactente e na criança abaixo de 4 anos: um guia para a prática diária.
49. LUTO Infantil. 2023. SBP. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/desenvolvimento/luto-infantil/>. Acesso em: 18 set. 2024.
50. Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência. 2017. SBP. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/19890d-MO-Promo\\_AtivFisica\\_na\\_Inf\\_e\\_Adoles.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19890d-MO-Promo_AtivFisica_na_Inf_e_Adoles.pdf) . Acesso em: 24 set. 2024.

51. Segurança nos esportes. 2014. SBP. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/seguranca-nos-esportes/>. Acesso em: 24 set. 2024.
52. VALÉRIO,, Cynthia; LIMA, Renata Villas Boas Andrade. Dislipidemia na criança e no adolescente - Orientações para o pediatra: Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Endocrinologia (2019-2021) - Sociedade Brasileira de Pediatria, [S. l.], n. 08, p. 1-12, maio 2020.
53. Consenso sobre anemia ferropriva: atualização: destaques 2021 – SBP.
54. ARAÚJO, L. A. et al. Transtorno do Espectro do Autismo. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. n. 5. 2019.
55. EISENSTEIN, E. Et al. Manual de Orientação. #MENOS TELAS# MAIS SAÚDE. Atualizações 2024.
56. Parents of Young Children: Put Down Your Smartphones. Disponível em: <https://www.healthychildren.org/English/family-life/Media/Pages/Parents-of-Young-Children-Put-Down-Your-Smartphones.aspx>.
57. How to Buy Safe Toys. Disponível em: <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/Pages/How-to-Buy-Safe-Toys.aspx>.
58. BRASIL. Secretaria de Saúde do Paraná. Estratificação de risco de crianças no Paraná. 28 de março de 2022.
59. SILVEIRA, Rita de Cássia. Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco. 1. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Neonatologia, 2012.
60. Abman SH, Collaco JM, Shepherd EG, et al. Cuidados interdisciplinares de crianças com displasia broncopulmonar grave. J Pediatr 2017; 181:12.
61. SANOFI. Conheça o calendário vacinal de prematuros e suas diferenças. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/PDF/Conecta%20Sanofi%20Dra.%20Lilian%20Sadeck%20%C2%BA%20artigo.pdf>. Acesso em: 06 de outubro de 2024.
62. Departamento Científico de Imunizações. Calendário de Vacinação do Prematuro. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019.

Disponível em: <[https://vacinacenter.com.br/wp-content/uploads/2022/11/calendario\\_vacinacao\\_do\\_prematuro.pdf](https://vacinacenter.com.br/wp-content/uploads/2022/11/calendario_vacinacao_do_prematuro.pdf)>.

63. COFEN. Anvisa aprova vacina que previne bronquiolite em bebês. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/anvisa-aprova-vacina-que-previne-bronquiolite-em-bebes/>>. Acesso em 06 de outubro de 2024.
64. MANUAL DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL 2ª EDIÇÃO – ATUALIZADA - 2021/ Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP. 2021. 120 p.



Imagem aérea do hospital Universitário de Oeste do Paraná, Cascavel – PR

Realização:  
LIGA ACADÊMICA DE PEDIATRIA – UNIOESTE – Cascavel/PR  
AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA E PUERICULTURA  
CURSO DE MEDICINA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA –  
HUOP – Cascavel/PR

