



GUIA RÁPIDO DE ORIENTAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA

Karina Silva Grilo

GUIA RÁPIDO DE ORIENTAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador (a) (es): Patrícia Lopes Carvalho, Médica de Família e Comunidade.

Campo Grande

2022

RESUMO

GRILO, Karina Silva. **Guia rápido de orientações sobre o primeiro ano de vida da criança.** Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

A puericultura é a forma de proteger e de promover a saúde das crianças, através de uma atenção integral, que pode ser desenvolvida pelos médicos e enfermeiros da atenção primária a saúde. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo elaborar um guia rápido sobre o primeiro ano de vida da criança trazendo mais conhecimento e atualizações para os profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Para a realização desse guia foi realizado uma busca na literatura sobre a puericultura e as principais orientações durante as consultas, através de protocolos, guias e bases de dados, como Scielo e Pubmed, nos últimos 21 anos. A partir da revisão de literatura realizada, foram separadas as informações de grande relevância para auxiliar durante os atendimentos das crianças nas unidades de saúde da família. Assim, pôde-se criar um guia rápido para auxílio na tomada de decisões e acompanhamento dos profissionais de saúde durante o primeiro ano de vida das crianças. Dessa forma, após a elaboração do Guia e através da revisão realizada de diversos temas relacionados a saúde da criança para a confecção do mesmo foi possível notar o quão importante é a atualização do profissional que trabalha na estratégia de saúde da família para o melhor acompanhamento do paciente durante este ciclo de vida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA	9
3 OBJETIVO PRIMÁRIO	10
4 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	11
5 METODOLOGIA	12
6 REFERENCIAL TEÓRICO	12
6.1 Puericultura e Rotina de consultas	13
6.2 Crescimento e Desenvolvimento	15
6.3 Alimentação e aleitamento materno	19
6.4 Vacinação	23
6.5 Triagens Neonatais	25
6.5.1 <i>Teste do Pezinho</i>	25
6.5.2 <i>Teste do olhinho</i>	25
6.5.3 <i>Teste da orelhinha</i>	26
6.5.4 <i>Teste da linguinha</i>	28
6.6 Suplementações no primeiro ano de vida	28
6.6.1 <i>Suplementação de vitamina D</i>	28
6.6.2. <i>Suplementação de vitamina A</i>	29
6.6.3 <i>Suplementação de ferro</i>	30
6.6.4 <i>Suplementação de Vitamina K</i>	33
6.7 Prevenção de acidentes	33
6.8 Higiene bucal	35
6.9 Alterações dermatológicas do recém-nascido	35
6.10 Criptorquidia	36
6.11 Hérnias	36
6.11.1 <i>Hérnia Umbilical</i>	36
6.11.2 <i>Hérnia Inguinal</i>	36
6.12 Fimose	37
7 TUMMY TIME	38
8 RESULTADOS	39
9 DISCUSSÃO	40
10 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Ponto de corte de peso para idade em crianças menores de 10 anos	17
Tabela 2 – Ponto de corte de comprimento/altura para idade em crianças menores de 10 anos.....	18
Tabela 3 – Ponto de corte de IMC para idade em crianças menores de 10 anos.....	18
Tabela 4 – Marcos do desenvolvimento de acordo com a faixa etária no primeiro ano de vida.....	19
Tabela 5 – Introdução alimentar de acordo com a faixa etária.....	22
Tabela 6 – Indicadores de Risco para deficiência auditiva.....	27
Tabela 7 – Recomendação profilática de ferro.....	30
Tabela 8 – Fatores de Risco para Anemia Ferropriva.....	31
Tabela 9 – Prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária.....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Técnica de posicionamento de medida na régua horizontal.....	16
Figura 2 – Técnica de aferição de perímetro cefálico.....	16
Figura 3 – Calendário de Vacinação em crianças de 0 a 10 anos.....	23
Figura 4 – Calendário de Vacina recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.....	24
Figura 5 – Calendário Vacinal do Ministério da Saúde.....	24
Figura 6 – Teste do reflexo vermelho.....	26

1 INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil é um indicador conhecido internacionalmente que representa o índice de desenvolvimento econômico e social de um país. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) ela avalia a eficácia principalmente da atenção ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e à criança no primeiro ano de vida, servindo dessa forma para ponderar os cuidados em saúde das crianças e auxiliar na definição de políticas públicas direcionadas à saúde materno-infantil (KROPIWIEC; FRANCO; AMARAL, 2017).

Sabe-se ainda conforme Kropiwiec, Franco, Amaral (2017) atualmente as menores taxas de mortalidade infantil estão nos países com altos índices de desenvolvimento humano (IDH), restando altas taxas de mortalidade infantil naqueles com baixo IDH.

A mortalidade infantil no Brasil sempre foi um campo de muita discussão, fazendo parte inclusive dos objetivos de desenvolvimento do Milênio. Apesar da meta proposta, que foi reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos até 2015 ter sido atingida entre 1990 a 2011, é notável que as causas de óbitos infantis em grande parte classificadas como total ou parcialmente evitáveis podem ser impedidas quando existem ações eficazes e acessíveis dos serviços de saúde em um determinado local e período (PÍCOLI; CAZOLA; NASCIMENTO, 2019).

Todavia, a meta de garantia do direito à vida e a saúde das crianças no Brasil não foi atingida com a persistência das desigualdades sociais e regionais no país. Diante desse cenário, o cuidado adequado com os recém-nascidos tem sido um grande desafio (Brasil, 2012).

Sabe-se que a porta de entrada do paciente na organização atual do serviço de saúde pública é a atenção primária de saúde e é nela que a maioria das vezes as demandas trazidas pela população são solucionadas. Porém, existem situações em que só a equipe não consegue suprir a necessidade do paciente, e somente nesses casos, este é encaminhado para um médico especialista, diminuindo a sobrecarga do nível secundário e proporcionando o atendimento especializado para os pacientes que realmente necessitam.

A reestruturação do sistema de saúde no Brasil e a implantação da Estratégia de Saúde de Família (ESF), foi um grande passo, pois uniu a promoção, prevenção e recuperação dos indivíduos desde o recém-nascido ao idoso de maneira integral e

continuada. Percebe-se então que a longitudinalidade garante uma melhor qualidade em saúde. E a ESF atuando de forma multidisciplinar e primordialmente na promoção de saúde, tem em tese, melhores condições para promover a saúde materna e infantil (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Segundo Brasil (2004) o fortalecimento de uma equipe de estratégia de saúde da família tem impacto na redução da morbidade e mortalidade de uma população, especialmente as de grande vulnerabilidade. Conhecendo as principais causas de mortes na infância é necessário melhorar a qualidade do serviço, oferecer um atendimento integral e mais humanizado para as crianças.

O cuidado voltado para a saúde na infância é uma das propostas apresentadas pela ESF. As crianças que possuem entre zero a cinco anos, apresentam um acompanhamento especial chamado puericultura, que é realizado pela equipe de saúde.

Segundo Vitolo, Gama e Campagnolo (2010), a puericultura é a base para a garantia da saúde materno infantil, tendo inúmeros recursos que financiam os embasamentos científicos. Estes vão orientar através de diretrizes e protocolos os profissionais de saúde no cuidado da criança, tornando mais efetiva a consulta clínica e auxiliando na promoção de um crescimento e desenvolvimento mais saudável e na prevenção de doenças na infância e na vida adulta.

A puericultura é o ramo da pediatria que atua na manutenção de uma vida saudável das crianças a fim de garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Dessa forma, para que sejam atingidos seus objetivos em sua plenitude é importante conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Portanto, apesar da taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) apresentar uma queda importante nas últimas décadas no Brasil, é essencial manter o acompanhamento adequado das crianças nessa faixa etária, para que as curvas de mortalidade continuem a declinar.

Sendo assim, faz-se necessário o acompanhamento adequado e embasado na literatura científica a fim de auxiliar em um crescimento e desenvolvimento de qualidade na infância e na prevenção da morbimortalidade no primeiro ano de vida.

Compreendendo este contexto, é perceptível a necessidade da elaboração de um Guia Rápido de orientações para os profissionais que atuem na Estratégia de Saúde da Família.

2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como melhorar o cuidado com a criança no primeiro ano de vida nas Unidades de Estratégia de Saúde da família?

3 OBJETIVO PRIMÁRIO

Elaborar um guia rápido para auxiliar os profissionais de saúde durante as consultas de puericultura no primeiro ano de vida;

4 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Pesquisar na literatura protocolos e atualizações sobre os cuidados com a criança no seu primeiro ano de vida;

Melhorar o cuidado com as crianças durante o seu primeiro ano de vida nas Unidades de Saúde da Família;

Qualificar os profissionais de saúde que atuam na USF perante os atendimentos de puericultura.

5 METODOLOGIA

O estudo foi realizado em Campo Grande - MS, através de uma revisão bibliográfica crítica a fim de realizar a elaboração de um guia de referência rápida para os profissionais atuantes na atenção primária à saúde. A revisão bibliográfica reuniu diversos estudos para o embasamento teórico do Guia. A coleta de dados ocorreu através da busca de dados eletrônicos nas seguintes bases de dados: US National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), realizada no período de junho a novembro de 2021.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos gratuitos com texto completo disponível online, publicados no período entre 2000 e 2021, escritos nos idiomas português e inglês e que abordavam o assunto principal: cuidados em saúde da criança. Sendo a maior parte do escopo do trabalho embasada em tratados, guias e manuais, priorizando os mais atuais.

A busca dos artigos nas bases de dados, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidado da Criança (Child Care), Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy), Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care) e mortalidade infantil (Infant Mortality).

Para as orientações de condutas e fluxos propostos, dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foram utilizados os protocolos vigentes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria relacionados aos cuidados em saúde da criança.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 Puericultura e Rotina de consultas

Segundo Marins *et al.* (2018) as consultas de puericultura são uma parcela preponderante das consultas em pediatria e atuam na prevenção da saúde da criança desde o pré-natal ao final da adolescência. O termo puericultura deriva da palavra *puer* que significa criança em latim. Ela é uma ciência que emprega noções de fisiologia, sociologia e de higiene em um contexto a fim de promover ações de saúde com o foco na criança, contemplando a comunidade e sua família propiciando um melhor desenvolvimento.

A inserção do pediatra nas consultas de pré-natal no terceiro trimestre é uma oportunidade para antecipar os riscos e auxiliar na redução da morbimortalidade neonatal, assim como a consulta da primeira semana de vida do recém-nascido e a assistência na sala de parto. Apesar de ser embasada na literatura, essa consulta ainda não é uma rotina (SBP, 2020).

O profissional médico que atua como puericultor precisa realizar o seu trabalho não exclusivamente na parte clínica, mas sim levar em conta a parte epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade. O médico no seu exercício de atuação na puericultura, deve dar apoio constante à família, de forma a minimizar os efeitos socioemocionais das comorbidades sobre a criança e seus familiares (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

O conceito de puericultura precisa ser mais amplo, não sendo mais restrito às orientações de alimentação, higiene, vacinas e controle do crescimento e do desenvolvimento. É preciso incorporar conceitos de risco e vulnerabilidade e que se entenda a criança na sua dimensão psíquica e nas suas relações com a família e com a comunidade que a cerca (GUSSO; LOPES e DIAS, 2019).

A atenção à saúde da criança pelo Médico de Família é diferente do pediatra, pois é ele quem conhece a realidade das famílias e apresenta instrumentos específicos para atuar na comunidade e na família em que estes pacientes estão inseridos (GUSSO; LOPES e DIAS, 2019).

Além disso, Gusso, Lopes e Dias (2019) traz um conceito bem interessante sobre a utilização de uma classificação de risco baseada em risco clínico, social e habitual atualmente realizada no atendimento às crianças no Centro de Saúde-escola

do Butantã (CSEB), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A definição dos critérios de risco clínico e social pode variar de uma região para outra, dependendo das características demográficas e socioeconômicas locais, bem como dos recursos humanos disponíveis nos serviços de saúde. A etiqueta vermelha significa o risco social, a amarela define o risco clínico ao nascer, e a laranja, o risco clínico adquirido. Os recém-nascidos e as crianças de risco habitual recebem a etiqueta verde.

Segundo Brasil (2009) a primeira consulta do recém-nascido, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, deve acontecer antes dos quinze dias de vida que é o momento ideal para incentivar e orientar sobre as dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para realizar as imunizações e verificar a realização do teste do pezinho, além de estabelecer ou reforçar rede de apoio à família.

A primeira semana de saúde integral, proposta pela “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, editada pelo Ministério da Saúde, menciona a importância de preencher a Caderneta de Saúde da Criança, de identificar os riscos e vulnerabilidades ao nascer e sobre a avaliação da saúde da puérpera (BRASIL, 2004).

Segundo Brasil (2004) o Ministério da Saúde aconselha a realização de sete consultas de rotina no primeiro ano de vida da criança. Sendo uma na primeira semana, uma no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, duas consultas no segundo ano de vida (no 18º mês e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. A escolha das consultas nessas faixas etárias foi selecionada por fazerem parte das épocas de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. No entanto, as crianças que precisam de uma maior atenção devem ser vistas com uma maior frequência.

Ao se firmar o compromisso com os pais sobre o calendário das consultas é preciso dar importância ao núcleo familiar em que aquela criança está inserida, além de levar em consideração as necessidades individuais, a resiliência e as vulnerabilidades. Não há embasamento científico sobre qual o número ideal de consultas para crianças assintomáticas e talvez nunca existam, pois não se pode privar a criança de ações preventivas (BRASIL, 2009).

Além disso, Brasil (2009) também aborda sobre a importância da Caderneta de Saúde da Criança. Ela deve ser preenchida durante todas as consultas. E os pais devem ser orientados a como buscar informações nela. A Caderneta é um documento que deve ficar com a família e que, se preenchido corretamente pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança podendo ser utilizados por diversos profissionais e serviços.

6.2 Crescimento e Desenvolvimento

Durante as consultas de puericultura deve ser realizado uma boa anamnese e exame físico. No exame físico é sempre importante avaliar diversos aspectos, sendo estes o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Brasil (2009) afirma que o acompanhamento do crescimento é amplamente aceito pelos profissionais de saúde e é essencial na consulta da criança no mundo todo. Medidas, como peso, estatura e perímetro cefálico, são recomendáveis em todas as consultas de crianças e precisam ser colocados nos gráficos de crescimento para o melhor acompanhamento.

Sabe-se que o crescimento no homem é um processo dinâmico e contínuo. Biologicamente refere-se à modificação na forma, no número e no tamanho das células. Constitui um dos melhores indicadores de saúde infantil, devido a sua estreita dependência de fatores nutricionais e ambientais (MAROSTICA, et al, 2018).

O crescimento pode sofrer influências intrínsecas (genéticas) e extrínsecas (ambientais), como: alimentação, higiene, saúde, habitação e cuidados gerais com a criança. (BRASIL, 2009).

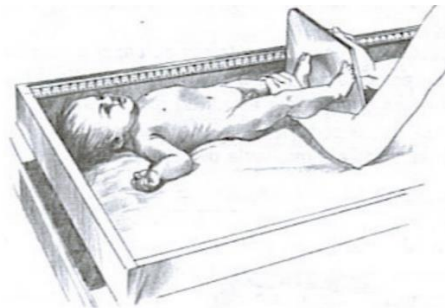
Segundo Marostica *et al.* (2018) a variação da medida do peso, com relação à idade da criança, é muito mais sensível do que da estatura e reflete rapidamente qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo que em processos agudos.

O recém-nascido (RN) pode perder até 10% do peso de nascimento, que é novamente alcançado entre o 10º e o 14º dia de vida. No 1º mês, o ganho de peso é estimado em torno de 30 g/dia. No 1º trimestre, há ganho aproximado de 700 g/mês; no 2º trimestre, 600 g/mês; no 3º trimestre, 500 g/mês; e no 4º trimestre, 400 g/mês. No 5º mês, a criança atinge o dobro do peso ao nascer; e no 12º mês, o triplo. Após os dois anos, há ganho de cerca de 2 kg/ano, até o início da puberdade (MAROSTICA *et al.*, 2018, p.13).

Conforme Marostica *et al.* (2018) a estatura é outro dado antropométrico essencial na consulta de rotina na infância e é um bom parâmetro na avaliação do crescimento da criança, por ser cumulativo, progressivo e não sofrer regressões. Até os dois anos, a medição deve ser feita com a criança deitada (comprimento), e a partir dos dois anos, de pé (altura).

“No 1º semestre, há crescimento em torno de 15 cm; e no 2º semestre, em torno de 10 cm. Entre 2 e 5 anos, a criança cresce 7 cm/ano; e entre 6 e 12 anos, cerca de 6 cm/ano”. (MAROSTICA, et al, 2018, p. 13)

Figura 1 – técnica de posicionamento de medida na régua horizontal.

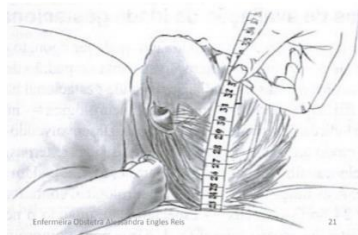


Fonte: imagem retirada da aula de power point da Enfermeira Obstetra Alessandra Engle Reis.

Outro dado muito importante é o perímetro cefálico e deve ser realizado em crianças até os dois anos de vida. Para aferir é utilizada uma fita métrica que passa sobre a glabella e a proeminência occipital.

O crescimento médio no primeiro ano de vida é de 8 cm nos primeiros quatro meses de idade (2 cm/mês) e de 4 cm nos próximos oito meses (0,5 cm/mês). A partir do primeiro ano de vida, o perímetro cefálico cresce em uma taxa menor, em torno de 1 cm a cada seis meses (MAROSTICA, et al, 2018, p. 14).

Figura 2 – técnica de aferição de perímetro cefálico.



Fonte: imagem retirada da aula de power point da Enfermeira Obstetra Alessandra Engle Reis.

A inclusão do Índice de massa corporal (IMC) como critério de avaliação favorece que a criança seja mais bem avaliada na sua relação peso e comprimento (para menores de 2 anos) ou peso e altura (para maiores de 2 anos). Esse critério permite a classificação de crianças que em um determinado período estiveram desnutridas e tiveram o comprometimento de sua estatura, facilitando a identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura. Entretanto o peso por idade limita-se a mostrar se a criança está com peso abaixo do recomendado para a sua idade, mas não mostra se a sua estatura já foi comprometida (BRASIL, 2004).

Segundo Gusso e Lopes (2012) o principal objetivo de registrar os dados antropométricos nas curvas é o acompanhamento longitudinal da criança, a fim de comparar o seu desenvolvimento ao da população de referência, auxiliando na detecção precoce de desvios e determinando se os valores encontrados significam anormalidade.

Conforme Brasil (2012), para o melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças prematuras é preciso registrar os dados na curva correta para prematuros ou realizar a idade corrigida quando o registro for realizado nas curvas normais.

As escalas mais comumente utilizadas são a do percentil e do escore z. Elas são usadas para estabelecer a comparação do conjunto das medidas antropométricas com um padrão de referência. Sendo assim é preciso atentar-se para a evolução do crescimento da criança. Caso a linha de crescimento nas curvas tenderem a horizontal ou estiver em declínio no decorrer dos atendimentos, isso é um sinal de alerta. Quando há desnutrição aguda, as curvas de estatura e de perímetro cefálico não se modificam, no entanto, se a desnutrição for crônica a estatura tende a ser comprometida (MAROSTICA *et al.*, 2018).

As tabelas expostas a seguir apresentam os pontos de corte para a avaliação do crescimento da criança que podem ser aferidos a partir do registro dos dados antropométricos nas curvas da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2004)

Tabela 1 – Ponto de corte de peso para idade em crianças menores de 10 anos.

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > +2	Peso elevado para a idade.
Percentil ≥ 3 e 97	Escore z ≥ -2 e +2	Peso adequado para a idade.
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Peso baixo para a idade.
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Peso muito baixo para a idade.

Fonte: Brasil, 2008.

Tabela 2 – Ponto de corte de comprimento/altura para idade em crianças menores de 10 anos.

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil ≥ 3	Escore $z > +2$ Escore $z \geq -2$ e $+2$	Comprimento/altura adequado para a idade.
Percentil $\geq 0,1$ e < 3	Escore $z \geq -3$ e < -2	Comprimento/altura baixo para a idade.
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Comprimento/altura muito baixo para a idade.

Fonte: Brasil, 2008.

Tabela 3 – Ponto de corte de IMC para idade em crianças menores de 10 anos.

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil $> 99,9$	Escore $z > +3$	Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos).
Percentil > 97 e $99,9$	Escore $z +2$ e $+3$	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil > 85 e 97	Escore $z > +1$ e $< +2$	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil ≥ 3 e 85	Escore $z \geq -2$ e $+1$	IMC adequado.
Percentil $\geq 0,1$ e < 3	Escore $z \geq -3$ e < -2	Magreza.
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Magreza acentuada.

Fonte: Brasil, 2008.

Ademais, quando se trata do desenvolvimento nota-se que seu conceito é amplo, sendo uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que leva em conta não apenas o crescimento, mas também a maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais (BRASIL, 2009).

Segundo Marostica *et al.* (2018) na avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), realizar uma boa anamnese é extremamente importante, sendo essencial o examinador se atentar a idade cronológica do paciente. Outro fator relevante é que o desenvolvimento do tônus muscular da criança ocorre na direção craniocaudal.

É essencial o conhecimento por parte do Médico de Família do desenvolvimento e as idades chaves que isto ocorre nas crianças, além de assegurar-se do seu reconhecimento ao longo das consultas, através da observação e da cuidadosa anamnese. Qualquer regressão na aquisição do desenvolvimento precisa

ser um alerta para o profissional de saúde, pois pode comprometer todo o processo evolutivo da criança (GUSSO e LOPES, 2012).

Na figura a seguir pode-se ter o conhecimento sobre os principais marcos do desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida:

Tabela 4 – Marcos do desenvolvimento de acordo com a faixa etária no primeiro ano de vida

Idade Chave	1 mês	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
Marcos do desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece a voz da mãe e no final do primeiro mês fixa rostos; - Mantém reflexos primitivos; - Mãos em sua maioria fechadas e membros fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe controle da cabeça, em decúbito ventral consegue elevar a cabeça bem acima da linha do corpo e já vira a cabeça em direção ao som. - Suas mãos se mantêm abertas e procura agarrar objetos, mesmo sem controle entre agarrar e seguir com o olhar ao objeto. Na comunicação, destacam-se o sorriso e a vocalização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibra-se e senta-se com um mínimo de apoio e, em decúbito ventral, apoiar-se com as mãos elevando a cabeça e o tronco. - Leva objetos, as mãos e os pés a boca. - Ao colocar a criança em decúbito dorsal e levantá-la pelos braços, ela traz a cabeça acompanhando o corpo, o que significa que já controle da musculatura cervical. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicia-se a busca pela posição ereta. - Quando apoiada, já consegue manter-se de pé. - Realiza a pinça fina ou digital, que vai possibilitar, por exemplo, agarrar pequenos pedaços de comida e levá-los à boca. - Começa a pronunciar "mamã" ou "papa" sem ter o significado de dirigir-se à mãe ou ao pai. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entre os 10 e os 12 meses a criança começa a dar os primeiros passos com apoio. - Nesta fase, começa a dizer algumas palavras já com significado, sendo as mais comuns "mamãs" ou "papa" ou algum trato diminutivo utilizado em casa. Compreende palavras simples como "beber", "carro", ou de pequenas expressões como "me dá", "adeus", "vem com o papa". - Grande parte das crianças já consegue andar sozinha entre os 12 e os 15 meses.

Fonte: Gusso e Lopes, 2012 – adaptado pela autora.

6.3 Alimentação e aleitamento materno

Segundo Brasil (2019), a alimentação é fundamental em todas as fases da vida, principalmente durante o crescimento e desenvolvimento das crianças, sendo essencial para a manutenção da saúde e para a formação dos hábitos de vida

saudáveis. Sendo assim, para ampliar a melhoria nesse âmbito muitas nova políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar foram implementadas. Entretanto ainda há muitos desafios para atingir uma alimentação adequada nas fases iniciais da vida.

É visto que a prática da amamentação não tem sido respeitada conforme é recomendada e que muitas crianças abaixo dos 6 meses são expostas a outros tipos de leite e ao leite de vaca diversas vezes enriquecidos com farinha e açúcar. Além disso, no início da vida as crianças estão sendo apresentadas aos alimentos ultraprocessados e deixando de consumir idealmente alimentos in natura e minimamente processados. Dessa maneira, contribuindo para as formas de má nutrição e repercutindo em um desenvolvimento infantil prejudicado (BRASIL, 2019).

Brasil (2009) já afirmava que para se ter uma alimentação saudável ela deve ser iniciada com o aleitamento materno, que por si só é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida. E, a partir do sexto mês necessita-se da introdução de alimentos complementares, idealmente mantendo o aleitamento materno até os 2 anos de vida.

Como forma de apoio e orientação as famílias sobre a alimentação durante os primeiros anos de vida da criança a Organização Mundial de Saúde recomendou que os governos elaborem diretrizes nacionais sobre alimentação e nutrição. Essas diretrizes normalmente se apresentam em formas de Guias Alimentares (BRASIL, 2019).

Conforme Brasil (2009), a criança que se alimenta exclusivamente do leite materno até os 6 meses de vida, apresenta uma menor morbidade e mais benefícios a sua saúde. Há muitas evidências de que não existem vantagens do uso de alimentos complementares nos menores de 6 meses, podendo até mesmo haver prejuízos a saúde das crianças.

Sendo assim, é ideal estimular e orientar as mães sobre o aleitamento materno desde o pré-natal. Além de aconselhar, apoiar e incentivar o aleitamento materno durante as consultas após o nascimento da criança. A técnica de aleitamento deve ser explicada aos pais e observada durante as consultas (BRASIL, 2009).

Existem várias posições de amamentação, mas o grande segredo é a pega que deve ser adequada. Pega é a forma como a criança abocanha o peito da mãe para amamentar (Brasil, 2019).

Técnica adequada:

A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama da mãe, e o queixo tocando-a. A boca está bem aberta. O lábio inferior está virado para fora. As bochechas estão arredondadas (não encovadas) ou achatadas contra a mama, vê-se pouco a aréola durante a mamada, mais a porção da aréola superior do que a inferior. A mama parece arredondada, não repuxada. Sucções são lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração). A mãe pode ouvir o bebê deglutindo. O corpo do bebê está totalmente voltado para o corpo da mãe (posição barriga com barriga), e um dos braços está ao redor do corpo da mãe. A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados. A mãe está sentada de forma confortável e relaxada. Não é necessário limpar a aréola. Banho diário e uso de um sutiã limpo são suficientes. (BRASIL, 2009).

É imprescindível informar as mães para evitar condições que prejudiquem a amamentação, como: uso de mamadeira, uso de chupeta, ingestão de outras formas de leites durante o aleitamento materno exclusivo, fumar, ingerir bebidas alcoólicas e usar medicações por conta própria (BRASIL, 2019).

Como visto o aleitamento materno exclusivo é o ideal para a criança até o sexto mês de vida. A partir dessa idade ocorre a introdução alimentar com outros tipos de alimentos. Porém para que isso ocorra é preciso conhecer os sinais de prontidão antes de orientar os pais a iniciar a alimentação complementar.

Segundo Coury, Araujo e Monteiro (2020), os sinais de prontidão apresentam-se quando a criança consegue sentar-se com o mínimo de apoio, possui controle cervical e de tronco e inicia a exploração dos objetos com a boca. Além disso, os autores também reforçam a importância de reconhecer os sinais de fome e saciedade da criança de acordo com sua faixa etária, bem como evitar objetos e ações que as distraiam durante a alimentação.

As crianças com 4 meses que não se alimentam exclusivamente do leite materno e nem fazem uso de fórmula infantil durante todas as refeições podem iniciar sua introdução alimentar antes do sexto mês, lembrando sempre de avaliar o desenvolvimento da criança (COURY; ARAUJO E MONTEIRO, 2020).

Algumas orientações são extremamente importantes durante a introdução alimentar como: a introdução de água durante o intervalo das refeições, evitar sucos até um ano de idade, orientar os pais sobre a rotina de alimentação da criança, evitar o leite de vaca e se caso for preciso ofertar apenas após os 9 meses em quantidade ideal, evitar mel e alimentos ricos em açúcar e ofertar sempre alimentos in natura e nunca alimentos ultraprocessados. Outra orientação essencial é que o cuidador deve estar em alerta sempre que as crianças estiverem alimentando-se para evitar

possíveis engasgos e conhecer a manobra de *Heimlich* (COURY; ARAUJO E MONTEIRO, 2020).

Para Cury, Araujo e Monteiro (2020), no método tradicional a introdução alimentar inicia-se com os primeiros alimentos que devem ser ofertados de forma espessa, de forma com que consiga amassá-los, seguindo de pedaços pequenos e depois pedaços maiores, dependendo do desenvolvimento da criança. Lembrando sempre de oferecer alimentos saudáveis, separados e coloridos no prato.

A seguir, segue a tabela de introdução alimentar conforme a faixa etária:

Tabela 5 – Introdução alimentar de acordo com a faixa etária

Aos 6 meses	Entre 7 e 8 meses
<p>Café da manhã: leite materno ou fórmula infantil Lanche da manhã: Fruta + leite materno ou fórmula infantil</p> <p>Almoço</p> <p>Jantar: leite materno ou fórmula infantil</p> <p>Antes de dormir: leite materno ou fórmula infantil</p> <p>** Os alimentos devem ser ofertados separados e amassados.</p>	<p>Café da manhã: leite materno ou fórmula infantil Lanche da manhã: Fruta + leite materno ou fórmula infantil</p> <p>Almoço e Jantar</p> <p>Antes de dormir: leite materno ou fórmula infantil</p> <p>** Os alimentos devem ser ofertados separados e menos amassados.</p>
9 a 11 meses	A partir dos 12 meses
<p>Café da manhã: leite materno ou fórmula infantil Lanche da manhã: Fruta + leite materno ou fórmula infantil</p> <p>Almoço e Jantar</p> <p>Antes de dormir: leite materno ou fórmula infantil</p> <p>** Sólidos macios, com pedaços maiores.</p>	<p>Café da manhã: Leite materno ou fórmula láctea + fruta ou cereal (pães caseiros ou processados, aveia) ou raízes / tubérculos (mandioca, batata doce, inhame) Lanche da manhã: Uma fruta + leite materno ou fórmula láctea</p> <p>Almoço e Jantar</p> <p>Lanche da tarde Leite materno ou fórmula láctea + fruta ou cereal ou raiz / tubérculo</p> <p>Antes de dormir: Leite materno ou fórmula láctea.</p> <p>**consistência livre ou habitual da família</p>

Fonte: adaptado do Cury, Araujo e Monteiro, 2020.

Algumas crianças são vegetarianas e fazem parte de famílias vegetarianas, por isso é preciso conhecer qual o tipo de vegetarianismo da família antes de orientar a introdução alimentar. A alimentação dessas crianças deve ser enriquecida em alimentos que contenham maior teor de cálcio e estas precisam ser acompanhadas sempre acompanhando a necessidade de suplementações de vitaminas,

principalmente a vitamina B12. Orientar sempre que os leites vegetais ultraprocessados não substituem as fórmulas infantis (SVB, 2018).

Atualmente já existem outros métodos de introdução alimentar, como: BLW Baby-Led Weaning (desmame guiado pelo bebê) e Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) que são formas diferentes de introdução alimentar. Elas estimulam a auto alimentação do bebe e o não preparo de alimentos de forma amassada, triturada, desfiada, oferecendo alimentos em pedaços. O método BLISS é uma variação do BLW e oferece alimentos de tamanho maiores que o BLW, afim de diminuir os riscos de engasgos. No entanto ainda não há evidências de que elas sejam melhores do que o método tradicional (SBP, 2017).

6.4 Vacinação

Figura 3 – Calendário de Vacinação em crianças de 0 a 10 anos.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm CRIANÇA
 Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2021/2022

0-10 anos

Os comentários numerados devem ser consultados.

VACINAS	DO NASCIMENTO AOS 2 ANOS DE IDADE												DOS 2 A <10 ANOS					DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS				
	Até nascer	1 mês	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4 anos	5 anos	6 anos	9 anos	Gratuitas nas UBS*	Critérios primários de vacinação		
BCG ID ¹	Dose única																		SIM	SIM		
Hepatite B ²	1ª dose	2ª dose				3ª dose													SIM	SIM		
Típico bacteriana (DTPa ou dTPa) ³		1ª dose	2ª dose	3ª dose							REFORÇO			REFORÇO					DTPa	dTPa e dTPa		
Hamovilar influenza ⁴		1ª dose	2ª dose	3ª dose							REFORÇO								SIM, para as três primeiras doses	SIM		
Pulmonite (vírus rotavírus) ⁵		1ª dose	2ª dose	3ª dose							REFORÇO			REFORÇO					SIM, VVP para as três primeiras doses e VOP nas doses de reforço e campanhas para crianças de 1 a 4 anos	SIM, somente nas apresentações combinadas com dTPa e dTPa		
Rotavírus ⁶		Duas ou três doses, dependendo da vacina utilizada															SIM, vacina monovalente	SIM, vacina monovalente e pentavalente				
Pneumocócica conjugada ⁷		Duas ou três doses, dependendo da vacina utilizada										REFORÇO						SIM, VPC10 para menores de 5 anos	SIM, VPC10 e VPC13			
Meningocócica conjugada ACWY ⁸			1ª dose	2ª dose							REFORÇO					REFORÇO			SIM, menC para menores de 5 anos e menACWY para 11 a 12 anos	SIM, menC e menACWY		
Meningocócica B ⁹			1ª dose	2ª dose							REFORÇO								NÃO	SIM		
Influenza (grupos) ¹⁰							Dose anual. Duas doses na primovacinação antes dos 9 anos de idade.														SIM, 3v para menores de 6 anos e grupos de risco	SIM, 3v e 4v
Pulmonite oral (vírus atenuado) ¹¹											DUAS VACINAÇÕES DE VACINAÇÃO									SIM	NÃO	
Febre amarela ¹²								1ª dose								2ª dose				SIM	SIM	
Hepatite A ¹³									1ª dose			2ª dose								SIM, dose única aos 12 meses (até menores de 5 anos)	SIM	
Típico viral (sarampo, caxumba e sarampo) ¹⁴									1ª dose			2ª dose								SIM	SIM	
Varicela (catapora) ¹⁵									1ª dose			2ª dose								SIM, duas doses (aos 12 meses e entre 4 e 6 anos)	SIM	
HPV ¹⁶																			SIM, duas doses para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos	SIM		
Vacina típico bacteriana oral de tipo adulto (dTPa)																		REFORÇO	NÃO	SIM		
Dengue ¹⁷																			Três doses para imunização	NÃO	SIM	

Fonte: SBIm,2021.

Figura 4 – Calendário de Vacina recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

IDADE	Ao nascer	meses										anos					
		2	3	4	5	6	7-11	12	15	18	4 a 6	10	11-12	13-15	16	17-19	
BCG ID	●																
Hepatite B	●	●		●		●											Adolescentes não vacinados deverão receber 3 doses
Rotavírus		●	●	●													
DTP/DTPa		●		●		●				●							
dT/dTpa														●			
Hib		●		●		●				●							
VOP/VIP		●		●		●				●							
Pneumocócica conjugada		●		●		●				●							
Meningocócica conjugada C e ACWY			●		●				●				●			●	
Meningocócica B recombinante			●		●				●								Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses
Influenza																	A partir dos 6 meses de idade
SCR/Varicela/SCRV									●								Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses de ambas as vacinas
Hepatite A									●		●						Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses
HPV																	Meninos e meninas a partir dos 9 anos de idade
Febre Amarela																	1 dose para não vacinados previamente
Dengue																	Crianças e adolescentes a partir dos 9 anos de idade com infecção prévia comprovada

Fonte: SBP,2021

Figura 5 – Calendário Vacinal do Ministério da Saúde

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	Nº DOSES		IDADE RECOMENDADA
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO	
BCG (1)	Formas graves de tuberculose, meningite e milar	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Ao nascer
Hepatite B (2)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dose ao nascer	-	Ao nascer
Poliomielite 1, 2, 3 (VIP - inativada)	Poliomielite	Vírus inativado tipos 1, 2, e 3	3 doses	2 reforços com a vacina VOP	2 meses, 4 meses e 6 meses
Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada)	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos 1 e 3	-	2 doses de reforço	15 meses e 4 anos
Rotavírus humano G1P1 (VRH) (3)	Diarreia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses
DTP+Hib+HB (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae B e Hepatite B	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada, Oligossacarídeos conjugados do Hib, antígeno de superfície de Hib.	3 doses	2 reforços com a vacina DTP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses
Pneumocócica 10 valente (Pnc10) (4)	Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumocóccos	2 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses
Meningocócica C (conjugada) (6)	Meningite meningocócica tipo C	Polissacarídeos capsulares purificados da Neisseria meningitidis do sorogrupo C	2 doses	1ª reforço	3 meses 2ª dose: 5 meses 1ª Reforço: 12 meses
Febre Amarela (Atenuada) (5)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	1 dose	Reforço	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade
Sarampo, Caxumba, Rubéola (SCR) (6)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	2 doses (1ª dose com SCR e 2ª dose com SCRv)	-	12 meses
Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela (SCRv) (4) (7)	Sarampo, Caxumba Rubéola e Varicela	Vírus vivo atenuado	1 dose (corresponde a segunda dose da SCR e primeira de varicela)	-	15 meses
Hepatite A (HA) (4)	Hepatite A	Antígeno do vírus da hepatite A, inativada	1 dose	-	15 meses
Difteria, Tétano, Pertussis (DTP)	Difteria Tétano Coqueluche	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada	Considerar doses anteriores (3 doses)	2 reforços	1ª reforço: 15 meses 2ª reforço: 4 anos de idade
Difteria, Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados, inativada	3 doses Considerar doses anteriores com penta e DTP	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	A partir dos 7 anos
Papilomavírus humano (HPV)	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Partícula da cápsula do vírus antígeno de superfície	2 doses	-	De 09 a 14 anos para meninas, de 11 a 14 anos para meninos
Pneumocócica 23-valente (Pnc23) (8)	Meningites bacterianas, Pneumonias, Sinusite etc.	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumocóccos	1 dose	Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a Pnc10dv	a partir de 5 anos para os povos indígenas
Varicela (9)	Varicela	vírus vivo atenuado	1 dose (corresponde a segunda dose da varicela)	-	4 anos
Influenza (10)	Influenza	Vírus fracionado, inativado	1 dose ou duas doses	Dose anual	6 meses a menores de 6 anos

Fonte: BRASIL, 2020.

6.5 Triagens Neonatais

6.5.1 Teste do Pezinho

O teste do pezinho estabelecido pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) deve ser realizado entre o 3º e 7º dia de vida. Mesmo não sendo ideal, permite-se a coleta até o 30º dia de vida. (BRASIL, 2012).

No entanto, Brasil (2016) nos traz atualizações de que o momento ideal para a coleta do teste do pezinho é entre o 3º ao 5º dia de vida, sendo exceção os casos coletados após o 28º dia de vida, como nos casos excepcionais devido a dificuldade de acesso por famílias indígenas, pessoas que vivem no campo, e em florestas, além de casos de negligências e devido a questões culturais.

O PNTN auxilia na detecção precoce de seis doenças: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase (BRASIL, 2016).

Em março de 2020 foi publicado no diário oficial da união a inclusão do teste para toxoplasmose congênita no teste do pezinho realizado pelo SUS de todo o território nacional.

A lei Nº 14.154, de 26 de Maio de 2021 altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) com intuito de aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho.

Os testes serão disponibilizados pelo SUS e elaborados pelo Ministério da Saúde, com implementação de forma escalonada, sendo revisados periodicamente através de bases científicas, levando em conta os benefícios do rastreamento, do diagnóstico e tratamento precoce, priorizando as doenças mais prevalentes no Brasil que tenham protocolo de tratamento aprovado e incorporado ao Sistema único de saúde (BRASIL, 2021).

6.5.2 Teste do olhinho

“O teste do reflexo vermelho deve ser realizado na primeira consulta do recém-nascido na atenção básica e repetido aos 4, 6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos de idade” (BRASIL, 2012, p. 65).

Conforme Bell, Rodes e Kellar (2013) o exame do reflexo vermelho é usado para diagnosticar retinoblastoma, catarata infantil e outras anormalidades oculares. Ele é realizado por um oftalmoscópio em uma sala escura para visualizar cada olho individualmente cerca de aproximadamente 30 a 45 cm de distância dos olhos do paciente e, em seguida, ambos os reflexos vermelhos simultaneamente a uma distância de aproximadamente 0,6 a 0,9 metros.

Um teste dentro da normalidade reflete uma luz laranja-vermelha simétrica em cada olho. Qualquer anormalidade por exemplo: assimetria de cor ou ocorrência de manchas escuras ou brancas deve ser encaminhado para um oftalmologista. (BELL; RODES; KELLAR, 2013).

Figura 6 – Teste do reflexo vermelho

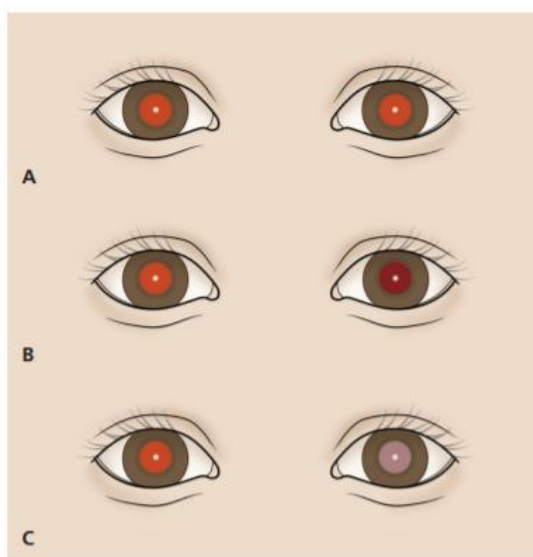


Figure 5. Red reflex examination. (A) Normal, symmetric red reflex. (B) Normal red reflex in the patient's right eye, and abnormal, diminished red reflex in the patient's left eye, which is most commonly caused by refractive error between the eyes, but can also be caused by a more serious pathology (e.g., retinoblastoma). (C) Normal red reflex in the patient's right eye and no reflex in the patient's left eye, which occurs when the reflection is blocked by an opacity such as a cataract.

Fonte: Bell; Rodes; Kellar, 2013.

6.5.3 Teste da orelhinha

A triagem auditiva neonatal (TAN) necessariamente deve ser realizada dentro das 24-48 horas de vida na maternidade, podendo ser realizada em no máximo um mês quando a criança nasceu fora do hospital. Ela deve ser organizada em duas etapas (teste e reteste) dentro do primeiro mês.

Primeiramente as crianças sem indicadores de risco para deficiência auditiva devem ser submetidas ao teste de emissões otoacústicas evocadas (EOAE). Sendo essencial para a realização do registro das EOAE à integridade anatômica da orelha externa e média (BRASIL, 2012).

Caso haja falha no teste, o mesmo precisa ser repetido. Caso a resposta seja insatisfatória, a criança deve ser submetida ao teste do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate- Automático ou em modo triagem), também conhecido como BERA. Nas crianças com fatores de risco, deve-se iniciar pelo Peate. (BRASIL, 2012).

Tabela 6 – Indicadores de Risco para deficiência auditiva

Indicadores de Risco para deficiência auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem. • Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância; • Permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anoxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas. • Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV). • Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal. • Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras). • Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth). • Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite. • Traumatismo craniano e quimioterapia.
--	--

Fonte: BRASIL, 2012.

A atenção básica deve encaminhar todas as crianças com indicadores de risco, mesmo aquelas com resultado satisfatório na triagem, para monitoramento auditivo com avaliação audiológica (audiometria de reforço visual (VRA) com fones de inserção e medidas de imitância acústica), entre 7 e 12 meses na atenção especializada. As crianças que apresentarem limiares piores que 20 dB no VRA, devem realizar também a pesquisa dos limiares por via óssea. No caso de perda auditiva neurosensorial, a criança deve ser encaminhada para diagnóstico e reabilitação. No caso de constatação de perda auditiva condutiva, a criança permanece em acompanhamento otorrinolaringológico e audiológico. (BRASIL, 2012. p.21)

Quadro 1 – Escala para Acompanhamento do Desenvolvimento da Audição e da Linguagem

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

Fonte: OMS, 2006.

Obs.: Considerar a idade corrigida no caso de recém-nascidos prematuros.

Fonte: BRASIL, 2012.

6.5.4 Teste da Linguinha

O teste da linguinha é um teste obrigatório que deve ser realizado nas maternidades desde 2014. Ele detecta a anquiloglossia, uma anomalia congênita oral parcial ou total que pode comprometer as funções orais, devido a alteração da mobilidade da língua. Essa condição pode interferir na amamentação, levando ao desmame precoce e ao baixo ganho de peso nos recém-nascidos (MARTINELLI *et al.*, 2012).

Conforme Martinelli *et al.* (2012) o teste da linguinha pode ser realizado de acordo com o seguinte protocolo: coletar a história clínica completa, avaliação anátomo-funcional e avaliação das funções orofaciais. O protocolo é medido em uma escala progressiva de pontuação, sendo que zero significa a normalidade, e a pontuação um e dois, em ordem crescente, indicam alguma alteração.

6.6 Suplementações no primeiro ano de vida

6.6.1 Suplementação de vitamina D

A hipovitaminose de vitamina D acomete cerca de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo, sendo um fator preocupante. No Brasil, apesar de que a maioria das pessoas residem em áreas de boa exposição solar, deve-se estar atento à deficiência e insuficiência de vitamina D, não apenas em mulheres e idosos, mas também em crianças e adolescentes (SBP, 2016).

Para a prevenção da hipovitaminose de vitamina D o Ministério da Saúde (2012) recomenda o uso de 200-400 UI por dia de vitamina D em crianças que apresentem risco aumentado para a deficiência de vitamina D, sendo elas: crianças prematuras, crianças de pele escura, crianças com exposição inadequada à luz solar (seja por hábitos culturais ou porque usam filtro solar em todos os passeios ao ar livre) e os filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados.

No entanto, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) recomenda a suplementação de Vitamina D em crianças em aleitamento materno exclusivo, desde o nascimento e em crianças em uso de fórmula infantil fortificada com vitamina D que ingerem menos de 1000 ml/dia, em crianças e adolescentes que não ingerem 600 UI/dia de vitamina D através da ingesta alimentar e que não expõem-se regularmente ao sol.

No caso dos prematuros a SBP (2016) informa que o uso de vitamina D deve ser ofertado quando o peso do recém-nascido for superior a 1500 gramas. A dose recomendada é de 400 UI/dia em menores de um ano e 600 UI em maiores de um ano.

As fontes de vitamina D são: os grupos alimentares que compreendem apenas 10% e são escassos e a síntese cutânea que compreende os 90%. Porém, ao saber que não há um nível seguro de exposição solar e devido ao risco aumentado de exposição ao câncer de pele (melanoma) sugere-se evitar a exposição solar direta em lactentes menores de 6 meses e a exposição solar deve ser limitada nas demais crianças (SBP, 2016).

Além disso, é importante saber que a prevenção da hipovitaminose na pediatria começa desde o pré-natal. Recomenda-se o uso de 600 UI a 2000 UI em lactantes e em gestantes, principalmente no terceiro trimestre (SBP, 2016).

6.6.2 Suplementação de vitamina A

O Ministério da Saúde possui o Programa de Suplementação de Vitamina A para prevenir e controlar a deficiência de vitamina A em curto prazo e preconiza a utilização de megadose única via oral para: crianças de 6-11 meses - uma megadose de 100.000UI - e crianças de 12-59 meses - uma megadose de 200.000UI a cada 6 meses (BRASIL, 2012).

6.6.3 Suplementação de ferro

Anemia é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a condição na qual a concentração sanguínea de hemoglobina se encontra abaixo dos valores esperados, tornando-se insuficiente para atender as necessidades fisiológicas exigidas de acordo com idade, sexo, gestação e altitude (SBP, 2018, p.2)

Conforme Brasil (2012), os estudos apontam que a prevalência de anemia chega a 67,6% na faixa etária entre 6 e 24 meses. Dessa forma, o Ministério da Saúde recomenda a suplementação diária de 1 a 2mg de ferro elementar/kg de peso para as crianças de 6 a 24 meses, principalmente na forma de sulfato ferroso em gotas.

Nota-se ainda segundo a SBP (2021) que a prevalência de crianças anêmicas foi de cerca de 33% em crianças brasileiras, saudáveis e menores de 7 anos de acordo com um estudo de metanálise que incluiu 134 publicações de 2007 a 2020.

Sabe-se que a depleção de ferro desde o desenvolvimento das crianças durante o período pré-natal ocasiona consequências desastrosas de longo prazo no desenvolvimento de habilidades cognitivas, comportamentais, linguagem e capacidades psicoemocionais e motoras das crianças. Isso leva a uma grande preocupação, principalmente em recém-nascidos a termo e com peso adequado ao nascimento após os 4 a 6 meses de vida, pois é a partir dessa idade que somado aos fatores de risco podem ocorrer elevação das taxas de deficiência de ferro e o desenvolvimento de anemia ferropriva (SBP, 2021).

Sendo assim, conforme as atualizações do Consenso sobre Anemia Ferropriva a SBP (2021) recomenda a suplementação profilática de ferro conforme a tabela a seguir:

Tabela 7 – Recomendação profilática de ferro

Crianças SEM fator de Risco	Criança em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida a termo com peso adequado a idade gestacional → Suplementação profilática com 1 mg de ferro elementar/kg/dia de peso a partir de 180 dias até o 24 ^o mês de vida.
Crianças COM fator de Risco	<ul style="list-style-type: none"> Criança em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e crianças independentemente do tipo de alimentação a termo com peso adequado a idade gestacional → Suplementação profilática com 1 mg de ferro elementar/kg/dia de peso a partir de 90 dias até o 24^o mês de vida.

	<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascidos a termo com peso < 2.500 g e RN prematuro com peso > 1500g: 2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano. • Recém-nascidos prematuros com peso entre 1.500 e 1.000 g: 3 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano. • Recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1.000 g: 4 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano. • Recém-nascidos prematuros que receberam mais de 100 mL de concentrado de hemácias durante a internação: Devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente.
--	---

Fonte: adaptado SBP, 2021.

Tabela 8 – Fatores de Risco para Anemia Ferropriva

FATORES DE RISCO	
Baixa reserva Materna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida ▪ Aleitamento materno exclusivo prolongado (superior a seis meses) ▪ Alimentação complementar com alimentos pobres em ferro ou de baixa biodisponibilidade ▪ Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida ▪ Consumo de fórmula infantil com baixo teor de ferro ou quantidade insuficiente

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista ▪ Ausência ou baixa adesão à suplementação profilática com ferro medicamentoso, quando recomendada
Perda Sanguínea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumática ou cirúrgica ▪ Hemorragia gastrointestinal (ex: doença inflamatória intestinal, polipose colônica, drogas anti-inflamatórias não esteroides, infecção por <i>Helicobacter pylori</i>, verminose – estrogiloides, necatur, ancilostoma – enteropatias/colites alérgicas, esquistossomose) ▪ Hemorragia ginecológica (menorragia, dispositivos intrauterinos) Hemorragia urológica (esquistossomose, glomerulonefrite, trauma renal) ▪ Hemorragia pulmonar (tuberculose, malformação pulmonar, hemossiderose pulmonar idiopática, síndrome Goodpasture, etc) ▪ Discrasias sanguíneas ▪ Malária
Má absorção de Ferro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndromes de má-absorção (doença celíaca, doença inflamatória intestinal) ▪ Gastrite atrófica, cirurgia gástrica (bariátrica, ressecção gástrica) ▪ Redução da acidez gástrica (antiácidos, bloqueadores H2, inibidores de bomba de prótons)

Fonte: adaptado SBP, 2021.

A SBP (2021) traz também novas atualizações sobre o diagnóstico e tratamento dos pacientes com suspeita ou Anemia Ferropriva. Para crianças com um ano de idade a Sociedade Brasileira de Pediatria indica a realização de hemograma para rastreio de Anemia e antes de um ano de idade quando há fatores de risco ou sintomatologia. Além disso, ela orienta a solicitação de hemograma, ferritina e PCR, este último exame é solicitado para que sejam descartadas infecções associadas ao quadro que possam aumentar os níveis de ferritina.

Para o tratamento de crianças com diagnóstico de Anemia Ferropriva, a SBP (2021) indica a suplementação de 3 a 6mg de Ferro elementar por quilo de peso ao

dia durante seis meses ou até que sejam normalizados hemoglobina, VCM, HCM, ferro sérico, saturação de transferrina e ferritina sérica. A monitorização pode ser realizada em 30 a 45 dias após o início do tratamento e espera-se que a hemoglobina suba 1g/dl, podendo ocorrer também aumento dos reticulócitos.

6.6.4 Suplementação de vitamina K

Segundo Brasil (2012), a suplementação de vitamina K, administrada logo após o nascimento na maternidade, já possui grandes embasamentos científicos para a prevenção de doença hemorrágica ocasionada por deficiência de vitamina K no recém-nascido. Ela pode ser administrada na forma intramuscular, endovenosa e oral, quando os pais recusam a injeção.

Em recém-nascidos (RN) com mais de 32 semanas e mais de 1000g é recomendável administrar 1 mg intramuscular (IM) ou endovenoso (EV). Já em RN com menos de 32 semanas e mais de 1000 g a dose é 0,5 mg IM. E por último em bebês com menos de 1000g, independentemente da idade gestacional, a dose é 0,3 mg IM. Caso seja optado pela administração oral, recomenda-se 2 mg ao nascer, seguido de 1 mg por semana durante 3 meses (Brasil, 2012).

6.7 Prevenção de acidentes

“Os acidentes ou traumas não intencionais, correspondem a um grupo de situações em que a pessoa acaba por sofrer algum dano físico e/ou psíquico, por um trauma independente da ação direta de um outro” (SBP, 2016, p. 1).

Sabe-se que no Brasil hoje os acidentes representam a principal causa de morte entre as crianças de 1 a 14 anos, sendo as principais causas afogamento e atropelamento. Durante a infância grande parte dos acidentes ocorrem no domicílio das crianças ou ao redor da moradia, sendo que poderiam ser evitados em grande parte com medidas de prevenção e proteção (SBP, 2019).

Além disso, a SBP (2019) enfatiza a importância de conhecer as necessidades de estímulo e proteção e as fases do desenvolvimento das crianças para que possam realizar medidas de proteção e prevenção dos acidentes.

Durante os primeiros meses de vida, a criança depende totalmente do seu cuidador. Sendo assim, é estritamente importante que o adulto que está cuidando da criança tenha muita atenção.

O Ministério da Saúde (2009) traz cuidados essenciais com os recém nascidos durante essa fase da vida, como: lavar as mãos quando tiver contato com a criança; orientar a higiene pelos cuidadores com o coto umbilical; mantendo seco e limpo; orientar a troca de fraldas; sobre as assaduras; os hábitos de sono e reconhecer os tipos de choros; orientar a posição supina durante o sono do recém-nascido para evitar acidentes de sufocamento, e evitar o co-leito.

Complementando os cuidados que o MS pondera, a SBP (2019) traz alertas importantes para evitar acidentes como: queimaduras, traumas por impactos, afogamentos, quedas e aspiração e sufocamento, choque elétrico e traumas diversos, que podem ser vistos na tabela abaixo.

Tabela 9 – prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária

ACIDENTES POR FAIXA ETARIA	
<p>O uso de telas é totalmente desaconselhado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e por outras instituições de proteção à saúde no mundo, para crianças com menos de 2 ano de idade, pois contribuem como fontes de estímulos inadequados apresentados de forma repetitiva e alienante, que fixam a atenção do bebê num mundo não humano, determinando prejuízos do desenvolvimento neuro psicomotor.</p>	
DO NASCIMENTO AOS 4 MESES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Queimaduras</u>: cuidado com a temperatura da água do banho (idealmente manter em torno de 36C), sempre testar a temperatura do leite oferecido na mamadeira antes de oferecer ao bebe e evitar que o mesmo se alimente no berço ou deitado no carrinho. As mamadeiras precisam ser esterilizadas antes do uso, lembrando de esvaziar a água quente antes de ofertar a criança. Não deve manipular líquidos e substâncias quentes e nem cozinhar com o bebe no colo. 2. <u>Traumas por impactos</u>: os mobiles devem estar bem fixados no berço ou carrinho e ser de material leve e não soltarem peças. No carro o bebe deve estar na cadeirinha adequada para sua idade e para o seu peso, no banco de trás e voltada para a traseira no veículo. Nunca deixar uma criança cuidando da outra. 3. <u>Afogamentos</u>: O bebe não deve ficar sozinho na banheira. Durante o banho deve-se tomar cuidado com a cabeça do bebe ao vira-lo de costas, não deixar que encoste o rosto na água. 4. <u>Quedas</u>: Usar o cinto de segurança e trave a alça, quando o bebe estiver na cadeirinha ou no bebe conforto. 5. <u>Aspiração e sufocamento</u>: Não usar correntes ou cordões no pescoço do bebe, tomar cuidado com as crianças ao redor (elas podem oferecer alimentos), no carrinho ou berço usar cobertas ou cobertores proporcionais ao tamanho do bebe. 	
DOS 5 MESES AOS 12 MESES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Quedas</u>: Nunca deixar o bebe sozinho no trocador ou na cama. Usar almofadas quando o bebe estiver no chão, juntamente com a supervisão de um adulto cuidador, para evitar que o bebe se jogue para trás e bata a cabeça. O berço deve ficar em local ventilado e com altura das grades superior ao tamanho do bebe e as grades devem ter uma distância máxima de 7 cm, para que o mesmo não fique preso entre elas. O andador não deve ser usado nunca, em nenhuma idade. As escadas devem ter barreiras fixas de proteção dos dois lados. 	

2. **Queimaduras:** As cozinhas devem ser protegidas por grades, para que a criança não tenha acesso. Usar as bocas de trás do fogão é mais prudente e não se deve deixar os cabos da panela voltados para fora do fogão. Não deixe produtos tóxicos, inflamáveis e cáusticos em casa e coloque álcool acima de 45 graus na casa. Crianças nunca devem ficar perto de churrasqueira, fogueira e fogos de artifício. Exposição solar prolongada entre as 10h e as 16 horas pode causar queimaduras graves.
3. **Choques elétricos:** todas as tomadas elétricas que os bebês tenham acesso devem ser protegidas. Os fios elétricos e extensões não devem ficar no alcance das crianças e nem devem estar desencapados.
4. **Afogamento:** A lavanderia é proibida para o bebe. Nunca o bebe deve ficar sozinho perto de piscina, praia e outros lugares com coleções de água. As piscinas ou coleções de água domésticas devem ter cerca de bloqueio em toda sua volta, acima de 150 cm de altura, com portão mantido com trava de segurança.
5. **Traumas diversos:** evitar que o bebe tenha brinquedos pesados que possam cair sobre ele. Os brinquedos que são oferecidos aos bebês devem ser macios, sem bordas cortantes. Sempre os brinquedos devem ser testados e deve-se atentar se não soltam peças pequenas. Não deixar toalhas ou panos pendentes na mesa, pois a criança pode puxar e cair tudo o que tem na mesa sobre ela. Não deixar produtos de limpeza, tóxicos ou cáusticos no alcance da criança. Tomar cuidado com os animais.

Fonte: adaptado da SBP, 2019.

6.8 Higiene bucal

Segundo Brasil (2012) a erupção dentária tem início aos 6 meses e pode ocorrer até os 12 meses de vida.

Já conforme a GCDFund (2020) a erupção dentária é uma fase difícil para os bebês e cada criança tem o seu momento, podendo este ser influenciado pela saúde e pelo ambiente. A higiene bucal deve fazer parte da rotina dos bebês e das crianças assim como dos adultos. Ela pode ser iniciada assim que aparecerem os primeiros dentes de preferência com uma escova com cabeça pequena, macia com a presença de pasta com flúor em pequena quantidade (máximo equivalente a um grão de arroz cru).

Antes dos primeiros dentes não é necessário realizar a higiene bucal em bebês em aleitamento materno exclusivo, mas é recomendável realizar a lavagem da boca dos bebês que fazem uso de fórmulas infantis, e de outros alimentos com o auxílio de uma gaze, fralda ou dedeira embebida em água de forma a estimular o hábito (GCDFund, 2020).

6.9 Alterações Dermatológicas do Recém-Nascido

Existem muitas lesões benignas nos recém-nascidos, que na maioria dos casos não necessitam de tratamento. Dentre elas destacamos o eritema tóxico do recém-nascido, melnose pustulosa transitória, hiperplasia sebácea, milia, mancha salmão e mancha mongólica.

6.10 Criptorquidia

Segundo Gusso, Lopes e Dias (2019) a criptorquidia é uma condição em que o testículo não se encontra na bolsa escrotal, podendo ser unilateral ou bilateral. Sendo esta uma das condições congênitas mais comuns ao nascimento, podendo ocorrer isoladamente ou associada a outras condições.

A criptorquidia tem uma maior prevalência em crianças prematura e com peso inferior a 1500g, devido aos riscos de infertilidade na vida adulta e de malignização esta é uma condição cirúrgica. A cirurgia normalmente é indicada a partir dos 6 meses e antes dos 2 anos de idade. Para seu diagnóstico normalmente não é preciso realizar exames, mas em casos de dúvidas pode se lançar mão do ultrassom. É sempre importante ter em mente alguns diagnósticos diferenciais, como o testículo retrátil (GUSSO; LOPES e DIAS, 2019).

6.11 Hérnias

6.11.1 *Hérnia Umbilical*

Segundo Gusso, Lopes e Dias (2019) a hérnia umbilical é um quadro benigno e que geralmente tem seu fechamento de forma espontânea. Ela ocorre quando há um defeito nas fibras musculares da região do anel umbilical, fazendo com que as estruturas abdominais se tornem protusas. Seu diagnóstico é clínico, não sendo necessário realizar exames, apenas em casos de dúvida diagnóstica. As crianças devem ser encaminhadas para o especialista (cirurgião pediátrico) a partir dos 2 anos de idade, antes dessa idade somente quando há queixa importante associada ao quadro. Os casos de estrangulamento e encarceramento da hérnia precisam ser encaminhados para o serviço de urgência.

6.11.2 *Hérnia Inguinal*

A Hérnia inguinal diferentemente da hérnia umbilical é uma condição cirúrgica, ela ocorre devido a um defeito congênito ocasionando a protusão das vísceras na região inguinal. Ela afeta mais o sexo masculino e os prematuros. O seu diagnóstico é clínico e pode-se solicitar o ultrassom em casos de dúvidas. Ela tem como diagnóstico diferencial a hidrocele, a criptorquidia e a linfonodomegalia. As crianças que apresentam hérnia inguinal devem ser encaminhadas ao especialista. Além disso,

o profissional de saúde deve ficar atento aos casos de estrangulamento e encarceramento. Quando há o aumento súbito na região inguinal, dor, choro, às vezes com vômitos, tumoração visível e palpável, dolorosa à palpação e endurecida a hérnia apresenta-se encarcerada e tem indicação de tentativa de redução manual (GUSSO; LOPES e DIAS, 2019).

6.12 Fimose

A fimose é uma condição que pode ser tratada de forma conservadora na maioria dos casos ou de forma cirúrgica. Ela ocorre quando não há exposição da glândula do pênis devido ao estreitamento do orifício do prepúcio. Seus diagnósticos diferenciais são: retração parcial, aderências balanoprepúciais ou com retração total, mas com área de estreitamento do prepúcio no corpo peniano (anel de parafimose). Além disso, é preciso saber reconhecer a fimose patológica e verdadeira. Esta quando causa sintomas pode ser tratada de forma conservadora com o uso de tratamento tópico com corticosteroides e hialuronidase durante 2 ou 3 meses. Algumas condições podem estar associadas a fimose, como a balanopostite, que é a inflamação da glândula do pênis e deve ser tratada com antibiótico tópico ou oral, além do reforço a higiene local. A indicação cirúrgica fica para os casos da fimose patológica e em casos de balanopostite de repetição.

7 TUMMY TIME

Tummy time é uma forma de atividade física recomendada para crianças com menos de 6 meses de idade. É definido como o posicionamento em decúbito ventral no chão, incentivado e supervisionado por um adulto. Ele faz parte das recomendações da Academia Americana de Pediatria e da Organização Mundial de Saúde. Recomenda-se que a o bebê fique 30 minutos de bruços distribuídos por um período de 24 horas para otimizar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis. (HEWITT *et al.*, 2020)

A OMS recomenda o tummy time (tempo de bruços) para bebês devido aos benefícios de um melhor desenvolvimento motor e redução da probabilidade de plagiocefalia.

Sendo assim, Hewitt *et al.* (2020) realizaram uma revisão sistemática de 16 estudos sobre a associação do tummy time com os benefícios para a saúde infantil. O tummy time foi positivamente associado com o desenvolvimento motor grosso e total, uma redução no escore IMC-z, prevenção de braquicefalia e a capacidade de se mover em decúbito ventral, supino, engatinhar e rolar. Uma associação indeterminada foi encontrada para os domínios social e cognitivo, plagiocefalia, andar, ficar em pé e sentado e não foi encontrada associação para desenvolvimento motor fino e comunicação.

8 RESULTADOS

Como resultado do estudo foi obtido uma seleção dos protocolos, guias, tratados e cadernos de atenção mais atuais. Além disso, foi realizado uma pesquisa de artigos sobre os temas propostos para a formulação do guia, a fim de comparar com os protocolos e guias. Sendo desconsiderados aqueles que apresentavam divergências discrepantes com os materiais previamente selecionados e que não tinham um adequado embasamento científico. Na pesquisa foram encontrados mais de 50 materiais, sendo utilizados 34 trabalhos para a confecção de um guia rápido para profissionais de saúde composto por 65 páginas.

9 DISCUSSÃO

Durante a elaboração do guia foi possível perceber que o Caderno do Ministério da Saúde apresenta algumas desatualizações sobre a temática. Temas como a higiene bucal e exposição solar precisam ser revisados para a próxima elaboração do caderno da saúde da criança. Ademais, existem algumas divergências de condutas entre a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o Ministério da Saúde (MS), como por exemplo a obrigatoriedade do teste da linguinha, que foi aprovado em lei e é orientado pelo MS. A SBP solicitou que fosse revogada, pois atribui essa prática a avaliação do exame físico da criança pelo médico.

Além disso, a avaliação da saúde da criança pelos Médicos de Família Comunidade é diferente da avaliação pediátrica, ela não fica restrita ao conceito de puericultura higienista. O Médico de Família conhece a família e o contexto onde a criança está inserida, além de ter o apoio de toda a equipe e o olhar do agente comunitário de saúde para o melhor cuidado do paciente.

Já o médico pediatra está inserido na unidade de saúde como um apoio ao profissional em casos especiais, cuja abordagem envolve uma densidade tecnológica maior, e exigem um acúmulo de experiência específica naquele tipo de doença, que é menos frequente na população.

Ademais, durante a realização do trabalho percebeu-se uma carência de estudos sobre o tema do exercício tummy time, apesar de ser algo bem aplicado na prática pelos pediatras. Foram encontrados apenas trabalhos de revisão sistemática sobre essa temática.

No município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul percebe-se alguns obstáculos ao acesso das crianças e ao atendimento longitudinal. Grande parte da população ainda têm o pensamento médico centrado que impede a distribuição adequada dos atendimentos, visto que há ainda um grande preconceito sobre os atendimentos com a enfermagem.

Além disso, a dificuldade de organização do fluxo traz um impacto negativo sobre o acompanhamento da saúde da criança. A criança que nasce em uma determinada maternidade não consegue o retorno direto no seu primeiro mês de vida caso haja alguma complicação ou intercorrência que tenha ligação direta com o parto. Esta precisa ser encaminhada a unidade de pronto atendimento para ser regulada de volta ao hospital de nascimento para ser reavaliada.

Ademais, não há um sistema (prontuário eletrônico) que interligue o atendimento do serviço secundário e terciário com a unidade de saúde da família, dificultando a referência e contra referência.

Outra situação que torna o acompanhamento do recém-nascido dificultado no município é a escassez do sumário de alta por parte das maternidades, falha de registros na caderneta da criança, como peso da alta e da realização das triagens neonatais mesmo estando contido a obrigatoriedade no guia para os profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande.

Por fim, a não realização das primeiras vacinas na maternidade, que ocorre na maioria dos casos, faz com que a aplicação seja postergada. Pois, muitas famílias apresentam uma grande vulnerabilidade social e demoram para realizá-las já que elas não são feitas parte do rol de vacinas presentes em todas as unidades de saúde do município.

10 CONCLUSÃO

Através da revisão realizada de diversos temas relacionados a saúde da criança para a elaboração do Guia rápido foi possível notar o quão importante é a atualização do profissional que trabalha na Estratégia de Saúde da Família para o melhor acompanhamento do paciente durante este ciclo de vida. Estar atento as atualizações das diretrizes, do Ministério da Saúde e recorrer as bases de dados torna o profissional mais capacitado e pode auxiliar no melhor crescimento e desenvolvimento das crianças, podendo até ser futuramente um modificador na morbimortalidade. Por fim, o guia pode facilitar a pesquisa rápida de determinados temas que englobam a saúde da criança de forma a auxiliar na conduta baseada nas melhores evidências durante as consultas.

REFERÊNCIAS

- BELL, Amanda L; RODES, Mary Elizabeth. **Childhood Eye Examination**. v. 88, n. 4, p. 9, 2013
- BRASIL. Lei Nº 14.154, de 26 de maio de 2021. Diário Oficial da União. Seção 1, Brasília, DF, ano 159 n. 99, p.1, 27 Maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 3 v.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 4 v.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 32 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos**. 2 ed. Brasília, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem neonatal biológica: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CAMPO GRANDE, Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência da Redes de Atenção à em Saúde. Coordenadoria da Rede de Atenção Básica. **Atenção à puerpera e ao recém-nascido**. Orientações Técnicas 1ed. Campo Grande: SESAU, 2021. 41 p
- CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Rafael Morroni de; RODRIGUES, Oreston Alves. **Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. suppl 2, p. 3139–3147, 2010.
- COURY, Nayhara CASTRO; Araújo, Ana Maria Miranda de; MONTEIRO, Mariana Pantuso. **Guia de orientação para profissional de saúde sobre alimentação complementar**. Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2020.
- DEL CIAMPO, Luiz Antonio; RICCO, Rubens Garcia; DANELUZZI, Julio César; *et al.* **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 739–743, 2006.

GLOBAL CHILD DENTAL FUND (UK). **Guia de Saúde Oral Materno-Infantil**. Reino Unido. 2020.

GUSSO Gustavo, LOPES José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v.

HEWITT, Lyndel; KERR, Erin; STANLEY, Rebecca M.; et al. **Tummy Time and Infant Health Outcomes: A Systematic Review**. Pediatrics, v. 145, n. 6, p. e20192168, 2020

KLIEGMAN R, JENSON HB, BEHRMAN RE, Nelson. **Tratado de Pediatria**. 19 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KROPIWIEC, Maria Volpato; FRANCO, Selma Cristina; AMARAL, Augusto Randüz do. **Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado**. Revista Paulista de Pediatria, v. 35, n. 4, p. 391–398, 2017.

LEÃO E, CORREA EJ, VIANA MRA, **Pediatria ambulatorial**. 4 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MAROSTICA P. J. C. et al. **Pediatria: consulta rápida**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro; MARCHESAN, Irene Queiroz; RODRIGUES, Antonio de Castro; et al. **Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês**. Revista CEFAC, v. 14, n. 1, p. 138–145, 2012

PÍCOLI, Renata Palópoli; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves. **Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 9, p. 3315–3324, 2019.

PIELOP JA. **Benign skin and scalp lesions in the newborn and infant**. UpToDate. Waltham, MA: UPtodate Inc. Accessed on: dezembro, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consenso sobre Anemia Ferropriva: Atualização: Destaques 2021**. Departamentos Científicos de Nutrologia e Hematologia. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/> Acessado em novembro 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Endocrinologia. **Hipovitaminose D em pediatria: recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção**. Dezembro 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/> Acessado em Novembro 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento científico de Segurança. **Os acidentes são evitáveis e na maioria das vezes, o perigo está dentro de casa!** 2019-2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/> Acessado em novembro 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Imunizações e Departamento de Infectologia. **Calendário de Vacinação da SBP 2021**. Julho, 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/> Acessado em novembro 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos de Nutrologia e Hematologia. **Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica!** Julho, 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/> Acessado em novembro 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos de Nutrologia e Hematologia. **Consenso sobre anemia ferropriva: atualização: destaques 2021**. Julho, 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/> Acessado em novembro 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia prático de atualização: a alimentação complementar e o método BLW**. Departamento de Nutrologia. São Paulo, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **“A Consulta Pediátrica Pré-Natal.”** 2019-2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/> Acessado em setembro 2021.

SOCIEDADE VEGETARIANA BRASILEIRA. **Guia alimentar para a família – alimentação para bebês e crianças vegetarianas até 2 anos de idade**. Departamento de Saúde e Nutrição. 56 p. São Paulo, 2018.

VITOLO, Márcia Regina; GAMA, Mendes; CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó. **Frequency of public child care service use and associated factors**. *Jornal de Pediatria*, v. 86, n. 1, p. 80–84, 2010.