

Organizador  
Instituto de Ciências da Saúde

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura



Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo - ASPEUR  
Universidade Feevale

# **O INÍCIO DA VIDA: descomplicando as consultas de puericultura**

Instituto de Ciências da Saúde  
**Organizador**



Novo Hamburgo | Rio Grande do Sul | Brasil  
2021

**PRESIDENTE DA ASPEUR**

Marcelo Clark Alves

**REITOR DA UNIVERSIDADE FEEVALE**

Cleber Cristiano Prodanov

**PRÓ-REITORA DE ENSINO**

Angelita Renck Gerhardt

**PRÓ-REITOR DE PESQUISA,  
PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO**

Fernando Rosado Spilki

**EDITORA FEEVALE**

Mauricio Barth (Coordenação)

Tiago de Souza Bergenthal (Revisão textual)

Tífani Müller Schons (Design editorial)

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

Universidade Feevale, RS, Brasil

Bibliotecária responsável: Bruna Heller – CRB 10/2348

O início da vida [recurso eletrônico] : descomplicando as consultas de puericultura / Instituto de Ciências da Saúde organizador. – Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2021.

Dados eletrônicos (1 arquivo : 15 megabytes).

Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: <[www.feevale.br/editora](http://www.feevale.br/editora)>

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-86341-07-2

1. Puericultura. 2. Crianças - Saúde e higiene.  
3. Adolescentes – Saúde e higiene. I. Instituto de Ciências da Saúde. II. Título.

CDU 616-053.2

© **Editora Feevale** - TODOS OS DIREITOS RESERVADOS - É proibida a reprodução total ou parcial de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos do autor (Lei n.º 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Universidade Feevale**

Câmpus I: Av. Dr. Maurício Cardoso, 510 - CEP 93510-235 - B. Hamburgo Velho - Novo Hamburgo/RS

Câmpus II: ERS 239, 2755 - CEP 93525-075 - B. Vila Nova - Novo Hamburgo/RS

Câmpus III: Av. Edgar Hoffmeister, 500 - CEP 93700-000 - Zona Industrial Norte - Campo Bom/RS

Homepage: [www.feevale.br](http://www.feevale.br)

## **COMO MELHOR UTILIZAR ESTE E-BOOK**

*Não desperdice papel,  
imprima somente se necessário.*

Este e-book foi feito com intenção de facilitar o acesso à informação. Baixe o arquivo e visualize-o na tela do seu computador sempre que necessitar. No entanto, caso seja necessário, o arquivo pode ser impresso.

É possível também imprimir somente partes do texto, selecionando as páginas desejadas nas opções de impressão.

# SUMÁRIO

**06**

**APRESENTAÇÃO**

**09**

**CAPÍTULO 1**

Pré-natal e parto

**36**

**CAPÍTULO 2**

O início da vida extrauterina: as primeiras visitas ao bebê

**64**

**CAPÍTULO 3**

Primeira consulta

**99**

**CAPÍTULO 4**

1 a 6 meses: construindo a aliança terapêutica

**116**

**CAPÍTULO 5**

Consultas de puericultura: 6, 9 e 12 meses

**132**

**CAPÍTULO 6**

Consulta de 18-24 meses

**143**

**CAPÍTULO 7**

Consulta do adolescente

**158**

**AUTORES**

### UMA VERSÃO MODERNA PARA DUAS PRÁTICAS ANTIGAS: A PUERICULTURA E O “SEBENTO”

Clarissa Noer

As primeiras experiências do acadêmico de medicina no atendimento pediátrico ocorrem no contexto do que chamamos de PUERICULTURA.

Mas afinal o que é puericultura?

Para entendermos, precisamos voltar um pouco no tempo, em uma época onde as condições higiênicas e fisiológicas das crianças eram diferentes. A puericultura surge em 1865 na Europa como uma série de serviços que orientavam, sobretudo, as mães sobre como cuidar e alimentar seus filhos, evitando, por exemplo, a contaminação dos alimentos e da água e as conseqüentes diarreia, desidratação, desnutrição e morte.

No Brasil, a puericultura surgiu seguindo os mesmos moldes dos serviços originados na França e mostrou-se, na época, muito útil em reduzir as taxas de mortalidade infantil.

Hoje em dia, essa prática se modificou. As crianças vivem mais e isso está diretamente relacionado à qualidade do envelhecimento da população: os conhecimentos atuais nos mostram que inclusive situações que ocorrem intraútero repercutem na programação metabólica que influenciará o surgimento de doenças crônicas.

O que ocorre nos primeiros 2 anos de vida e também na fase intrauterina, a alimentação, ambiente, o tipo de estimulação, interfere diretamente na vida adulta do nosso paciente: os famosos 1000 dias que os acadêmicos escutam muito nas aulas. As atitudes do médico da criança acabam por influenciar diretamente alguns desfechos que só aparecerão na idade adulta! Podemos pensar que somos médicos dos adultos do futuro! Temos o poder de interferir através das nossas ações, orientações e capacidade de identificação precoce na qualidade de vida futura do indivíduo: uma grande responsabilidade!

Hoje as orientações de puericultura não focam somente em garantir a sobrevivência, mas em promover a qualidade do capital humano da próxima geração. Nesse sentido, ao cuidarmos do nosso pequeno paciente e de sua família, provendo as melhores práticas

baseadas em evidências, estaremos cuidando da criança que “é” e do adulto que virá a “ser”. Mas cuidado: a criança não é adulto em miniatura. Muito pelo contrário, o mundo da criança é único, peculiar, e a infância é um período sensível, quando nascem as virtudes e também os vícios humanos: é importante estudar as particularidades de cada fase do desenvolvimento infantil.

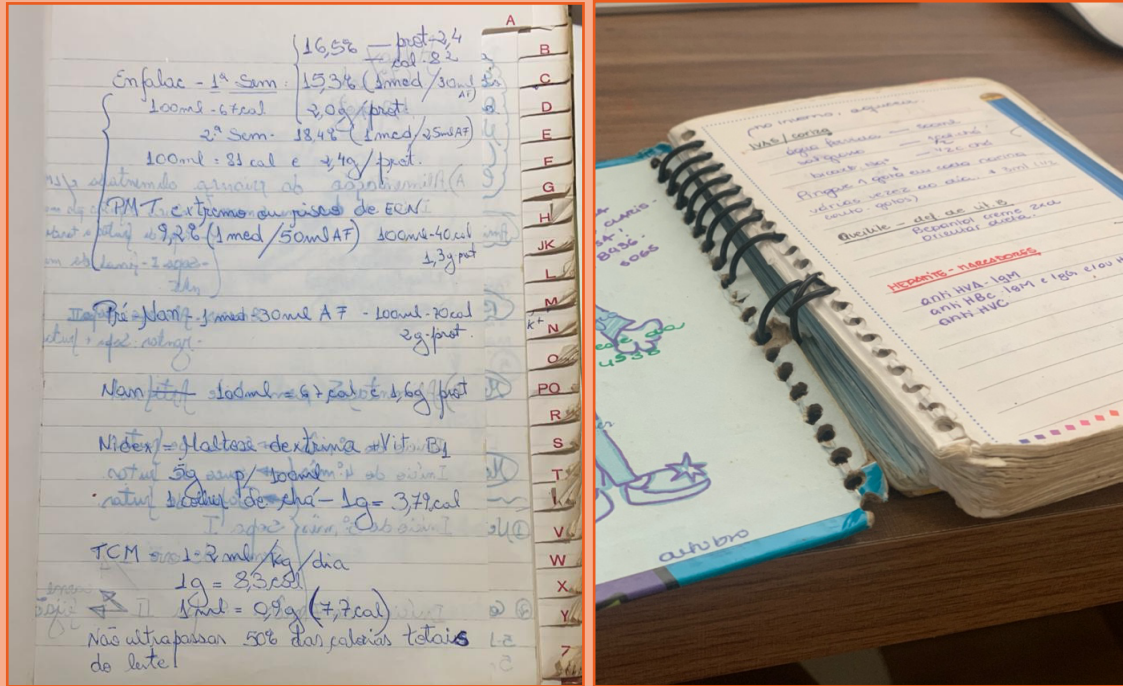
Tamanha responsabilidade acaba gerando uma certa angústia em nosso percurso de formação: Como lembrar de tudo? Como conseguir dar conta de todas as orientações em uma única consulta e ter a certeza de ter abordado todas as áreas: alimentação, desenvolvimento, estimulação, suplementação, exames, doses, peso, curvas, vacinas...

Daí surgiu a ideia deste pequeno guia como um recurso para uma consulta breve, na correria dos atendimentos. No entanto, preciso adverti-los de que essa ideia não é nem um pouco original: a maioria dos professores de vocês carregava um caderninho inseparável no jaleco, cheio de anotações, doses, lembretes, tudo aquilo que precisaríamos lembrar (não tínhamos smartphones, também, então o caderninho era realmente importante). Ao final do curso, de tão gastos de serem consultados e manuseados, alguns já se encontravam em um estado deplorável, mas devido a sua utilidade inquestionável, ganhavam o apelido carinhoso de “sebento”.

Esse ebook é uma versão moderna do caderninho sebento, oferecendo aquele suporte visual que é necessário na pediatria. Construído por e para acadêmicos de medicina, em meio às angústias de uma pandemia, para que possa ser utilizado por outros colegas e mais outros... dessa vez com a vantagem de não perder páginas, amassar ou rasgar, porém com a mesma intenção de ser um recurso prático nos preciosos encontros com a criança e sua família nos atendimentos de puericultura.

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura



Caderninhos prof. Davi de Paula e prof. Clarissa Noer (acervo pessoal)





# 1

# Pré-natal e parto

Neidi Isabela Pierini e Clarissa Noer



### **ANAMNESE PRÉ-NATAL**

Aconselhamos que a família conheça o pediatra antes do nascimento do bebê e forme um vínculo com o profissional antes do nascimento. Nesses casos, é importante que se faça uma anamnese pré-natal completa para prevenir e prever possíveis riscos e complicações que possam afetar a saúde da criança.

Abaixo, encontra-se um modelo de anamnese pré-natal para esse tipo de atendimento.

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PAI:</b>		
<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Raça:</b>
<b>Estado civil:</b>	<b>Escolaridade:</b>	<b>Profissão:</b>
<b>Doenças prévias:</b>		
<b>Tabagismo:</b>	<b>Etilismo:</b>	<b>Drogas:</b>
<b>História familiar de doenças crônicas:</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DA MÃE:</b>		
<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Raça:</b>
<b>Estado civil:</b>	<b>Escolaridade:</b>	<b>Profissão:</b>
<b>Doenças prévias:</b>		
<b>Tabagismo:</b>	<b>Etilismo:</b>	<b>Drogas:</b>
<b>História familiar de doenças crônicas:</b>		

### **História ginecológica:**

- **Uso de métodos contraceptivos:**
- **História de DST's:**
- **Nº de gestações, partos e abortos:**
- **Tipos de partos:**
- **Data da primeira e última gestação:**

### **História da gestação atual:**

- **Planejamento da gestação:**
- **DUM:**
- **DPP:**
- **Tipo de gravidez (gemelar, única, outra):**
- **Experiências de amamentação, dificuldades, tipo de mamilo, cirurgias mamárias:**
  
- **Intercorrências e complicações de gestações anteriores:**
- **Intercorrências na gestação atual:**

### **Vacinação:**

- **Antitetânica (1ª, 2ª, 3ª dose e reforço):**
- **Hepatite B (1ª, 2ª e 3ª dose):**
- **Influenza:**

### **Suplementação:**

- **Ácido fólico:**
- **Sulfato ferroso:**

Ficha de anamnese pré-natal. Fonte: Produzido pela autora.

Na anamnese lembramos que a pesquisa por consumo de álcool é importante, já que 33% das mulheres consomem algum tipo de álcool na gestação, o que preocupa em relação ao desenvolvimento da síndrome alcoólica fetal (SAF). Checar os exames do acompanhamento obstétrico. São eles:

## O INÍCIO DA VIDA

descomplicando as consultas de puericultura

Exames solicitados	Data (trimestre)
Hemograma completo:	
ABO RH:	
Hb/Ht:	
Coombs indireto:	
Glicemia em jejum:	
Sorologia da Sífilis (VDRL):	
Urina rotina/Urocultura:	
Anti-HIV:	
HBsAg:	
Toxoplasmose IgM e IgG:	
Strepto grupo B:	
Ultrassom obstétrico:	
Outros:	

Exames a serem solicitados. Fonte: produzido pela autora.

Ultrassonografias importantes e como avaliá-las: USG de risco fetal, USG morfológica e Ecocardiograma fetal.

## **AVALIAÇÃO PÓS-NASCIMENTO**

### **APGAR**

Escala utilizada para avaliar a vitalidade do RN no primeiro e quinto minutos de vida, de acordo com 5 sinais: força muscular, frequência cardíaca, reflexos, respiração e cor. Para cada sinal é atribuído uma pontuação<sup>1</sup>.

**A**parência (cor da pele):  
0: cianótico/pálido.  
1: cianótico de extremidades ou acrocianose.  
2: sem cianose, rosado.

**G**esticulação (irritabilidade reflexa):  
0: sem resposta a estímulo.  
1: careta ou alguma reação.  
2: choro vigoroso, tosse ou espirro.

**P**ulso (frequência cardíaca):  
0: não detectável.  
1: < 100 bpm.  
2: > 100 bpm.

Logo: Instituto de Assistência à Saúde da Criança de São Paulo (IASP) - LAINSC - SP

Figura 1 - Acróstico de APGAR, parte 1. Fonte: LAINSC, 2021<sup>1</sup>.

**R**espiração:  
0: ausente.  
1: fraca/lenta, irregular.  
2: forte/choro vigoroso.

**A**tividade (Tônus Muscular):  
0: flácido ou sem resposta.  
1: alguma flexão nas extremidades.  
2: movimento ativo/boa flexão.

**Resultado:**  
De 0 a 3: asfixia grave.  
De 4 a 6: asfixia moderada.  
De 7 a 10: boa vitalidade/boa adaptação.

A somatória da pontuação dos sinais gera a nota do apgar, sendo 0 a pontuação mínima e 10 a máxima, anotada na Caderneta de Saúde da Criança.

Logo: Instituto de Assistência à Saúde da Criança de São Paulo (IASP) - LAINSC - SP

Figura 2 - Acróstico de APGAR, parte 2. Fonte: LAINSC, 2021<sup>1</sup>.

### **CLASSIFICAÇÃO DO RN**

#### ✓ De acordo com o peso de nascimento

- Recém-Nascido macrossômico:  $\geq 4.000$  g;
- Recém-Nascido de Baixo Peso: 1.500 - 2.499 g;
- Recém-Nascido de Muito Baixo Peso: 1.000g - 1.499 g;
- Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso: < 1.000 g.

#### ✓ Idade gestacional

- Pré-Termo – da 23<sup>a</sup> à 37<sup>a</sup> semana e 6 dias de gestação;
- A Termo – da 38<sup>a</sup> à 41<sup>a</sup> semana e 6 dias de gestação;
- Pós-Termo –  $\geq 42$  semanas de gestação.

### ○ GOLDEN HOUR



Figura 3 - Golden Hour. Fonte: Priscilla Mondo Fotografia.

A OMS recomenda que o RN seja colocado em contato direto com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora e que a mãe seja incentivada a iniciar a amamentação assim que o bebê estiver pronto, oferecendo ajuda se necessário. “Essa recomendação baseia-se na maior aptidão dos neonatos para buscar espontaneamente a região mamilo-areolar e iniciar a amamentação nesse período, contribuindo para estabelecer o aleitamento materno exclusivo”<sup>2</sup>.

“O contato ‘pele a pele’ entre mãe e bebê logo após o parto favorece a colonização da pele do recém-nascido pela microbiota da mãe, facilita a regulação da temperatura corporal, mantém os níveis de glicemia estáveis e contribui para a estabilidade cardiorrespiratória. A sucção da mama logo após o nascimento estimula a secreção de prolactina e ocitocina, hormônios que induzem a produção e ejeção do leite. A ocitocina também reduz o sangramento puerperal e acelera a involução uterina, representando benefícios adicionais para a mulher”<sup>2</sup>.

### ○ SINAIS VITAIS

Os sinais vitais em pediatria são bastante únicos e diferentes em relação aos adultos. No recém-nascido vale consultar os padrões de referência.

#### ✓ **Frequência cardíaca (FC)**

**Tabela 3 – Frequência cardíaca normal**

Idade	Varição	Média normal
Recém-nascido	70-170	120
11 meses	80-160	120
2 anos	80-130	110
4 anos	80-120	100
6 anos	75-115	100
8 anos	70-110	90
10 anos	70-110	90

Fonte: adaptado de Cadernos de Atenção Básica, 2012<sup>3</sup>.

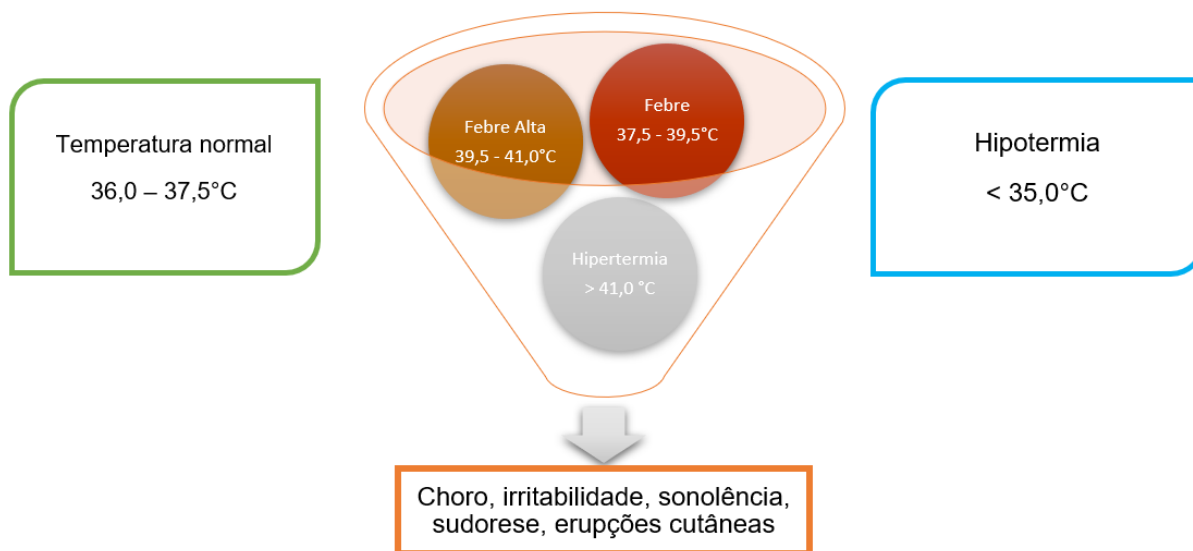
#### ✓ **Frequência respiratória (FR)**

**Tabela 4 – Frequência respiratória normal, segundo a OMS**

De 0 a 2 meses	Até 60 mrm
De 2 a 11 meses	Até 50 mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 mrm
De 6 a 8 anos	Até 30 mrm
Acima de 8 anos	Até 20 mrm

Fonte: adaptado de Cadernos de Atenção Básica, 2012<sup>3</sup>.

### ✓ Temperatura



Esquema de temperatura corporal. Fonte: Produzido pela autora.

### ○ PESO AO NASCER

“PIG, GIG, AIG é a relação entre o peso e a idade gestacional, para fins diagnósticos. Com base nesse gráfico (Figura 4), estas ‘siglas’ são determinadas pelas linhas traçadas, que são determinadas de acordo com a média da população. Essas linhas separam o gráfico em 3 partes, sendo:

- Grande para a Idade Gestacional (GIG): peso acima do percentil 90 (a linha de cima);
- Adequado para Idade Gestacional (AIG): peso entre o percentil 10 e 90 (entre as duas linhas, na média);
- Pequeno para Idade Gestacional (PIG): peso abaixo do percentil 10 (a linha de baixo).

Bebê diagnosticado como PIG tem risco de ter pouca reserva de energia e, portanto, precisar de cuidados especiais após o nascimento. Costuma estar associado à restrição de crescimento intrauterino (RCIU)<sup>6</sup>.

Exemplo: RN com 2.000 g e 34 semanas de IG.



## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

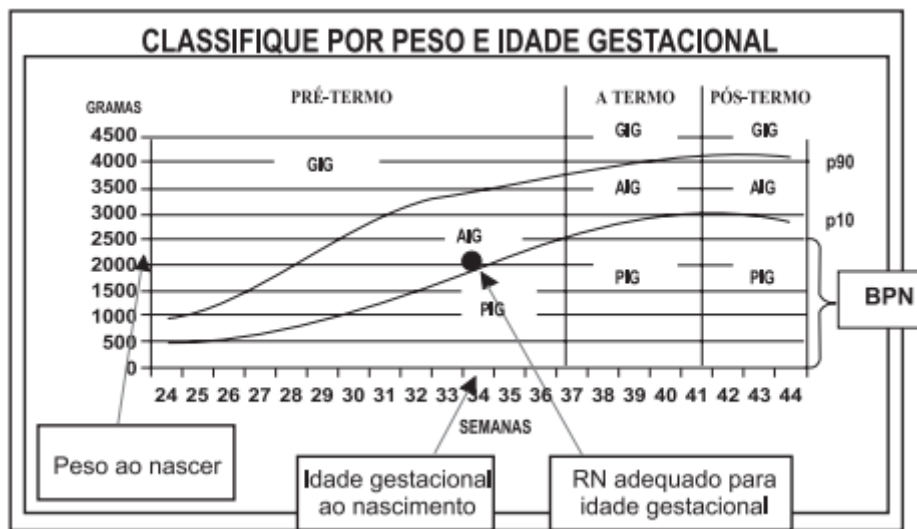


Figura 4 – Gráfico da relação entre peso e a idade gestacional do RN. Fonte: Ministério da Saúde, 2014<sup>6</sup>.

## EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

### ○ ANTROPOMETRIA

É necessário que o RN seja pesado e que sejam medidos o comprimento e o perímetro cefálico. Sempre sem roupas.

### ○ ECTOSCOPIA

Avaliar a cor da pele (clara, icterica, cianótica), seu turgor, ocorrência de descamação, manchas (mongólicas, eritema tóxico), equimoses, hematomas e possíveis lesões. "O normal é encontrar o RN em flexão generalizada, com hipertonia dos quatro membros"<sup>7</sup>.

- ✓ Mancha salmão: desaparece à vitropressão. A intensidade da coloração aumenta ao esforço e choro, pois é causada por imaturidade vascular. Desaparece gradativamente com o passar dos meses pela maturação do sistema autonômico que inerva estes vasos sanguíneos<sup>8</sup>.



Figura 4 - Mancha Salmão. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido<sup>8</sup>.



Figura 5 - Mancha Salmão. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido<sup>8</sup>.

- ✓ Mancha vinho do porto: má-formação capilar, lesão permanente.



Figura 6 - Mancha vinho do porto. Fonte: Manual MSD, 2019<sup>9</sup>.



Figura 7 - Hemangioma da infância na região frontal.  
Fonte: GOTIJO, B.; SILVA, C. M. R.; PEREIRA, L. B., 2003<sup>10</sup>.

- ✓ Hemangioma da infância: é o tumor vascular benigno mais comum na infância. Em geral não está presente ao nascimento e inicia seu crescimento nas duas primeiras semanas de vida, crescendo rapidamente dos 6 aos 9 meses de vida. A partir daí, regride lentamente em 9 anos. Se houver alteração funcional, em decorrência do tamanho ou da localização do tumor, ou comprometimento estético, o propranolol é indicado e o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível<sup>8</sup>.

- ✓ Eritema tóxico neonatal: é erupção benigna, assintomática e autolimitada. As lesões iniciam entre 24 e 72 horas de vida. **Não acomete palmas e plantas.** Desaparece em uma semana<sup>8</sup>.



Figura 8 - Eritema tóxico neonatal.  
Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido<sup>8</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

- ✓ Hiperplasia sebácea: "É causada pela estimulação das glândulas sebáceas por hormônios maternos androgênicos. As lesões desaparecem dentro do primeiro mês de vida de forma espontânea"<sup>8</sup>.



Figura 9 - Hiperplasia sebácea. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido<sup>8</sup>.

- ✓ Manchas mongólicas: "Sua causa é um defeito na migração dos melanócitos da crista neural para a derme durante o desenvolvimento embrionário, desta forma, estas células ficam acumuladas na derme. Pelo caráter autoinvolutivo não necessitam de tratamento"<sup>8</sup>.



Figura 10 - Mancha mongólica. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido<sup>8</sup>.

- ✓ Vêrnix caseoso: "Trata-se de um manto protetor contra a maceração pelo líquido amniótico e infecções bacterianas. É composto de 80% de água, 10% de lipídeos e 10% de proteínas. É uma substância esbranquiçada e graxenta, que recobre o RN ao nascimento, lubrifica sua pele e facilita a passagem no canal de parto. Desaparece alguns dias após o nascimento"<sup>8</sup>.



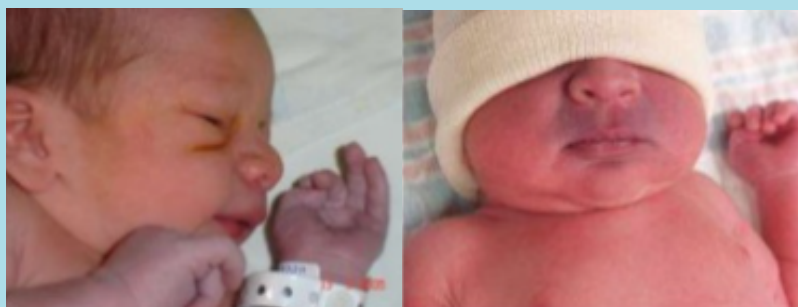
Figura 11 - Vêrnix caseoso. Fonte: Revista Crescer, 2019<sup>11</sup>.

- ✓ Icterícia: Quase todos os recém-nascidos têm icterícia fisiológica. Ela normalmente surge dois a três dias após o nascimento (a icterícia que surge nas primeiras 24 horas após o nascimento pode ser devida a um distúrbio grave). A icterícia fisiológica em geral não causa outros sintomas e se resolve no prazo de uma semana. Ocorre por dois motivos: primeiro, os glóbulos vermelhos do recém-nascido se decompõem mais rapidamente que em bebês mais velhos, o que resulta em um aumento da produção de bilirrubina. Segundo, o fígado do recém-nascido não amadureceu ainda e não consegue processar a bilirrubina e eliminá-la do organismo de maneira tão eficaz quanto o dos bebês mais velhos.



Figura 12 - Icterícia. Fonte: *Gestação bebê*<sup>12</sup>.

- ✓ Cianose: Localizada ou periférica ocorre nas regiões plantares e palmares. Central acomete mucosa oral e a hemoglobina reduzida excede 5 g/dL.



Figuras 13 e 14 - Cianose. Fonte: SlideShare, 2013<sup>13</sup>.

### ○ CABEÇA E PESCOÇO

A fontanela anterior fecha-se do 9º ao 18º mês de vida e a posterior no 2º mês.

Avaliar o formato do crânio. As fontanelas (a fontanela anterior mede de 1 cm a 4 cm, tem forma losangular; a fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm) não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas<sup>3</sup>.

É importante procurar evidências de síndromes genéticas, por exemplo: fronte proeminente, micro ou macrocrania, alterações no dorso nasal, pregas epicânticas, hipertelorismo, orelhas de baixa implantação, micrognatia, protrusão da língua, pescoço alado<sup>14</sup>.

### ○ BOCA

Avaliar os lábios e a conformação do palato: se em ogiva, fenda palatina, se há fissura labiopalatalina, etc. Dentes neonatais (dentes ao nascimento). Observar anatomia da língua, sua movimentação e freio lingual (anquiloglossia parcial ou "língua presa") e verificar gengivas<sup>14</sup>.

### ○ CARDIOVASCULAR

Avaliar a caixa torácica, a assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal<sup>3</sup>.

Observar e palpar *ictus cordis* (lateralmente à linha hemiclavicular esquerda, no 3º espaço intercostal esquerdo do recém-nascido).

Frequência cardíaca e ritmo cardíaco: a arritmia sinusal ou respiratória é normal na infância e, nesta situação, a frequência cardíaca aumenta com a inspiração e diminui na expiração. Observar se ocorrem sopros cardíacos e avaliar sua intensidade.

Palpar os pulsos femorais.

No exame físico do aparelho cardiovascular, é importante estar atento também a cianoses, edemas, tamanho do fígado e reflexos hepatojugulares<sup>14</sup>.

#### ○ RESPIRATÓRIO

Durante a inspeção, procurar sinais de esforço respiratório:

- Tiragem subcostal;
- Tiragem intercostal;
- Fúrcula;
- Cianose;
- Batimento de asas nasais;
- Assincronia entre o movimento do tórax e do abdome no ciclo respiratório;
- Ausculta do tórax para avaliação do murmúrio vesicular. Observar se há ruídos adventícios (sibilos, estertores);
- Contar a frequência respiratória do RN em 1 minuto<sup>14</sup>.

#### ○ ABDOME

Avaliar o coto umbilical no abdome: duas artérias e uma veia.

Avaliar a forma do abdome:

- Globoso;
- Plano;
- Escavado;
- Presença de tensão;



À percussão, avaliar timpanismo.

À ausculta, observar os ruídos hidroaéreos<sup>14</sup>.

#### ○ GENITÁLIA

Verificar se é típica masculina ou feminina.

Na genitália masculina, procurar testículos na bolsa escrotal e na região inguinal.

Verificar se há exposição da glândula e, havendo, observar se há epispádia ou hipospádia (o meato uretral externo localizado na face dorsal do pênis ou na face ventral do pênis, respectivamente).

Nas meninas, verificar se há sinequia (aderência) de pequenos lábios, hipertrofia de lábios vulvares, de clitóris (comuns na hiperplasia congênita de suprarenal).

Casos de anormalidades da diferenciação sexual devem ser identificados.

Observar região sacral em busca de fôveas, fossetas, tufo capilares, proeminências (mielomeningocele) e manchas (mongólicas)<sup>14</sup>.

#### **Rastreamento para criptorquidia**

A criptorquidia é uma relevante anomalia congênita. Por isso, o Ministério da Saúde (2012) recomenda que, caso os testículos não sejam palpáveis ou sejam retráteis na 1ª consulta da Puericultura, o rastreamento deve ser realizado nas próximas consultas de rotina. Se aos 6 meses não houver testículos palpáveis, a criança deve ser encaminhada à cirurgia pediátrica<sup>3</sup>.

#### ○ MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

**Importante observar se há fratura de clavícula, decorrente de tocotraumatismo**

Avaliar membros, com especial atenção aos dedos das mãos (quirodactílos) e dos pés (pododactílos), em busca de polidactílias, sindactílias e dedos mais curtos ou mais longos que o habitual<sup>14</sup>.



Figura 15 - Sindactilia incompleta. Fonte: Tua Saúde, 2020<sup>15</sup>



Figura 16 - Polidactilia.  
Fonte: Cirurgia Pediátrica Curitiba, 2018<sup>16</sup>.

Observar palma das mãos em busca de linha palmar transversa contínua e formato da planta do pé (pé plano).

#### Curiosidade!

A linha palmar transversa única pode ser um sinal das seguintes síndromes: Síndrome de Down, Síndrome de Aarskog, Síndrome de Cohen, Síndrome de Patau, Síndrome de Turner, Síndrome de Klinefelter, Síndrome alcoólica fetal, Pseudo-hipoparatiroidismo, Disgenesia gonadal e Síndrome do miado do gato<sup>17</sup>.



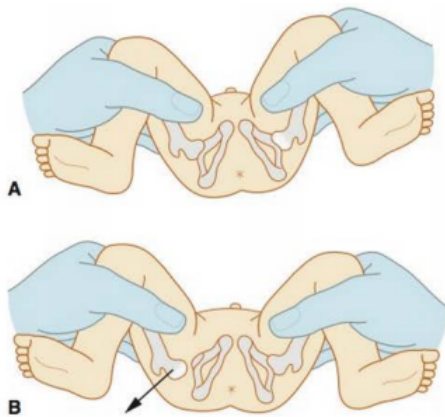
Figura 17 – Pregas palmares. Fonte: Daniel Bohn, 2020<sup>17</sup>.

Avaliar posição dos pés em relação aos tornozelos (pés tortos congênitos).

### Luxação congênita do quadril

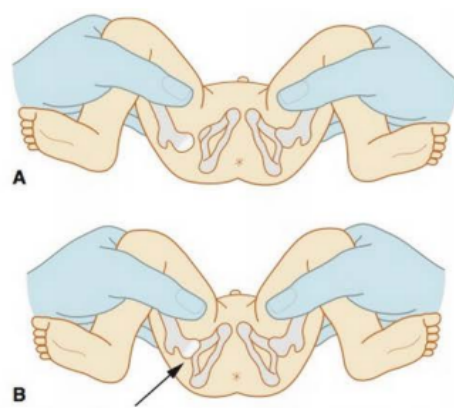
Os principais fatores de risco para displasia do desenvolvimento do quadril são: sexo feminino, história familiar de displasia congênita do quadril, parto com apresentação pélvica e oligoidrâmnio.

Duas manobras devem ser realizadas logo nas primeiras consultas até os 2 meses, testando um membro de cada vez a partir das manobras de Barlow (provocativa do deslocamento) e Ortolani (sua redução).



**Figura 10.2** A manobra de Barlow é um teste provocativo realizado com os quadris e joelhos do recém-nascido fletidos. Seguram-se as pernas gentilmente, com as coxas em adução (A), e o examinador aplica uma força no sentido posterior. A manobra é positiva (B) se o quadril é deslocável (luxável).

Manobra de Barlow. Fonte: Porto, 2014<sup>14</sup>.



**Figura 10.3** A manobra de Ortolani é o reverso da de Barlow. O examinador segura as coxas do recém-nascido e gentilmente realiza a abdução do quadril enquanto move anteriormente o grande trocanter com dois dedos (A). A manobra é positiva (B) quando a cabeça do fêmur luxada retorna ao acetábulo, com um "clunk" palpável quando o quadril é abduzido.

Manobra de Ortolani. Fonte: Porto, 2014<sup>14</sup>.

**É importante fazer a pesquisa ativa durante todo o primeiro semestre de vida porque alguns casos têm manifestação tardia.**

### NEUROLÓGICO

"Pesquisa de reflexos e sinais neurológicos: buscar identificar hipertônias, hipotônias, movimentos anormais e reflexos tendinosos e cutaneoplantar (devem ser interpretados no contexto geral do exame neurológico; isolados, nesta faixa etária, não fundamentam diagnóstico e não ditam conduta)"<sup>14</sup>.

Avaliar igualmente reflexos primitivos:

## O INÍCIO DA VIDA

descomplicando as consultas de puericultura

- ✓ Reflexo de Moro: "É desencadeado por queda súbita da cabeça, amparada pela mão do examinador. Observa-se extensão e abdução dos membros superiores seguida por choro"<sup>18</sup>. Desaparece até os 6 meses de vida.



Figuras 18 e 19 - Reflexo de Moro. Fonte: Unicamp<sup>18</sup>.

- ✓ Reflexo de sucção: "É desencadeado pela estimulação dos lábios. Observa-se sucção vigorosa. Sua ausência é sinal de disfunção neurológica grave"<sup>18</sup>. Desaparece com 2 meses de vida.



Figura 20 - Reflexo de sucção. Fonte: Unicamp<sup>18</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

- ✓ Reflexo de busca: "É desencadeado por estimulação da face ao redor da boca. Observa-se rotação da cabeça na tentativa de 'buscar' o objeto, seguido de sucção reflexa deste"<sup>18</sup>. Desaparece em 6 meses de vida.
- ✓ Reflexo do esgrimista (Reflexo Tônico-Cervical Assimétrico ou Reflexo tônico-cervical de Magnus e De Kleijn): "É desencadeado por rotação da cabeça enquanto a outra mão do examinador estabiliza o tronco do RN. Observa-se extensão do membro superior ipsilateral à rotação e flexão do membro superior contralateral. A resposta dos membros inferiores obedece ao mesmo padrão, mas é mais sutil"<sup>18</sup>. Desaparece em 6 meses de vida.



Figura 21 - Reflexo do esgrimista. Fonte: Unicamp<sup>18</sup>.

- ✓ Preensão Palmar: "É desencadeada pela pressão da palma da mão. Observa-se flexão dos dedos"<sup>18</sup>. Desaparece em 6 meses de vida.



Figura 22 - Preensão palmar. Fonte: Unicamp<sup>18</sup>.

- ✓ Preensão plantar: "É desencadeada pela pressão da base dos artelhos. Observa-se flexão dos dedos"<sup>18</sup>. Desaparece em 9 meses de vida.



Figura 23 - Preensão plantar. Fonte: Unicamp<sup>18</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

- ✓ Marcha reflexa: "É desencadeada por inclinação do tronco do RN após obtenção do apoio plantar. Observa-se cruzamento das pernas, uma à frente da outra"<sup>18</sup>. Desaparece em 2 meses de vida.



Figura 24 - Marcha reflexa. Fonte: Unicamp<sup>18</sup>.

- ✓ Reflexo de Galant: "É desencadeado por estímulo tátil na região dorsolateral. Observa-se encurvamento do tronco ipsilateral ao estímulo"<sup>18</sup>. Desaparece com 6 meses de vida.



Figura 25 - Reflexo de Galant. Fonte: Unicamp<sup>18</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

- ✓ Reflexo de colocação (Placing): “É desencadeado por estímulo tátil do dorso do pé, estando o bebê seguro pelas axilas. Observa-se elevação do pé como se estivesse subindo um degrau de escada. É o único reflexo primitivo com integração cortical”<sup>18</sup>. Desaparece com 6 meses de vida.

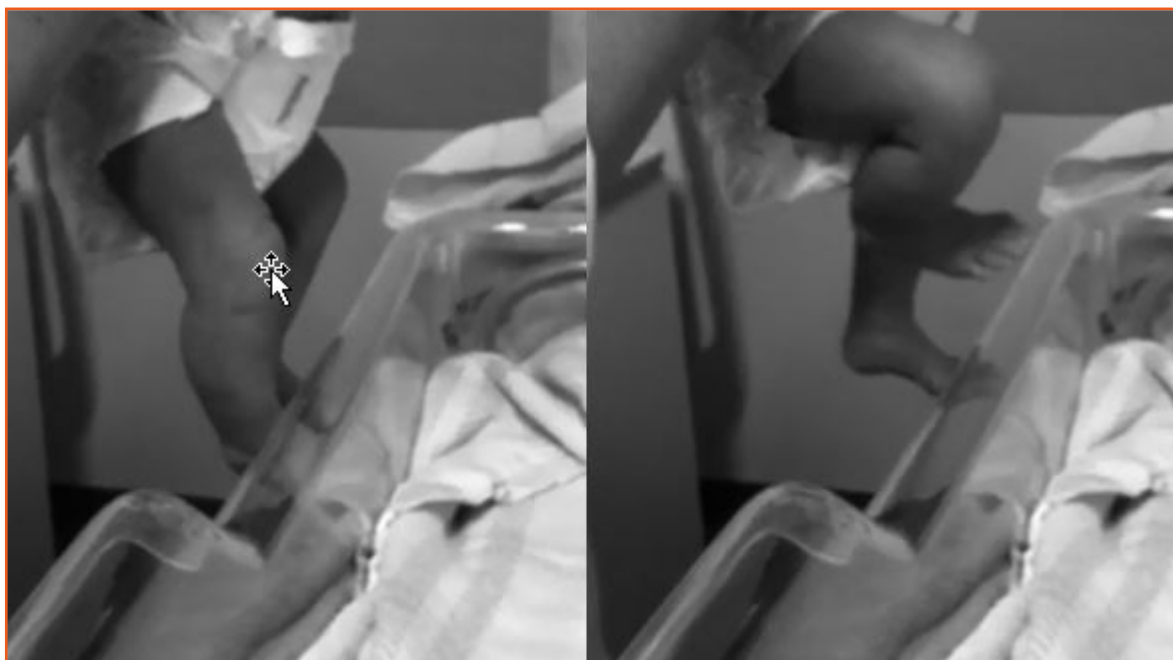


Figura 26 - Reflexo de Placing. Fonte: Unicamp<sup>18</sup>.



### REFERÊNCIAS

1. LAINSC – Liga Acadêmica Interprofissional de Neonatologia e Saúde da Criança. **Escala de Apgar**. 01 fev. 2021. Instagram: @lainsc.uel. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CKwpu3ijCSa/?hl=pt-br>. Acesso em: 02 fev. 2021.
2. ESTEVES, Tania Maria Brasil; DAUMAS, Regina Paiva; OLIVEIRA, Maria Inês Couto; ANDRADE, Carlos Augusto de Ferreira; LEITE, Iuri Costa. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida**: revisão sistemática. Revista de Saúde Pública, 2014;48(4):697-703. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005278. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf). Acesso em: 03 fev. 2021.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde, 2012. *E-book*. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf). Acesso em: 09 jan. 2021.
4. DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SPSP. **Atualização de Condutas em Pediatria**: recomendações. Departamento de Nefrologia. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2007/2009. *E-book*. Disponível em: [https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/120408\\_rec\\_34\\_MedidadePressaoArteriasl.pdf](https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/120408_rec_34_MedidadePressaoArteriasl.pdf). Acesso em: 10 jan. 2021.
5. Comissão de saúde pública de Boston. **Febre infantil**: como medir a temperatura. Boston: Departamento de doenças infecciosas, 2015. Disponível em: [https://www.bphc.org/whatwedo/infectious-diseases/Infectious-Diseases-A-to-Z/Documents/Fact%20Sheet%20Languages/Fever%20in%20Children\\_How%20to%20take%20a%20Temperature/Portuguese.pdf](https://www.bphc.org/whatwedo/infectious-diseases/Infectious-Diseases-A-to-Z/Documents/Fact%20Sheet%20Languages/Fever%20in%20Children_How%20to%20take%20a%20Temperature/Portuguese.pdf). Acesso em: 10 jan. 2021.
6. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal**: Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2021.
7. MAROSTICA, Paulo José Cauduro; VILLETTI, Manoela Chitolina; FERRELLI, Régis Schander; BARROS, Elvino. **Pediatria**: consulta rápida. Artmed Editora Ltda. Porto Alegre/ RS, 2018.

8. CARVALHO, Vânia O.; MARKUS, Jandrei R.; ABAGGE, Kerstin T.; GIRALDI, Susana; CAMPOS, Tânia B. **Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.
9. AARON, Denise M. **Manchas cor vinho-do-porto**: (Malformação capilar; nevo flâmeeo; picada de cegonha). Manual MSD: Versão saúde para família, 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/tumores-cut%C3%A2neos-n%C3%A3o-cancerosos/manchas-cor-vinho-do-porto#:~:text=As%20manchas%20cor%20vinho%2Ddo,tumores%20e%20malforma%C3%A7%C3%B5es%20dos%20vasos>). Acesso em: 18 jan. 2021.
10. GONTIJO, Bernardo; SILVA, Cláudia Márcia Resende; PEREIRA, Luciana Baptista. Hemangioma da infância. **A. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, pág. 651-673, dezembro de 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962003000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000600002&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 18 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000600002>.
11. MALACARNE, Juliana. Vernix: entenda o que é e conheça os benefícios. **Revista Crescer**, 2019. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Saude/noticia/2019/04/vernix-entenda-o-que-e-e-conheca-os-beneficios.html>. Acesso em: 19 jan. 2021.
12. Gestação Bebê. **Icterícia Neonatal**: o que é, causas, como ocorre, tipos e valores de referência. Disponível em: <https://www.gestacaobebe.com.br/ictericia-neonatal/>. Acesso em: 18 jan. 2021.
13. SAILLY, Hugo; FAGNER, Luiz; FELIPE, Moises; NEPOMUCENO, Natália; HENRIQUE, Pedro. **Desconforto Respiratório Neonatal**. SLIDESHARE, 2013. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/blogped1/desconforto-respiratrio-neonatal-24358026>. Acesso em: 18 jan. 2021.
14. PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica I**. Celmo Celeno Porto; co-editor Arnaldo Lemos Porto. Pág 133. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. ISBN 978-85-277-2329-9.

15. RIBEIRO, Sani S. **O que é sindactilia, possíveis causas e tratamento.** Tua Saúde. Doenças genéticas, 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/sindactilia/>. Acesso em: 17 jan. 2021.
16. MEHANNA, Karimy H. **Polidactilia.** Cirurgia Pediátrica Curitiba, 2018. Curitiba/PR. Disponível em: <https://cirurgiapediatricacuritiba.com.br/polidactilia>. Acesso em: 17 jan. 2021.
17. BOHN, Daniel. **Pregas palmares/ "linhas" da mão.** Pelotas/RS. 2020. Disponível em: <https://danielbohn.com.br/pregas-palmares-linhas-da-mao/>. Acesso em: 17 jan. 2021.
18. UNICAMP - Faculdade de Ciências Médicas. **Reflexos primitivos.** Neurologia infantil. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>. Acesso em: 18 jan. 2021.

# 2

## O início da vida extrauterina:

As primeiras visitas ao bebê

Neidi Isabela Pierini e Clarissa Noer



### ALOJAMENTO CONJUNTO

O Alojamento Conjunto é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Este sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe-filho<sup>9</sup>.

São encaminhados ao alojamento conjunto os RNs que estão em bom estado geral (BEG), com idade gestacional mínima de 35 semanas ou pesando pelo menos 2kg<sup>20</sup>.

#### Objetivos do Alojamento conjunto

“Aumentar os índices de Aleitamento Materno;  
estabelecer vínculo afetivo entre mãe e filho;  
permitir aprendizado materno sobre como cuidar do RN;  
reduzir o índice de infecção hospitalar cruzada;  
estimular a participação do pai no cuidado com o RN;  
possibilitar o acompanhamento da amamentação sem rigidez de horário, visando a esclarecer as dúvidas da mãe e incentivá-la nos momentos de insegurança;  
orientar e incentivar a mãe (ou pais) na observação de seu filho, visando a esclarecer dúvidas;  
reduzir a ansiedade da mãe (ou pais) frente a experiências vivenciadas;  
favorecer a troca de experiências entre mães;  
melhorar a utilização das unidades de cuidados especiais para RN;  
aumentar o nº de crianças acompanhadas por serviços de saúde”.

Fonte: Almeida, Juliana; 2021<sup>19</sup>

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

#### PRIMEIRA VISITA (1º - 2º dias de vida)

"Avaliação do vínculo entre mãe e bebê.

Avaliação da amamentação: posicionamento e sucção do RN, avaliação do colostro (quantidade e aspecto).

Esclarecimento de dúvidas existentes, de preferência acompanhando uma mamada.

Caso seja necessário, deverá ser realizado o exame das mamas.

Verificar as funções eliminatórias do RN: a primeira diurese deve ocorrer, no máximo, com 30 horas de vida; a primeira evacuação de mecônio em até 48 horas após o nascimento.

Exame Clínico Completo, com ênfase em:

Sopros cardíacos: podem surgir a partir do segundo dia de vida com a diminuição fisiológica da pressão na artéria pulmonar.

Fratura de clavícula: pode não ser notada no primeiro exame.

Luxação congênita de quadril - realização das manobras de Barlow e Ortolani.

Icterícia - atenção para o seu aparecimento antes de 24 horas de vida!

Testes de triagem<sup>20</sup> (ver adiante).

#### SEGUNDA VISITA (2º - 3º dias de vida)

"Exame físico completo;

Após 36 a 48 horas de vida, o recém-nascido pode receber alta hospitalar se:

Existe boa relação mãe-bebê.

A amamentação transcorre sem problemas.

O RN não apresenta nenhuma morbidade que o coloque em risco.

Peso > 2.000g, ou > 1.900g com ganho ponderal diário > 20 g/dia, por pelo menos três dias<sup>20</sup>.

**Perda ponderal acima de 8 a 10% deve ser investigada. As principais causas: dificuldade na amamentação. Menos comum: etiologias orgânicas, como distúrbios metabólicos, infecção ou hipotireoidismo.**

Triar hipoglicemia: bebês PIG (pequeno para idade gestacional) e GIG (grande para idade gestacional) e que tiveram anóxia neonatal.

**Tabela 1 - Protocolo de cuidados baseados em evidências para a pele de recém-nascidos a termo**

Imediatamente após o nascimento secar gentilmente a criança.  
Remover delicadamente mecônio e sangue.  
Limpeza mais vigorosa – se risco de transmissão de doenças maternas.

Deixar o vérnix o mais intacto possível.

Embrulhar a criança para conservar calor e permitir contato com a pele materna.

Permitir que o vérnix se desprenda naturalmente.

Limpar a pele com água morna e podem ser usados sabonetes suaves e sintéticos (sindet).

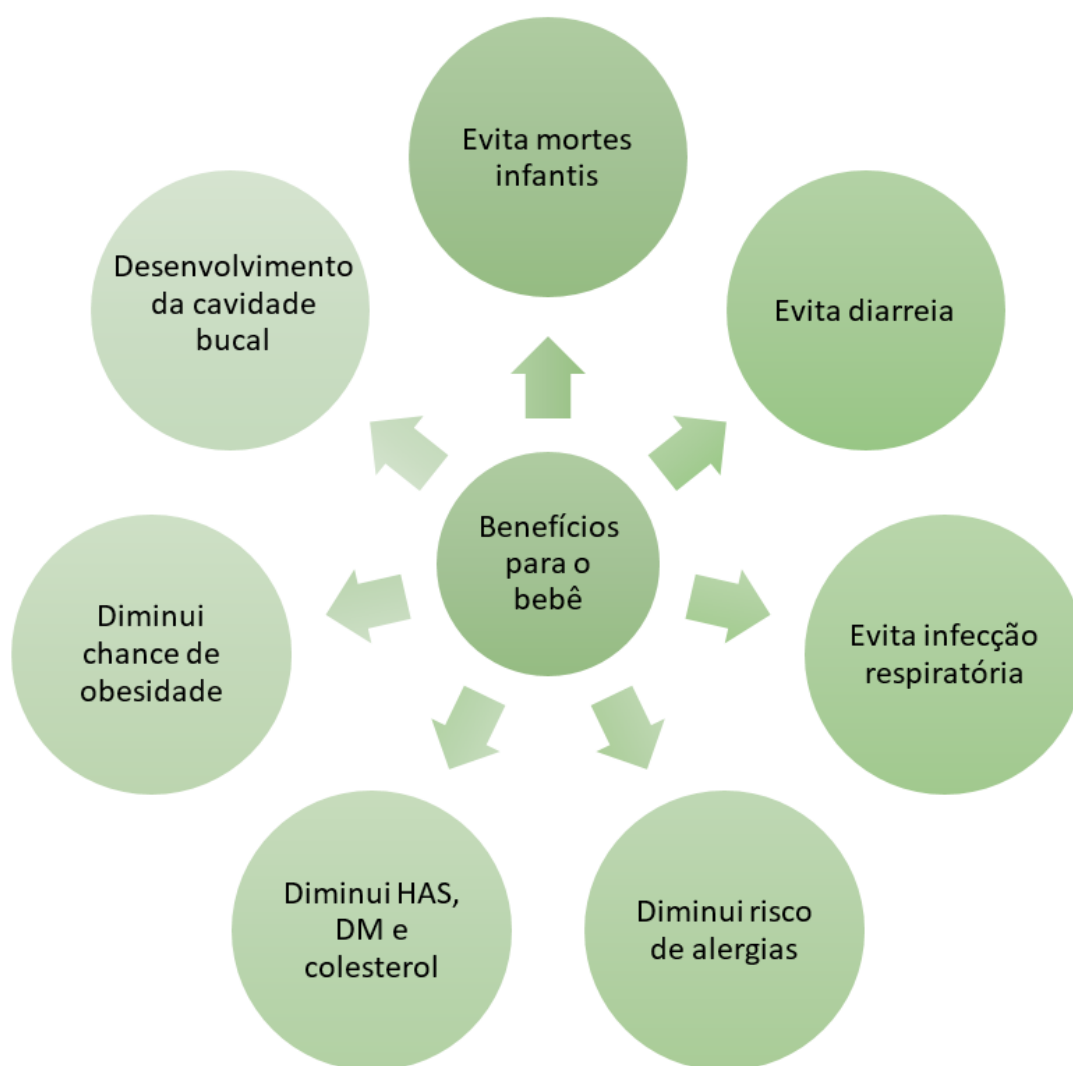
Frequência do banho – 6 a 24 horas após o parto. Após, conforme necessidade e fatores culturais, 1 a 2 vezes por semana é razoável ou quando necessário.  
Aumentar frequência conforme necessidade – maior atividade e exposição à sujeira.

**Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido, p. 32<sup>8</sup>.**

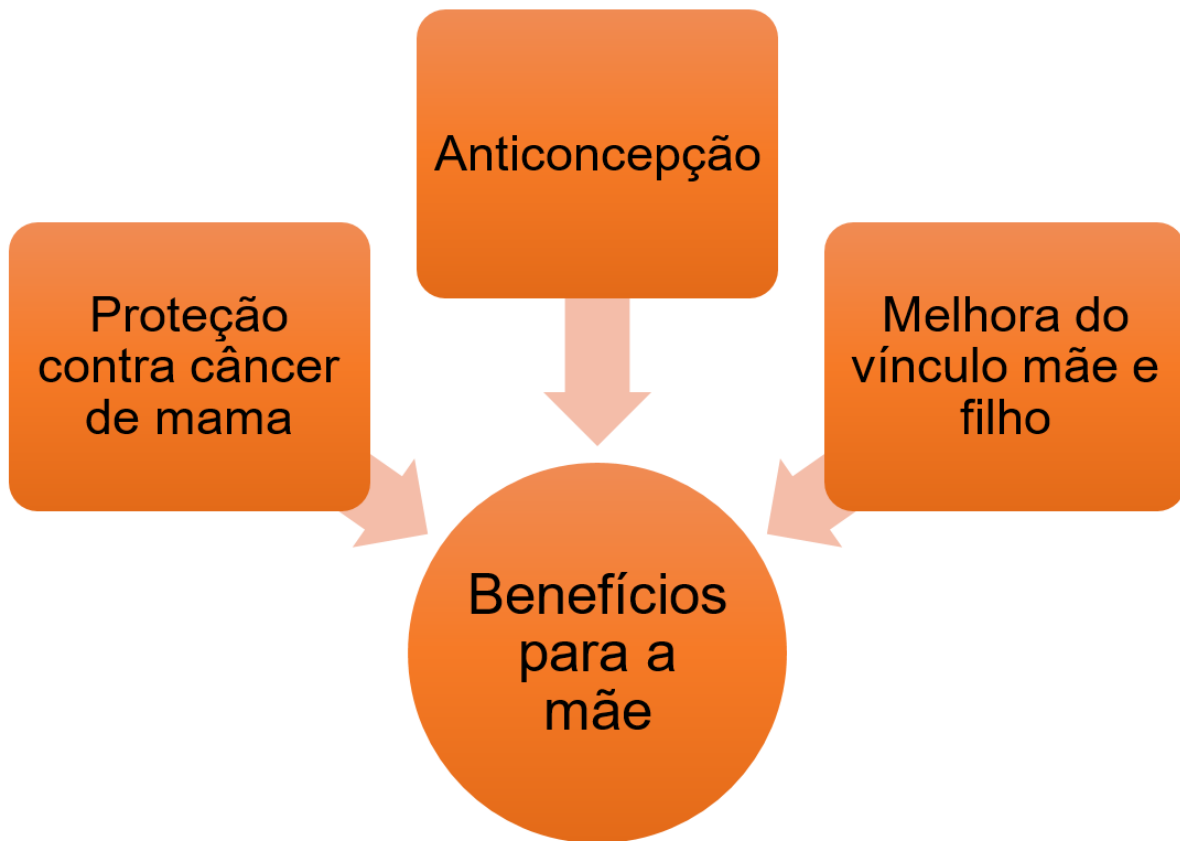
### ALEITAMENTO MATERNO

**NÃO EXISTE LEITE FRACO! No entanto, não esquecer de sempre avaliar a mamada para conferir se o bebê está conseguindo extrair leite da mama (mamada efetiva)**

“O colostro, leite dos primeiros dias, contém o fator epidérmico de crescimento, que acelera a maturação da mucosa intestinal, e fatores imunológicos bioativos, que conferem proteção imunológica ao lactente, prevenindo a colonização intestinal por micro-organismos patogênicos”<sup>2</sup>.



Fonte: elaborado pela autora.



Fonte: Elaborado pela autora.

### TIPOS DE ALEITAMENTO

- ✓ Aleitamento materno exclusivo (AME): apenas leite materno.
- ✓ Aleitamento materno predominante: leite materno + água ou bebidas à base de água.
- ✓ Aleitamento materno: leite materno independentemente de receber ou não outros alimentos.
- ✓ Aleitamento materno completado: leite materno + alimento sólido ou semissólido para completá-lo.
- ✓ Aleitamento materno misto ou parcial: leite materno + outros tipos de leite<sup>21</sup>.



### ○ POSIÇÃO DA MÃE

A mãe pode permanecer na posição que parecer confortável para ela. Essa posição varia de mulher para mulher.



Figuras 27, 28, 29 e 30 – Posições para amamentar. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012<sup>22</sup>.

### ○ POSIÇÃO DO BEBÊ

**Para iniciar a mamada, orientar a mãe a retirar as roupas, tocar o lábio superior do bebê com o mamilo da mãe e fazer uma prega do mamilo em direção ao palato do bebê.**

- ✓ O corpo do bebê deve estar em frente, voltado para a mãe e bem próximo (barriga do bebê voltada para o corpo da mãe).
- ✓ O bebê deve estar com a cabeça e a coluna em linha reta.
- ✓ A boca do bebê deve estar de frente para o mamilo.
- ✓ A mãe deve apoiar com o braço e mão o corpo e o “bumbum” do bebê.
- ✓ O bebê deve abocanhar a maior parte da aréola dentro da boca.
- ✓ Queixo do bebê tocando o peito da mãe, liberando o nariz para a respiração<sup>22</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

descomplicando as consultas de puericultura



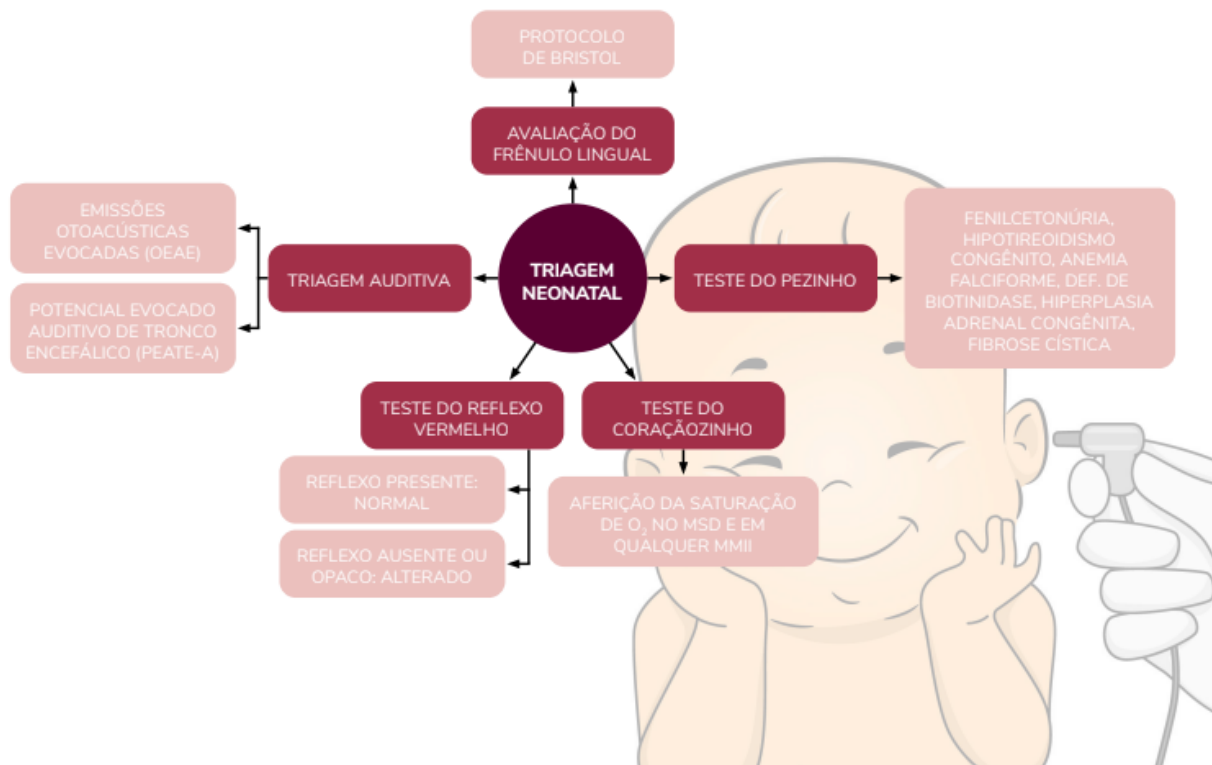
Figura 31 - A pega correta. Fonte: Pinterest<sup>21</sup>.

Para interromper a mamada, a mãe deve colocar a ponta do dedinho no canto da boca do bebê para desfazer o vácuo, soltando o peito sem machucar<sup>22</sup>.



Figura 32 – Interrupção de mamada. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012<sup>22</sup>.

### TESTES DE TRIAGEM



Mapa mental de testes de triagem neonatal. Fonte: Editora Sanar<sup>24</sup>.

### ○ TESTE DA ORELHINHA

#### Fatores de risco para a surdez

- Bebê de 0 a 28 dias;
- história familiar: ter outros casos de surdez na família;
- infecção intrauterina: provocada por citomegalovírus, rubéola, sífilis, herpes genital ou toxoplasmose;
- baixo peso;
- hiperbilirrubinemia: doença que ocorre 24 horas depois do parto (>15 no RN a termo e >12 no prematuro);
- medicações ototóxicas;
- síndromes neurológicas: Síndrome de Down ou de Waldenburg, entre outras;
- asfixiados (APGAR < 6 no quinto minuto);
- septicemia neonatal/meningite;
- anomalias craniofaciais;
- espinha bífida;
- defeitos cromossômicos;
- peso de nascimento < 1500 g;
- ventilação mecânica por mais de cinco dias.

Fonte: Ministério da Saúde, 2012<sup>25</sup> e Editora Sanar<sup>24</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Pode ser feito a partir de 48 horas de vida, por 2 métodos:

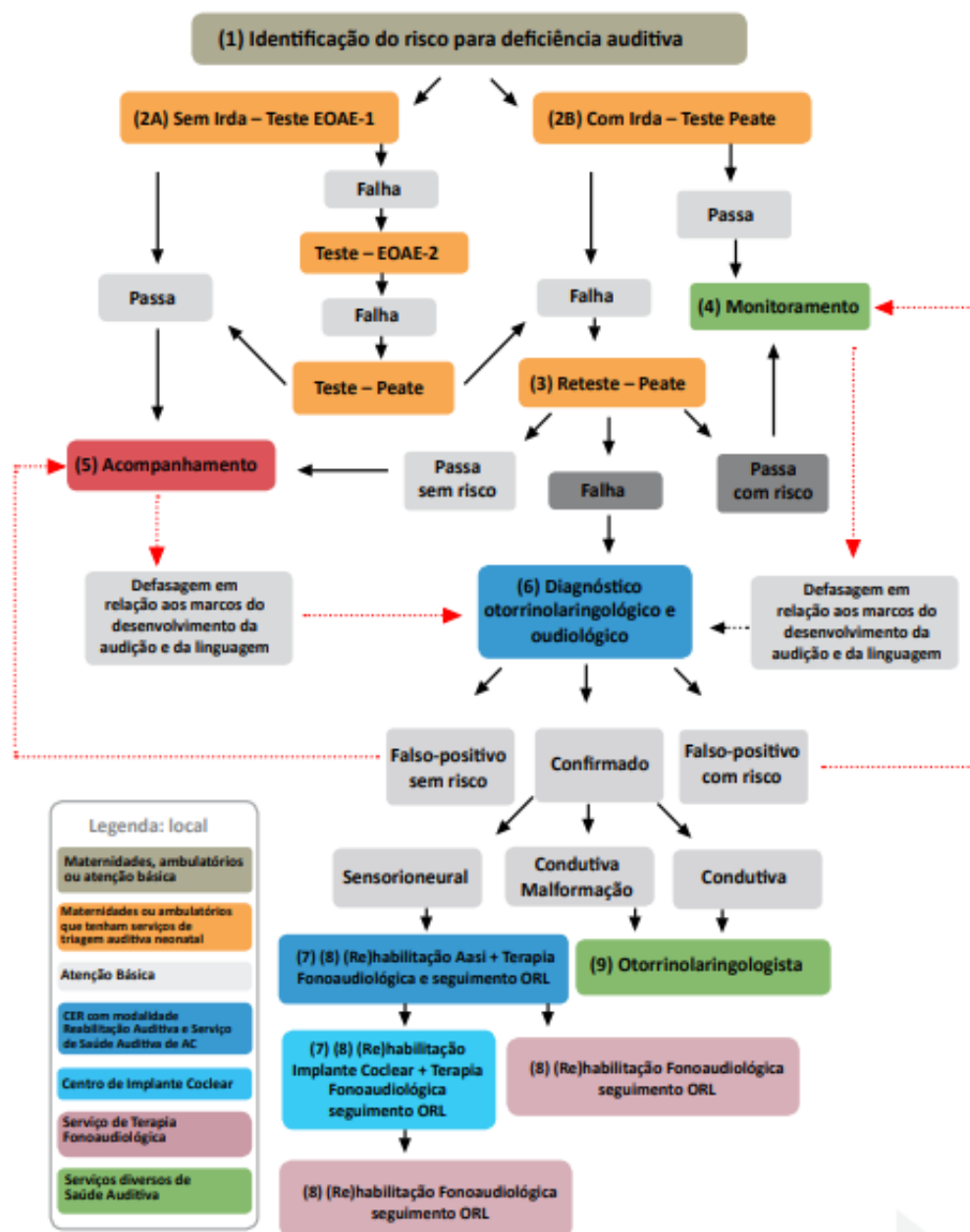
- EOA: Teste das emissões otoacústicas evocadas.
- PEATE: Potencial Auditivo do Tronco Encefálico.



Figura 33 - Teste da orelhinha. Fonte: Jorge Antônio Finelli, 2014<sup>26</sup>.

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura



Fluxograma de conduta na triagem auditiva. Fonte: Ministério da Saúde, p. 25, 2012<sup>25</sup>.

**Tabela 2 – 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: Ministério da Saúde, p. 23, 2012<sup>25</sup>.

### ○ TESTE DO OLHINHO

Nesse exame, procura-se o reflexo vermelho (TRV) pupilar. Serve para rastreamento de glaucoma congênito, catarata congênita e retinoblastoma.

“O TRV é realizado com o oftalmoscópio direto, cuja luz projetada nos olhos, atravessa as estruturas transparentes, atinge a retina e se reflete, causando o aparecimento do reflexo vermelho observado nas pupilas. A cor vermelha, ou alaranjada do reflexo ocorre devido à vasculatura da retina e coróide e do epitélio pigmentário.

Se o reflexo for ausente em um ou ambos os olhos ou duvidoso, a criança deverá ser encaminhada ao oftalmologista para o exame oftalmológico completo.<sup>27</sup>



**Figura 34 - Reflexo vermelho presente (simétricos) em ambos os olhos: Reflexo normal em ambos os olhos. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 2, 2018<sup>27</sup>.**



**Figura 35 - Reflexo vermelho duvidoso (assimétricos). Estrabismo: reflexo brilhante e mais claro no OE estrábico. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 2, 2018<sup>27</sup>.**

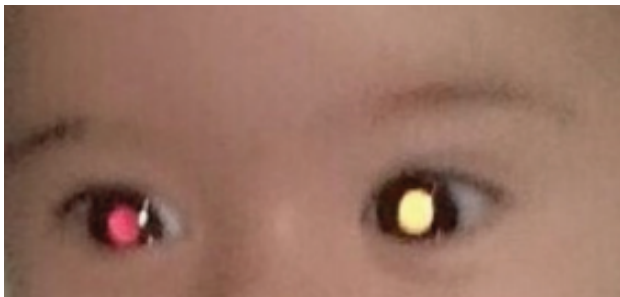


Figura 36 - Reflexo vermelho duvidoso (assimétricos). Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 3, 2018<sup>27</sup>.

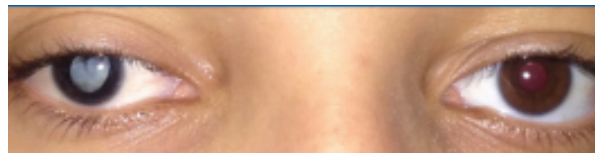


Figura 37 - Leucocoria no olho direito. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 2, 2018<sup>27</sup>.

### ○ TESTE DO CORAÇÃOZINHO

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2011), Em torno de 30% dos recém-nascidos que apresentam cardiopatia congênita recebem alta hospitalar sem o diagnóstico, e evoluem para choque, hipóxia ou óbito precoce, antes de receber tratamento adequado<sup>28</sup>.

“Na maioria das Unidades Neonatais, a alta hospitalar é realizada entre 36 e 48 horas de vida. Nesta fase, a manifestação clínica das cardiopatias críticas pode ainda não ter ocorrido, principalmente nas cardiopatias com fluxo sistêmico dependente de canal arterial. Além disso, a ausculta cardíaca pode ser aparentemente normal nesta fase. O diagnóstico precoce é fundamental, pois pode evitar choque, acidose, parada cardíaca ou agravo neurológico antes do tratamento da cardiopatia<sup>28</sup>.”

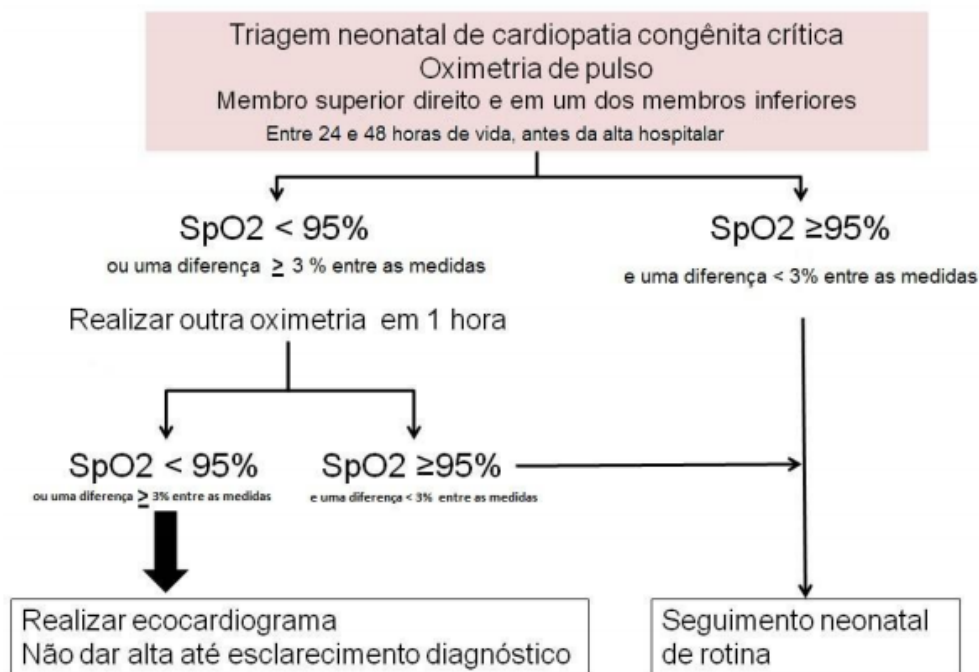
O teste do coraçãozinho deve ser feito entre 24-48 horas de vida.

É realizada a oximetria do membro superior direito e de um dos membros inferiores. As duas medidas devem apresentar pelo menos 95% de saturação de oxigênio, com uma diferença máxima entre elas de 3%<sup>28</sup>.

Caso tenha um valor alterado, devemos aferir novamente em 1 hora.

Caso continue alterado, então um ecocardiograma deve ser realizado nas próximas 24 horas.

## O INÍCIO DA VIDA descomplicando as consultas de puericultura



Fluxograma da conduta baseada no resultado do teste do coraçãozinho. Fonte: Departamentos de Cardiologia e Neonatologia da SBP, 2011<sup>28</sup>.

### ○ TESTE DO PEZINHO

Teste do Pezinho (TP) é um conjunto de exames realizados através de uma gota de sangue, coletada no calcanhar do recém-nascido (RN) ou através da coleta de sangue periférico. O momento para a coleta não deve ser inferior a 48 horas de alimentação proteica (amamentação) e nunca superior a 30 dias, sendo o ideal entre o 3º e o 5º dia de vida. O teste é útil para detectar doenças que estão associadas a grave dano físico e mental, e que, infelizmente, podem não mostrar nenhum sinal ou sintoma no bebê<sup>24</sup>.

O teste do pezinho básico, disponibilizado pelo SUS, é responsável pela pesquisa de 6 doenças: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase<sup>24</sup>.

O teste ampliado é ofertado por convênios ou hospitais e maternidades particulares e oferece rastreamento para 10 doenças: as 6 já citadas acima, mais deficiência de G-6-PD, galactosemia, leucinose e toxoplasmose congênita<sup>37</sup>.

O teste master é o mais completo e só está disponível de forma particular, rastreando cerca de 48 doenças<sup>37</sup>.



## O INÍCIO DA VIDA descomplicando as consultas de puericultura



Mapa mental do teste do pezinho. Fonte: Editora Sanar<sup>24</sup>.

## ICTERÍCIA NEONATAL

### FISIOLÓGICA

- ✓ RN a termo e início após 24 horas com pico entre o 3º e 4º dias de vida.
- ✓ Na maioria dos RN, a icterícia reflete uma adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina, sendo, portanto, fisiológica.

### PATOLÓGICA

- ✓ Antes de 24-36 horas;
- ✓ Bilirrubina indireta alcança concentrações elevadas tornando-se lesiva ao cérebro, podendo culminar em um quadro de encefalopatia bilirrubínica aguda com letargia, hipotonia e sucção débil nos primeiros dias de vida;
- ✓ Kernicterus;
- ✓ Associação com outros sinais clínicos ou doenças do RN, como anemia, plaquetopenia, letargia, perda de peso etc.;
- ✓ Icterícia prolongada (>8 dias no a termo e acima de 14 dias no pré-termo); Bilirrubina direta > 1,5mg/dl ou >10% da BT; Progressão diária da BT >5mg/dl ou >0,5mg/dl/h.

Fonte: Produzido pela autora.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Icterícia do Leite Materno: aparente desde a primeira semana de vida com persistência por duas a três semanas, chegando até três meses. Nessa síndrome, chamam a atenção o bom estado geral do RN e o ganho adequado de peso<sup>30</sup>.

#### CAUSAS

##### SE LIGA!!!!

"A principal causa de icterícia patológica e de doença hemolítica neonatal é a incompatibilidade sanguínea materno-fetal, que cursará com redução de hematócrito, aumento dos níveis séricos de BT e reticulócitos >5%"<sup>31</sup>.

#### ZONAS DE KRAMER

Zona	Local	Níveis Séricos de Bilirrubina
Zona 1	Cabeça e pescoço	4 a 8 mg/dL, média 6mg/dL
Zona 2	Tronco até umbigo	5 a 12 mg/dL, média 9 mg/dL
Zona 3	Hipogástrio até coxas	8 a 17 mg/dL, média 12 mg/dL
Zona 4	Braços, antebraços e pernas	11 a 18 mg/dL, média 15 mg/dL
Zona 5	Mãos e pés	>15 mg/dL, média > 18 mg/dL

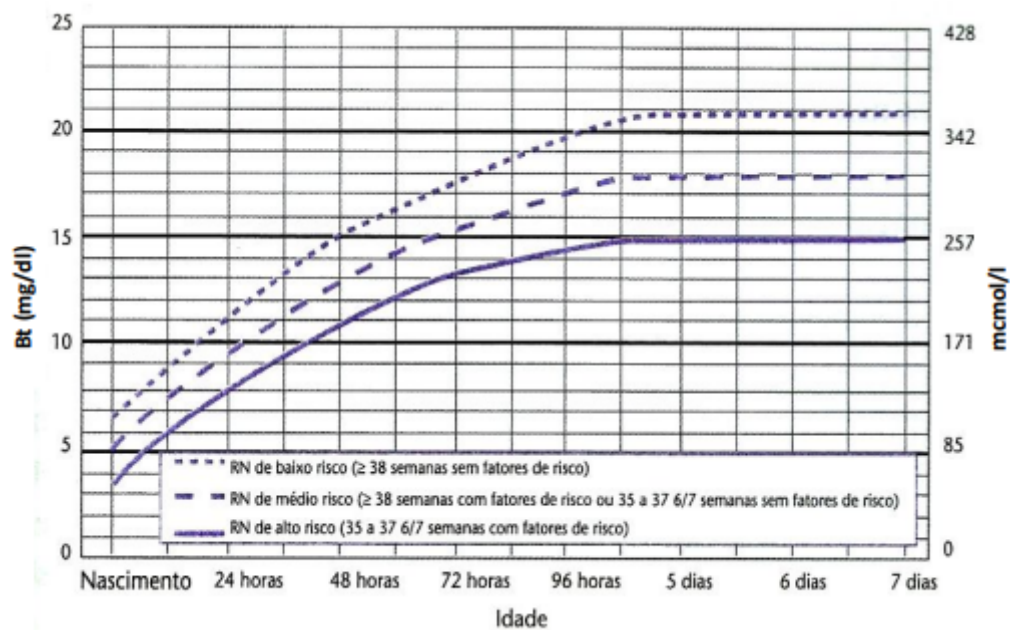
Zonas de Kramer. Fonte: Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>31</sup>.

#### FOTOTERAPIA

Quando a bilirrubina absorve a luz, ocorrem 3 reações fotoquímicas: fotoisomerização, isomerização estrutural e fotoxidação, levando a um aumento da excreção.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria, para RNs a termo ou pré-termo tardios (>35 semanas) saudáveis, a indicação se baseia na dosagem da BT sérica e sua plotação no normograma específico criado por Bhutani<sup>30</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA descomplicando as consultas de puericultura



Risco de Hiperbilirrubinemia significativa. Fonte: Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>31</sup>.

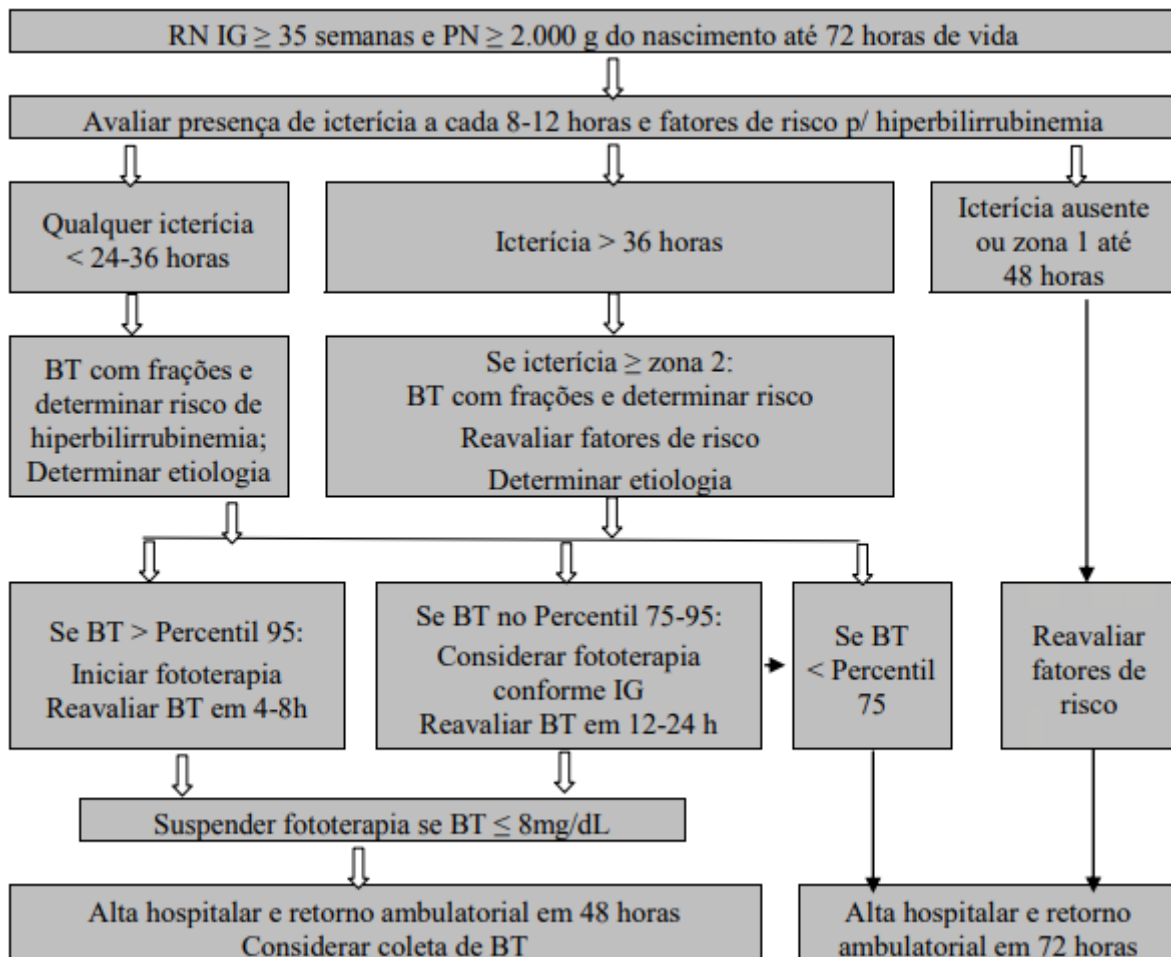
Em RNs pré-termo:

- <1000g iniciar fototerapia se BT >5 mg/dl;
- 1000 a 1500g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 7 e 9 mg/dl;
- 1500 a 2000g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 10 e 12mg/dl;
- 2000 a 2500g iniciar fototerapia em níveis de BT entre 12 e 14 mg/dl.

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura

### FOTOTERAPIA



Organograma do manejo da hiperbilirrubinemia indireta em RN com 35 ou mais semanas de gestação na primeira semana de vida. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de Neonatologia, 2012<sup>30</sup>.

### CHECK-LIST PARA ALTA HOSPITALAR

Boa evolução clínica e exame físico sem anormalidades;

sinais vitais normais e estáveis;

primeira micção e defecação ocorreram espontaneamente;

realização de pelo menos duas mamadas efetivas;

avaliação do risco de desenvolvimento subsequente de hiperbilirrubinemia significativa;

monitoramento e avaliação adequados para sepse com base nos fatores de risco da mãe;

avaliação da competência materna para cuidar do recém-nascido em casa;

administração da vacina anti-hepatite B inicial e se possível BCG;

conclusão da triagem auditiva;

avaliação dos fatores de risco familiares, ambientais e sociais;

identificação de unidade de saúde para o atendimento médico ambulatorial;

consultas para acompanhamento definitivos da mãe e do recém-nascido;

identificação de barreiras para o acompanhamento adequado.

### CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

#### ○ LAVAGEM DAS ROUPAS

Evitar uso de sabão em pó ou amaciante (risco de dermatites).

#### ○ BANHO

Limpeza deve ser suave, sem esfregar a pele com esponja ou panos. Os banhos de banheira ou bacias são recomendados. Pode tomar banho de chuveiro (encorajar a fazer com o pai para estimular vínculo).

Temperatura ideal é entre 35-36° C.

Secar com suavidade (sem esfregar) com uma toalha macia e limpa.

### COTO UMBILICAL

Limpeza do coto com água e sabão, mantendo este sempre seco;

álcool etílico a 70% ou clorexidina em concentrações de 0,5% a 4% são eficazes em reduzir ainda mais o risco de infecção;

higiene das mãos de quem vai manipular o coto ou trocar as fraldas;

gaze limpa para cobrir o coto;

observar formação de granuloma umbilical após a queda.

### TROCA DE FRALDAS

Troca frequente das fraldas – 5 a 6 vezes ao dia;

água e algodão e lenços umedecidos sem perfume;

área deve ser secada suavemente, sem esfregar;

aplicação dos cremes de barreira (geralmente à base de óxido de zinco)

cremes contendo medicamentos como nistatina, corticosteroides e antibacterianos não devem ser usados de rotina;

contraindicar uso de talco (risco de dermatite e pneumonia por aspiração).

### ● HIGIENE DO SONO

Estudos demonstram que em 16% a 22% dos casos de morte súbita do lactente, os bebês foram encontrados com a cabeça coberta. Recomenda-se, portanto, que os pés do bebê fiquem encostados na borda do berço, evitando que ele escorregue para baixo das cobertas.

O tabagismo durante a gestação e o primeiro ano de vida aumentam o risco de morte súbita do lactente em 2 a 4 vezes. Até mesmo o hábito de fumar paterno pode influenciar este risco e deve ser evitado.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

IDADE	SONO DURANTE A NOITE	SONECAS	TOTAL
1 mês	Ciclos de sono de 1 a 4 horas de duração, intercalados por 1 a 2 horas acordado – independentemente de ser noite ou dia	-	16 a 20 horas
3 meses	De 6 a 9 horas	De 5 a 9 horas, divididas em 3 a 4 sonecas	15 horas
6 meses	De 9 a 11 horas	De 2 a 3 horas, divididas em 2 a 3 sonecas	14 horas
1 ano	De 9 a 10 horas	De 2,5 a 3 horas, sendo uma de manhã e outra à tarde	13 horas
2 anos	10,5 horas	De 1,5 a 2 horas, em uma soneca à tarde	12,5 horas

Períodos de sono do bebê. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018<sup>31</sup>.

### RISCO DE MORTE SÚBITA - morte de crianças menores de 1 ano que morrem de forma inesperada e sem explicação durante o sono<sup>32</sup>.

#### ATENÇÃO!!! O BEBÊ DEVE DORMIR DE BARRIGA PARA CIMA PORQUE:

Os riscos de dormir de lado são semelhantes aos de dormir de bruços. Essa posição é instável e muitos bebês rolam e ficam de barriga para baixo.

Se o bebê está de barriga para cima e vomita, a tendência é tossir, e com isso chamar a atenção dos pais.

Evite agasalhar demais o bebê na hora de dormir, pois isso dificulta os movimentos e pode superaquecê-lo.

A inclinação da cama não precisa ser maior do que 5%. Deixe os braços para fora da coberta para evitar que o bebê deslize e fique sufocado pelo cobertor.

Deixe o berço livre de almofadas, travesseiros, "cheirinhos", pelúcias e outros brinquedos, pois eles podem dificultar a respiração<sup>32</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009<sup>32</sup>.

### TRANSPORTE SEGURO

Desde a maternidade o recém-nascido deve ser transportado em assento apropriado, no banco traseiro do veículo, como determina a legislação.

Os vidros traseiros do automóvel devem ficar abaixados apenas o suficiente para permitir ventilação.

A criança deve sempre entrar e sair do carro pelo lado da calçada e nunca ser transportada no colo.

A criança nunca deve utilizar a faixa transversal atrás dos braços ou colocá-la nas costas, já que o uso exclusivo da faixa abdominal não garante a proteção do tronco.

A partir do momento que a cadeirinha ficar pequena para a criança, ou sua cabeça ultrapassar o limite superior da cadeira, um novo modelo deve ser adquirido.

Consultar sempre o manual que vem com a cadeirinha, para aprender como instalar cada modelo de forma correta.

A cadeirinha deverá estar presa ao banco pelo cinto de segurança do veículo. Puxá-la com força para testar sua efetiva fixação. Faça revisões periódicas para observar afrouxamento ou desconexão do equipamento.



## O INÍCIO DA VIDA descomplicando as consultas de puericultura

As crianças (ou adolescentes) poderão sentar-se no banco da frente, como passageiros, a partir do momento que alcançarem a altura de 1,45 m, conseguirem encostar os dois pés totalmente no chão do veículo, utilizando o cinto de 3 pontos de maneira correta. A criança deve ter, ainda, 10 anos de idade no mínimo.<sup>34</sup>

Pais que dão o exemplo, utilizando o cinto de segurança e que assumem uma atitude firme, com a utilização de assentos especiais e o uso constante do cinto, terão o respeito de seus filhos e a garantia de um transporte seguro e eficiente.

	Bebê conforto ou conversível	Cadeira de segurança	Assento de elevação ou "booster"	Cinto de segurança de três pontos
				
Tipo de assento	Bebê conforto ou conversível	Cadeira de segurança	Assento de elevação ou "booster"	Cinto de segurança de três pontos do veículo
Peso e idade	Desde o nascimento até 13 Kg ou conforme recomendação da fabricante (aproximadamente 1 ano de idade)	De 9 a 18 Kg (aproximadamente de 1 a 4 anos de idade)	De 18 até 35 Kg, aproximadamente de 4 a 10 anos de idade.	Acima de 36 Kg e no mínimo 1,45m de altura - aproximadamente 10 anos de idade
Observações Adicionais	Sua instalação deverá ser feita de maneira tal que, o bebê fique de costas para o movimento do veículo, uma vez que reduz o risco de lesões, no caso de uma colisão frontal. O bebê conforto é preso ao banco traseiro usando-se o cinto de segurança do automóvel.	Sua instalação é feita no banco traseiro do automóvel, de forma a deixar a criança sentada no mesmo sentido de movimento do veículo.	O equipamento é instalado no banco traseiro do veículo, com cinto de segurança de três pontos. O assento de elevação faz com que, o cinto, seja passado em locais estratégicos pelo corpo da criança, ou seja, nos quadris, no centro dos ombros e no centro do peito.	Uso do cinto de segurança obrigatório.

Fonte: Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016<sup>34</sup>.

- "Assento Infantil: deve ser usado desde o nascimento até que a criança esteja pesando cerca de 10kg, fase de fragilidade total e estrutura musculoesquelética imatura. Deve ser colocada no meio do banco de trás do veículo, de "costas" para o painel, presa pelo cinto de segurança do automóvel. O cinto de segurança da cadeirinha deve passar entre as pernas da criança e ser preso na estrutura que ali fica. Estes modelos contam também com um acessório que firma o pescoço do bebê.
- Modelo Reversível: pode ser usado até aproximadamente os 4 anos de idade (cerca de 18kg), sendo que nesta fase ainda existe fragilidade da coluna vertebral. Deve ser colocada no meio do banco traseiro, de costas para o painel, até que a criança

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

complete 1 ano, depois disso será instalado de frente para o painel, no centro do banco. A criança ficará contida pelo cinto de segurança da cadeirinha, e essa pelo cinto do automóvel.

- O assento elevatório (ou “booster”): indicado quando o modelo anterior estiver inadequado (pequeno) para a criança, mas essa ainda não alcançou altura suficiente para se sentar no banco traseiro, utilizando somente o cinto de segurança do automóvel<sup>34</sup>.



Fonte: Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016<sup>34</sup>.

#### Importância da cadeirinha:

- Prevenir expulsão do veículo;
- promover contato com as partes mais resistentes do corpo;
- distribuir a força da colisão por toda a área corpórea;
- ajudar o corpo a desacelerar no momento da colisão;
- proteger a cabeça e a coluna vertebral.

### REFERÊNCIAS

1. LAINSC. Liga Acadêmica Interprofissional de Neonatologia e Saúde da Criança. **Escala de Apgar**. 01 fev. 2021. Instagram: @lainsc.uel. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CKwpu3ijCSa/?hl=pt-br>. Acesso em: 02 fev. 2021.
2. ESTEVES, Tania Maria Brasil; DAUMAS, Regina Paiva; OLIVEIRA, Maria Inês Couto; ANDRADE, Carlos Augusto de Ferreira; LEITE, Iuri Costa. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, 2014; 48(4): 697-703. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005278. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf). Acesso em: 03 fev. 2021.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério Da Saúde, 2012. *E-book*. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf). Acesso em: 09 jan. 2021.
4. DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SPSP. **Atualização de Condutas em Pediatria: recomendações**. Departamento de Nefrologia. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2007/2009. *E-book*. Disponível em: [https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/120408\\_rec\\_34\\_MedidadePressaoArteriasl.pdf](https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/120408_rec_34_MedidadePressaoArteriasl.pdf). Acesso em: 10 jan. 2021.
5. COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE BOSTON. **Febre infantil: como medir a temperatura**. Departamento de doenças infecciosas, 2015. Boston. Disponível em: [https://www.bphc.org/whatwedo/infectious-diseases/Infectious-Diseases-A-to-Z/Documents/Fact%20Sheet%20Languages/Fever%20in%20Children\\_How%20to%20take%20a%20Temperature/Portuguese.pdf](https://www.bphc.org/whatwedo/infectious-diseases/Infectious-Diseases-A-to-Z/Documents/Fact%20Sheet%20Languages/Fever%20in%20Children_How%20to%20take%20a%20Temperature/Portuguese.pdf). Acesso em: 10 jan. 2021.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual AIDPI Neonatal:** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2021.
7. MAROSTICA, Paulo José Cauduro; VILLETTI, Manoela Chitolina; FERRELLI, Régis Schander; BARROS, Elvino. **Pediatria:** consulta rápida. Porto Alegre/ RS: Artmed Editora Ltda., 2018.
8. CARVALHO, Vânia O.; MARKUS, Jandrei R.; ABAGGE, Kerstin T.; GIRALDI, Susana; CAMPOS, Tânia B. **Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.
9. AARON, Denise M. **Manchas cor vinho-do-porto:** (Malformação capilar; nevo flâmneo; picada de cegonha). Manual MSD: Versão saúde para família, 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/tumores-cut%C3%A2neos-n%C3%A3o-cancerosos/manchas-cor-vinho-do-porto#:~:text=As%20manchas%20cor%20vinho%2Ddo,tumores%20e%20malforma%C3%A7%C3%B5es%20dos%20vasos>). Acesso em: 18 jan. 2021.
10. GONTIJO, Bernardo; SILVA, Cláudia Márcia Resende; PEREIRA, Luciana Baptista. Hemangioma da infância. **A. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, pág. 651-673, dezembro de 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962003000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000600002&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 18 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000600002>.
11. MALACARNE, Juliana. Vernix: entenda o que é e conheça os benefícios. **Revista Crescer**, 2019. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Saude/noticia/2019/04/vernix-entenda-o-que-e-e-conheca-os-beneficios.html>. Acesso em: 19 jan. 2021.
12. GESTAÇÃO BEBÊ. **Icterícia Neonatal:** o que é, causas, como ocorre, tipos e valores de referência. Disponível em: <https://www.gestacaobebe.com.br/ictericia-neonatal/>. Acesso em: 18 jan. 2021.
13. SAILLY, Hugo; FAGNER, Luiz; FELIPE, Moises; NEPOMUCENO, Natália; HENRIQUE, Pedro. **Desconforto Respiratório Neonatal.** SLIDESHARE, 2013. Disponível em: <https://pt.sli>

- deshare.net/blogped1/desconforto-respiratorio-neonatal-24358026. Acesso em: 18 jan. 2021.
14. PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica I**. Celmo Celeno Porto; co-editor Arnaldo Lemos Porto. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. ISBN 978-85-277-2329-9.
  15. RIBEIRO, Sani S. **O que é sindactilia, possíveis causas e tratamento**. Tua Saúde. Doenças genéticas, 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/sindactilia/>. Acesso em: 17 jan. 2021.
  16. MEHANNA, Karimy H. **Polidactilia**. Cirurgia Pediátrica Curitiba, 2018. Curitiba/PR. Disponível em: <https://cirurgiapediatricacuritiba.com.br/polidactilia>. Acesso em: 17 jan. 2021.
  17. BOHN, Daniel. **Pregas palmares/ "linhas" da mão**. Pelotas/RS. 2020. Disponível em: <https://danielbohn.com.br/pregas-palmares-linhas-da-mao/>. Acesso em: 17 jan. 2021.
  18. UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas. **Reflexos primitivos**. Neurologia infantil. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>. Acesso em: 18 jan. 2021.
  19. ALMEIDA, Juliana S. **Alojamento Conjunto**. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/aloj2.html>. Acesso em: 19 jan. 2021.
  20. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Alojamento conjunto**. Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/neonatologia/alojamento\\_conjunto\\_atu.pdf](http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/neonatologia/alojamento_conjunto_atu.pdf). Acesso em: 19 jan. 2021.
  21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília/DF, n. 23, 2. ed. 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf). Acesso em: 04 fev. 2021.
  22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Promovendo o Aleitamento materno**. Brasília/DF, 2012. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2012/12/albam.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/albam.pdf). Acesso em: 04 fev. 2021.
  23. MÃE DA CABEÇA AOS PÉS. **Pega correta**. Pinterest. Disponível em: <https://br.pinterest.com/pin/347973508686308051/>. Acesso em: 04 fev. 2021.

24. SANAR FLIX. **Super material Sanar Flix:** Triagem neonatal. Salvador/BA: Editora Sanar. Disponível em: <https://drive.google.com/viewerng/viewer?url=https://sanar-courses-platform-files.s3.sa-east-1.amazonaws.com/TRIAGEMNEONATAL-200323-112426-1586386501.pdf?pid%3Dexplorer&efh=false&a=v&chrome=false>. Acesso em: 22 jan. 2021.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.** Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2012. Brasília/DF. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/field\\_generico\\_imagens-filefield-description\\_69.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/field_generico_imagens-filefield-description_69.pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.
26. FINELLI, Jorge A. **Teste da Orelhinha:** simples e essencial ao bebê. Prefeitura Municipal da Estância Turística de Paranapanema. Diretor de comunicação. Paranapanema, 2014. Disponível em: <http://www.paranapanema.sp.gov.br/portal/teste-da-orelhinha-simples-e-essencial-ao-bebe/>. Acesso em: 19 jan. 2021.
27. NAKANAMI, Célia R.; VASCONCELOS, Galton C.; ROSSETTO, Júlia D.; HOPKER, Luisa M. **Teste do reflexo vermelho.** Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018. Grupo de Trabalho em Oftalmologia Pediátrica. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_20958d-DC\\_No1\\_set\\_2018-\\_Teste\\_do\\_reflexo\\_vermelho.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_20958d-DC_No1_set_2018-_Teste_do_reflexo_vermelho.pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.
28. DEPARTAMENTOS DE CARDIOLOGIA E NEONATOLOGIA DA SBP. **Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica:** oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2011. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/diagnostico-precoce-oximetria.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/diagnostico-precoce-oximetria.pdf). Acesso em: 21 jan. 2021.
29. MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro; MARCHESAN, Irene Queiroz; BERRETTIN-FELIX, Giédre. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 599-610, June 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000300012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 jan. 2021. Epub June 21, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013005000032>.
30. ALMEIDA, Maria Fernanda Branco; DRAQUE, Cecilia Maria. **Icterícia no recém-nascido com idade gestacional > 35 semanas.** Sociedade Brasileira de Pediatria - Departa-

- mento de Neonatologia. 2012. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/Ictericia\\_sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/Ictericia_sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf). Acesso em: 22 jan. 2021.
31. MATERNIDADE-ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Icterícia.** Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ. Disponível em: [http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/neonatologia/ictericia\\_neonatal.pdf](http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/neonatologia/ictericia_neonatal.pdf). Acesso em: 22 jan. 2021.
32. NUNES, L. M. **Bebês devem dormir de barriga para cima.** Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/bebes-devem-dormir-de-barriga-para-cima/#:~:text=Existe%20uma%20cren%C3%A7a%20muito%20forte,Magda.&text=Beb%C3%AAs%20devem%20dormir%20de%20barriga%20para%20cima%2C%20e%20n%C3%A3o%20de,aos%20de%20dormir%20de%20bru%C3%A7os>. Acesso em: 10 jan. 2021.
33. SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA. **Quantas horas por dia o bebê deve dormir?** Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/filiada/goias/noticias/noticia/nid/quantas-horas-por-dia-o-bebe-deve-dormir-1/>. Acesso em: 10 nov. 2021.
34. BRAGANÇA, F. **Transporte seguro de crianças em automóveis:** evite mortes e multas. Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016. Disponível em: <https://fernandobraganca.com.br/2016/03/24/transporte-seguro-de-criancas-em-automoveis-evite-mortes-e-multas/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

# 3

## Primeira consulta

Neidi Isabela Pierini e Clarissa Noer





### A PUERICULTURA

Geralmente a recomendação da frequência das consultas é:

- Mensal até o 6º mês;
- Trimestral do 6º ao 12º mês;
- Semestral de 12 até 24 meses;
- Anual a partir do 3º ano de vida.

Ao final de toda consulta de Puericultura sugerimos ser elaborados no mínimo 6 diagnósticos (havendo outros diagnósticos, estes devem ser elencados após). Podemos usar o mnemônico “CEVADA” para memorizar estes diagnósticos<sup>3</sup>:



Fonte: Editora Sanar, 2019<sup>3</sup>.

## CORREÇÃO DA IDADE CRONOLÓGICA

**EM CRIANÇAS PRÉ-TERMO, CORRIGIR A IDADE CRONOLÓGICA PARA 40 SEMANAS PARA OS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO ATÉ OS 2 ANOS!!!**

As crianças nascidas pré-termo, (IG) < 37 semanas, devem ter a correção da idade cronológica em função do grau de prematuridade para que tais crianças não tenham seu crescimento e desenvolvimento subestimados durante a avaliação<sup>2</sup>.

Como calcular a idade corrigida?

$40 \text{ semanas (ideal)} - 36 \text{ semanas (nascimento real)} = 4 \text{ semanas}$

$8 \text{ semanas (2 meses de vida)} - 4 \text{ semanas} = 4 \text{ semanas (ou 1 mês de vida)}$

Idade cronológica corrigida = 1 mês

O perímetro cefálico deve ser corrigido até 1 ano e meio.

Outros dados antropométricos e DNPM devem ser corrigidos até os 2 anos.

## PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO (5 – 7 DIAS)

Gestação: uso de Medicamentos;  
nº de consultas no pré-natal;  
doenças; sorologias; eco morfológica  
e ecocardiofetal.

Nascimento: tipo de parto; motivo  
do parto; peso e comprimento ao  
nascer.

Período Neonatal: tempo de  
permanência na unidade neonatal;  
doenças.

Patológicos: verificar se a criança  
nasceu com alguma doença de  
origem genética, infecciosa ou se  
apresentou icterícia.

### ○ PANORAMA GERAL

- ✓ Queixas referidas pela mãe e intercorrências;
- ✓ Verificar a realização dos resultados dos testes de triagem neonatal (olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho) – já explicados anteriormente;
- ✓ Alimentação: dificuldades na amamentação e necessidades de intervenção;
- ✓ Diurese e hábito intestinal;
- ✓ Higiene física: banho diário, coto umbilical, com os utensílios da criança;
- ✓ Higiene mental: condições emocionais e ambientais;
- ✓ Situação vacinal.

### ○ ANAMNESE

- ✓ Geral: Sono do RN: se dorme bem (especificar quantas horas ao dia – as horas de sono diárias diminuem de aproximadamente 16,5 h de sono/dia na primeira semana de vida para cerca de 15,5 h de sono/dia ao final do primeiro mês de vida), questionar se há irritabilidade, prostração ou dificuldade para amamentar.
- ✓ Sistema tegumentar: questionar sobre surgimento de pápulas, manchas, placas, descamações, alterações da cor da pele (icterícia, por exemplo).
- ✓ Desenvolvimento do RN: até a 4ª semana de vida é esperado que, em posição prona, mantenha atitude fletida, gire a cabeça de um lado para o outro. Quando suspenso ventralmente, espera-se que a cabeça fique pendida. Na posição supina, fica geralmente fletido, um pouco rígido. Pode fixar o olhar em faces ou na luz na linha de visão. Quando vira o corpo, apresenta “olhos de boneca”: tem preferência visual pela face humana.
- ✓ **Sistema cardiovascular: questionar sobre dispneia ao amamentar, edema, cianose.**
- ✓ Sistema respiratório: informar-se sobre congestão nasal, coriza, tosse, cianose, esforço respiratório, roncos, sibilos.
- ✓ Sistema gastrointestinal: ritmo intestinal, características das fezes, vômitos.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

- ✓ Sistema genitourinário: número de micções (estimular cuidador a observar quantas fraldas o RN molha por dia), características da urina (cor, odor, quantidade). **No caso do sexo masculino, questionar se o jato urinário é forte e se ocorre projeção a longa distância ou se é fraco e curto.**
- ✓ Fatores de risco para doenças infectoparasitárias:
  - relação pessoa-cômodo  $\geq 3$ ;
  - ausência de água tratada e presença de esgoto não tratado<sup>3</sup>;
- ✓ Fatores de risco para doenças respiratórias:
  - ventilação inadequada, umidade, poeira (tapetes, pelúcia), animais e plantas<sup>3</sup>;
- ✓ Fatores de risco para doenças dermatológicas:
  - presença de insetos e outros animais<sup>3</sup>;
- ✓ Relação entre os pais, se a criança foi planejada, significado da mesma na vida destes<sup>3</sup>;
- ✓ Outros familiares que participam da vida da criança<sup>3</sup>.

↑  
**ATENÇÃO!!**

## CALENDÁRIO VACINAL

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO 2020 (RECOMENDAÇÃO DA 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
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									●	Reforço entre 15 meses a 4 anos	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									A partir dos 9 meses de idade e 1 reforço aos 4 anos			1 dose para não vacinados previamente			
Dengue											Crianças e adolescentes a partir dos 9 anos de idade com infecção prévia comprovada				

Calendário vacinal 2019-2021. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020<sup>21</sup>.

### Atenção!

Não se recomenda mais a revacinação de crianças que não apresentem cicatriz no local da aplicação após 6 meses.

## ESCALA DE EDIMBURGO DEPRESSÃO PÓS PARTO

A depressão pós-parto é um Transtorno de Humor que afeta 10% a 15% das mulheres no puerpério. Este quadro tem seu início durante o primeiro ano do pós-parto, havendo maior incidência entre a quarta e oitava semana após o parto. As manifestações clínicas mais comuns são irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desespe-

rança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas demandas<sup>22</sup>.

A escala de Edimburgo é uma ferramenta que auxilia no rastreamento e detecção da depressão pós-parto e é composta por dez itens que avaliam como a mulher se sentiu na última semana após o parto. Cada item é composto por quatro alternativas e é associada a uma pontuação que varia de zero a três, a soma total do questionário é de 0 a 30 pontos sendo que uma pontuação igual ou superior a 10 indica possível depressão<sup>1</sup>. Vale lembrar que a escala não substitui a avaliação clínica, apenas a complementa.

#### ○ Como fazer a pontuação

##### ✓ Questões 1, 2, e 4

- Se marcada a primeira resposta, não conte pontos.
- Se marcada a segunda resposta = um ponto.
- Se marcada a terceira resposta = dois pontos.
- Se marcada a quarta resposta = três pontos<sup>1</sup>.

##### ✓ Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

- Se marcada a primeira resposta = três pontos.
- Se marcada a segunda resposta = dois pontos.
- Se marcada a terceira resposta = um ponto.
- Se marcada a quarta resposta, não conte pontos<sup>1</sup>.

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura

### ○ As questões

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias:

**1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas**

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

**2. Eu tenho pensado no futuro com alegria**

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

**3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado**

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito freqüentemente

**4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão**

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

**5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo**

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

**6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia**

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

**7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir**

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

**8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal**

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

**9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado**

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

**10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.**

- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

Questionário da Escala de Edimburgo de depressão pós-parto. Fonte: SILVA, Yris Luana Rodrigues, 2013<sup>4</sup>.

### EXAME FÍSICO

O exame físico geral, sinais vitais e reflexos primitivos foram elucidados no capítulo anterior. Todos eles devem ser realizados em todas as consultas de puericultura, mas, nesse capítulo, daremos ênfase ao exame físico que visa acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor e antropometria da criança.

#### Se liga!

Na Puericultura nem sempre será possível realizar o exame físico na sequência craniocaudal com costuma-se realizar nas outras áreas da Medicina, assim, é possível iniciar parte do exame físico com a criança ainda no colo de um dos seus familiares.

Deixar o exame da orofaringe e a otoscopia para serem realizados ao final, pois estes costumam causar maior desconforto na criança e, se feitos logo no início, podem dificultar a avaliação dos outros órgãos e sistemas.

### ANTROPOMETRIA

#### ✓ Comprimento

A medida do comprimento é realizada com a régua antropométrica com haste fixa que deve ficar na cabeça, e a haste móvel é colocada logo abaixo do pé da criança.

Em crianças a partir dos 2 anos é possível medir a altura da criança com estadiômetro, colocando-a em pé e com a cabeça retificada.

A posição da cabeça da criança deve obedecer ao Plano Vertical de Frankfurt.



Plano Vertical de Frankfurt - Posicione a cabeça da criança de forma que a linha vertical entre o canal auditivo e a parte inferior da órbita ocular esteja perpendicular à placa horizontal do equipamento. Fonte: INTERGROWTH-21st<sup>5</sup>.



## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

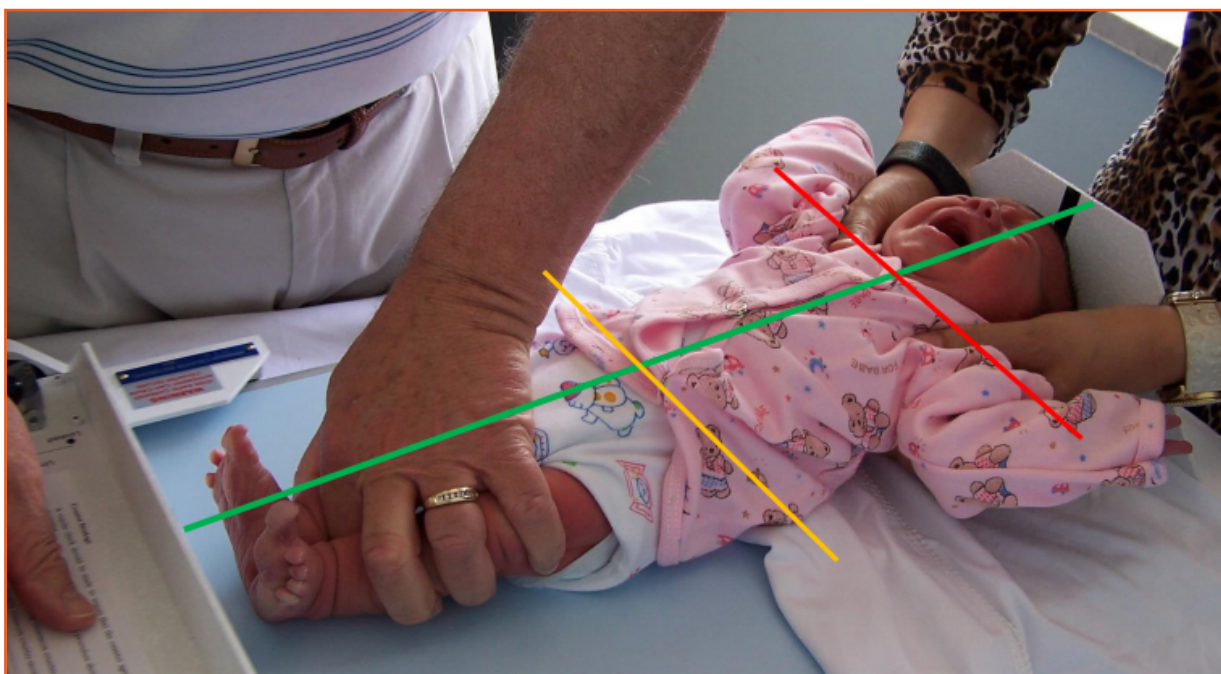
Posicione a criança de modo que os ombros e o quadril estejam alinhados em ângulos retos em relação ao eixo longitudinal do corpo e ao infantômetro<sup>5</sup>.

Pressionar **SUAVEMENTE** os joelhos da criança para esticar suas pernas.

#### #FICAADICA

Tome cuidado para que os joelhos sejam estendidos somente até a extensão possível sem machucar a criança.

O RN tem flexão fisiológica dos membros, não vá machucar nosso pequeno paciente esticando-o, okay? 😊



Posição correta para medir o comprimento. Fonte: INTERGROWTH-21st<sup>5</sup>.

Por fim, as plantas dos pés da criança devem ser encostadas no cursor inferior, com os dedos apontados para cima. Se a criança dobrar os dedos e impedir que o cursor inferior toque as plantas dos pés, fricção levemente as plantas dos pés do bebê e mova o cursor assim que a criança estender os dedos<sup>5</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

descomplicando as consultas de puericultura



Posição correta dos pés. Fonte: INTERGROWTH-21st<sup>5</sup>.

### ✓ **Peso (primeiro perde para depois recuperar)**

O recém-nascido pode perder até 10% do peso de nascimento, que é novamente alcançado entre o 10º e o 14º dia de vida<sup>6</sup>.

A variação do peso é muito mais rápida do que da estatura e reflete, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos.

Ganho de peso	g/mês	g/dia
1º trimestre	700	25 a 30
2º trimestre	600	20
3º trimestre	500	15
4º trimestre	300	10

Valores médios de ganho de peso por trimestre e por dia. Fonte: adaptado de Manual de Orientação: Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente, 2021<sup>23</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

descomplicando as consultas de puericultura



O bebê deve ser pesado na balança infantil e deve estar despido. Fonte: INTERGROWTH-21st<sup>5</sup>.

### #SELIGA!

Nosso pequeno paciente deve ser pesado SEMPRE sem roupas.

#### ✓ **Perímetro cefálico**

Deve ser medido até os 2 anos de idade.

Ele é aferido com uma fita métrica, que passa sobre a proeminência occipital e a glabella.

A microcefalia deve ser diagnosticada dentro das primeiras 24h até a 1ª semana de vida se a medida do PC estiver no escore  $z < -2$ , em casos de medidas  $< -3$  no escore  $z$ , fala-se em microcefalia grave.

Para RN a termo, pode-se usar os gráficos de idade x PC, no entanto, em prematuros recomenda-se utilizar como referência a tabela "Estudo Internacional de Crescimento Fetal e do Recém-Nascido: Padrões para o Século 21 (Intergrowth)"<sup>3</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura



Medida do perímetro cefálico. Fonte: INTERGROWTH-21st<sup>5</sup>.

#### ○ CURVAS DE CRESCIMENTO

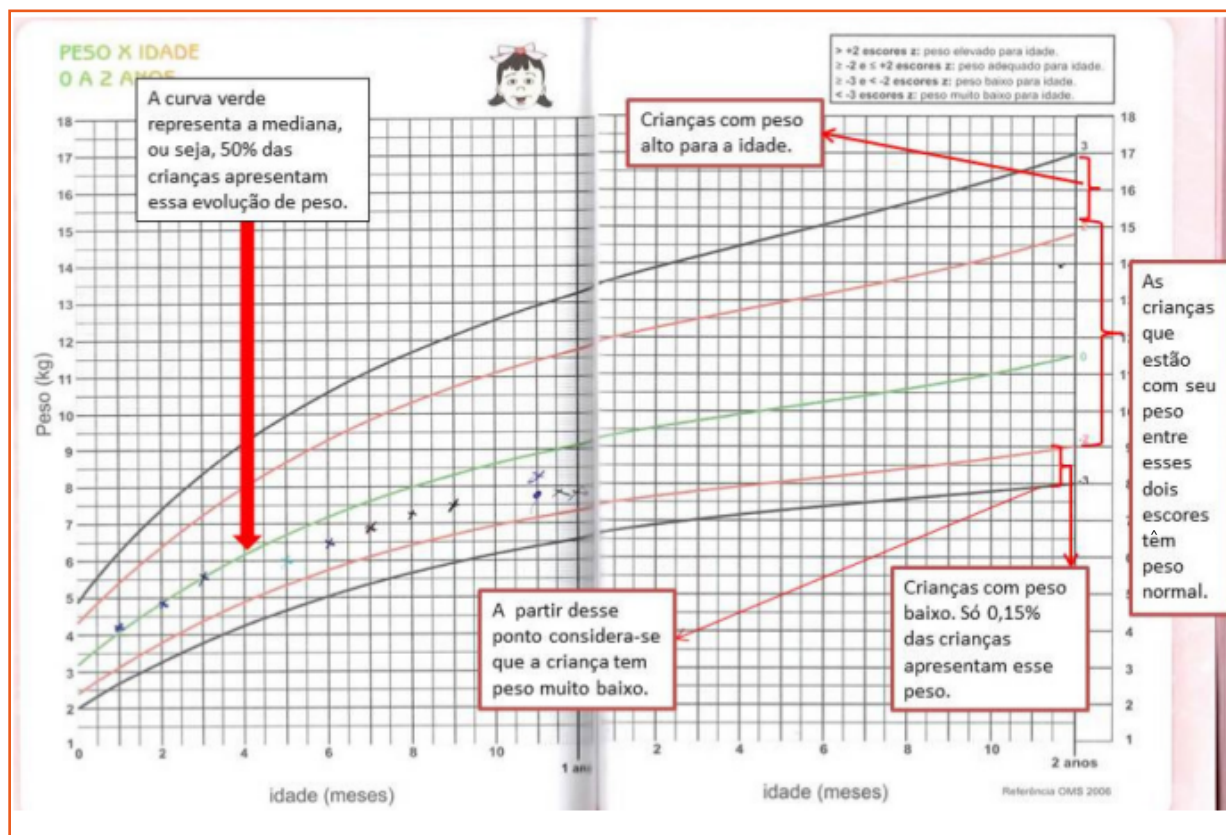
Após realizar os exames de antropometria, já elucidados anteriormente, os resultados devem ser dispostos em gráficos presentes na caderneta da criança. Abaixo, trazemos os gráficos para que você, leitor, se familiarize e saiba como utilizá-los.

#### #FICAADICA

<http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/>

Esse aplicativo permite que você faça o acompanhamento da mesma forma que as tabelas da carteirinha da criança!

## O INÍCIO DA VIDA descomplicando as consultas de puericultura



Exemplo de interpretação do gráfico peso x idade de 0 a 2 anos. Fonte: Editora Sanar<sup>3</sup>.

Nos gráficos, podem ser encontrados 2 formatos de disposição de curvas: percentil e z-scores.

- Percentil: "A classificação de uma criança em determinado percentil permite estimar quantas crianças, de mesma idade e sexo, são maiores ou menores em relação ao parâmetro avaliado. Desse modo, uma criança ter seu peso classificado na posição do percentil 25 significa que, entre crianças do mesmo sexo e idade, 25% têm peso igual ou inferior ao seu, ao passo que os outros 75% têm peso igual ou superior. Isso vale para qualquer idade e parâmetro antropométrico"<sup>6,23</sup>.
- Z-scores: "Significa o número de desvios-padrão que o dado obtido está afastado de sua média"<sup>6</sup>.

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura

### ✓ Altura x idade (percentil x z-scores)

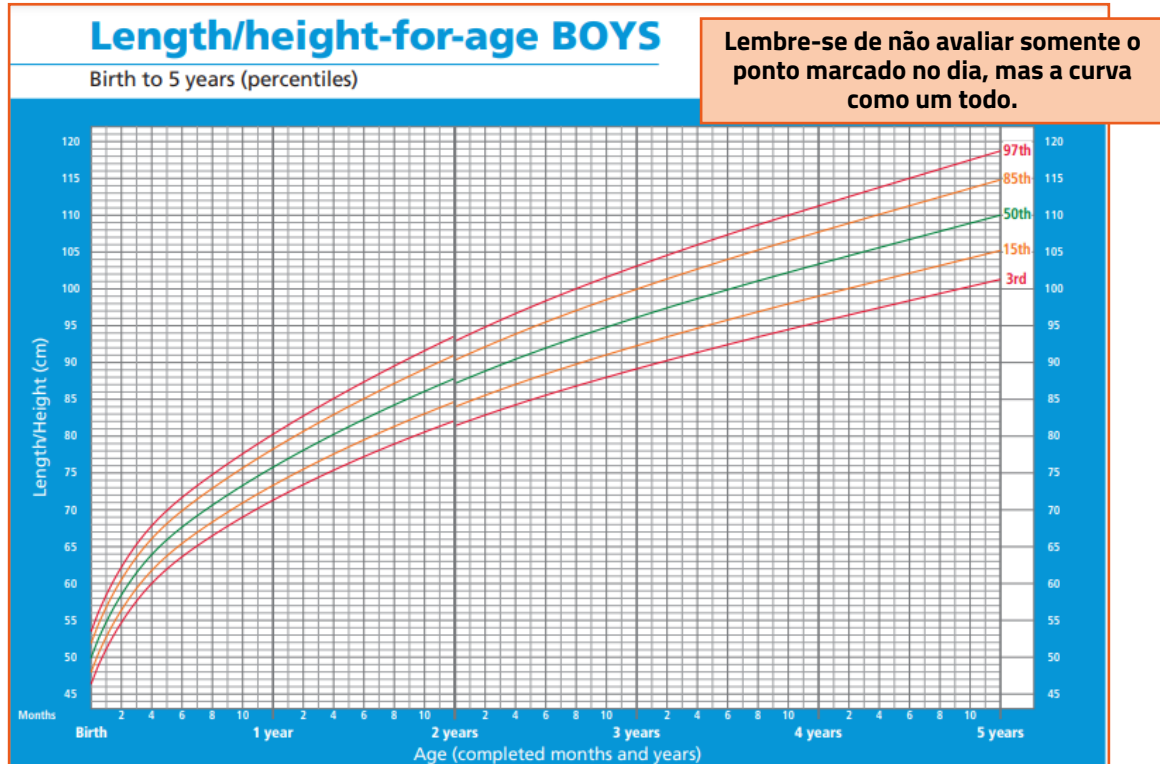


Gráfico altura x idade dos 0 aos 5 anos para meninos, em percentil. Fonte: *World Health Organization*<sup>7</sup>.

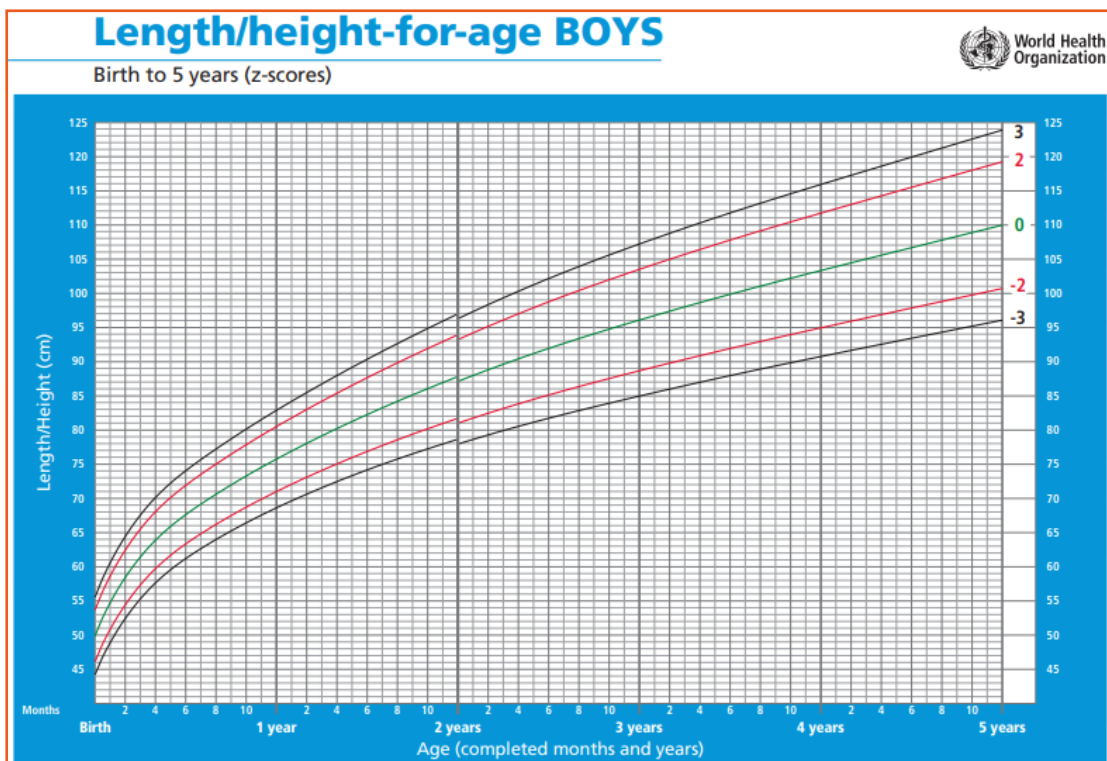


Gráfico altura x idade dos 0 aos 5 anos para meninos, em z-scores. Fonte: *World Health Organization*<sup>8</sup>.

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura

### ✓ Peso x idade (percentil x z-scores)

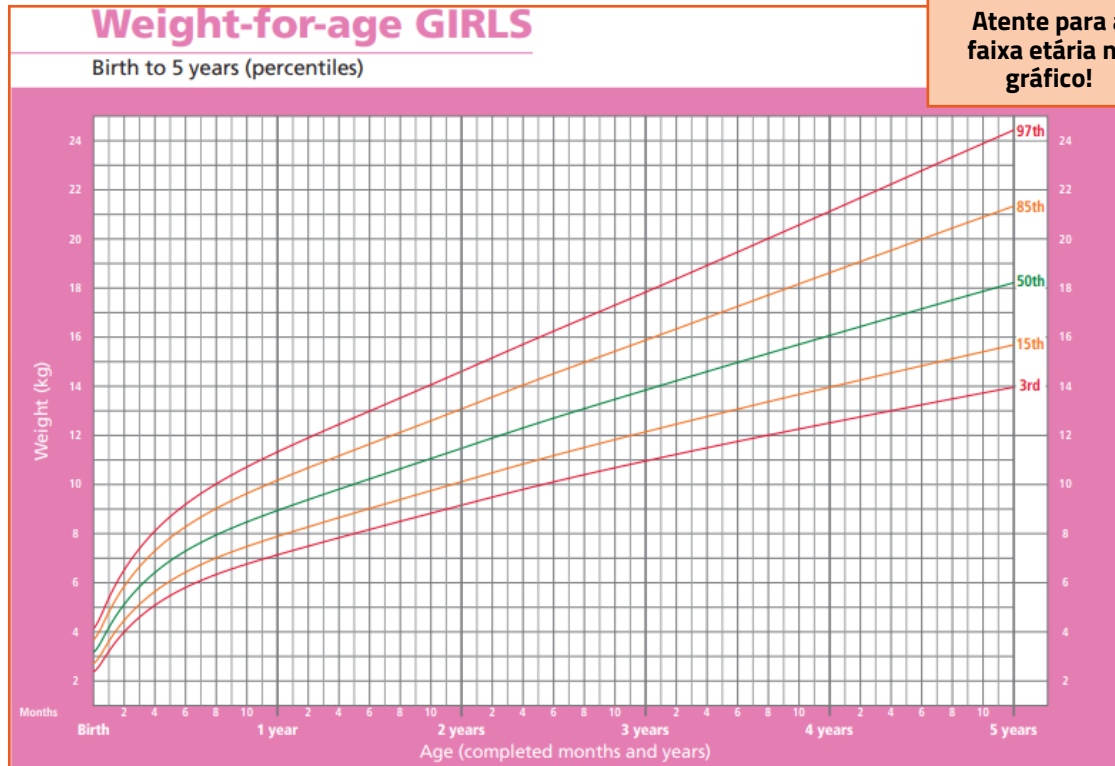


Gráfico peso x idade dos 0 aos 5 anos para meninas, em percentil. Fonte: *World Health Organization*<sup>9</sup>.

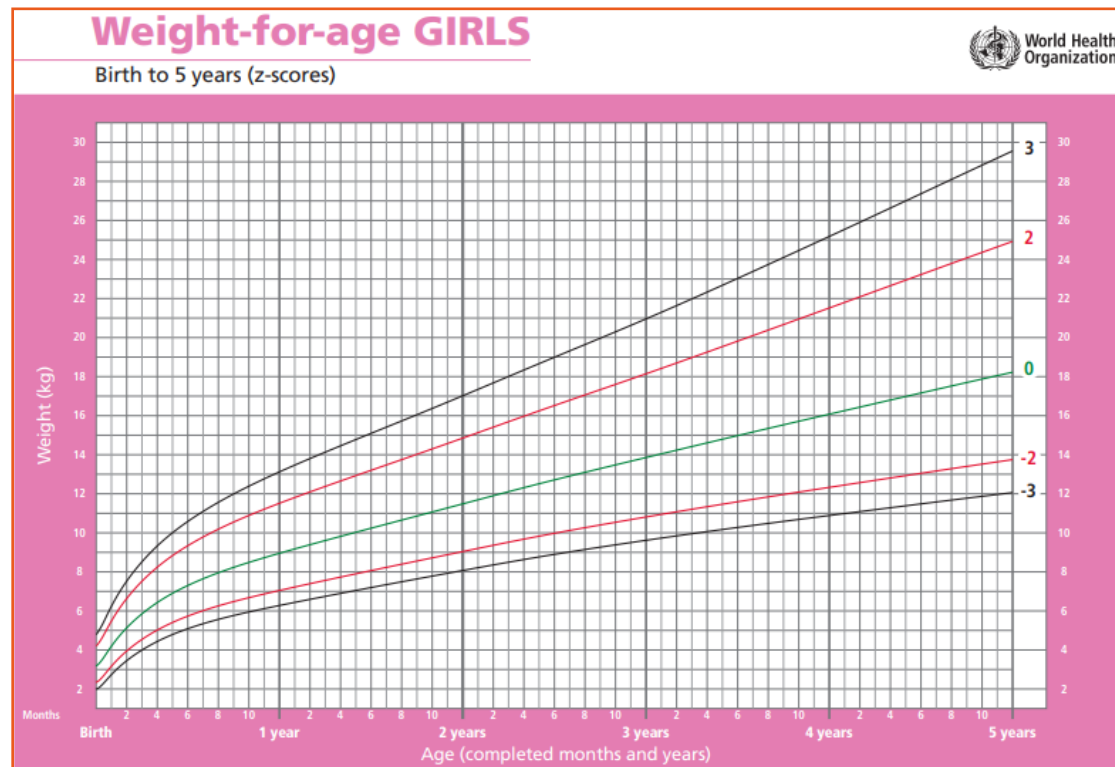


Gráfico peso x idade dos 0 aos 5 anos para meninas, em z- scores. Fonte: *World Health Organization*<sup>10</sup>.

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura

### ✓ Perímetro Cefálico x idade (percentil x z-scores)

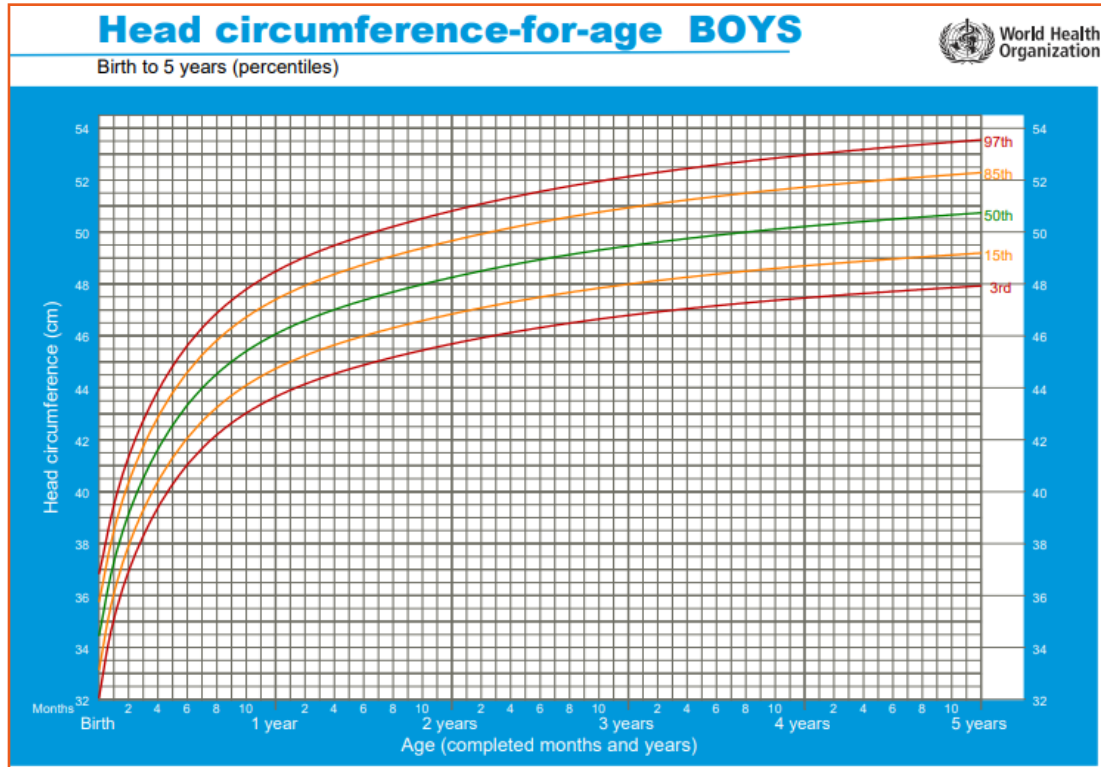


Gráfico perímetro cefálico x idade de 0 a 5 anos para meninos, em percentil. Fonte: *World Health Organization*<sup>11</sup>.

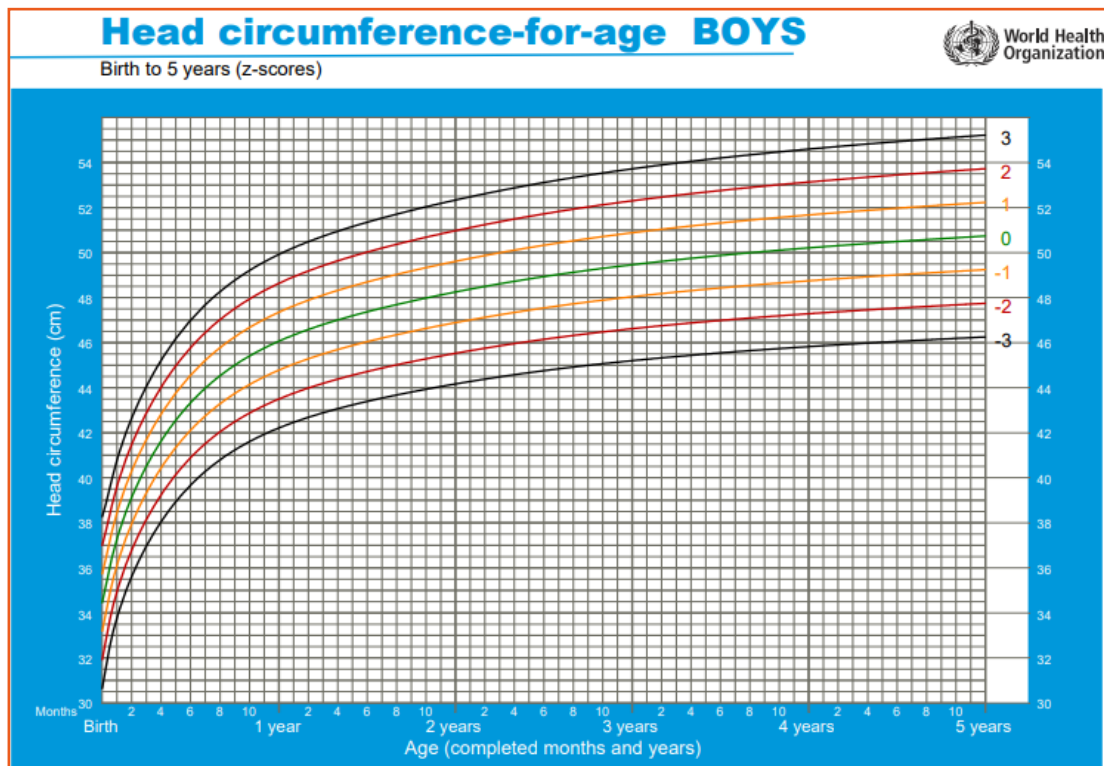


Gráfico perímetro cefálico x idade de 0 a 5 anos para meninos, em z-scores. Fonte: *World Health Organization*<sup>12</sup>.



## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

#### ✓ Prematuros

Para crianças nascidas pré-termo, podemos realizar a correção da idade cronológica, anteriormente explicada, ou utilizar os gráficos *Intergrowth*.

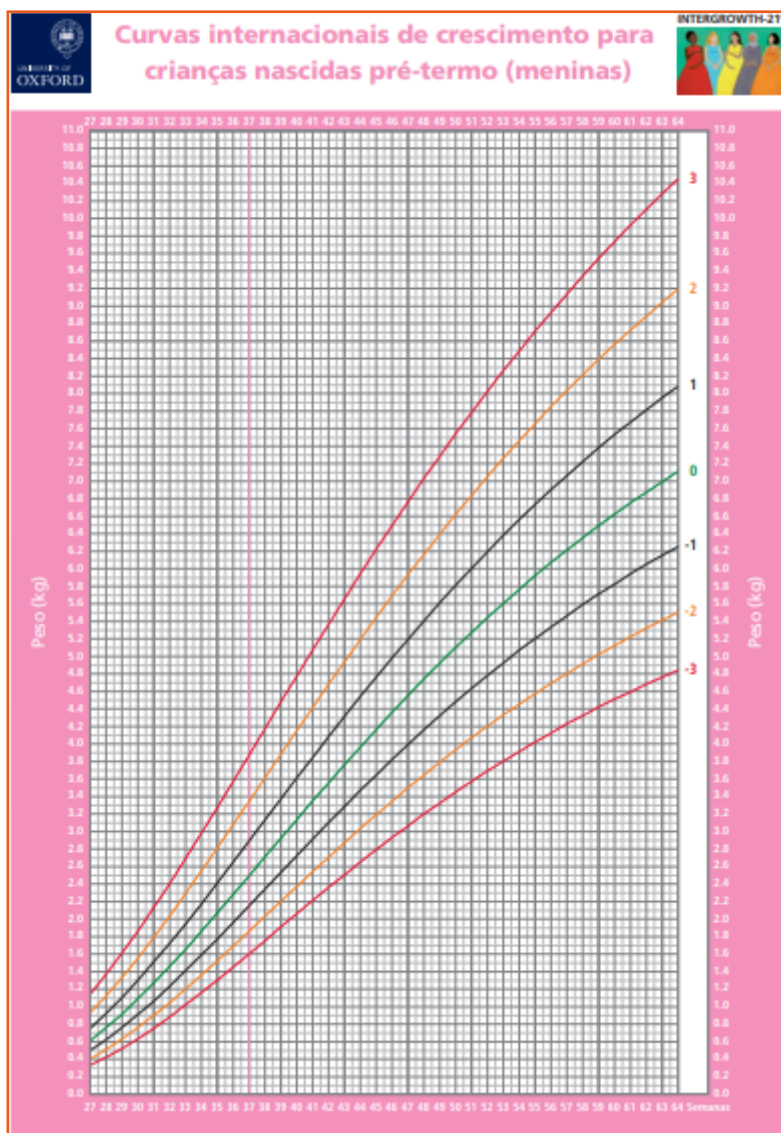


Gráfico peso x idade para meninas pré-termo. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016<sup>13</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA descomplicando as consultas de puericultura

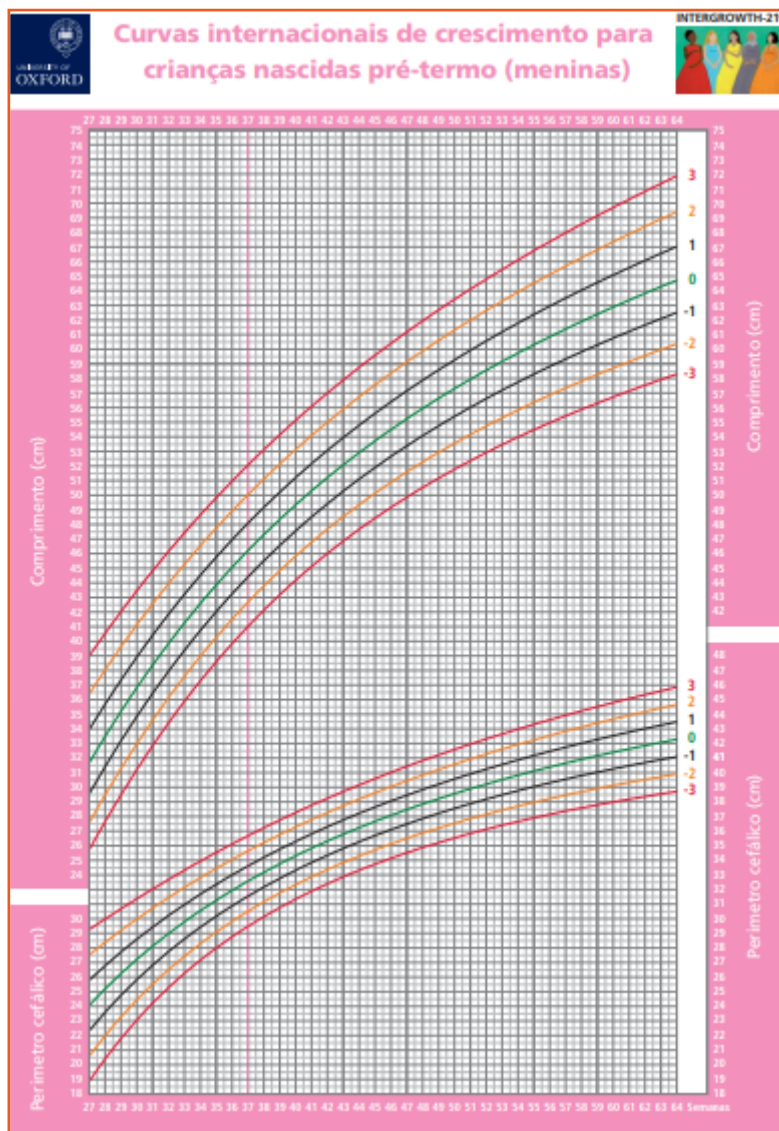


Gráfico de comprimento e perímetro cefálico x idade para meninas pré-termo. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016<sup>13</sup>.

### DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Desenvolvimento é a capacidade do indivíduo de realizar atividades cada vez mais complexas. Podemos avaliá-lo em diferentes âmbitos: motor, perceptivo, linguagem e social<sup>15</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA descomplicando as consultas de puericultura



Desenvolvimento motor da criança no primeiro ano de vida. Fonte: Ministério da Saúde, 2002<sup>15</sup>.

### PERGUNTAR SE HÁ FATORES DE RISCO, TAIS COMO:

- Ausência ou pré-natal incompleto.
- Problemas na gestação, parto ou nascimento da criança.
- Prematuridade.
- Peso abaixo de 2.500 gr.
- Icterícia grave.
- Hospitalização no período neonatal.
- Doenças graves como meningite, traumatismo craniano ou convulsões.
- Parentesco entre os pais.
- Casos de deficiência ou doença mental na família.
- Fatores de risco ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual, etc.

### LEMBRE-SE:

Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação desta criança.

### OBSERVE SE HÁ ALTERAÇÕES FÍSICAS:

Perímetro Cefálico < P10 ou > P90

#### Presença de alterações fenotípicas:

- Fenda palpebral oblíqua
- Olhos afastados
- Implantação baixa de orelhas
- Lábio leporino
- Fenda palatina
- Pescoço curto e/ou largo
- Prega palmar única
- 5º. Dedo da mão curto e recurvado

### OBSERVAR:

#### 0 a 1 mês

- Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada.
- Observa um rosto.
- Reage ao som.
- Eleva a cabeça.

#### 1 a 2 meses

- Sorriso social – quando estimulado.
- Abre as mãos.
- Emite sons.
- Movimenta ativamente os membros.

#### 2 a 4 meses

- Resposta ativa ao contato visual.
- Segura objetos.
- Ri alto (gargalhada).
- De bruço levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.

#### 4 a 6 meses

- Busca ativa de objetos.
- Leva objetos a boca.
- Localiza o som.
- Muda de posição ativamente (rola).

Instrumento de Vigilância do desenvolvimento, parte 1. Fonte: Jornal de Pediatria, 2015<sup>25</sup>.

# O INÍCIO DA VIDA

## descomplicando as consultas de puericultura

<b>CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO</b>	Perímetro cefálico <10 ou >90 e presença de 3 ou mais alterações fenotípicas e Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária.	<b>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</b>	<i>Referir para avaliação neuropsicomotora</i>
	Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária.	<b>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO</b>	<i>Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho. Marcar consulta de retorno em 30 dias.</i>
	Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mas existem um ou mais fatores de risco.	<b>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</b>	<i>Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.</i>
	Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	<b>DESENVOLVIMENTO NORMAL</b>	<i>Elogiar a mãe. Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes .</i>

### 6 a 9 meses

- Brinca de esconde-achou.
- Transfere objetos de uma mão para outra.
- Duplica sílabas.
- Senta-se sem apoio.

### 9 a 12 meses

- Imita gestos (ex: bater palmas)
- Segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça.
- Produz Jargão
- Anda com apoio

### 12 a 15 meses

- Mostra o que quer.
- Coloca blocos na caneca.
- Diz uma palavra.
- Anda sem apoio.

### 15 a 18 meses

- Usa colher ou garfo.
- Constrói torre de dois cubos.
- Fala três palavras.
- Anda para trás.

### 18 a 24 meses

- Tira roupa.
- Constrói torre de três cubos.
- Aponta 2 figuras.
- Chuta bola.

### 24 a 30 meses

- Veste-se com supervisão.
- Constrói torre de seis cubos.
- Forma frases com duas palavras.
- Pula com ambos os pés.

### 30 a 36 meses

- Brinca com outras crianças.
- Imita linha vertical.
- Reconhece duas ações.
- Aremessa a bola.

Instrumento de Vigilância do desenvolvimento, parte 2. Fonte: Jornal de Pediatria, 2015<sup>25</sup>.

## ○ AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A OMS<sup>14</sup> recomenda que a classificação do status nutricional seja feita a partir do z-escore dos índices peso/altura (P/A) e estatura/idade (E/I), já ilustrados anteriormente. O z-escore pode ser calculado da seguinte maneira:

$$Z \text{ Escore} = \frac{(\text{valor observado}) - (\text{mediana de referência})}{\text{Desvio padrão da população de referência}}$$

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

São consideradas desnutridas as crianças que estiverem 2 desvios-padrão (dp) abaixo do percentil 50 para o índice de peso/estatura, sendo considerados casos graves aqueles com 3 dp<sup>14</sup>.

CLASSIFICAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO (OMS)		
	Classificação	
	Desnutrição moderada	Desnutrição grave
Edema simétrico	Não	Sim (desnutrição edematosa)
Peso para altura	$-3 \leq z \text{ escore} < -2$ (70-79%)	$z \text{ escore} < -3 (< 70\%)$ (DEP grave)
Altura para idade	$-3 \leq z \text{ escore} > -2$ (85-89%)	$z \text{ escore} < -3 (< 85\%)$ (nanismo grave)

Classificação da desnutrição, por meio do z-escore, segundo a OMS. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001<sup>14</sup>.

#### SE LIGA!

No primeiro trimestre de vida é normal um ganho de peso médio de aproximadamente 30g/dia. Caso haja ganho de peso menor ou igual a 20g/dia estabelece-se a situação de **risco nutricional**.  
O ganho estatural deve ser superior a 2 cm/mês.

A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que o diagnóstico de déficit nutricional seja dado após "o acompanhamento do crescimento com a utilização da curva (gráfico) em pelo menos 3 mensurações sucessivas de peso e estatura, com intervalos compatíveis com sua velocidade de crescimento em função da idade"<sup>14</sup>.

Ainda, segundo esses critérios, com relação aos excessos, estão com sobrepeso crianças com a relação P/A superior a 110% e a 120% do p50 do padrão de referência; e com obesidade, crianças com a relação P/A igual ou superior a 120% do p50 do padrão de referência. Além disso, o diagnóstico, nesses casos, deve ser complementado com o cálculo do IMC<sup>14</sup>.

O cálculo do IMC é feito a partir da fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso} / (\text{altura}^2) \text{ kg/m}^2$$

## O INÍCIO DA VIDA descomplicando as consultas de puericultura

Assim, por meio do IMC, temos a seguinte classificação:

- Menor que 18,5 - Abaixo do peso;
- Entre 18,5 e 24,9 - Peso normal;
- Entre 25 e 29,9 - Sobrepeso (acima do peso desejado);
- Igual ou acima de 30 – Obesidade;

Crianças de 0 a 5 anos incompletos	Crianças de 5 a 10 anos incompletos	Adolescentes (10 a 19 anos)
<b>Peso para idade</b>	Peso para idade	-
<b>Peso para estatura</b>	-	-
<b>IMC para idade</b>	IMC para idade	IMC para a idade
<b>Estatura para idade</b>	Estatura para idade	Estatura para a idade

Indicadores antropométricos utilizados de acordo com idade. Fonte: Manual de Orientação: Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente<sup>23</sup>.

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 a idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade	
<b>&lt; percentil 0,1</b>	< 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
<b>≥ percentil 0,1 e &lt; 3</b>	≥ 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
<b>≥ percentil 3 e &lt; 15</b>	≥ escore z-2 e < z-1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
<b>≥ percentil 15 e ≤ 85</b>	> escore z-1 e ≤ z+1							
<b>&gt; percentil 85 e ≤ 97</b>	> escore z+1 e ≤ z+2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso			Sobrepeso	
<b>&gt; percentil 97 e ≤ 99,9</b>	> escore z+2 e ≤ z+3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso		Peso elevado para a idade	Obesidade	Obesidade grave
<b>&gt; percentil 99,9</b>	> escore z+3		Obesidade	Obesidade				

Classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes. Fonte: Manual de Orientação: Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente, 2021<sup>23</sup>.

## SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA

“A alimentação complementar deve ser iniciada aos seis meses de idade, respeitando a quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil”<sup>16</sup>.

### ○ VITAMINA A

Em geral, o leite materno fornece a quantidade adequada dessa vitamina nos seis primeiros meses de vida, se for oferecido de forma exclusiva.

“Em regiões com alta prevalência de deficiência de vitamina A, a OMS, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) determinam que haja a sua suplementação medicamentosa entre os 6 e os 72 meses de vida na forma de megadoses por via oral”<sup>16</sup>.

Suplementação de Vitamina A		
Idade	Dose	Frequência
6-12 meses	100.000 UI	Uma dose
12-72 meses	200.000 UI	Uma dose a cada 6 meses

Suplementação de vitamina A dos 6 aos 72 meses. Fonte: VAZ, Monique Almeida *et al.*, 2017<sup>16</sup>.

### #FICAADICA!

Como não estamos em uma região de carência de Vitamina A, essa suplementação não se faz necessária!

### Atenção!

Não há efeitos adversos para as dosagens recomendadas, porém é possível que a criança apresente hiporexia, vômitos ou cefaleia durante o dia da administração.

A contraindicação refere-se às crianças que fazem o uso diário de polivitamínico ou suplemento isolado, ambos contendo vitamina A<sup>16</sup>.

### VITAMINA D

“A vitamina D3 é sintetizada na pele humana a partir do 7-DHC (deidrocolesterol), por ação dos raios ultravioleta (UVB). Apenas quantidades inferiores a 10% do total de vitamina D são provenientes da dieta”<sup>16</sup>.

Fatores de risco para deficiência de vitamina D na infância
Amamentação ao seio sem suplementação/exposição solar adequada
Exposição limitada ao sol e necessidade de rigorosa fotoproteção
Pele negra
Má-absorção de gorduras
Insuficiência renal
Síndrome nefrótica
Uso de rifampicina, isoniazida ou anticonvulsivantes (fenitoína e fenobarbital)
Obesidade

Fatores de risco para deficiência de vitamina D na infância. Fonte: VAZ, Monique Almeida *et al.*, 2017<sup>16</sup>.

“Sua deficiência está relacionada à hipocalcemia, hipofosfatemia, tetania, osteomalácia e raquitismo. Este que cursa com deformidades ósseas, as quais afilamento da calota craniana (craniotabe) e fontanela ampla; alargamento das epífises, incluindo as junções costocondrais que culmina em rosário raquítico; arqueamento de ossos longos; baixo estatura; sulco de Harrison; fraturas torácicas; atraso da erupção de dentes; alteração do esmalte dentário; além de hipotonia generalizada e fraqueza muscular”<sup>16</sup>.

Suplementação oral profilática de Vitamina D	
Idade	Dose diária*
7 dias – 12 meses	400 UI**
>12 meses	600 UI

\*Recém-nascido pré-termo: iniciar suplementação quando peso estiver >1500g e tolerância à nutrição enteral.

\*\* Crianças com fatores de risco para deficiência de vitamina D: iniciar com dose mínima de 600 UI. Monitorar 25-OH-D e reajustar a dose.

Suplementação profilática de vitamina D. Fonte: VAZ, Monique Almeida *et al.*, 2017<sup>16</sup>.



## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Não é necessária a suplementação de vitamina D se o bebê estiver em AME com exposição regular ao sol e em lactentes que recebam pelo menos 500 mL/dia de fórmula infantil<sup>16</sup>.

#### EXPOSIÇÃO SOLAR

“A SBP recomenda exposição ao sol no primeiro ano de vida de 30 minutos/semana (seis a oito minutos/dia, três vezes na semana) para lactentes apenas com fraldas, ou de duas horas semanais (17 minutos/dia)”<sup>16</sup>.

A exposição solar não está recomendada para reposição de vitamina D em casos de deficiência, nesses casos a reposição é por via farmacológica.

#### Conclusões sobre exposição solar e vitamina D

- A ação da vitamina D na saúde óssea está bem reconhecida. Suas ações extraesqueléticas ainda requerem confirmação.
- As fontes alimentares de vitamina D são escassas e a síntese cutânea, estimulada pela exposição solar segura, é a principal fonte de vitamina D.
- A suficiência de vitamina D deve ser pesquisada apenas nos grupos de risco. Não se recomenda a triagem universal.
- Não existe consenso em relação aos pontos de corte da 25-OH-vitamina D que definam sua suficiência, insuficiência e deficiência.
- A exposição ao sol sem adotar as medidas de fotoproteção traz riscos e não é recomendada.
- A prevenção e o tratamento da hipovitaminose D devem seguir as orientações internacionais.

Fonte: Guia de fotoproteção na criança e adolescente<sup>24</sup>.

#### ○ VITAMINA K

“A concentração de vitamina K no leite humano é baixa (2,1 ug), independentemente da dieta materna, sendo recomendada pela SBP a sua suplementação ao nascimento com 1 mg de vitamina K, por via intramuscular”<sup>16</sup>.

Como a Vitamina K está presente na composição de fatores de coagulação sanguínea, sua administração previne a doença hemorrágica do RN.

#### ○ FERRO

Sua carência nutricional é a mais prevalente no mundo, causando anemia ferropriva.

Os sinais clínicos de palidez cutânea e de mucosas são uma manifestação tardia da doença e indicam um grau importante.

“Devido à epidemiologia da anemia carencial ferropriva, a OMS preconiza a suplementação oral profilática de ferro medicamentoso para lactentes de forma universal, em regiões com alta prevalência de anemia ferropriva, e na dose diária de 12,5 mg, a partir do sexto mês de vida”<sup>16</sup>.

#### #FICAADICA

Oriente que os alimentos contendo ferro sejam oferecidos com alimentos contendo vitamina C (ex.: suco de laranja), a fim de melhorar a absorção do ferro não heme, e que se evite a ingestão com refrigerantes, café, chás, chocolate e leite.

Suplementação profilática de ferro na infância	
SITUAÇÃO	POSOLOGIA
RN termo, peso adequado, em aleitamento materno exclusivo ou não	1mg*/kg de peso/dia (3-24 meses)
RN termo, peso adequado, recebendo menos de 500ml de fórmula/dia	1mg*/kg de peso/dia (3-24 meses)
RN termo, peso <2.500g	2mg*/kg de peso/dia, a partir de 30 dias de vida por 1 ano Após, 1mg/kg de peso/dia mais um ano
RN pré-termo, peso entre 1.500g-2.500g	2mg*/kg de peso/dia, a partir de 30 dias de vida, por 1 ano Após, 1mg/kg de peso/dia mais um ano
RN pré-termo, peso entre 1.000g-1.500g	3mg*/kg de peso/dia, a partir de 30 dias por 1 ano Após, 1mg/kg de peso/dia mais um ano
RN pré-termo, peso menor que 1.000g	4mg*/kg de peso/ dia a partir de 30 dias por 1 ano Após, 1mg/kg de peso/dia mais um ano

\*mg de Fe elementar: deve-se calcular de acordo com a apresentação do medicamento dado.

Fonte: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2019<sup>17</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

#### ○ ZINCO

O período de maior vulnerabilidade para carência de zinco se dá durante fases de crescimento rápido, como terceiro trimestre gestacional, primeira infância e pico de crescimento na adolescência, sendo que a principal consequência da deficiência de zinco é a imunossupressão.

<b>Deficiência leve</b>	alterações neurossensoriais, anorexia, atraso no crescimento e desenvolvimento (menor peso e massa muscular) e redução dos níveis séricos de testosterona (oligoespermia).
<b>Deficiência moderada</b>	evolução com letargia, pele áspera e espessa, dificuldade de cicatrização, retardo na velocidade de crescimento e da maturação sexual (hipogonadismo).
<b>Deficiência grave</b>	a principal manifestação é a acrodermatite enteropática <sup>16</sup> .

Recomendação diária de zinco na infância				
Estágio da vida	Idade	Recomendação (mg/dia)		
		EAR	RDA	UL
Criança	1-3 anos	2,2	3	7
	4-8 anos	4,0	5	12
Adolescente (masculino)	9-13 anos	7,0	8	23
	14-18 anos	8,5	11	34
Adolescente (feminino)	9-13 anos	7,0	8	23
	14-18 anos	7,3	9	34

Necessidade Média Estimada (EAR); Recomendação Dietética (RDA); Limite Superior Tolerável de Ingestão (UL).

Suplementação de zinco na infância. Fonte: VAZ, Monique Almeida *et al.*, 2017<sup>16</sup>.

### ○ FLÚOR

#### SE LIGA!

Só deve ser feita a suplementação caso a água do local de residência não seja fluoretada.

“Nesses casos, deve-se administrar o flúor a partir de 15 dias de vida até os 15 anos de idade, na proporção de 0,25mg de flúor elementar até 1 ano, 0,50mg de 1 a 3 meses e 1,0mg após os 3 primeiros anos (dose diária)”<sup>14</sup>.

## FÓRMULAS PARA LACTENTES

O uso de fórmulas é indicado para crianças que não conseguem mamar ou em casos em que há alguma restrição ao aleitamento materno.

#### Atenção!

Em caso de necessidade absoluta de introdução de outro leite que não o materno ou de complementação deste, recomenda-se o uso de fórmulas infantis fortificadas com ferro.

Antes de inserir a fórmula é necessário que se faça o cálculo do requerimento energético da criança, para saber a proporção e quantidade de fórmula a ser dada para suprir as necessidades nutricionais sem causar sobrepeso ou obesidade.

$$0 \text{ A } 3 \text{ MESES} = (89 \times \text{PESO [KG]} - 100) + 175 \text{ KCAL}$$

$$4 \text{ A } 6 \text{ MESES} = (89 \times \text{PESO [KG]} - 100) + 56 \text{ KCAL}$$

$$7 \text{ A } 12 \text{ MESES} = (89 \times \text{PESO [KG]} - 100) + 20 \text{ KCAL}$$

A partir de 1 ano: 1.000 kcal para o primeiro ano e adicionar 100 kcal para cada ano até a idade de 11 anos<sup>20</sup>.

#### SE LIGA!

Crianças têm um gasto energético de 3 a 4 vezes maior que os adultos<sup>18</sup>.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Distribuição dos Macronutrientes	
Carboidratos	55 a 60 % do total de calorias
Lipídeos	25 a 30% do total de calorias
Necessidades de proteínas por kg de peso da criança	
Idade	Gramas/kg
< 6 meses	2,2
6 a 12 meses	1,6
1 a 3 anos	1,2
4 a 6 anos	1,1
7 a 10 anos	1,0

Fonte: USP<sup>20</sup>.

As fórmulas infantis mais adequadas são as que seguem a recomendação do Codex Alimentarius FAO/OMS.

#### ○ CLASSIFICAÇÃO

- ✓ Para lactentes: substituição ao leite materno.
- ✓ De seguimento para lactentes: a partir do 6º mês.
- ✓ De seguimento para primeira infância: dos 12 meses até 3 anos.
- ✓ RN de alto risco – prematuros: < 34 semanas e/ou < 1.500 g<sup>18</sup>.

#### ○ COMPOSIÇÃO

- ✓ Proteína do leite de vaca:
  - Fórmulas de início para lactentes saudáveis: NAN 1 e Nestogeno 1;
  - Fórmulas de início hipoalergênicas: NAN HA;
  - Fórmulas de seguimento: NAN 2 e Nestogeno 2;
  - Fórmulas para prematuros e RN de baixo peso: PRE NAN com LC PUFA e FM 85;
  - Fórmulas sem lactose: NAN sem lactose;
  - Fórmula anti-regurgitação: NAN AR<sup>20</sup>;

- ✓ Proteína de soja:
  - Isolada de soja: NAN soy;
  - Fórmulas semi-elementares: Alfaré (100% proteína isolada de soja)<sup>20</sup>.

## RETORNO

### PECULIARIDADES DO BEBÊ

Choro: é o bebê se comunicando: Informe que normalmente a criança chora de 2 a 3 horas por dia; peça a mãe para tentar distinguir o choro de fome e o choro por outros motivos (frio, calor, fraldas molhadas) e reforçar que bebês pequenos precisam de muito colo mesmo. Incentivar formação de uma boa rede de apoio.

Desconstrua mitos: “leite fraco e leite insuficiente” “manha ou balda”;

Identifique o estado de humor da mãe (tristeza). Aplique escala de Edimburgo;

Elogie sempre e sugira mudanças depois;

São normais: Soluços e espirros, fezes líquido-pastosas, eventualmente esverdeadas, várias vezes ao dia), reflexo gastrocólico exacerbado; secreção mucóide ou discreto sangramento vaginal, ingurgitamento mamário. Cristais de urato na fralda (mancha laranja). O bebê em aleitamento materno exclusivo (AME) após o primeiro mês pode ficar 6-7 dias sem evacuar.

Oriente sobre os problemas que devem levar os pais a procurar assistência médica antes da consulta agendada (febre, choro forte e demorado, tremores, icterícia).

Oriente sobre os serviços disponíveis na cidade e sobre o modo de funcionamento do Ambulatório ou Centro de Saúde. Reforce sua disponibilidade para quaisquer perguntas ou preocupações.

#### REFERÊNCIAS

1. ALVES, Daniela Dos Santos; GOUVEIA, Maria Solange Silva; LEITE, Monique Batinga; JUNIOR, Antonio Fernando Silva Xavier; ASSIS, Danielle De Oliveira Teodósio. **Uso da escala de depressão pós-parto de Edimburgo no Brasil**. Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Maceió/AL. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3269/MONIQUE.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 jan. 2021.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. *E-book*. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf). Acesso em: 09 jan. 2021.
3. SANAR FLIX. **Super material: Puericultura**. Editora Sanar, 2019. Disponível em: <https://aluno.sanarflix.com.br/#/portal/sala-aula/5daa86414340d20011fb25a5/5daa7e-174340d20011fb2590/documento/5efe3b3691cf11001c1a3697>. Acesso em: 09 jan. 2021.
4. SILVA, Yris Luana Rodrigues. **Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS): A percepção de puérperas da Atenção Básica**. Universidade Estadual da Paraíba, 2013. Campina Grande/PB. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4182/1/PDF%20-%20Yris%20Luana%20Rodrigues%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.
5. INTERGROWTH-21st. **International Fetal and Newborn Growth Standards for the 21st Century: Anthropometry handbook**. The International Fetal and Newborn Growth Consortium. 2012. Disponível em: <https://www.gfmer.ch/omphi/intergrowth-course/pdf/Intergrowth-21st-Module1-Avaliando-as-Dimensoes-do-Recem-Nascido-por-Antropometria-2016.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2021.
6. MAROSTICA, Paulo José Cauduro; VILLETTI, Manoela Chitolina; FERRELLI, Régis Schander; BARROS, Elvino. **Pediatria: consulta rápida**. Porto Alegre/RS: Artmed Editora Ltda., 2018.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Length/height-for-age BOYS**. Disponível em: [https://www.who.int/childgrowth/standards/cht\\_lhfa\\_boys\\_p\\_0\\_5.pdf?ua=1](https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_lhfa_boys_p_0_5.pdf?ua=1). Acesso em: 28 jan. 2021.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Length/height-for-age BOYS**. Disponível em: [https://www.who.int/childgrowth/standards/cht\\_lhfa\\_boys\\_z\\_0\\_5.pdf?ua=1](https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_lhfa_boys_z_0_5.pdf?ua=1). Acesso em: 28 jan. 2021.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weight-for-age GIRLS**. Disponível em: [https://www.who.int/childgrowth/standards/cht\\_wfa\\_girls\\_p\\_0\\_5.pdf?ua=1%C2%A0](https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_girls_p_0_5.pdf?ua=1%C2%A0). Acesso em: 28 jan. 2021.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weight-for-age GIRLS**. Disponível em: [https://www.who.int/childgrowth/standards/cht\\_wfa\\_girls\\_z\\_0\\_5.pdf?ua=1%C2%A0](https://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_girls_z_0_5.pdf?ua=1%C2%A0). Acesso em: 28 jan. 2021.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Head circumference-for-age BOYS**. Disponível em: [https://www.who.int/childgrowth/standards/second\\_set/cht\\_hcfa\\_boys\\_p\\_0\\_5.pdf?ua=1%C2%A0](https://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_boys_p_0_5.pdf?ua=1%C2%A0). Acesso em: 28 jan. 2021.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Head circumference-for-age BOYS**. Disponível em: [https://www.who.int/childgrowth/standards/second\\_set/cht\\_hcfa\\_boys\\_z\\_0\\_5.pdf?ua=1](https://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_boys_z_0_5.pdf?ua=1). Acesso em: 28 jan. 2021.
13. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninas)**. Intergrowth-21. University of Oxford. Villar et al Lancet Glob Health 2015;3:e681-91. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2016/09/InterGrowth.Prematuros.Meninas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/09/InterGrowth.Prematuros.Meninas.pdf). Acesso em: 29 jan. 2021.
14. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Temas de nutrição em pediatria**. Edição especial, 2001. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/img/documentos/temas2001.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/temas2001.pdf). Acesso em: 29 jan. 2021.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Cadernos de Atenção Básica, n. 11. Brasília/DF, 2002. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 30 jan. 2021.
16. VAZ, Monique Almeida; OLIVEIRA, Granville Garcia; PINHEIRO, Michele Souza; MEDEIROS, Eloá Fátima Ferreira. **Suplementação na infância e a prevenção da carência de micronutrientes**: Artigo de revisão. Revista de Medicina e Saúde de Brasília. Brasília/



- DF, 2017. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/7684/5108>. Acesso em: 01 fev. 2021.
17. SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Suplementação de nutrientes. **Revista Pediatra Atualize-se**. ISSN 2448-4466. 2019. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AtualizeA4N5.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.
  18. FERNANDES, Maria Ines Machado. **Fórmulas infantis**: composição e utilização. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/FMRP-USP. Disponível em: <https://docplayer.com.br/113548122-Formulas-infantis-profa-dra-maria-inez-machado-fernandes-departamento-de-puericultura-e-pediatria-fmrp-usp.html>. Acesso em: 02 fev. 2021.
  19. BERTOLI, Ciro João. **Fórmulas infantis comerciais**: indicação e uso. UNITAU. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=152999>. Acesso em: 02 fev. 2021.
  20. USP. Universidade de São Paulo. **Planejamento de cardápios para lactentes**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Curso de Nutrição e Metabolismo. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1776699>. Acesso em: 02 fev. 2021.
  21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Calendário de Vacinação da SBP 2020**. Departamento de imunizações e infectologia. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22268g-DocCient-Calendario\\_Vacinacao\\_2020.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22268g-DocCient-Calendario_Vacinacao_2020.pdf). Acesso em: 02 fev. 2021.
  22. SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF** [online]. 2005, v. 10, n. 1, pp. 61-68. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>>. Epub 19 Out 2011. ISSN 2175-3563. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>. Acesso em: 30 maio 2021.
  23. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Orientação**: Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente. Departamento de Nutrologia, 2021. 2ªed. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_22962e-ManAval\\_Nutricional\\_-\\_2Ed\\_Atualizada\\_SITE.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22962e-ManAval_Nutricional_-_2Ed_Atualizada_SITE.pdf). Acesso em: 30 maio 2021.
  24. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de Fotoproteção da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <https://www2.isend.com.br/iSend/external/magazine?encrypt=->

856C7AD3F35DE85DA917FC6D79749975342476CDB528F629880FDD92D0E28577.

Acesso em: 30 maio 2021.

25. COELHO, R.; FERREIRA, J. P.; SUKIENNIK, R.; HALPERN, R. Child development in primary care: a surveillance proposal. Study conducted at the Post-Graduate Program in Health Sciences, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); and Child Development Outpatient Clinic, Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), Santa Casa de Porto Alegre, RS, Brazil. **Jornal de Pediatria** [online]. 2016, v. 92, n. 5, pp. 505-511. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.12.006>. Acesso em: 2 jun. 2021. ISSN 1678-4782.

# 4

## 1 a 6 meses: Construindo a aliança terapêutica

Aline Faria da Silveira,  
Evelin Griebeler da Rosa e Clarissa Noer



Ao iniciar as consultas de puericultura, lembrar de manter a construção da aliança terapêutica com a família e sobretudo com a mãe.<sup>1</sup>

“Toda mãe tem a necessidade de encontrar alguém e um espaço para contar do bebê, da criança que foi e do que viveu na sua infância.”

*Bydlowski*

Segundo Oliver, C. E., o período entre o quarto e o sexto mês de vida é um marco importante para o desenvolvimento da criança, visto que é uma etapa crucial para a consolidação dos dois principais elementos que definem a inteligência, os quais são marcados pela descoberta da manipulação e o início da verbalização (com os balbucios).<sup>2</sup>

#### **13 perguntas que devem ser feitas aos pais:**

1. Como vão vocês? Como vai o bebê?
2. Vocês têm alguma preocupação com a saúde do seu bebê?
3. O bebê teve alguma doença no período anterior a esta consulta? Esteve hospitalizado?
4. Como o bebê dorme?
5. O bebê urina com que frequência? Como são as fezes? Quantas vezes evacua por dia? Qual o aspecto das fezes?
6. Vocês têm alguma situação desafiante no cuidado do seu bebê? Têm ajuda em casa para cuidar do bebê? E durante a noite?
7. O seu bebê está mamando bem? Quantas vezes ele mama por dia e durante a noite? Quanto tempo o bebê permanece mamando? A senhora tem alguma dificuldade com a amamentação do seu bebê?
8. O seu bebê fixa o olhar no rosto da senhora enquanto mama?
9. O bebê se alimenta de outra coisa diferente do leite de peito? (Inquirir sobre chás, água, complementações).
10. O seu bebê se assusta com sons altos?
11. O seu bebê pisca os olhos se virado para a luz?
12. O bebê segue o seu rosto, com o olhar, se você estiver a 30 cm do rosto dele?
13. O Sr./Sra. tem alguma outra preocupação/questão em relação ao seu bebê que gostariam de discutir?

### PRIMEIRO MÊS

Fonte: Adaptado de Guia da Consulta da Criança, 2008.

Nessa fase o bebê já não é mais um desconhecido, e a família está se ajustando à nova rotina, o que pode ser muito exigente. Vale a pena recebê-los com empatia, escutando as dúvidas e questionamentos, mas também elogiando os cuidados e as conquistas. Ainda é uma fase de puerpério muito sensível para a mãe e para a família.

A anamnese em pediatria requer uma boa habilidade de comunicação por parte do profissional, que deve buscar sempre ser compreensivo e atencioso com a família e o paciente. No primeiro mês de vida do recém-nascido, sobretudo, os pais muitas vezes se encontram com muitas expectativas, dúvidas e ansiosos para um direcionamento médico que resguarde seus cuidados com o novo membro da família.<sup>2</sup>

Questionar os antecedentes do bebê:

- peso ao nascer;
- idade gestacional;
- Apgar;
- presença ou não de icterícia neonatal;
- necessidade de internação e intercorrências após o nascimento.

Também requerem atenção os antecedentes familiares, incluindo o período gestacional da mãe, como a suplementação de vitaminas, ferro e ácido fólico durante a gestação, realização das consultas de pré-natal, doenças ginecológicas, anemias, uso de medicamentos, a via de parto e a presença de intercorrências que possam ter trazido sofrimento ou prejuízos ao recém-nascido.

Investigar os antecedentes patológicos familiares, visto que muitas doenças possuem caráter hereditário, como certos tipos de câncer, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, entre outras. Aqui é uma boa oportunidade de construir um HEREDOGRAMA.<sup>2</sup>

#### ○ **Nutrição**

Oriente em relação à alimentação do recém-nascido, que deve ser de leite materno exclusivo até os 6 meses de idade, com livre demanda. Procure assistir uma mamada para poder

#### **#SE LIGA**

No primeiro mês de vida, o ganho de peso esperado é estimado em 30 gramas por dia!<sup>3</sup>

analisar a pega e o posicionamento, além de verificar se a técnica está adequada e identificar possíveis dificuldades da mãe. Questionar sobre as expectativas, desejos e possibilidades em relação à amamentação é fundamental, além de possibilitar, para a mãe, detalhada explicação a respeito da importância desse ato para a saúde e desenvolvimento do bebê.<sup>1</sup>

Diversos fatores contribuem para que a amamentação não aconteça. Os mais comumente associados incluem a falta de informação adequada, mães adolescentes, primigestas, generalidade, menor escolaridade materna, prematuridade, baixo peso ao nascimento, experiência prévia desfavorável com amamentação, trabalho materno fora de casa e uso de chupeta. Caso você se encontre diante de uma situação assim, é muito importante explicar para a mãe todos os benefícios que o leite materno proporciona ao recém-nascido, utilizando técnica de aconselhamento e oferecendo apoio.<sup>2</sup>

Além disso, deve-se atentar para a alimentação da criança, se o aleitamento materno é exclusivo e está sendo ofertado em livre demanda. Caso o bebê esteja utilizando fórmula, é importante revisar se está sendo utilizada corretamente. Orientar sobre os riscos do uso de bicos e chupetas na amamentação para que a mãe possa tomar uma decisão informada sobre o uso ou não da chupeta.

Se não for possível a amamentação, oriente o uso de fórmula de partida. Apresente as fórmulas disponíveis para o primeiro semestre e deixe a família optar: Aptamil 1 (Danone), Nan Pro 1 (Nestlé), Enfamil Premiun 1 (Mead Johnson) e Similac Advanced 1 (Abbot).<sup>5</sup>

#### **Como preparar a fórmula?**

1. Lave as mãos com sabonete e água. Em seguida, ferva a água potável que usará na mamadeira.
2. Leia as instruções da embalagem com atenção. Adicionar mais ou menos pó pode prejudicar a criança.
3. Derrame a quantidade correta de água (que deve estar a 70 °C) na mamadeira limpa e esterilizada.
4. Adicione o pó e mexa suavemente. Coloque a mamadeira embaixo da pia ou em uma panelinha com água para esfriar.
5. Pingue algumas gotas do leite no seu pulso. Ele tem que estar morno. Se necessário, esfrie um pouco mais.
6. Caso o bebê não zere a mamadeira, jogue fora o conteúdo restante em até 2 horas.

Fonte: Revista Veja Saúde, 2017<sup>7</sup>

#### ○ Vacinação

Em relação às vacinas, deve-se verificar se a BCG e contra a Hepatite B (primeira dose) foram realizadas no nascimento. Caso contrário, providencie que sejam aplicadas logo após a consulta. Ao completar o primeiro mês de vida, apenas essas devem ser administradas.<sup>1</sup>

#### ○ Desenvolvimento

Entre 1 e 2 meses, é imprescindível atentar-se ao desenvolvimento neuropsicomotor ao realizar o exame físico na puericultura. Nessa fase, ocorre o predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Reflexos que estão presentes e devem ser testados na consulta:

- apoio Plantar, sucção e preensão palmar (desaparecem até o 6º mês); Preensão dos artelhos (desaparecem até o 11º mês);
- reflexo cutâneo plantar: é obtido pelo estímulo da porção lateral do pé e desencadeia a extensão do hálux no recém-nascido até o 13º mês. Após essa idade, a extensão passa a ser patológica, devendo estar presente a flexão do hálux;
- reflexo de Moro: obtido pelo ato de segurar a criança pelas mãos e liberar brusca-mente seus braços. Deve ser sempre simétrico. A partir do 3º mês de vida, passa a ocorrer de forma incompleta e desaparece totalmente a partir do 6º mês;
- Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. Deve ser realizado bilateralmente e deve ser simétrico. Desaparece até o 3º mês.<sup>4</sup>

Entre 1 e 2 meses, deve-se atentar ao comportamento do RN que deve possuir a percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno!<sup>4</sup>

#### ○ Avaliação dos Sinais Vitais

Os sinais vitais que devem ser verificados em toda consulta de puericultura incluem a temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial (PA). Tais si-

nais são de extrema importância, sobretudo nos lactentes, por serem, muitas vezes, a única alteração presente em alguma patologia.<sup>6</sup>

- Temperatura: verifica-se preferencialmente por via axilar, deixando o termômetro por pelo menos 2 minutos.
- Frequência Cardíaca: verifica-se observando a fontanela anterior, palpando as artérias carótidas ou femorais ou através da ausculta cardíaca. Deve estar entre 130 e 160 batimentos por minuto em recém-nascidos.
- Frequência respiratória: deve ser observada por, no mínimo, 60 segundos e deve variar de 40 a 45 movimentos respiratórios por minuto.
- Pressão arterial: deve fazer parte do exame físico de crianças a partir de 3 anos de idade e qualquer lactente ou criança pré-escolar que tenha fatores de risco.<sup>6</sup>

#### Você sabia?

A temperatura dos lactentes e das crianças é menos constante que a dos adultos! Em doenças febris, devemos medir ao menos 3 vezes ao dia para a construção de uma curva térmica.<sup>6</sup>

#### ○ Avaliação do Crescimento

Confira o peso, comprimento e perímetro cefálico (PC) no gráfico de crescimento. É fundamental que os dados sejam anotados na caderneta da criança e comentados com os pais, além de incentivá-los a explorá-la.

Não esqueça de averiguar a coleta e os resultados do teste do pezinho, que deve ser feito até o 5º dia de vida. A Manobra de Ortolani, apesar de já ter sido realizada na maternidade, deve ser refeita para verificar a presença de luxação congênita de quadril.<sup>1</sup>

#### ○ Retorno

Oriente sobre os problemas que devem levar os pais a procurar assistência médica antes da consulta agendada (febre, choro forte, diarreia, sonolência acentuada – sinais de alerta ou perigo contidos na caderneta de saúde).<sup>1</sup>

#### ○ Prescrição

Vitamina D 400UI por dia.



## A CONSULTA DO SEGUNDO MÊS

### ○ **Nutrição**

Confira a amamentação exclusiva e fale sobre a sua importância e benefícios. Elogie a mãe. Enfatize os pontos negativos do uso da mamadeira. Caso o recém-nascido esteja utilizando fórmula, questione a respeito do modo de preparo e confira se está correto.

### ○ **Vacinação**

Verifique a realização das vacinas que devem ter sido feitas anteriormente. Oriente em relação às vacinas que devem ser feitas aos dois meses: 1ª dose da tetravalente (DTP + anti-H. influenzae), VOP (vacina oral contra pólio) e 1ª dose de VORH (vacina oral de rotavírus humano). Oriente sobre as reações adversas das vacinas (considere antitérmico 1 hora antes da tetravalente – DTP + Hib – ou logo em seguida; repita após 4 a 6 horas).

Apresente, para análise de viabilidade dos pais, a possibilidade das vacinas antime-ningocócica B recombinante e antimeningocócica C e ACWY, que devem ser feitas aos 3 meses de idade (1º dose).

### ○ **Desenvolvimento**



Fonte: acervo pessoal da professora Clarissa Noer

#### **#FIQUE ATENTO!**

Aos 2 meses, o bebê deve:

- observar um rosto;
- seguir objetos ultrapassando a linha média;
- reagir ao som;
- vocalizar (emitir sons diferentes do choro);
- elevar a cabeça e os ombros na cama na posição prona;
- sorrir.<sup>2</sup>

Com dois meses de idade a criança já deve ser responsiva aos pais sorrindo e vocalizando reciprocamente. Durante a consulta, é importante observar o relacionamento dos pais entre si e com a criança.<sup>1</sup>

Observe e questione se: o bebê reconhece e acalma-se com a voz da mãe; olha o rosto das pessoas que estão próximas; presta atenção quando ouve sons e assusta-se com ruídos inesperados e altos, responde ao sorriso com um sorriso.

#### ○ Avaliação dos sinais vitais

#### ○ Avaliação do crescimento

Confira o peso, comprimento e perímetro cefálico (PC) no gráfico de crescimento; anote o percentil na ficha e caderneta de saúde; mostre e comente com os pais. Aos 2 meses, a criança deverá aumentar seu peso de 25 a 30 gramas por dia, 3,5cm/mês de comprimento e 2cm/mês do perímetro cefálico (PC).<sup>1</sup>

#### ○ Prescrição

Oriente sobre os problemas que devem levar os pais a procurar assistência médica antes da consulta agendada (febre, choro forte, diarreia, sonolência acentuada – sinais de alerta ou perigo contidos na caderneta de saúde).<sup>1</sup>

Oriente a leitura da caderneta com as orientações de estimulação.

Oriente realizar as vacinas dos 2 meses e explique os efeitos colaterais (choro, febre nas primeiras 48 horas).

Vitamina D 400UI por dia.

Passeios ao ar livre, ler histórias, cantar músicas.

Parabenize a mãe e a família.

### A CONSULTA DO TERCEIRO MÊS

#### ○ **Nutrição**

Confira o aleitamento materno exclusivo (livre demanda); se a mãe vai voltar ao trabalho, estabeleça com ela a melhor estratégia. Ensine a ordenhar o leite e armazená-lo. Caso o recém-nascido esteja utilizando fórmula, questione a respeito do modo de preparo e confira se está correto. Enfatize que não é necessário complementar a alimentação com água, chás ou papinhas nesse momento.<sup>1</sup>

#### ○ **Vacinação**

Verifique a realização das vacinas que devem ter sido feitas anteriormente. Pergunte sobre a possibilidade de vacinas da rede privada que podem ser feitas aos três meses: antimeningocócica B recombinante e antimeningocócica C e ACWY (1º dose).

#### ○ **Desenvolvimento**

Observe e questione se o bebê: quando colocado de bruços, levanta a cabeça e os ombros; segue com os olhos pessoas e objetos que estão perto dele; brinca com a voz e tenta conversar, vocalizando “aaa”, “ggg”, “rrr”; descobre as mãos, começa a brincar com elas e gosta de levá-las à boca.

Oriente que os pais ofereçam chocalho, bichinhos coloridos; pendurem objetos coloridos no berço, móveis; conversem com a criança de maneira calma; “tocar” e “acariciar” são essenciais para o bom desenvolvimento.<sup>1</sup>

“Aos 3 meses, o bebê está bem mais ativo: olha para quem o observa, acompanha com o olhar e responde com balbucios quando alguém conversa com ele.”  
(Ministério da Saúde, 2002)

#### ○ **Avaliação dos sinais vitais**

Verifique a temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória.

#### ○ Avaliação do crescimento

Confira o peso, comprimento e perímetro cefálico (PC) no gráfico de crescimento; anote o percentil na ficha e caderneta de saúde; mostre e comente com os pais.

Aos 3 meses, o bebê deverá aumentar seu peso de 16 a 20 gramas por dia, 2cm/mês de comprimento e 1cm/mês do perímetro cefálico.<sup>1</sup>

#### ○ Prescrição

Oriente sobre os problemas que devem levar os pais a procurar assistência médica antes da consulta agendada (febre, choro forte, diarreia, sonolência acentuada – sinais de alerta ou perigo contidos na caderneta de saúde).<sup>1</sup>

Vitamina D 400UI por dia.

Segundo a SBP, aos 3 meses devemos iniciar a suplementação profilática de ferro. Prescrever Ferro elementar 1mg/kg/dose se paciente a termo (*ver tabela pag.- 89*).

## QUARTO MÊS

#### ○ Nutrição

Verifique se está sendo ofertado ao bebê aleitamento materno exclusivo em livre demanda. Já é importante conversar sobre o quinto mês, pois é o período em que termina a licença maternidade, fazendo com que assim a mãe retorne às suas atividades laborais. É muito importante orientar sobre as técnicas de ordenha e armazenamento do leite materno.

#### ○ Vacinação

Segunda dose das vacinas conforme o PNI: pentavalente (**difteria, tétano, pertussis, hepatite B e *haemophilus influenzae b***), poliomielite (preferencialmente VIP), pneumocócica 10-valente e vacina rotavírus humano (VORH)<sup>5</sup>.

#### ○ Avaliação do desenvolvimento

Aos quatro meses, o bebê já deve ser capaz de balbuciar alguns sons, como “aaa”, “aguuu”, “ggg”, “rrr”, como se estivesse tentando conversar. Neste mesmo período já começa a ter mais consciência cor-

poral e a desenvolver suas habilidades táteis, começando a levar as mãos e os pés à boca, tenta pegar objetos e segue com os olhos os objetos ou pessoas que estão perto. Quando colocado de bruços já consegue levantar a cabeça e os ombros. Para ajudar no desenvolvimento da criança nessa fase, podem ser oferecidos objetos (grandes e macios, que não machuquem a criança) com diferentes formas e texturas.<sup>1-5</sup>

#### #SE LIGA:

No quarto mês o sono do bebê à noite já é mais estável, portanto é importante manter a rotina

Preencher o algoritmo de vigilância do desenvolvimento da caderneta.

#### ○ Avaliação do crescimento

Verificar o peso, comprimento e perímetro cefálico (PC) no gráfico de crescimento; anote o percentil na ficha e caderneta de saúde.

Aos 4 meses, o bebê deverá aumentar seu peso de 16 a 20 gramas por dia, 2cm/mês de comprimento e 1cm/mês do perímetro cefálico.<sup>1</sup>

#### ○ Prescrição

Oriente sobre os problemas que devem levar os pais a procurar assistência médica antes da consulta agendada (febre, choro forte, diarreia, sonolência acentuada – sinais de alerta ou perigo contidos na caderneta de saúde).

Evitar deixar ao alcance do bebê objetos perfurantes, cortantes, muito pequenos, e/ou que confirmam risco à criança.

Vitamina D 400UI por dia.

Ferro 1mg/kg/dia (ajustar a dose conforme o ganho de peso).

Orientações para estimular o desenvolvimento.

Antecipatory Guidance.

## QUINTO MÊS

### ○ **Nutrição**

No quinto mês, a mãe que trabalha já deve retornar ao trabalho, portanto é necessário reforçar a importância da oferta do leite materno ordenhado ou fórmula de partida (caso necessário, pode oferecer de copinho ou colher para evitar a confusão de bicos). Já é importante orientar sobre a introdução alimentar que ocorrerá no próximo mês. Encorajar a família a ler as orientações nutricionais da caderneta.

#### **#ORDENHANDO E ARMAZENANDO O LEITE MATERNO:**

- Esterilize o frasco (preferencialmente com tampa plástica), fervendo, em água, por 15 minutos.
- Massageie o seio com a ponta dos dedos iniciando próximo à aréola até mais distante.
- Apoie a ponta dos dedos acima e abaixo da aréola comprimindo o seio contra o tórax e ordenhar (como se tentasse encostar a ponta dos dedos) em movimentos ritmados.
- Despreze os primeiros jatos e guarde o restante no recipiente.
- O leite pode ser armazenado no freezer ou no congelador por até 15 dias.
- Pode ser armazenado na geladeira por até 12h, preferencialmente na prateleira próxima ao congelador (evitar guardar na porta da geladeira).

### ○ **Vacinação**

Verifique a realização das vacinas que deveriam ser realizadas no mês anterior. Oriente as vacinas referentes ao quinto mês: meningocócica C (PNI) e meningocócica B recombinante (caso tenha optado por fazer na rede privada).<sup>1-5</sup>

### ○ **Desenvolvimento**

Observar se o bebê está mais firme e já senta sem apoio; vira-se sozinho e rola de um lado para o outro; agarra argolas e chocalhos, segurando firme e resistindo se alguém tenta tirá-lo de sua mão; quando escuta um barulho vira a cabeça e procura de onde vem.

Observar se o bebê já apresenta **sinais de prontidão para introdução alimentar**: sentar sozinho, levar objetos até a boca, movimentos de mastigação, avançar na comida da família.

#### ○ **Avaliação do crescimento – verificar e analisar a CURVA.**

Verificar o peso, comprimento e perímetro cefálico (PC) no gráfico de crescimento; anote o percentil na ficha e caderneta de saúde. Analisar a curva de crescimento que deve ser paralela às linhas de escores Z.

Aos 5 meses, o bebê deverá aumentar seu peso de 16 a 20 gramas por dia, 2cm/mês de comprimento e 1cm/mês do perímetro cefálico.<sup>1</sup>

#### ○ **Prescrição**

Oriente sobre os problemas que devem levar os pais a procurar assistência médica antes da consulta agendada (febre, choro forte, diarreia, sonolência acentuada – sinais de alerta ou perigo contidos na caderneta de saúde).

Evitar deixar ao alcance do bebê objetos perfurantes, cortantes, muito pequenos, e/ou que confirmem risco à criança.

Cuidar quando colocar o bebê na cama ou sofá, deixando o espaço seguro para que o bebê não caia ao rolar ou tentar se mexer (como o bebê já rola nessa idade, é muito importante essa orientação para prevenção de acidentes).

Reforçar evitar o uso de telas.

### CONSULTA DO SEXTO MÊS

#### ○ **Nutrição**

Manter o aleitamento materno, verificar os sinais de prontidão (sentar sozinho, levar objeto à boca com precisão, movimentos de mastigação) e começar a introduzir alimentos sólidos e água.

Os alimentos podem ser fornecidos pelo método BLW, no qual o bebê é o protagonista da sua alimentação, pegando os alimentos com sua própria mãozinha, percebendo as diferentes cores e texturas, ou tradicional, sendo oferecido pelo cuidador com uma colher, ou ambos.

A refeição principal deve conter cereais ou raízes e tubérculos, leguminosas, verduras e legumes, carnes e ovos. O ideal é iniciar a introdução aos poucos durante o sexto mês, oferecendo inicialmente uma fruta como lanche, depois oferecendo um lanche e uma refeição principal (almoço ou jantar), depois oferecendo dois lanches e uma refeição principal ou duas refeições principais e um lanche.

#### **#O QUE NÃO OFERECER:**

- Sal (preferir temperos naturais);
- Açúcar não deve ser oferecido até os 2 anos de idade;
- Alimentos ultra processados;
- Refrigerantes e sucos (sucos naturais, sem açúcar, podem ser oferecidos após os 12 meses);
- Queijo.

É importante não forçar ou barganhar, quando a criança não quiser mais comer aceite que ela está satisfeita; é interessante que a criança se alimente na mesa junto com a família; já pode começar a oferecer água, mas manter o aleitamento materno até 1 ano de idade.<sup>1-3</sup>



#### ○ Vacinação

Verifique a realização das vacinas que devem ter sido feitas anteriormente. Oriente as vacinas referentes ao 6º mês: Hepatite B, DTP/DTPa, Hib, VOP/VIP e pneumocócica conjugada.<sup>1-5</sup>

#### ○ Avaliação do Desenvolvimento

No sexto mês, o bebê está mais firme, já senta sem apoio e muda de decúbito; agarra argolas e chocalhos, segurando firme e resistindo se alguém tenta tirá-lo de sua mão; quando escuta um barulho, vira a cabeça e procura de onde vem.

#### #SE LIGA:

É muito importante realizar a higiene bucal se já houverem dentinhos usando escovas apropriadas e creme dental com 1100 ppm flúor (grão de arroz)

A linguagem já pode ser estimulada através da conversação clara, calma e atenta, pois localiza e identifica estímulos e sílabas repetidas.

Aos 6 meses, o tônus apresentará hipotonia fisiológica plena (coloca o pé na boca); já fará prensão voluntária (pinça inferior).

Os dentes já começam a nascer. Comumente o primeiro dente a apontar é o incisivo central inferior.

#### Avaliação do Crescimento

Confira o peso, comprimento e perímetro cefálico (PC) no gráfico de crescimento; anote o percentil na ficha e caderneta de saúde; mostre e comente a curva desenhada com os pais.

Aos 6 meses, devem aumentar 600g/mês de peso, 1cm/mês do PC e o comprimento aos 6 meses deve ser 15cm maior do que o comprimento aos nascer [1].

#### Prescrição

Oriente sobre os problemas que devem levar os pais a procurar assistência médica antes da consulta agendada (febre, choro forte, diarreia, sonolência acentuada – sinais de alerta ou perigo contidos na caderneta de saúde).

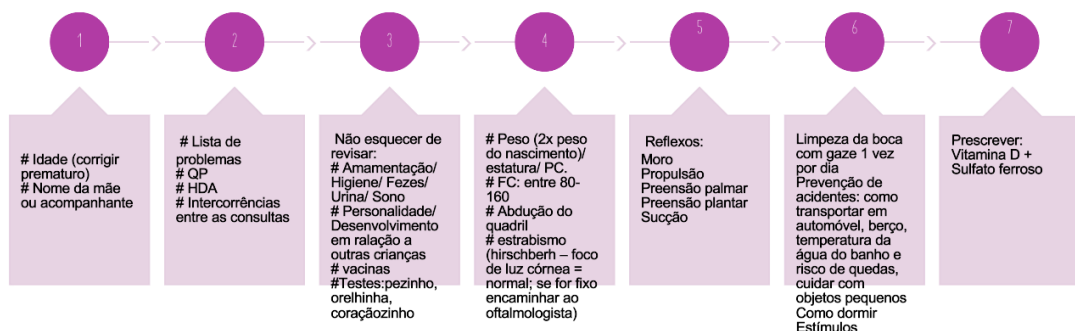
Evitar deixar ao alcance do bebê objetos perfurantes, cortantes, muito pequenos e/ou que confirmam risco à criança.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Cuidar com o tamanho dos alimentos que serão ofertados, ensinar sobre cortes seguros para o bebê que vai fazer BLW e reflexo de GAG; realizar higiene bucal diariamente se houver dentição.

# Check list



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. LEITE, A. J. M.; NEVES, A. C. F.; AMARAL, J. J. F. **Guia da Consulta da Criança**. 2008.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de Pediatria**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017.
3. MAROSTICA, Paulo José Cauduro; VILLETTI, Manoela Chitolina; FERRELLI, Régis Schander; BARROS, Elvino. **Pediatria: consulta rápida**. Porto Alegre/RS: Artmed Editora, 2018.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2012. E-book. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf). Acesso em: 09 jan. 2021.
5. BERTOLI, Ciro João. **Fórmulas infantis comerciais: indicação e uso**. UNITAU. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=152999>. Acesso em: 02 fev. 2021.
6. SANTANA, J. C.; KIPPER, D. J.; FIORE, R. W. **Semiologia Pediátrica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.
7. MARIANI, Thaís. **Fórmulas infantis: modo de usar**. Veja Saúde, 2017. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/alimentacao/formulas-infantis-modo-de-usar/>. Acesso em: 03 fev. 2021.
8. BRASIL. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
9. DANEMBERG, Franciele Loss. **Nutrindo meu bebê - Guia alimentar do 0 aos 24 meses**. São Paulo: Much Editora, 2018.

**5**

# Consultas de Puericultura 6, 9 e 12 meses

Gabriela Crespo Pires  
e Clarissa Noer



## A CONSULTA DOS 6 MESES

### ○ Checklist da anamnese:

- ✓ Data, nome, idade (corrigida, se prematuro), nome do acompanhante e grau de parentesco;
- ✓ lista de problemas, se houver;
- ✓ QP e HDA Se não há queixas = escrever *puericultura*;
- ✓ revisar na história: alimentação da criança, higiene corporal e bucal, ritmo intestinal, micção e sono.

**Essa é uma consulta importante, pois iniciaremos a apresentar os alimentos sólidos para a criança!**

- ✓ Personalidade da criança/ Desenvolvimento em relação às crianças de sua convivência/ Quem cuida do bebê?
- ✓ Checar teste do pezinho/orelhinha/ coraçãozinho – se ainda não houver sido checado nas consultas anteriores – sempre anotar na caderneta de saúde;
- ✓ preencher o instrumento de vigilância do desenvolvimento na caderneta.

IMPORTANTE!!! INQUIRIR CUIDADOSAMENTE SOBRE O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

### ○ Avaliação do crescimento

Monitorar crescimento, verificando peso, estatura e perímetro cefálico (PC) e colocar nos gráficos de crescimento. Mostrar e explicar o gráfico ao acompanhante da criança.

**Tabela 1 – Crescimento esperado para o bebê de 6 meses**

Peso	Comprimento	PC
Acréscimo de 600g/mês	Aumento de 15 cm desde o nascimento	Aumento médio de 1cm/mês

Fonte: adaptado de Guia de Consulta da Criança. <sup>7</sup>

#### ○ Nutrição

A suplementação profilática com sulfato ferroso é uma medida efetiva na prevenção da anemia ferropriva em lactentes. Se a criança ainda não está em uso de ferro, esse é o momento de prescrever ou ajustar a dose conforme o peso da criança.

Para crianças pré-termo (< 37 semanas) ou nascidas com baixo peso (< 2.500 g), as orientações de suplementação seguem as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria.<sup>1</sup>

**Tabela 2 – Recomendações quanto à suplementação medicamentosa de ferro**

Situação	Recomendação
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em uso de 500 ml de fórmula infantil	Não recomendado
Recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de baixo peso até 1.500 g, a partir do 30º dia de vida	2 mg/kg peso/dia durante um ano Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g	3mg/kg peso/dia durante um ano e posteriormente 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso menor que 1.000 g	4mg/kg/peso durante um ano e posteriormente 1 mg/kg/dia mais um ano

Fonte: adaptado de SBP (2012) <sup>10</sup>

Orientar os pais sobre o ocasional surgimento dos seguintes efeitos colaterais: vômitos, diarreia e constipação intestinal. É importante que as famílias sejam orientadas quanto à importância da suplementação e sejam informadas sobre a dosagem correta para que a adesão seja efetiva, garantindo a diminuição do risco da deficiência em ferro e de anemia entre crianças.<sup>1</sup>

Vitamina D: verificar se a criança está em suplementação com 400 UI/dia de colecalciferol ou vitamina D3. Crianças em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem um volume maior que 1000 mL/dia já recebem essa quantidade.<sup>2</sup>

#### ○ Vacinação

**Pentavalente:** terceira dose. Oferece imunização contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B e meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b.<sup>3</sup>

**VIP/VOP:** terceira dose. Deve ser feita obrigatoriamente com a vacina pólio inativada (VIP). As doses subsequentes devem ser feitas preferencialmente também com a vacina inativada, mas também pode ser usada a vacina VOP – bivalente.<sup>4</sup>

#### ○ Alimentação

### AOS 6 MESES COMEÇAMOS A INTRODUÇÃO OU APRESENTAÇÃO ALIMENTAR

Iniciar a oferta de alimentos e água, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. Para crianças não amamentadas indica-se o uso da fórmula de seguimento para lactentes (fórmula 2).

No início, a criança deverá receber a comida amassada com garfo. Em seguida, deve-se evoluir para alimentos picados em pedaços pequenos, raspados ou desfiados, para que a criança aprenda a mastigá-los. Também podem ser oferecidos alimentos macios em pedaços grandes, para que ela pegue com a mão e leve à boca. Nessa idade, a criança já é capaz de fazer movimentos de mastigação, demonstra interesse pelos alimentos e gosta de participar das refeições familiares.<sup>5</sup> A tabela a seguir evidencia alguns sinais de alerta.

**Tabela 3 – Desenvolvimento e sinais de fome e saciedade da criança aos 6 meses de idade**

Aspectos do desenvolvimento infantil relacionados com a alimentação	Sinais de fome e de saciedade mais comuns
<ul style="list-style-type: none"><li>• Senta com pouco ou nenhum apoio.</li><li>• Diminui o movimento de empurrar com a língua os alimentos para fora da boca.</li><li>• Mastiga.</li><li>• Surgem os primeiros dentes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sinais de fome: chora e se inclina para frente quando a colher está próxima, segura a mão da pessoa que está oferecendo a comida e abre a boca.</li><li>• Sinais de saciedade: vira a cabeça ou o corpo, perde interesse na alimentação, empurra a mão da pessoa que está oferecendo a comida, fecha a boca, parece angustiada ou chora.</li></ul>

Fonte: MS, 2019

O que e como oferecer?

Nesta idade, a criança deve começar a receber 3 refeições, que podem ser almoço (ou jantar) e 2 lanches; ou almoço, jantar e 1 lanche. Aos 7 meses ela já deve estar recebendo 3 refeições.<sup>5</sup> Coloque no prato pequenas quantidades dos alimentos. Pode-se começar com cerca de 1 colher de sobremesa de um alimento de cada grupo. Essa quantidade é apenas um ponto de partida. Pode ser que a criança não aceite tudo ou queira mais um pouco, podendo chegar a três colheres de sopa no total. Os alimentos devem ficar separados no prato e não devem ser liquidificados nem peneirados. As carnes devem ser bem cozidas e oferecidas em pedaços pequenos, que podem ser picados ou desfiados. Alimentos crus, como frutas e alguns legumes, podem ser raspados ou amassados. Se a criança recusar algum alimento, espere alguns dias e volte a oferecê-lo junto com alimentos de que ela já gosta. Se a comida estiver um pouco seca, adicione um pouco do caldo do cozimento dos legumes, dos feijões ou das carnes. Preparações úmidas são mais facilmente aceitas, já que a mastigação ainda está sendo desenvolvida. Ajude a criança a se alimentar, mas deixe que ela use as mãos para segurar o alimento ou uma colher de tamanho adequado para pegá-los. Mantenha contato visual com ela.<sup>5</sup>

**Tabela 4 – Alimentação da criança ao longo do dia**

Aos 6 meses de idade
<b>Café da manhã</b> – leite materno
<b>Lanche da manhã</b> – fruta e leite materno
<b>Almoço</b> É recomendado que o prato da criança tenha: <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li><li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li><li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li><li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li></ul> Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 2 a 3 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.
<b>Lanche da tarde</b> – fruta e leite materno
<b>Jantar</b> – leite materno
<b>Antes de dormir</b> – leite materno

Fonte: adaptado de MS (2019)



**DICA IMPORTANTE:** Sugerir que os pais leiam na caderneta as orientações em relação à introdução alimentar e os grupos de alimentos que devem ser ofertados.

Orientar sobre não oferecer alimentos processados ou ultraprocessados como iogurte tipo *petit suisse*, gelatina, bolacha maria, entre outros alimentos inadequados mas que fazem parte da nossa cultura.

**SUCOS:** Não devemos oferecer suco de frutas nesse momento. Incentivar a criança a tomar água e comer a fruta in natura. <sup>5</sup>

#### ○ **Prevenção de cáries**

Deve-se manter boa saúde bucal dos pais e dos cuidadores (babás, avós e outros), não beijar a criança na boca, não “soprar” alimentos para esfriá-los e nem experimentar a comida com o talher da criança, já que a cárie é uma doença transmissível, causada por uma bactéria, o *Streptococcus mutans*.

Se oferecer “mordedores”, mantenha cuidados higiênicos em relação a eles. Caso a criança já tenha dentes, marque avaliação com odontopediatra e oriente a higiene oral com escova e pasta de dente com flúor. Evite uso de açúcar. <sup>6</sup>

#### ○ **Desenvolvimento**

Em torno dos 6 meses inicia-se a noção de “permanência do objeto” (capacidade de perceber que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo); com um ano de idade esta habilidade está completamente desenvolvida na maioria dos bebês. A partir do 7º mês, o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses o bebê apresenta reações a pessoas estranhas. <sup>8</sup>

#### **Atenção!!!**

“Criança sem interesse; não ri; não fica sentada com apoio, não se vira; não reage aos sons (surdez?); movimentos bruscos do tipo ‘descarga motora’. A presença desses sinais impõe investigação e reavaliação frequentes”. <sup>6</sup>

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

#### ○ Ambiente físico e emocional

O ambiente deve ser calmo, limpo e ventilado; a criança deve usar roupas adequadas ao clima; atentar para cuidados higiênicos com o corpo e no preparo da alimentação. Os utensílios e mamadeira devem ser imersos em água com hipoclorito de sódio a 2,5%, por 15 minutos (20 gotas ou 1ml para 1 litro de água). Deve-se evitar contato com pessoas doentes. <sup>6</sup>

Avaliação auditiva: para pacientes sem fatores de risco, pode ser realizada a audiometria comportamental e imitanciometria.



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Academia Americana de Pediatria

## CONSULTA DOS 9 MESES

#### ○ Avaliação do crescimento

Monitorar crescimento, verificando peso, estatura e perímetro cefálico (PC) e colocar nos gráficos de crescimento.

Preencher o instrumento de vigilância do desenvolvimento e aplicar um teste de triagem do desenvolvimento (por exemplo: Denver 2).

Mostrar e explicar o gráfico ao acompanhante da criança.

**Tabela 5 – Crescimento esperado para o bebê de 9 meses de idade**

Aumento de peso médio	Aumento médio do PC
500g/mês	0,5cm/mês

Fonte: adaptado de Guia de Consulta da Criança. <sup>7</sup>

#### ○ **Nutrição**

Manter suplementação de sulfato ferroso nas dosagens descritas na tabela 2.

Verificar se a criança está em suplementação com 400 UI/dia de colecalciferol ou vitamina D3.

#### ○ **Vacinação**

**Febre amarela:** primeira dose. Deve ser evitada a aplicação da vacina febre amarela no mesmo dia que a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) em crianças menores de dois anos, devido à possível interferência na resposta imune, sendo ideal guardar um intervalo de 30 dias entre a aplicação das duas vacinas. <sup>4</sup>

#### ○ **Alimentação**

A criança continua ganhando mais habilidades e desenvoltura. É capaz de levar a colher à boca, dá dentadas e mastiga melhor os alimentos mais duros. A comida oferecida deve acompanhar essas mudanças. <sup>5</sup>

O que e como oferecer?

Os tipos de refeições continuam os mesmos após os 9 meses: almoço, jantar e 2 lanches com frutas. A criança deve continuar a receber o leite materno quando desejar e já pode receber alimentos picados na mesma consistência dos alimentos da família. As carnes podem ser desfiadas. Nessa idade, a criança pode aceitar de quatro a cinco colheres de sopa no total. Encoraje a criança a pegar os alimentos com a mão para estimular os movimentos com as pontas dos dedos. <sup>5</sup>

**Tabela 6 – Alimentação da criança ao longo do dia**

Entre 9 e 11 meses de idade
<b>Café da manhã</b> – leite materno
<b>Lanche da manhã e da tarde</b> – fruta e leite materno
<b>Almoço e jantar</b> É recomendado que o prato da criança tenha: <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li><li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li><li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li><li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li></ul> Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 4 a 5 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.
<b>Antes de dormir</b> – leite materno

Fonte: adaptado de MS, 2019

**Higiene da boca:** a cárie nos dentes de leite, chamada de “cárie na primeira infância”, pode causar dor, prejudicar a mastigação e até a fala. O controle da placa bacteriana é fundamental na manutenção da saúde bucal e na prevenção de cárie e doenças na gengiva. Para isso, o ideal é os adultos iniciarem a prática de escovar os dentes das crianças assim que eles aparecerem, pelo menos 2 vezes ao dia, principalmente antes de dormir. Recomenda-se colocar um pouco de pasta de dentes com flúor na escova e orientar a criança a cuspi-la depois de escovar os dentes. Para as que ainda não sabem cuspir a pasta completamente, a quantidade deve ser mínima – uma pequena manchinha na escova do tamanho de um grão de arroz. Com o surgimento dos dentes molares, aqueles maiores que ficam no fundo da boca, os espaços entre os dentes diminuem. Nesse momento, passa a ser importante usar o fio dental para remover a placa bacteriana nesses espaços e nos pontos de contato entre os dentes.<sup>5</sup>

**Prevenção de acidentes:** cuidado com escadas e quedas; mantenha o bebê afastado da cozinha e as tomadas elétricas protegidas; evite brinquedos pequenos que ofereçam risco de engasgo se colocados na boca. Transporte seguro: não transporte a criança no

colo; use bebê conforto ou conversível, fixado no banco traseiro, de modo que o bebê fique de costas para a frente do automóvel e esteja acompanhado por um adulto.<sup>6</sup>

**Sono:** dorme em média de nove a dez horas por noite (com interrupções) e duas sonecas diurnas de uma a duas horas. Deve dormir de barriga para cima e no berço (com o estrado na posição mais baixa), no seu próprio quarto. Evite agitação física próximo ao horário de dormir, pois faz com que a criança permaneça alerta. Sugira estabelecer um horário à noite para colocar a criança no berço, para que aprenda a “pegar no sono”. Se ela acordar durante a noite, verifique a fralda e troque-a se preciso, evitando acender as luzes. Com exceção dos prematuros, a criança dessa idade não necessita mais de alimentação durante a noite, mas, se amamentada ao seio, ainda acorda durante a noite para mamar. Caso a família opte por cama compartilhada, explique sobre os riscos e as medidas de segurança.<sup>6</sup>

**Acompanhamento da audição e linguagem:** ouve atentamente sons da sua rotina e procura sons baixos produzidos fora do seu campo visual; localiza imediatamente o som; demonstra prazer em balbuciar alto e com melodia; fala “mã-mã, dá-dá”.<sup>6</sup>

Reavaliação da visão: repetir o teste do reflexo vermelho (teste do olhinho).

Ofereça os alimentos amassados, sem liquidificar (o bebê precisa mastigar para desenvolver os músculos e ossos da face).

Atenção para os sinais de alerta: hipotonia do tronco (não senta sem apoio); sorriso social pobre; não se interessa pelo jogo “esconde-achou”. Espasticidade (pernas duras, “em tesoura”) ou hipotonia (pernas moles, em “posição de rã”); mãos persistentemente fechadas; não tem preensão em pinça. Incapacidade de localizar um som (surdez?); Ausência do balbucio (distúrbio articulatorio). A presença desses sinais impõe investigação, reavaliações mais frequentes e encaminhamentos ao neuropediatra e ao fisioterapeuta e reavaliação da audição.<sup>6</sup>

#### ○ **Desenvolvimento**

Estimulação: dê objetos para ele segurar e brinquedos sonoros ou de encaixe. Evite deixá-lo em frente à televisão ou tablet e celulares; ofereça companhia e estímulos; converse em voz baixa e carinhosa; brinque de esconder e achar objetos.

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Coloque-o no chão para que ele possa se movimentar melhor e brincar, sob a supervisão de um adulto. Os cercados são muito pequenos e restringem as atividades, portanto sugira que seja usado por pouco tempo. <sup>6</sup>

Entre 9 meses e 1 ano, o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês, o bebê fica em pé sem apoio. <sup>8</sup>

Orientar os pais sobre eventuais febres e “virose” e sobre os sinais de alerta para uso correto do pronto-socorro. Deixar uma receita de antitérmico (paracetamol) se necessário. <sup>8</sup>

### A CONSULTA DOS 12 MESES

#### #FICAADICA

Evitar o açúcar antes dos 2 anos.

#### ○ Avaliação do crescimento

Monitorar crescimento, verificando peso, estatura e perímetro cefálico (PC) e colocar nos gráficos de crescimento. Mostrar e explicar o gráfico ao acompanhante da criança. Preencher o instrumento de vigilância do desenvolvimento.

Lactentes triplicam o peso de nascimento ao final do primeiro ano de vida. O recém-nascido a termo tem cerca de 50cm e com 12 meses alcança cerca de 75cm. <sup>9</sup>

#### ○ Suplementação vitamínica

ATENÇÃO!!! Aumentar a dose de Vitamina D na dose de 600 UI/dia e manter o ferro (ajustar a dose conforme o peso). <sup>2</sup>

#### ○ Vacinação

**Tríplice viral** (sarampo, caxumba e rubéola): 1ª dose <sup>3</sup>

**Pneumocócica conjugada:** reforço da vacina pneumocócica 10 para pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo. <sup>3</sup>

**Meningocócica C:** esquema básico com duas doses (aos 3 e 5 meses) e dose de reforço aos 12-15 meses (podendo ser aplicada até os 4 anos). Iniciando após 1 ano de idade: dose única.<sup>4</sup>

### ○ Alimentação

Grandes mudanças ocorrem a partir de 1 ano. Uma delas é a redução da velocidade do ganho de peso. Nessa fase, a criança aprende a falar e já consegue pedir os alimentos de sua preferência, controla melhor a colher e segura o copo com as duas mãos, desenvolvendo a capacidade de se alimentar sozinha. Novos dentes surgem, e a capacidade de triturar alimentos mais sólidos fica ainda mais desenvolvida.<sup>5</sup>

O que e como oferecer?

Além do leite materno, a criança recebe o café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. No lanche da tarde, em alguns dias da semana, a fruta pode ser substituída por um alimento do grupo de raízes e tubérculos, como mandioca, batata doce, inhame; ou do grupo de cereais, como o pão (caseiro ou francês). Legumes e verduras também podem ser oferecidos nessas refeições, se isso for do hábito da família.<sup>5</sup>

Ofereça os alimentos em pedaços maiores e na mesma consistência da comida da família. Nessa idade, a criança pode aceitar de cinco a seis colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.<sup>5</sup>

**Tabela 7 – Alimentação da criança ao longo do dia**

Entre 1 e 2 anos de idade
<b>Café da manhã</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fruta e leite materno <b>ou</b></li><li>- Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e leite materno <b>ou</b></li><li>- Raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) e leite materno</li></ul>
<b>Lanche da manhã</b> – fruta e leite materno
<b>Almoço e jantar</b> <p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li><li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li><li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li><li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li></ul> <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada: 5 a 6 colheres de sopa no total. Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas</p>
<b>Lanche da tarde</b> <p>Leite materno e fruta <b>ou</b></p> <p>Leite materno e cereal (pães caseiros, pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame)</p>
<b>Antes de dormir</b> — leite materno

Fonte: adaptado de MS, 2019

**Prevenção de cáries:** higiene da boca e língua depois das refeições com escova macia e creme dental sem flúor. Desestimule o uso de mamadeira e chupeta; não ofereça doces, refrigerantes e guloseimas. Evite o uso de açúcar e doces. Marque avaliação com o odontopediatra.<sup>6</sup>

**Transporte seguro:** embarque e desembarque a criança pelo lado da calçada e não a transporte no colo; use um equipamento do tipo “cadeirinha”, fixado no banco do automóvel, e que a criança esteja acompanhada por um adulto.<sup>6</sup>



**Sono:** a criança consolida o sono noturno, podendo dormir toda a noite, em média por dez horas, mais duas sonecas diurnas de uma a duas horas. <sup>6</sup>

**Acompanhamento da audição e linguagem:** atende pelo próprio nome; reage a palavras da sua rotina e quando ouve as palavras “não” ou “tchau” entende o significado e balança a cabeça ou acena com a mão. Quando solicitada, aponta e reconhece o nome de objetos e pessoas. <sup>6</sup>

**Estimulação:** converse, ajude a andar; ensine o nome das diversas partes do corpo, dos objetos e das pessoas; ofereça brinquedos geométricos de tamanhos variados, para ela empilhar e encaixar. <sup>6</sup>

**Atenção para os sinais de alerta:** ausência de sinergia pés-mãos (quando colocada em pé, com apoio, não procura ajudar com as mãos); criança parada ou mumificada; movimentos anormais; psiquicamente inerte ou irritada, sorriso social pobre; não fala sílabas; cessação do balbucio (surdez?). A presença desses sinais impõe investigação, reavaliações mais frequentes e encaminhamento para neuropediatra e fisioterapeuta e reavaliação da audição. <sup>6</sup>

#### ● **Desenvolvimento**

Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano o bebê possui a acuidade visual de um adulto<sup>8</sup>. Ele gosta de imitar os pais, faz gestos com a cabeça, dá adeus e bate palmas. Já faz o movimento de pinça com os dedos polegar e indicador e já atende pelo seu nome. <sup>11</sup>

## REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas Gerais**. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_suplementacao\\_ferro\\_condutas\\_gerais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf). Acesso em: 17 jan. 2021.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Hipovitaminose D em pediatria: recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção**. Departamento Científico de Endocrinologia, dezembro de 2016. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf). Acesso em: 27 jan. 2021.
3. PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI). **Calendário Nacional de Vacinação 2020**. [S.l.: s. n.], 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/files/imunizacao/calendario/Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Calendário de Vacinação da SBP 2020**. Departamento de Imunizações e Departamento de Infectologia, abril de 2020. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22268g-DocCient-Calendario\\_Vacinacao\\_2020.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22268g-DocCient-Calendario_Vacinacao_2020.pdf). Acesso em: 16 jan. 2021.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf). Acesso em: 17 jan. 2021.
6. FRANÇA, Normeide Pedreira dos Santos; SUCCI, Regina Célia de Menezes. **A criança passo a passo: guia de acompanhamento para famílias e profissionais da saúde (recém-nascido aos 5 anos)**. São Paulo: Atheneu 2013.
7. LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; FILHO, Almir Castro Neves; AMARAL, João Joaquim Freitas do. **Guia da Consulta da criança**. [S. l.: s. n.] 2008. Disponível em: <http://www.geocities.ws/abs5famed/gcons.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cadernos de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 16 jan. 2021.
9. FERNANDES, Tadeu Fernando. **Pediatria ambulatorial: da teoria à prática**. São Paulo: Atheneu, 2016.

10. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Anemia ferropriva em lactentes:** revisão com foco em prevenção. Departamento Científico de Nutrologia, 2012. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/Documento\\_def\\_ferro200412.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Documento_def_ferro200412.pdf). Acesso em: 17 jan. 2021.
11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria.** Departamento de Pediatria Ambulatorial, 2006. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/ManPraticaAtend.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/ManPraticaAtend.pdf). Acesso em: 17 jan. 2021.

A large, bold, dark teal number '6' is positioned in the upper left corner. It is partially enclosed by a thick orange line that curves around it and extends downwards and to the right, forming a large, open shape that resembles a smile or a speech bubble.

# Consulta de 18-24 meses

Sandra Struck e Clarissa Noer



## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

O ímpeto de autonomia nessa idade traz consigo a vontade própria. A criança deseja liberdade e diferenciação, desejos que geralmente se chocam com a vontade dos adultos. É comum os pais usarem o termo *“terrible Two”* ao referir-se a um bebê birrento, que, frente à frustração, se joga no chão ou usa seu corpo para demonstrar um descontentamento.<sup>1</sup>

*Este é o momento em que a regulação mútua entre adulto e criança enfrenta o seu mais duro teste.*



Figura 1: Foto de uma bebê nessa faixa etária. Fonte: VIX.COM.<sup>1</sup>

Nesse período, atente para o #CRESCIMENTO. Lembre-se de conferir no gráfico de crescimento peso, comprimento e perímetro cefálico (PC), instrumento de vigilância e anotar na caderneta!

#### ○ ANAMNESE: coletar informações e fazer Aconselhamento Antecipado:

*“Anticipatory Guidance”* é um termo comumente usado na pediatria. Refere-se a oferecer informações aos pais sobre o que esperar ou antecipar o que irá acontecer com seu filho nos próximos meses. As recomendações são específicas para determinada idade no momento da consulta.

- a. Alimentação do paciente, higiene (corporal e bucal), fezes, urina, sono, escolinha ou creche.<sup>2</sup>
- b. Exposição às telas: crianças abaixo de 2 anos não devem ser expostas de forma passiva às telas digitais, com exceção das videochamadas para conversar com parentes distantes e atividades diárias.<sup>3</sup>

## O INÍCIO DA VIDA

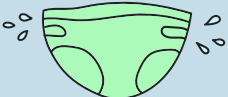


### descomplicando as consultas de puericultura

- c. **IMPORTANTE OBSERVAR LINGUAGEM:** crianças a partir dos 18 meses já manifestam vontade própria, apontam para mostrar algo que desejam e falam muito a palavra “não”. Seu vocabulário é composto por pelo menos 10 palavras, podendo chegar a 25 ou mais; ao se aproximarem dos dois anos, já estão usando entre 50 e 200 palavras e formando frases com um substantivo e um verbo.<sup>4</sup>
- d. **COMPORTAMENTO:** nessa idade sobem escadas segurando o corrimão (2 pés em cada degrau); correm; comem sozinhos; abrem a porta. Descobrem que cada coisa tem um nome e perguntam o nome de tudo. Gostam de brincar com outras crianças. Já podem vestir algumas roupas sozinhos. Lavam e secam as mãos sozinhas; escovam os dentes com ajuda. Ajudam em tarefas simples da casa (guardar brinquedos com ajuda do adulto).
- e. **DESFRALDE:** nessa idade os pais já trazem a preocupação em relação ao “treinamento” de esfíncteres anal e vesical. Aqui o mais importante é respeitar o tempo e o processo de cada criança para não acabar gerando traumas. O desfralde é um dos primeiros passos rumo à autonomia, além de um momento de descobertas – tanto de suas capacidades, como do seu próprio corpo.

O funcionamento urinário e intestinal depende de um amadurecimento neurológico e esse processo **não pode ser acelerado**. Além disso, existe o amadurecimento psicológico, que não é necessariamente alcançado junto com o neurológico.

Acredita-se que **por volta dos 2 e 3 anos** de idade a maioria das crianças esteja em uma etapa do desenvolvimento adequada para iniciar o desfralde.

#### Alguns sinais de prontidão para o desfralde

 <p>FAZ COCÔ SÓLIDO EM HORÁRIOS PREVISÍVEIS</p>	 <p>PEDE PARA TROCAR A FRALDA MOLHADA</p>	 <p>CONSEGUE SEGURAR O XIXI POR MUITO TEMPO</p>	 <p>CONSEGUE ABAIXAR E LEVANTAR A ROUPA DE BAIXO</p>
 <p>PEDE PARA USAR CUECA OU CALCINHA</p>	 <p>CONSEGUE AVISAR QUE QUER FAZER XIXI OU COCÔ</p>	 <p>PROVIDENCIA O PENICO OU ASSENTO</p>	 <p>A CRIANÇA SEGUE INSTRUÇÕES SIMPLES</p>

- f. Crises de “birra”: quando a criança apresenta comportamento inadequado em situações de frustração, entender o PORQUÊ disso nos ajuda a ter mais empatia e acolher esse ser tão pequenino lidando com grandes emoções! Frustrar-se não é fácil para os adultos e muito menos para crianças que tem um cérebro em desenvolvimento. A criança nessa idade, como vimos, tem uma necessidade grande de explorar o ambiente e desenvolver autonomia. Quando ela se encontra com uma negativa, um NÃO que a impede de realizar os seus desejos, a maneira de lidar com essa frustração é através do corpo: a famosa BIRRA. <sup>4</sup>

#### **LIMITES SEM TRAUMA: como lidar com a criança em crise de “birra”?**

1. ROTINA – orientar manter a rotina o mais estável possível. A chance de os pequenos ficarem irritados é maior quando estão cansados, com fome ou frustrados. Por isso, manter uma rotina saudável e regrada com horários estabelecidos diminui o estresse da criança. Levar lanchinhos e frutas quando forem ficar muito tempo fora de casa, não levar a criança cansada e com sono para o supermercado e dar avisos prévios sobre o que vai acontecer em seguida são boas dicas para os pais.
2. CALMA – acolher: quando a criança estiver irritada, buscar ser paciente, claro e objetivo. Explique que você entende o que está acontecendo, NOMEIE o sentimento e espere a criança se acalmar (pode dar colo, ficar junto, sair para uma caminhada...). Depois que a criança se acalmou, explicar os motivos pelos quais ela não pode fazer determinadas coisas (pode se machucar, se queimar, não é o momento...) e ofereça alternativas.
3. PREVISIBILIDADE – criança nessa idade tem pouca noção de tempo e não gosta de “surpresas” na sua rotina: fazer combinados prévios e avisar com antecedência o que vai acontecer ajuda muito a prevenir as birras.

- g. Doenças e necessidades de tratamento: consultas na emergência, internações, cirurgias.<sup>2</sup>

VACINAS: De acordo com o programa nacional de imunizações as últimas vacinas foram feitas com 15 meses e as próximas deverão ser feitas aos 4 anos.<sup>2</sup>

- **Orientar:**

- a. Escovação dos dentes, duas vezes ao dia, com pasta sem flúor (pequena porção) e consultas regulares com dentista.
- b. O bebê diminuirá o ritmo de crescimento.
- c. Higiene do sono.
- d. Transporte adequado em automóveis – lembrar de travar as portas.
- e. Risco de quedas.
- f. Riscos na cozinha, envenenamento (medicações e produtos de limpeza), choque elétrico, mordidas de animais.
- g. Febre: orientar sobre sinais de alerta e o uso correto da emergência. A febre é uma resposta comum nessa idade, sobretudo em crianças que frequentam creches. Devemos orientar os sinais de gravidade e prevenir a cultura do pronto-socorro.
- h. Uso de copo e de colher. Se a criança usa bico ou mamadeiras, encorajar a substituição destes.<sup>2</sup>

- **Prescrição:**

- A prevenção da hipovitaminose D, conferir a dose para idade de **600 UI/dia até os 2 anos**.<sup>7</sup>
- Após essa idade, uso da 1,25-OH-Vitamina D (calcitriol) profilática é indicado apenas em situações excepcionais, como: hipoparatiroidismo, insuficiência renal crônica, raquitismo dependente da vitamina D tipo 1 ou tipo 2, ou em casos de síndromes de má absorção intestinal grave.<sup>7</sup>



## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

#### EXAME FÍSICO:

- a. Peso, estatura e PC (se prematuro usar curva específica até os 2 anos).
- b. Desenvolvimento: checar os itens no instrumento de vigilância da caderneta.
  - ✓ Caminha sem apoio.
  - ✓ Palavras com nexos.
  - ✓ Constrói torre com dois cubos.
- c. Verificar estrabismo. Sempre ANORMAL, encaminhar ao oftalmologista.
- d. Estado geral, atividade, postura, tônus muscular, mucosas (hidratação), icterícia; cabeça (fontanela anterior? Fecha entre 9 e 18 meses); cervical; otoscopia; oroscopia; clavículas; aparelho pulmonar; aparelho cardiovascular e pulsos periféricos; abdome; períneo (genitália e ânus); coluna vertebral.<sup>2</sup>

#### #FICAADICA:

Perímetro cefálico: 46 a 49 cm dos 18 aos 24 meses;

Peso: 9 a 14 kg dos 18 aos 24 meses;

Estatuta: 80 a 90 cm dos 18 aos 24 meses;

IMC deve estar acima de 13 e abaixo de 19 dos 18 aos 24 meses;<sup>3</sup>

Sempre anotar e avaliar a curva de crescimento!

#### DESENVOLVIMENTO:

“O período que se inicia a partir dos 18 meses de vida deve ser acompanhado com atenção, pois possíveis atrasos na comunicação e desenvolvimento da linguagem, assim como atrasos leves no desenvolvimento motor, podem ser evidenciados neste momento.”<sup>4</sup>

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Figura 2: Principais marcos do desenvolvimento em crianças de 1 ano e 6 meses a 2 anos de idade.

Idade	Coordenação motora ampla	Coordenação motora fina	Autoajuda	Resolução de problemas	Desenvolvimento socioemocional	Linguagem compreensiva	Linguagem expressiva
1 ano e 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Andam bem</li> <li>- Sobem e descem degraus baixos</li> <li>- Dão pequenas corridas</li> <li>- Sentam-se sozinhas em cadeiras pequenas</li> <li>- Chutam bola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazem torre com quatro cubos</li> <li>- Desenham linhas verticais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Começam a tirar peças de roupa sozinhas</li> <li>- Movimentam-se livremente pela casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificam pares de objetos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciam o brincar de faz-de-conta</li> <li>- Iniciam sentimento de possessividade</li> <li>- Sentem vergonha ao fazerem algo errado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecem e apontam 2 ou 3 objetos, 3 partes do corpo e familiares</li> <li>- Apontam para si mesmas</li> <li>- Entendem o significado de "meu"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usam de 10 a 25 palavras</li> <li>- Imitam sons de animais ou da natureza</li> <li>- Reconhecem fotografias</li> </ul>
2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descem escadas segurando o corrimão (dois pés em cada degrau)</li> <li>- Chutam bola sozinhas</li> <li>- Lançam objetos com as mãos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faz um trenzinho com cubos</li> <li>- Desenham círculos e linhas horizontais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrem maçanetas</li> <li>- Chupam canudinhos</li> <li>- Tiram peças de roupas sem botões e puxam as calças</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostram que sabem usar objetos conhecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguem fazer brincadeiras paralelas</li> <li>- Começam a disfarçar emoções por motivos sociais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguem ordens mais complexas</li> <li>- Entendem o significado de "eu" e "você"</li> <li>- Reconhecem e apontam 5 a 10 fotos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazem sentenças com duas palavras</li> <li>- Usam mais de 50 palavras, com 50% de inteligibilidade</li> <li>- Referem-se a si mesmas pelo nome</li> </ul>

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria.<sup>4</sup>

Com 18 meses, devemos aplicar um instrumento para triagem do transtorno do espectro autista chamado M-CHAT (Anexo 1 - p. 141).

#### ○ ESTÍMULO AO DESENVOLVIMENTO:

- Estimule a criança a colocar e tirar suas roupas, inicialmente com ajuda.
- Ofereça brinquedos de encaixe, que possam ser empilhados e mostre como fazer.
- Mostre figuras nos livros e revistas falando seus nomes.
- Brinque de chutar bola (fazer gol).
- Entenda que nessa idade a criança demonstra ter vontade própria, testa limites e fala muito a palavra não.<sup>4</sup>

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Dica de comunicação com as crianças:

É muito mais eficaz dizer o que a criança PODE fazer. Troque “Não suba aí” por “Fique aqui embaixo”; “Não corra” por “Caminhe devagar”; “Não derrube o copo” por “Segure o copo bem firme”

#### ○ ALIMENTAÇÃO: # fica a dica! Zero açúcar antes dos 2 anos



A criança deve fazer 5-6 refeições/dia, sendo 2 ou 3 de leite ou frutas (aproximadamente 500ml de leite/dia, que pode ser substituído em parte por queijo ou iogurte) e 2 refeições principais;

- ✓ Em cada refeição principal: arroz, com ou sem feijão, massas ou feculentos, hortaliças, 1 porção de carne, vísceras ou ovo.
- ✓ A criança deve ser estimulada a comer sozinha; não forçar a criança a comer e não oferecer lanches não nutritivos ou alimentos ultraprocessados como iogurte *petit suisse*, gelatina, bolachas...
- ✓ Evitar refrigerantes, frituras, industrializados, enlatados.
- ✓ A família deve estar reunida nas refeições e a criança deve sentar à mesa.<sup>5</sup>

### CUIDADOS

**A criança já anda sozinha e gosta de mexer em tudo: oriente a prevenção passiva de acidentes!**

- Quedas: instalar barreiras de proteção nas escadas e janelas; proteger os cantos dos móveis.
- Segurança da casa: coloque obstáculos na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro; não deixe à vista e ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos, objetos que quebrem facilmente, detergentes, medicamentos e substâncias corrosivas, pois elas gostam de explorar o ambiente em que vivem.
- Atropelamento: saindo de casa, segure a criança pelo punho, evitando, assim, que ela se solte e corra em direção à rodovia. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem próxima à rodovia); escolha lugares seguros (parques, praças e outros).
- Acidentes de trânsito: o Código de Trânsito Brasileiro determina que a criança, nesta idade, deve ser transportada no bebê conforto ou conversível – cadeira em forma de concha levemente inclinada, colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante.<sup>3</sup>



## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

#### #FICAADICA:

- 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).
- Brincar ao ar livre.
- Pés aparentemente chatos, membros inferiores em arco, com joelhos afastados.
- Entender a birra, tentar preveni-la e respirar fundo! Essa fase exige paciência mas vai passar!
- Os pais devem observar se as crianças enxergam bem com os dois olhos em separado.<sup>3</sup>

### Anexo 1: Questionário M-CHAT:

Aos pais: Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.<sup>9</sup>

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	SIM	NÃO
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	SIM	NÃO
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	SIM	NÃO
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	SIM	NÃO
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	SIM	NÃO
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	SIM	NÃO
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	SIM	NÃO
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	SIM	NÃO
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	SIM	NÃO
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	SIM	NÃO
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	SIM	NÃO
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	SIM	NÃO
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	SIM	NÃO
14. O seu filho responde quando você o chama pelo nome?	SIM	NÃO
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	SIM	NÃO
16. Seu filho já sabe andar?	SIM	NÃO
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	SIM	NÃO
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	SIM	NÃO
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	SIM	NÃO
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	SIM	NÃO
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	SIM	NÃO
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	SIM	NÃO
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	SIM	NÃO

1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton. Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio

## REFERÊNCIAS

1. REICHERT, Evânia Astér. **Infância, a idade sagrada:** anos sensíveis em que nascem as virtudes e os vícios humanos. Porto Alegre: Vale do ser, 2008.
2. VIX.COM. Disponível em: <https://www.vix.com/pt/maes-e-bebes/563306/nomes-de-bebe-2019-estas-20-opcoes-para-meninos-e-meninas-vao-bombar>. Acesso em: 03 fev. 2021.
3. LEITE, A. J. M.; FILHO, A. C. N.; AMARAL, J. J. F. **Guia da Consulta da Criança.** Disponível em: <http://www.geocities.ws/abs5famed/gcons.pdf> Acesso em: 03 fevereiro 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 02 fev. 2021
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Saúde da Criança 2019.** Brasília – DF 2019.
6. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO (2019-2021). Sociedade Brasileira de Pediatria. **Campanha da Caderneta da Criança** - Avaliação do Desenvolvimento de 18 a 24 meses; Nº 4.5, Junho de 2020. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22594b-DC\\_-\\_Camp\\_Caderneta\\_da\\_Crc\\_-\\_Aval.\\_Desenv.\\_18a24m.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22594b-DC_-_Camp_Caderneta_da_Crc_-_Aval._Desenv._18a24m.pdf). Acesso em: 03 fev. 2021.
7. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO. **O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância.** Nº 3, Junho de 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/19710c-MOrient-\\_Papel\\_pediatra\\_prev\\_estresse.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19710c-MOrient-_Papel_pediatra_prev_estresse.pdf). Acesso em: 19 abr. 2021.
8. Departamento Científico de Endocrinologia. **Hipovitaminose D em pediatria:** recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção. Nº 1, Dezembro de 2016. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf). Acesso em: 19 abr. 2021.
9. Mirella Fiuza Losapio, Milena Pereira Pondé. **Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo.** Translation into Portuguese of the M-CHAT Scale for early screening of autismo. Rev Psiquiatr RS. 2008;30(3):221-229. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/fJxs7JhDNbjswLKPZ7Td69J/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 22 novembro 2021.

# 7

## Consulta do adolescente

Daniel Felipe Friedrich Kleinibing  
e Clarissa Noer



*“O adolescente é um passarinho que temos nas mãos. Se o apertarmos muito, ele morrerá. Se o soltarmos, ele fugirá. Não saberemos, então, se ele sobreviverá ao mundo”.*

José Carlos Feltes

#### ○ Quando?

A adolescência, segundo a OMS, é o período compreendido entre a infância e a idade adulta que ocorre entre 10 e 19 anos. O estatuto da criança e do adolescente (ECA) considera a faixa entre 12 e 18 anos.<sup>1</sup>

#### ○ O que é a “Síndrome Normal da Adolescência”?<sup>1</sup>

Processo natural de transformações físicas, biológicas e psíquicas:

- Busca de si mesmo e da identidade;
- tendência grupal;
- necessidade de intelectualizar e fantasiar;
- crises religiosas (do ateísmo ao misticismo mais fervoroso);
- evolução sexual;
- atitude social reivindicatória (antissocial);
- contradições sucessivas nas manifestações de condutas;
- separação progressiva dos pais;
- constantes flutuações de humor e do estado de ânimo.

#### ✓ Principais situações clínicas que podem aparecer:

- Baixa estatura, puberdade precoce ou antecipada e ginecomastia;
- excesso de peso, obesidade, síndrome metabólica, transtornos alimentares (anorexia, bulimia, vigorexia), cefaleia, dores recorrentes, distúrbios menstruais, acnes, desvio de coluna, dificuldades escolares e nos relacionamentos familiares;
- quadros depressivos, fóbico, ansiedade, autoagressão, ideação suicida.



## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

**Devemos sempre lembrar que, independentemente da queixa do adolescente, deve-se manter a ética durante a consulta.**

Lembrando sempre desses quatro pontos ilustrados na figura:



**No primeiro encontro do adolescente com o médico pediatra, deve-se ressaltar que ele é o ponto central da consulta, e seus direitos ao sigilo, privacidade e confiabilidade devem ser mantidos tanto para o paciente quanto para seus responsáveis.**

Durante a consulta, é necessário expor que nada do que for relatado será tratado com seus responsáveis sem que o paciente saiba, mesmo quando há necessidade de romper o sigilo por certas atitudes.

### **3 ETAPAS DA ANAMNESE<sup>2</sup>**

#### **○ 1 - Adolescente + familiares**

- Motivo da consulta – nem sempre é uma patologia, mas uma situação ou agravo, por exemplo, queda no rendimento escolar, “timidez excessiva”;
- histórico da situação atual (HDA) e progressão do paciente, incluindo agravos e doenças prévias;
- estado vacinal (verificar o cartão de imunizações);
- dados da gestação, parto, condições de nascimento e peso ao nascer;
- hábitos alimentares (horário das refeições, quantidade e qualidade dos nutrientes, hábitos de guloseimas e ultraprocessados);
- condições de habitação, ambiente e rendimento escolar, exposição a ambientes violentos, tempo em celular, games, computador;
- história familiar – refere-se à configuração, dinâmica e funcionalidade: com quem o(a) adolescente mora, situação conjugal dos pais e consanguinidade, doenças familiares, heredograma;
- obter dados sobre o sono (quantidade e qualidade, hora em que vai dormir, higiene do sono, lazer, as atividades culturais, exercícios físicos, religião).

#### **○ 2 - A sós com o adolescente**

É a oportunidade para o jovem se expressar de forma mais livre e aberta. A conversa deve ocorrer em ambiente sigiloso, abordando novamente o real motivo que o traz à consulta (estímulo iatrotrópico), pois pode diferir do relato da família. Lembrar de ouvir sem julgar. Nesta etapa, devem ser coletadas informações sobre:

- a percepção corporal e autoestima;
- relacionamento com a família (pais, irmãos, parentes), ocorrência de conflitos;
- a utilização das horas de lazer, as relações sociais, grupo de iguais, desenvolvimento afetivo, emocional e sexual;

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

- conhecer outros espaços por onde o adolescente transita e mantém relacionamentos interpessoais – escola, comunidade, grupos de jovens e trabalho (normas adequadas do tipo e local, salubridade, não interferência na escola e remuneração);
- crenças e atividades religiosas;
- investigar situações de risco e vulnerabilidade a que os adolescentes se expõem: contato com drogas lícitas (álcool, tabaco, cigarro eletrônico, narguilés) e ilícitas;
- aspectos relacionados aos comportamentos sexuais, gênero e orientação sexual, saúde reprodutiva, gestações não planejadas, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- ocorrência de acidentes, submissão a violências;
- tempo de exposição às telas digitais – celulares, notebooks, televisão e videogames.

### 3 - Com os pais

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, para orientá-los sobre as hipóteses diagnósticas percebidas e as explicações sobre as condutas terapêuticas a serem tomadas.

#### ✓ Quando interferir acerca do sigilo da consulta?

Quebra do Sigilo	Manutenção do sigilo
Qualquer tipo de violência: emocional, sexual, maus tratos, bullying	Ficar, namoro; iniciação sexual
Uso crescente de álcool e drogas; dependência química	Uso de psicoativos (sem sinais de dependência)
Autoagressão e ideias suicidas	Orientação sexual, conflitos de gênero
Gravidez; abortamento	Prescrição de métodos contraceptivos
Sorologia positiva para HIV	Infecção sexualmente transmissível

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

Não adesão ao tratamento, deixando terceiros em risco e o adolescente	
Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos	

**Tabela 1: situações em que o sigilo deve ser interrompido ou mantido na consulta de adolescentes. Fonte: Sociedade brasileira de pediatria, consulta do adolescente<sup>2</sup>**

#### ✓ Protocolo HEEDSSS

O protocolo é uma ferramenta para uma anamnese dirigida ao adolescente para obter informações sobre o comportamento do paciente.

<b>Home (Casa)</b>	Onde você mora? Quem reside na casa com você? O ambiente é calmo ou "agitado"? Quem briga mais na tua casa?
<b>Education/Employment Educação / emprego</b>	Sabe ler e escrever? Atualmente estuda? Em que ano? Você trabalha? Em quê? Interfere nos estudos?
<b>Eating disorders Distúrbios alimentares</b>	Já fez dieta? Gosta do seu corpo? Está contente com seu peso e sua altura?
<b>Activities Atividades</b>	O que você faz além da escola? Prática esporte? Qual? Quantas vezes por semana? Utiliza celular? Você joga videogame? Quanto tempo passa entre celular, games, TV, computador em geral?
<b>Drugs Drogas lícitas / ilícitas</b>	Você bebe? Com que frequência? Quando foi seu último porre? Onde costuma beber? Quando foi a última vez? Fuma tabaco? Quantidade de cigarros/ maços fuma? Usa/usou outra droga?
<b>Sexuality Sexualidade</b>	Já ficou? Está apaixonado? Divide sua intimidade corporal com alguém? Já teve relações sexuais? Com pessoas do sexo oposto, ou tanto faz?
<b>Security Segurança</b>	Já sofreu algum tipo de violência? Onde? Por quem? Assalto? Bullying? Já causou violência em alguém? Consequências?
<b>Suicide Suicídio</b>	O que você faz quando se sente triste: fica quieto? Chora? Já pensou em desaparecer / se machucar? Já tentou suicídio?

**Tabela 2 Fonte: Adaptado HEEDSSS 3.0 Contemporary Pediatrics, January 2014.**

### ✓ Exame Físico do adolescente – Roteiro

O exame clínico deve ser feito no sentido craniocaudal e o passo a passo do exame deve ser relatado ao paciente para evitar nervosismos e temores. Promover uma ambiência adequada (avental, biombo).

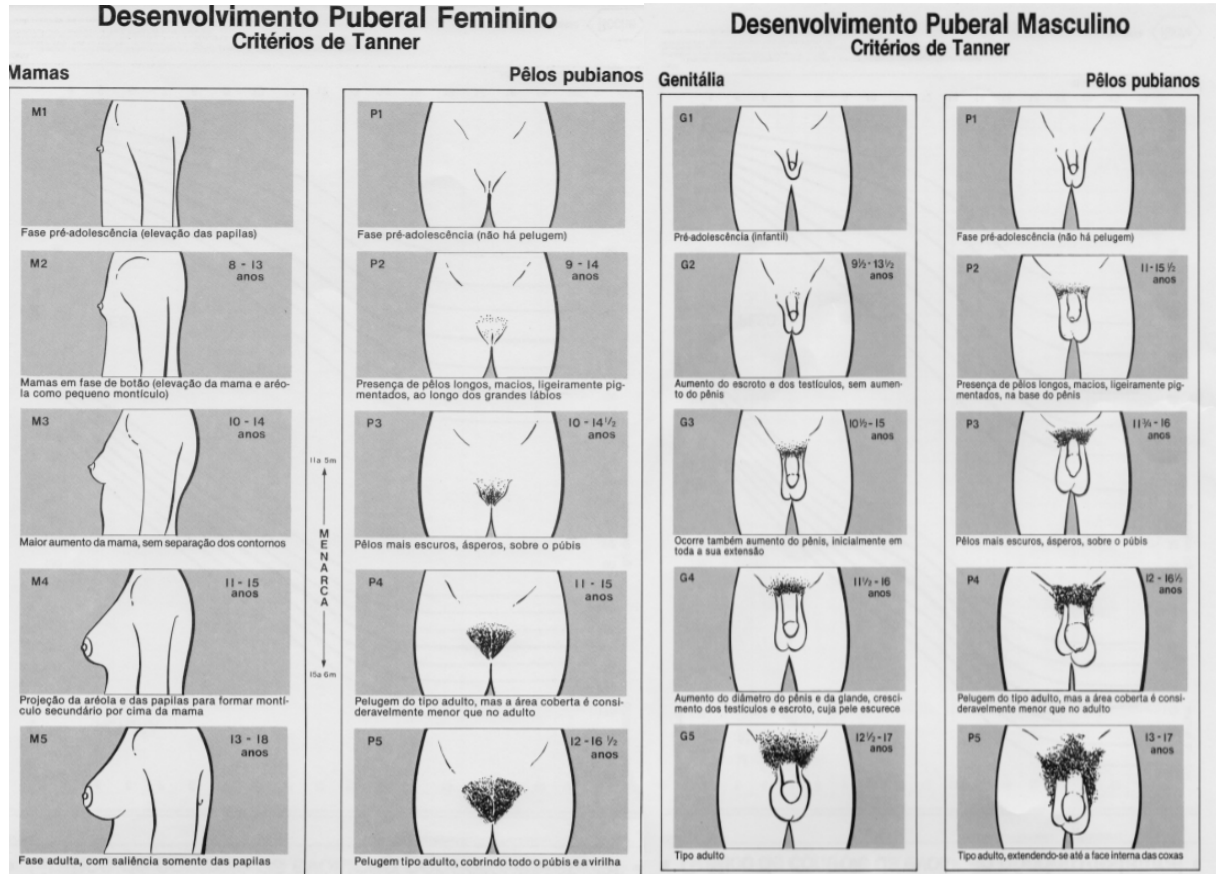
- Aspectos gerais (aparência física, pele hidratada, eupneico, normocorado, etc.);
- peso, altura IMC (utilizar gráficos e critérios da OMS) e estatura alvo;

$$\text{Estatura alvo menina} = \frac{(\text{Alt pai} - 13) + \text{Alt mãe}}{2}$$
$$\text{Estatura alvo menino} = \frac{(\text{Alt mãe} + 13) + \text{Alt pai}}{2}$$

Onde: Alt: altura.
- pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano e compará-las às curvas de pressão arterial para a idade);
- acuidade visual com escala de Snellen;
- estado nutricional (classificar conforme IMC);
- tireoide, cavidade oral, otoscopia;
- coluna vertebral e postura;

Perguntar se o adolescente deseja ou não um acompanhante
- exame neurológico e mental;
- a genitália deve ser avaliada ao final do exame físico;
- maturação sexual – utilizar critérios de Tanner (masculino e feminino), orquímetro para avaliar o volume testicular.

**Figura 1: Desenvolvimento puberal feminino e masculino.**



Fonte: Adaptado de sociedade brasileira de pediatria.

✓ **Crescimento e desenvolvimento puberal<sup>3</sup>:**

É um processo fisiológico de maturação hormonal e de crescimento que torna o organismo capaz de se reproduzir.

Inicia:

sexo feminino entre 9 e 13 anos; e

sexo masculino entre 10 e 14 anos.

Termina:

aos 18 anos, com a parada do crescimento físico e amadurecimento gonadal.

### Puberdade nos meninos

- 1ª manifestação: crescimento dos testículos (aumento dos túbulos seminíferos - Gonadarca) e desenvolvimento do saco escrotal (10,9 anos).

MAIOR EIXO 2,5CM OU VOLUME TESTICULAR >4ML

**Figura 2: orquidômetro de Prader**

### Mensuração Volume Testicular

orquidomêtro de Prader:



Fonte: confeccionado pelos autores

- Desenvolvimento dos pelos pubianos: 11,3 anos;
- crescimento peniano: 12,3 anos;
- pelos axilares, faciais e restante do corpo, glândulas sudoríparas: 12,9 - 14,5 anos;
- 1ª ejaculação (Espermarca ou Semenarca): aos 12,8 anos. Coincide na maioria das vezes com a aceleração ou Pico VC;
- mudança de voz: ocorre por estimulação androgênica com consequente aumento da laringe com cordas vocais mais longas;
- Ação Androgênica: desenvolvimento glândulas sebáceas – acne;
- Ginecomastia Puberal: 1/3 dos meninos, regressão espontânea em 6 - 18 meses. Estágio 3 e 4 Tanner.

### Puberdade nas meninas

- M2 se relaciona com aceleração do crescimento e atinge velocidade máxima em M3, com gradual desaceleração;
- menarca é na desaceleração;

## O INÍCIO DA VIDA

### descomplicando as consultas de puericultura

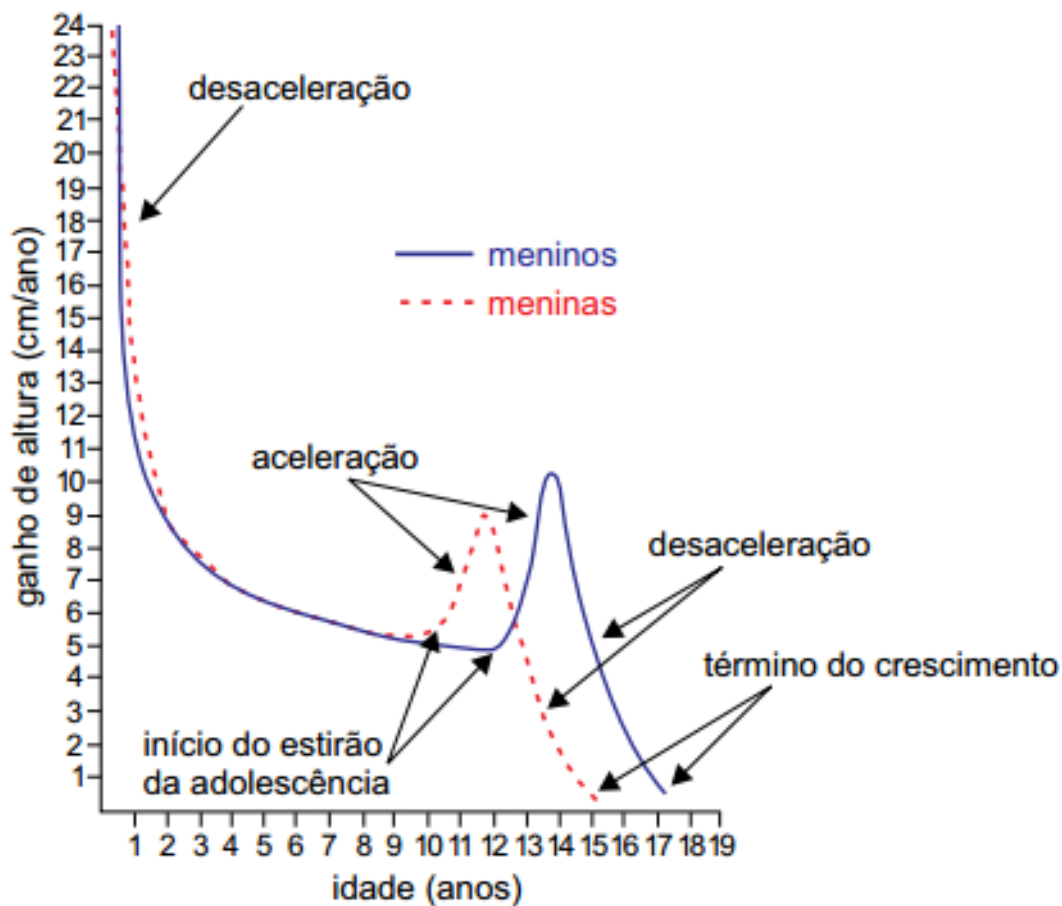
- manifestação inicial: Broto Mamário (Telarca) e pelos pubianos (Pubarca) com média 9,7 anos, desenvolvimento do útero, trompas, vagina e vulva;
- ovulação pode ocorrer desde a menarca, mas está mais presente após 1 ano;
- os pelos axilares se desenvolvem mais tardiamente (Axarca) aos 10,4 anos;
- menarca: fase de desaceleração do crescimento, com 12,2 anos. Relação com o desenvolvimento mamário e dos pelos;
- crescem em média 6cm (3-11cm) durante 2-3 anos após a menarca;
- Ciclos ovulatórios regulares 2-3 anos após a menarca.

Idade	Caracteres Puberais Masculinos	Caracteres Puberais Femininos
< 8	Infantil	Infantil
10-11	Infantil	M2, P2, Aceleração crescimento, Maturação epitélio vaginal
11-12	Crescimento Testicular	Crescimento órgãos sexuais (internos e externos)
12-13	P2, início do crescimento peniano; aceleração do crescimento	M3, P3, Pico da VC
13	Crescimento testicular	M4, G4, Menarca, pilificação axilar
14-15	P4, pilificação lábio superior, turgência mamária, Pico VC	M5, G5, Ciclos menstruais regulares
15-16	P5, mudança do timbre da voz, espermatogênese	Fusão epífises ósseas; estatura final
16-17	Fusão epífises ósseas; estatura final	

Fonte: os autores



Figura 3 - Gráfico de velocidade de crescimento



Fonte: TANNER, J. M.; DAVIES, P. S. W. Journal of Pediatrics, 1985

Intervalos das consultas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal, conforme a fase em que o paciente se encontra.

Fase do crescimento	Intervalo da consulta
No início da puberdade	De 3 em 3 meses
Aceleração	De 4 em 4 meses
Desaceleração	Uma vez ao ano até finalizar o crescimento

Fonte: Adaptado de sociedade brasileira de pediatria

### #FICA A DICA!

Após o exame físico, esclarecer a importância do uso de preservativos (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST's/ Aids). Além disso, esclarecer a necessidade de hábitos higiênicos genitais, autocuidado, prevenção de IST e gravidez;

### ✓ Controle da Pressão arterial em crianças e adolescentes

#### Classificação da Pressão Arterial de acordo com a faixa etária.

Crianças de 1 a 13 anos	Crianças > 13 anos
Normotensão PA < P90 para sexo, idade e altura	Normotensão: PA < 120/80 mmHg
Pressão arterial elevada: PA ≥ P90 e < p95 para sexo, idade e altura ou PA 120/80 mmHg mas < P95 (o que for menor)	Pressão arterial elevada: PA 120/<80 mmHg a PA 129/<80 mmHg
HAS estágio I: PA ≥ P95 para sexo, idade e altura até < P95 + 12 mmHg ou PA entre 130/80 ou até 139/89 (o que for menor)	Hipertensão estágio I: PA 130/80 ou até 139/89
HAS estágio II: PA ≥ P95 + 12 mmHg para sexo, idade e altura ou PA ≥ entre 140/90 (o que for menor)	Hipertensão estágio II: PA ≥ 140/90

Fonte: adaptado da sociedade brasileira de pediatria

✓ Escala de Snellen

<b>E</b>	1	20/200
<b>F P</b>	2	20/100
<b>T O Z</b>	3	20/70
<b>L P E D</b>	4	20/50
<b>P E C F D</b>	5	20/40
<b>E D F C Z P</b>	6	20/30
<b>F E L O P Z D</b>	7	20/25
<b>D E F P O T E C</b>	8	20/20
<b>L E F O D P C T</b>	9	
<b>F D P L T C E O</b>	10	
<b>F E Z O L C F T D</b>	11	

## O INÍCIO DA VIDA

descomplicando as consultas de puericultura

### ✓ Caderneta do adolescente



Fonte: ministério da saúde

#### **IMPORTANTE!!**

Essa caderneta se adquire nas UBSs e USFs e devemos solicitá-la em todas as consultas

- ✓ Deve ser utilizada a partir dos 10 anos de idade;
- ✓ contém os gráficos e curvas necessárias para o acompanhamento do desenvolvimento fisiológico do adolescente;
- ✓ espaço para os registros de medidas antropométricas e maturação sexual;
- ✓ intervenções odontológicas;
- ✓ calendário vacinal;
- ✓ informações sobre a puberdade e períodos menstruais.

### REFERÊNCIAS

1. KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. *In*: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 24-62.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consulta do adolescente**: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Manual de Orientação. Rio de Janeiro: SBP, 2019.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de Pediatria**. 4. ed. Barueri: Manole, 2017.

# **Autores**

## **NEIDI PIERINI**

Aluna do 9º semestre do curso de Medicina da Universidade Feevale, fundadora da Liga de Cirurgia da Universidade Feevale - LACIF - e ex-monitora da disciplina de Anatomia Humana e Neuroanatomia.

## **ALINE FARIA SILVEIRA**

Acadêmica do 9º semestre de Medicina na Universidade Feevale. Voluntária no projeto de extensão Brincando e Aprendendo e aluna de iniciação científica no projeto de pesquisa "Famílias e os desafios do adoecimento psíquico: a questão das hospitalizações compulsórias", coordenado pelo Dr. Rogério Lessa Horta. Monitora de Biofuncionais I, nas disciplinas de Biologia Celular e Histologia I. Fundadora da Liga da Dor da Universidade Feevale e do Diretório Acadêmico da Medicina Feevale.

## **DANIEL FELIPE FRIEDRICH KLEINIBING**

Aluno do 9º semestre do curso de Medicina da Universidade Feevale.

## **CAROLINA STEDILE SIXTO**

Aluna do 9º semestre do curso de Medicina da Universidade Feevale.

## **ÉVELIN GRIEBELER DA ROSA**

Acadêmica do 9º semestre do curso de Medicina da Universidade Feevale. Atualmente monitora da disciplina de Processo Saúde-Doença II e membro ouvinte da Liga Acadêmica de Neonatologia e Pediatria da Universidade Feevale, Liga Acadêmica de Clínica Médica da Universidade Feevale e Liga Acadêmica de Cirurgia da Universidade Feevale. Atua como voluntária dos projetos de Extensão 'HIV: Fique Sabendo' e 'Reabilitação Pulmonar: da prevenção à reabilitação' da Universidade Feevale.

# **Autores**

## **GABRIELA CRESPO PIRES**

Acadêmica do 9º semestre do curso de medicina da Universidade Feevale. Participa da Liga Acadêmica de Neonatologia e Pediatria da Universidade Feevale, Liga de Saúde e Espiritualidade da PUCRS e Liga de Imunologia Clínica da PUCRS. Ex-monitoria da disciplina Processo Saúde Doença II. Atualmente atua como monitora da disciplina de Semiologia Médica.

## **LETICIA COLISSE**

Aluna do 9º semestre do curso de Medicina da Universidade Feevale.

## **SANDRA STRUCK**

Aluna do 9º semestre do curso de Medicina da Universidade Feevale. Ex-monitora da disciplina Processo Saúde Doença I e da disciplina de Saúde Materno III. Membro ouvinte da Liga Acadêmica Médica do Coração da FEEVALE - LAMCUF e membro ouvinte da Liga Acadêmica de Neonatologia e Pediatria FEEVALE- LANP.

## **CLARISSA NOER**

CRM 25739 RQE 37278

Médica pela UFRGS, residência em pediatria no Hospital da Criança Conceição. Especialista em pediatria pela SBP e em preceptoria médica no sus pelo Instituto Sirio-Libanês-IEP . Mestre em pediatria pela UFSCPA. Membro do comitê de desenvolvimento e comportamento da SBP e membro da Society of developmental and behavior pediatrics . Professora de Medicina na Universidade Feevale.

**ISBN:  
978-65-86341-07-2**

