

PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

LINHA DE CUIDADO DA GESTANTE E CRIANÇA



SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE: DENISE FERNANDES CARVALHO.

INTRODUÇÃO	4
FLUXO DE ATENDIMENTO	5
C A P Í T U L O I Saúde da Gestante	8
1-ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL	9
1.2- ASSISTÊNCIA BÁSICA: PRÉ-NATAL	10
2- GRUPOS COM AS GESTANTES:	11
3 - AÇÕES COMPLEMENTARES	12
Material de apoio: Atenção ao pré natal de baixo risco.....	12
C A P Í T U L O II.....	13
4- SAÚDE DA CRIANÇA.....	14
4.1- Linha de cuidado da atenção integral á saúde da criança.....	14
4.2-Linha do cuidado do recém-nascido após alta da maternidade - acolhimento mãe-bebê na unidade de saúde.	14
4-3 Ações realizadas na Unidade Básica no momento do acolhimento:	15
4.4- FLUXO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA NO 1º ANO DE VIDA.....	16
4.5-FLUXO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA DE 01 ANO À 05 ANOS DE VIDA....	17
4.6 ROTEIRO DE ATIVIDADES DO ACOLHIMENTO MÃE ó BEBÊ.....	18
4.7 TABELA DE DESENVOLVIMENTO	19
5- ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA	20
CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (ano 2013).....	21
6- ROTINA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS DE IDADE.....	27
6.1-PROCEDIMENTOS COMUNS A TODAS AS CONSULTAS:	27
6.2 ACOLHIMENTO MÃE-BEBÊ.....	27
6.4 CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO:	27
7- CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	32
7.1 Ações no nível da atenção básica:.....	33
7.2 Ações no nível da média complexidade:	34
7.3 Sinais clínicos dos casos graves de desnutrição	34
8- RECOMENDAÇÕES PARA O ACOMPANHAMENTO DO LACTENTE PREMATURO.....	34
8.1 CONDUTAS.....	35
9 - TRIAGEM NEONATAL ó TESTE DO PEZINHO.....	37
9.1- ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO	37
10- AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO.	38

10.1 -Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno:	38
10.2 - FORMULÁRIO DE HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO	39
10.3- O QUE OBSERVAR DURANTE A MAMADA POSICIONAMENTO	40
10.4- FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE MAMADAS.....	41
10.5- ORDENHA.....	41
10.6- COMO ARMAZENAR O LEITE RETIRADO.....	43
10.7- Transporte do leite materno ordenhado:	43
10.8- FORMULÁRIO DE COMO OBSERVAR UMA ORDENHA MANUAL (AUTO ORDENHA)	44
10.9- ALIMENTAÇÃO COM COPINHO	45
11- DIREITOS E PROTEÇÃO LEGAL.....	45
12- CONTRACEPÇÃO DA NUTRIZ.....	46
13- ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	46
13.1 GRUPOS DE ALIMENTOS	49
14 - Material de apoio:	52

INTRODUÇÃO

Quando pensamos em elaborar este material, foi com o intuito de amparar a gestante e criança recém-nascida. Para isso, temos que pensar nela desde a concepção, e, portanto na mãe, com os cuidados que devem ser dispensados a ela nesta fase tão importante para a formação da vida e do futuro cidadão. Concluímos que esses cuidados deveriam ser dados por uma equipe multidisciplinar para melhor atender a gestante e criança sob os pontos de vista físico e emocional.

Este enfoque do binômio mãe-feto possibilitou pensarmos como deveríamos atuar de modo concreto no melhor atendimento perinatal, como foi nos primeiros tempos da Perinatologia com nomes importantes como Virginia Apgar, Ian Donald, Erich Saling, Hochheim dentre muitos outros especialistas de diferentes áreas e de modo especial o interesse dos neonatologistas.

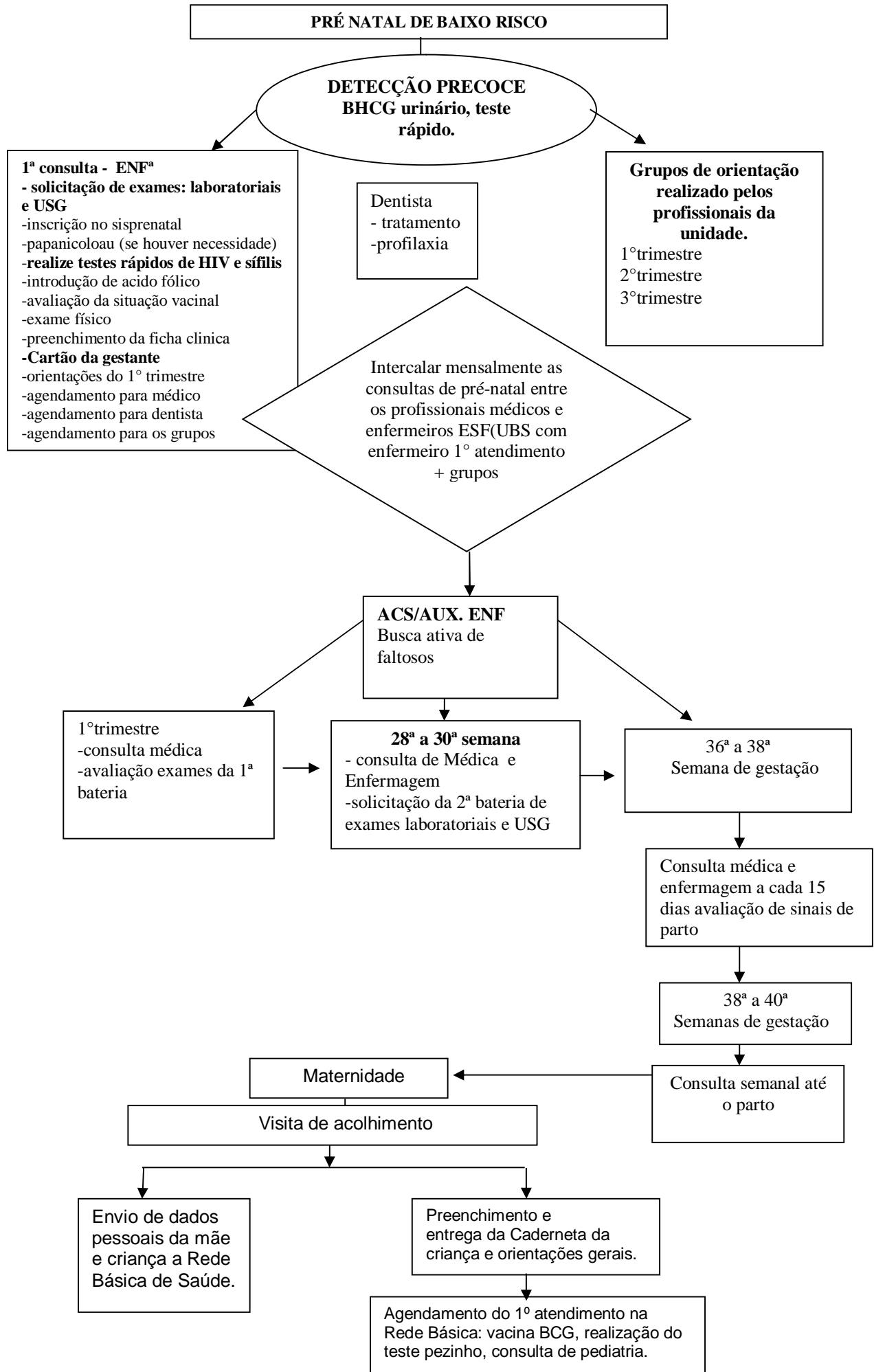
A Perinatologia passou a nos dar experiência de como atender melhor o recém nascido diminuindo a mortalidade neonatal e perinatal. É uma das grandes lições que esta nova concepção assistencial nos dá é que o trabalho se torna fácil se a equipe multidisciplinar estiver previamente formada, sobretudo se o pediatra conhecer antecipadamente os problemas maternos.

Entregamos então esta compilação de dados não como algo definitivo e sim um roteiro para os **profissionais que realmente sentem preocupação pela mãe, pelo feto, pelo recém nascido e criança** que se **disponham a se doar em um espírito completo de colaboração**, para provermos um verdadeiro modelo de atendimento à gestante, à criança, à nutriz, lembrando que é impossível criticar as atitudes de outrem, pois ninguém é dono da verdade, sobretudo a científica, quando as condutas mudam com o tempo (Murtagh).

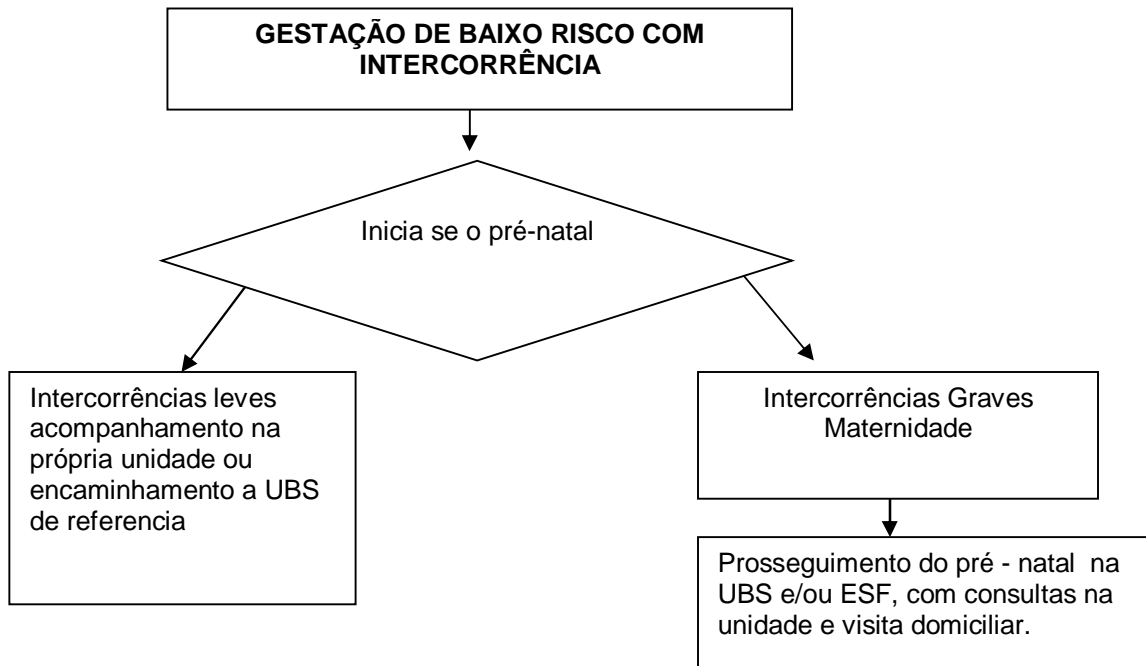
FLUXO DE ATENDIMENTO

PRÉ . NATAL DE BAIXO RISCO;
GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO COM INTERCORRÊNCIA;
GESTAÇÃO ALTO DE RISCO;

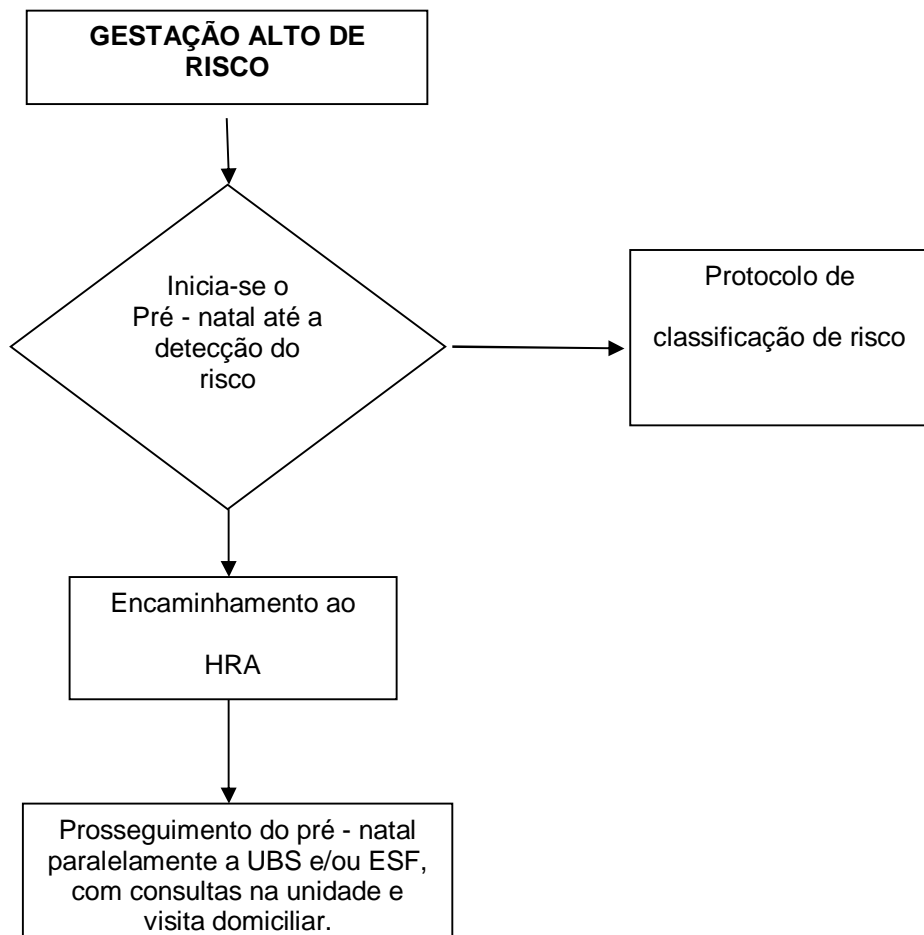
FLUXO DE ATENDIMENTO



FLUXO DE ATENDIMENTO



FLUXO DE ATENDIMENTO



CAPÍTULO

!

Saúde da Gestante

1-ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

A Assistência Pré-Natal visa assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Consiste, em resumo, em uma tríade:

- a) Prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que afetam adversamente a gravidez, incluindo os fatores sócio-econômicos e emocionais, bem como os médicos e/ou obstétricos;
- b) Instruir a paciente no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, parto, atendimento ao recém-nascido, bem como aos meios de que ela pode se valer para melhorar sua saúde;
- c) Promover um suporte psicológico adequado por parte do seu companheiro, sua família e daqueles que a tem sob seu cuidado, especialmente na primeira gravidez, de forma que ela possa ser bem sucedida na sua adaptação à gravidez e diante dos desafios que enfrentará ao criar uma família.

O atendimento pré-natal deve proteger o binômio mãe-filho, durante a gestação e o parto para garantir a perfeita estruturação somato-psíquica do recém-nascido e para tanto deve proporcionar facilidade e continuidade no acompanhamento pré-natal e respostas positivas das ações de saúde sobre a saúde materna e perinatal.

A unidade de saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

O início do pré-natal deve ocorrer no 1º trimestre gestacional permitindo que ações preventivas e terapêuticas sejam oportunamente introduzidas.

O envolvimento da comunidade e dos profissionais de saúde é essencial para que a captação precoce das grávidas ocorra. Esse processo pode ser facilitado pela utilização dos meios de comunicação, por meio de visitas domiciliares e de atividades que visem a educação, especialmente coletiva, da comunidade. Ao iniciar o pré-natal a grávida deve perceber que os profissionais são adequadamente treinados e preparados para seu atendimento, com uma visão de assistência integral à saúde da mulher.

A organização do serviço deve proporcionar rapidez e eficiência no atendimento.

A captação das pacientes somente será mantida se a qualidade dos serviços ofertados corresponder às expectativas.

Após o início do pré-natal todo esforço necessita ser feito para permitir que o controle periódico, oportuno e contínuo das grávidas, seja assegurado. Esta medida pode ser facilitada pela participação da gestante nas atividades desenvolvidas pela unidade de saúde.

A estrutura física da instituição precisa ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às pacientes. Além disso, todos os equipamentos e instrumentos necessários ao atendimento obstétrico e ginecológico devem estar disponíveis.

A estrutura da unidade precisa, ainda, permitir o acesso aos exames laboratoriais obrigatórios, aos exames especializados, quando pertinentes, e oferecer gratuitamente medicamentos básicos às gestantes.

Para que o acompanhamento da paciente se faça de forma adequada torna-se necessária à existência de mecanismos que permitam o registro das grávidas e métodos

estatísticos que avaliem as ações de saúde prestadas pela instituição. Com isso, torna-se possível o acompanhamento sistematizado da gravidez, do parto e do puerpério, por meio da coleta e da análise dos dados obtidos em cada consulta, a saber, o **prontuário médico/enfermeiro** e o **cartão da gestante**(registro dos principais dados do acompanhamento pré-natal que devem permanecer em poder da gestante e essenciais quando da necessidade de referência e contra-referência da grávida).

Por fim, há necessidade de um **serviço efetivo de referência e contra-referência** que proporcione à clientela, quando necessário, acesso aos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Ao ser encaminhada a paciente necessita levar consigo uma referência formal na qual conste o motivo do encaminhamento, os dados clínicos de interesse e seu cartão da gestante. Na contra-referência deverão constar os dados relativos ao atendimento, principalmente os relacionados aos exames realizados, os diagnósticos propostos, os tratamentos realizados e as recomendações sugeridas. Após o parto, é preciso assegurar-se do retorno da puérpera e do recém-nascido ao serviço de saúde de origem, de posse de toda a informação necessária ao seguimento e notificação da equipe de saúde.

Os métodos estatísticos utilizados devem avaliar a qualidade da assistência pré-natal e identificar os problemas da instituição e da própria população-alvo, visando, com isso, a adoção de estratégias que permitam melhorar a assistência pré-natal.

1.2- ASSISTÊNCIA BÁSICA: PRÉ-NATAL

A frequência de toda gestante ao pré-natal é fator primordial para a prevenção e o tratamento precoce de diversas afecções que poderão afetar a integridade do novo ser que irá nascer, além de propiciar, no momento do parto, informações necessárias para o atendimento adequado.

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6(seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

Cabe a toda equipe de saúde empenho permanente para aprimorar esta atividade, que é fundamental para a futura mãe e seu filho. Descreveremos a seguir a sequência prática necessária para que o **pré-natal de baixo risco alcance seu objetivo**:

Para uma assistência pré-natal efetiva, deve se procurar garantir:

- Discussão permanente com a população da área (em especial com as mulheres) sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;
- Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas.
- Garantir que as mulheres realizem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário;
- Acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puéperas que procurem a unidade de saúde;
- Realização do cadastro da gestante, depois de confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do sisprenatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante;

- Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, 28ª semana; quinzenalmente, 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo).
- Incentivo ao parto normal e a redução da cesárea;
- Realização de anamnese, exame físico e exames complementares indicados;
- Imunização antitetânica e para hepatite B;
- Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
- Diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
- Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
- Atenção à adolescente conforme suas especificidades;
- Realização de práticas educativas, abordando principalmente: (a) o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; (b) a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; (c) os cuidados com o recém-nascido; (d) a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; (e) os direitos da gestante e do pai; (f) os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; (g) aspectos psicológicos e fisiológicos na gestante; (h) saúde bucal da gestante.
- Identificação do risco de abandono da amamentação e encaminhamento da gestante aos grupos de apoio ao aleitamento materno e/ou ao banco de leite humano de referência.
- Oferta de atendimento clínico e psicológico à gestante;
- Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto.
- Sistema eficiente de referência e contrarreferência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal (em todos os níveis do sistema de saúde) para todas as gestantes, conforme exigência de cada caso.
- Registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no Sis prenatal.
- Atenção à puerpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até 42º dia após o parto).

2- GRUPOS COM AS GESTANTES:

O projeto Germinar deve assegurar que todas as mães participem de oficinas realizadas nas UBS e ESF onde realizam o pré-natal. A equipe de cada unidade de saúde deve utilizar diversas técnicas e abordagens capazes de possibilitar a participação ativa das gestantes e familiares no processo de aprendizado como dinâmicas de grupo, dramatização, estudo de casos, uso de formulários, ilustrações, diapositivos, etc.

O contato prévio da gestante com a maternidade à qual está vinculada contribui para a redução da ansiedade no período do parto.

O conteúdo sugerido das oficinas está descrito a seguir: Sugestões

1º TRIMESTRE:

- Importância do acompanhamento Pré-Natal/ Incentivo à participação dos pais/parceiros e familiares;
- Aspectos físicos e psicológicos na gestação;
- Alimentação da gestante/hábitos saudáveis de vida;
- Orientação quanto à saúde bucal;(Consulta com o Dentista)
- Orientação atividade física

2º TRIMESTRE:

- Incentivo ao aleitamento materno e sua importância;
- Preparo das mamas durante gestação
- Importância do acompanhamento do puerpério;
- Aspectos psicológicos;
- Grupo de orientação pais e avós.

3º TRIMESTRE:

- Cuidados com Recém Nascido
- Parto/Hospitalização; (físio)
- Planejamento Familiar;
- Aleitamento Materno;
- Saúde Bucal;
- Aspectos psicológicos/ Depressão pós parto;

3 - AÇÕES COMPLEMENTARES

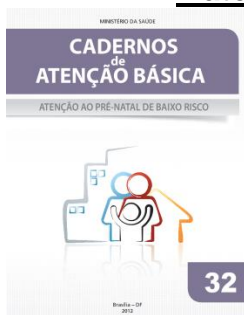
O bom relacionamento entre a paciente e seu médico pré-natalista é de fundamental importância para as avaliações subsequentes e confiança no momento do parto.

O registro da maternidade de referência deverá estar assentado na ficha de pré-natal e na carteira da gestante, evitando que, no momento de emergência, ela faça caminhadas desnecessárias a maternidades não referenciadas, aumentando, assim, a tensão e o risco no acompanhamento do parto.

Encaminhamentos para outras clínicas como endócrino, reumato e mesmo serviço odontológico deverão ser feitos sempre que necessário.

Orientação sobre imunização por vacinas (antitetânica) não deve ser esquecida e a realização dos exames laboratoriais de rotina complementa esta avaliação geral da gestante.

Material de apoio: Atenção ao pré natal de baixo risco.



CAPÍTULO

II

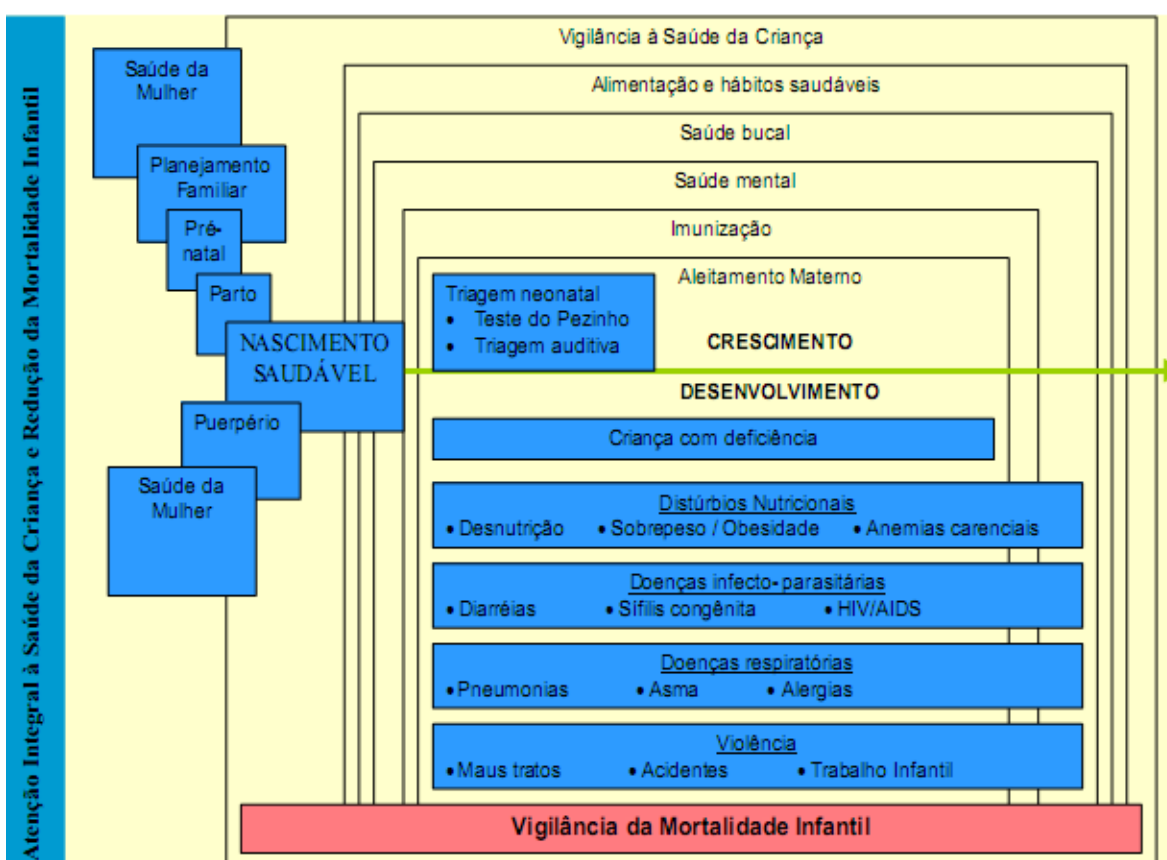
Saúde da Criança

4- SAÚDE DA CRIANÇA

4.1- Linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança

A linha de cuidado da saúde da criança tem como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (quadro abaixo), e a assistência baseiam - se na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde.

O instrumento utilizado para esse acompanhamento, desde 2002 é a Caderneta de Saúde da Criança, distribuída universalmente para todos os nascidos vivos das maternidades públicas e privadas.



4.2-Linha do cuidado do recém-nascido após alta da maternidade - acolhimento mãe-bebê na unidade de saúde.

A estratégia "Acolhimento Mãe-Bebê na Unidade de Saúde após alta da Maternidade+

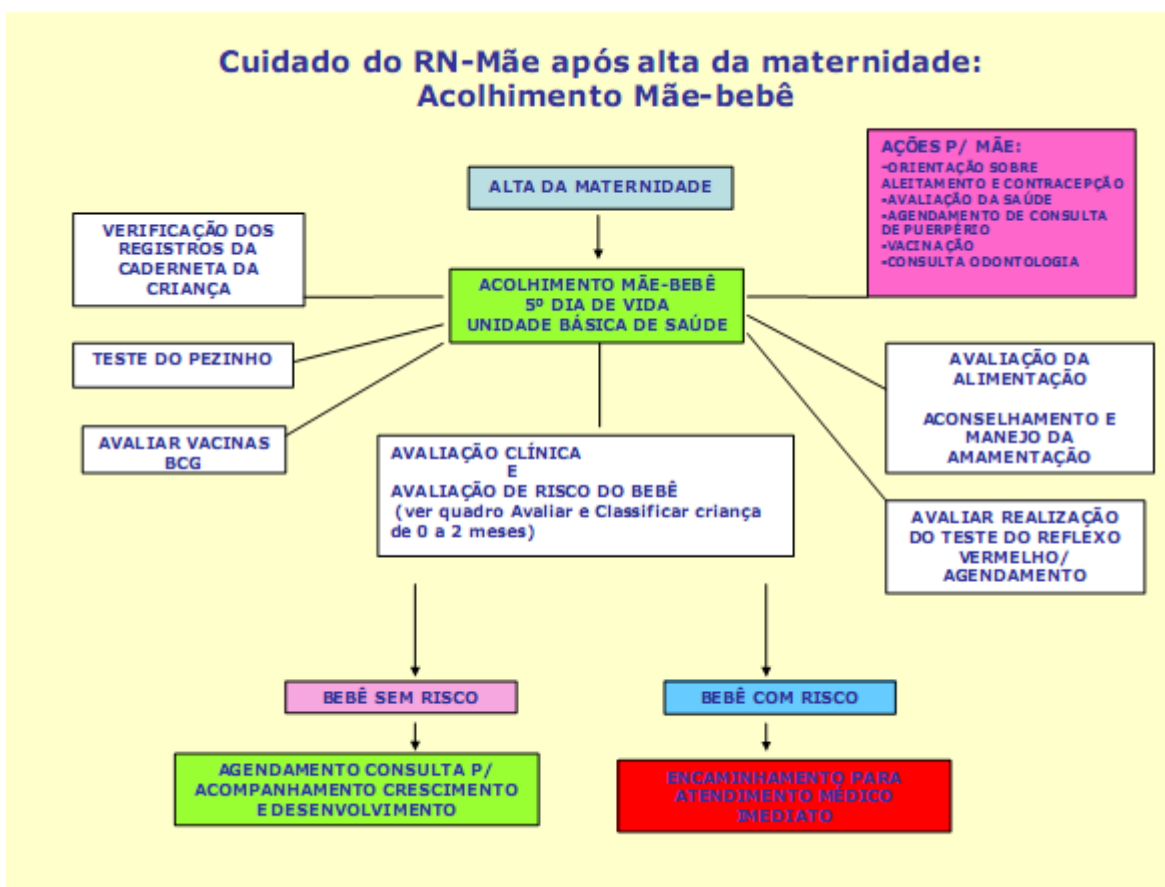
Objetivos de:

- 1) Estabelecer uma referência para uma recepção humanizada, após alta da maternidade, do binômio mãe-bebê na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência;
- 2) Realizar as ações preconizadas para a 1ª semana de vida do bebê e, no caso da mulher, as ações referentes à 1ª semana após o parto;
- 3) Possibilitar o estabelecimento precoce do vínculo da família com essa Unidade de Saúde.

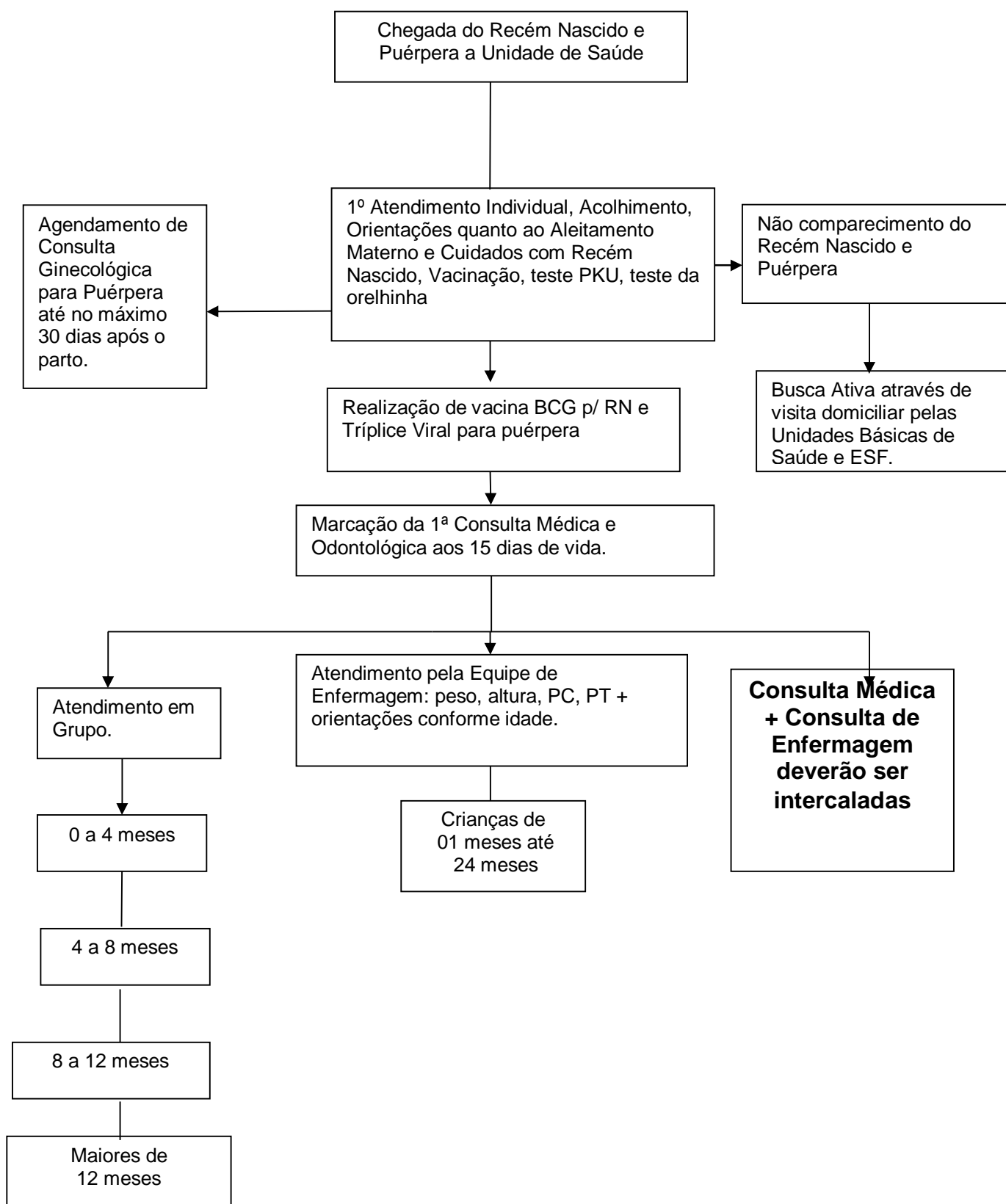
Consiste na orientação no momento da alta da maternidade, com valorização e preenchimento da Caderneta da Criança e utilização de cartão de referência para recepção na unidade básica, com garantia de atendimento. É a porta de entrada organizada para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança na rede municipal de saúde.

4-3 Ações realizadas na Unidade Básica no momento do acolhimento:

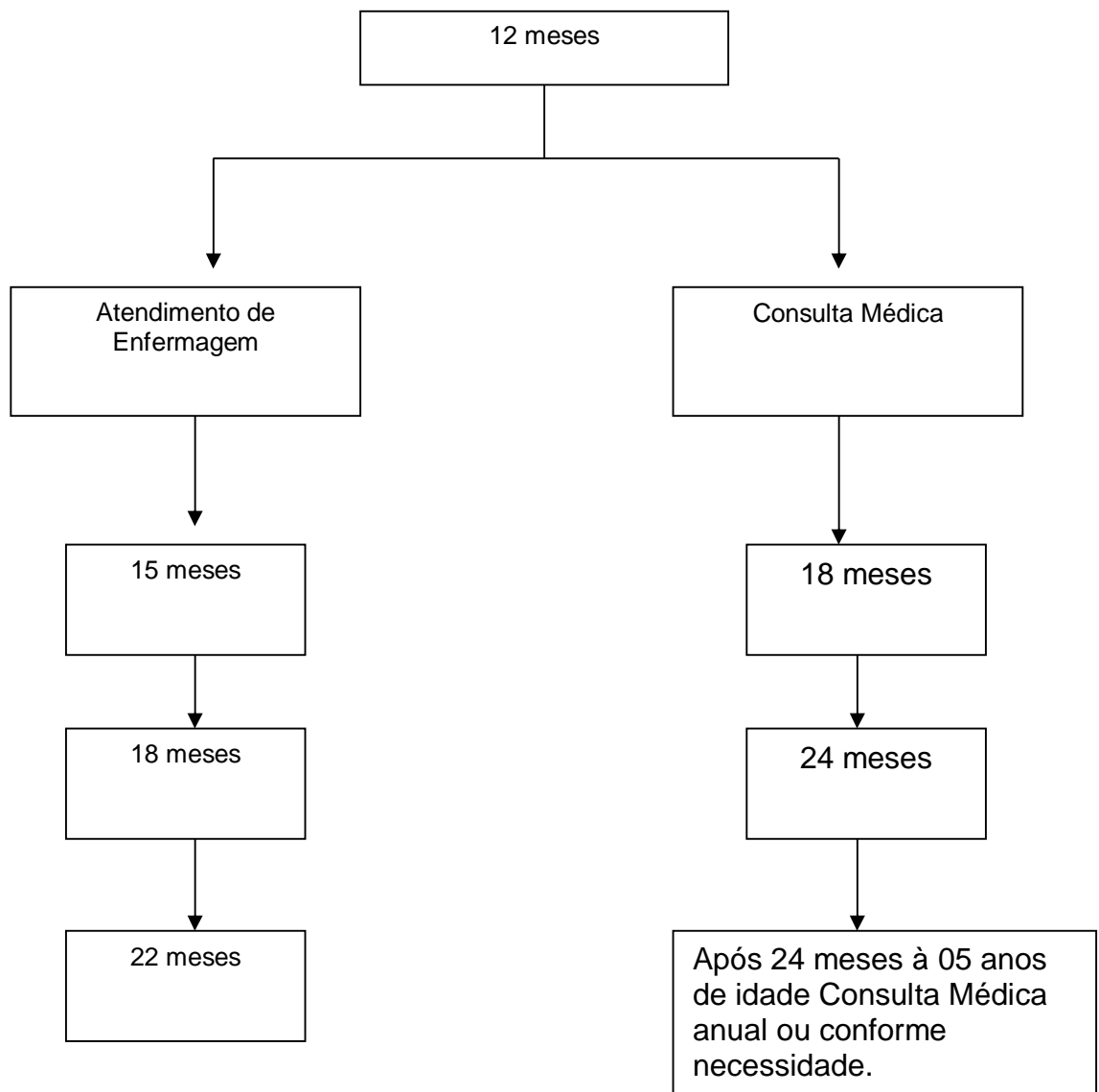
- “ Coleta do Teste do Pezinho (idealmente no 5º dia de vida);
- “ Vacina BCG (checar, aplicar se ainda não realizado/checar também anti-hepatite B);
- “ Avaliação do aleitamento materno . orientação, proteção e apoio.
- “ Informação sobre atividades em grupo, profissionais capacitados para orientação;
- “ Agendamento ou consulta do bebê de acordo com a avaliação
- Avaliação do risco do bebê no momento do acolhimento (icterícia, secreções, má sucção e outras): consulta imediata e/ou agendamento de consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, dentro da 1ª quinzena de vida.
- “ Agendamento ou consulta da puérpera de acordo com a avaliação do risco:
- Verificação de sinais de alerta (hemorragia, febre, dor, sinais de infecção, depressão e outros): consulta imediata e/ou agendamento de consulta pós-natal.
- “ Avaliação do método contraceptivo que está sendo utilizado (orientação, oferta de método de espera e encaminhamento para grupo de planejamento familiar);
- “ Verificação da situação vacinal para tétano e rubéola (completar/iniciar esquema vacinal);
- “ Agendamento para retirada de pontos em caso de cesariana e
- “ Agendamento de consulta odontológica/ avaliação saúde bucal.



4.4- FLUXO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA NO 1º ANO DE VIDA



4.5-FLUXO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA DE 01 ANO À 05 ANOS DE VIDA



4.6 ROTEIRO DE ATIVIDADES DO ACOLHIMENTO MÃE E BEBÊ

ROTEIRO DE ATIVIDADES DO ACOLHIMENTO MÃE E BEBÊ	
Nome da Unidade _____	
Dados gerais de identificação	
Nome mãe: _____	Idade _____ CNS _____
Nome do pai: _____	Idade _____
Nome do(a) RN: _____	CNS. _____
Local do Parto _____	Tipo de Parto: () Normal () fórceps () cesáreo
Data parto ____/____/____	Data alta ____/____/____ Data acolhimento ____/____/____
Registro de Nascimento () Sim () Não	
Avaliação do(a) RN	
RNR (RN de Risco): () Sim	Código: _____ () Não
Queixas: _____	
Icterícia? () Sim () Não	Lesão de pele: () Sim () Não
Coto umbilical: () secreção () eritema () sem alterações	
Aleitamento materno: () somente leite materno(LM) () LM+ água, chá ou suco	
() LM + outro leite () Somente outro leite	
Avaliação da mamada: mamilos, pega e posição . Alterações: () Sim () Não	
Quais: _____	
Encaminhada para apoio ao AM? () Sim () Não Onde? _____	
Vacinas aplicadas na maternidade: () BCG () Hepatite B	
Pai tem contato com a criança? () Sim () Não	
Quem ajuda você com o bebê? () Pai () Ninguém () Outro: _____	
Avaliação da Mãe	
Relação com o bebê: () tranqüila () conflituosa	
Relação com o parceiro: () tranqüila () conflituosa	
Queixa: _____	
Boas condições gerais de saúde? () Sim () Não Por quê? _____	
Cicatriz cirúrgica em boas condições? () Sim () Não - Febre?() sim () não	
Sangramento normal? () Sim () Não - Evacuação e micção s/ alteração? () Sim () Não	
Mamas com alteração? () Sim () Não - Qual? _____	
Encaminhada para o planejamento familiar? () Sim () Não , por quê? _____	
Fornecido método contraceptivo de espera? () Sim () Não	
Desde que o bebê nasceu, você tem se sentido triste ou deprimida na maior parte do tempo? () Sim () Não	
Desde que o bebê nasceu, você tem se sentido incapaz de sentir prazer nas atividades que antes eram prazerosas para você? () Sim () Não	
Caso a paciente seja Rh (-), foi administrado imunoglobulina anti-Rh no pós-parto imediato? () Sim () Não. Caso não, encaminhar com urgência para maternidade de origem.	
Ações de saúde realizadas no acolhimento	
Para o bebê	
() teste do pezinho () BCG () apoio aleitamento materno	
Encaminhado para atendimento de urgência?() Sim , por que? _____ () Não	
Agendada consulta p/acompanhamento do crescimento/desenvolvimento ____/____/____	
Outras? Quais? _____	
Para a Mãe	
() recepção () informação () vacina para rubéola	
() retirada de pontos - data ____/____/____	
Encaminhada para atendimento de urgência?() Sim, por que? _____ () Não	
Agendada consulta de puerpério para ____/____/____	
Agendada na saúde bucal para ____/____/____	
Se < 15anos: agendada consulta na Clínica de Adolescente? () Sim ____/____/____ () Não	
Nome do Profissional _____ Categoria funcional _____	

4.7 TABELA DE DESENVOLVIMENTO

Idade	Inteligência Mental	Físico-Motor	Sócio-Afetivo-Emocional
1 mês	Agarra o que for colocado na palma da mão	Comanda o pescoço, virando a cabeça para o lado	Conhece a voz da mãe. Chora quando sente dor, fome ou desconforto
2 mes es	Começa a descobrir a luz e a cor	Vira de costas, mantém a cabeça freqüentemente para trás e, se ouve ruído volta-se para o lado	Pára de chorar quando ganha colo. Já esboça algumas emoções no rosto.
3 mes es	Procura com os olhos os objetos	Quando deitado de bruços, controla e levanta a cabeça.	Corresponde com sorriso ao carinho das pessoas.
4 mes es	Descobre suas mãos. Balbucia sons de vogais (a,e,u). Já segura firmemente os objetos, examina e leva-os à boca.	Deitado de bruços, apoia-se nos cotovelos. Quando no colo, mantém a cabeça erguida.	Dá risada alta e espontânea independente dos estímulos de terceiros.
5 mes es	Nota a diferença entre cores, desde que bem vivas. na palma das mãos. movimentação o das pessoas no	Rola na cama quando virado de bruços. Tenta levantar, apoiando-se	Solta gargalhadas. Percebe e ambientes novos e acompanha movimentação de pessoas no quarto e em outros espaços.
6 mes es	Explora tudo ao seu redor; Apanha objetos, aperta, bate. Tenta vocalizar as primeiras vogais e consoantes	Vira-se para trás e para frente, senta ainda com apoio. Geralmente os dentes começam a nascer.	Já se mostra aborrecido quando insatisfeito. Reconhece os familiares e sabe identificar a presença de estranhos.
9 mes es	Começa a revelar sua personalidade. Pode apanhar dois brinquedos, um em cada mão sem perder o equilíbrio. Imita expressões faciais e tonalidades de voz.	Engatinha, rola e senta-se sozinho. Quando suspenso com os pés no chão, faz movimentos para andar; se apoiado, permanece em pé	Gosta e se alegra com companhia dos outros. Faz graça se diverte, feliz, com brinquedos e objetos.
12 mes es	Mostra preferência por uma das mãos. Atira objetos propositalmente. no chão. Compreende uma ordem, Articula ao menos 4 palavras.	Ensaia os primeiros passos sozinho. Fica de pé amparado.	Fica encabulado na presença de estranhos. Ajuda quando o vestem. Segura copos para beber e, muitas vezes tenta usar a colher.
15 mes es	Faz gestos para pedir o que quer. Responde a frases familiares. Insiste em fazer tudo sozinho, introduzindo dele. os dedos em buracos. Pronuncia 4 a 6 palavras.	Anda sozinho, mesmo cambaleando. Sobe degraus.	Entusiasma-se com objetos ou seus agrados e fica zangado caso o tirem.
18 mes es	Mexe em tudo. Compreende proibições e diz 5 a 10 palavras organizando frases com 2 palavras.	Desajeitado ainda, anda e corre sozinho, além de subir em cadeiras. Controla a evacuação.	Presta atenção à música. Solicita ajuda quando em dificuldade. Demonstra afeto em contato com bonecos.
2 ano s	Nomeia objetos do dia a dia. Forma pequenas frases com verbo e pronome, sendo capaz de repetir novas palavras.	Corre, chuta bola, sobe escada, anda de triciclo. Controla parcialmente a bexiga e totalmente a evacuação. Completa a	Manifestação de ciúme. Não divide seus brinquedos. Interessa-se mais por histórias. Torna-se mais vaidoso.

		dentição.	
3 anos	Mais independente, libera seu raciocínio, pois adquire bom vocabulário, identificando, classificando e comparando os objetos.	Anda e corre à vontade com segurança. Controle total da bexiga.	Curioso, entra na fase dos porquês. Limita os adultos. Pode demonstrar ciúme do relacionamento dos pais

5- ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO **CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA**

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) é o eixo estruturante das linhas de cuidado da atenção integral à saúde da criança (0 a 10 anos) e possibilita a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna. Desde 2005, o instrumento utilizado é a Caderneta de Saúde da Criança, distribuída universalmente nas maternidades (públicas e privadas), e que deve ser valorizada pela equipe de saúde através do registro sistemático de informações relevantes a cada atendimento, compartilhando esse acompanhamento com a família.

Em um período curto de tempo, ocorreram mudanças consecutivas na caderneta da criança, ocasionando a presença paralela de diversos modelos na rotina das unidades. A principal foi na referência utilizada para a curva de crescimento, que passou do NCHS 1977 para a OMS 2006.

Em 2009, foi lançada uma nova caderneta com importantes alterações: inclusão do Índice de Massa Corporal (IMC) para a avaliação de crianças de 0 a 10 anos de idade; referência OMS 2007 para crianças de 5 a 10 anos; e, pontos de corte de todos os índices em scores z (unidades de desvio-padrão do valor da mediana). Requer-se, portanto, atenção do profissional para o diagnóstico nutricional no uso de diferentes índices e curvas, especialmente nas crianças limítrofes, devendo-se levar em consideração o acompanhamento clínico e o traçado da curva de crescimento.

Os pontos de corte -2 e -3 scores z correspondem aos percentis 3 e 0,1 que representam as faixas de risco de baixo-peso e muito baixo peso, respectivamente. Nestas faixas, a criança pode estar em situação de grande risco à saúde, devendo ter acompanhamento sistemático e receber intervenção adequada da equipe.

A criança deve ser avaliada e acompanhada com a caderneta apresentada pela família.
Fazer a vigilância do crescimento é promover a saúde da criança!



CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (ano 2013)

Caderneta separada para menino e menina

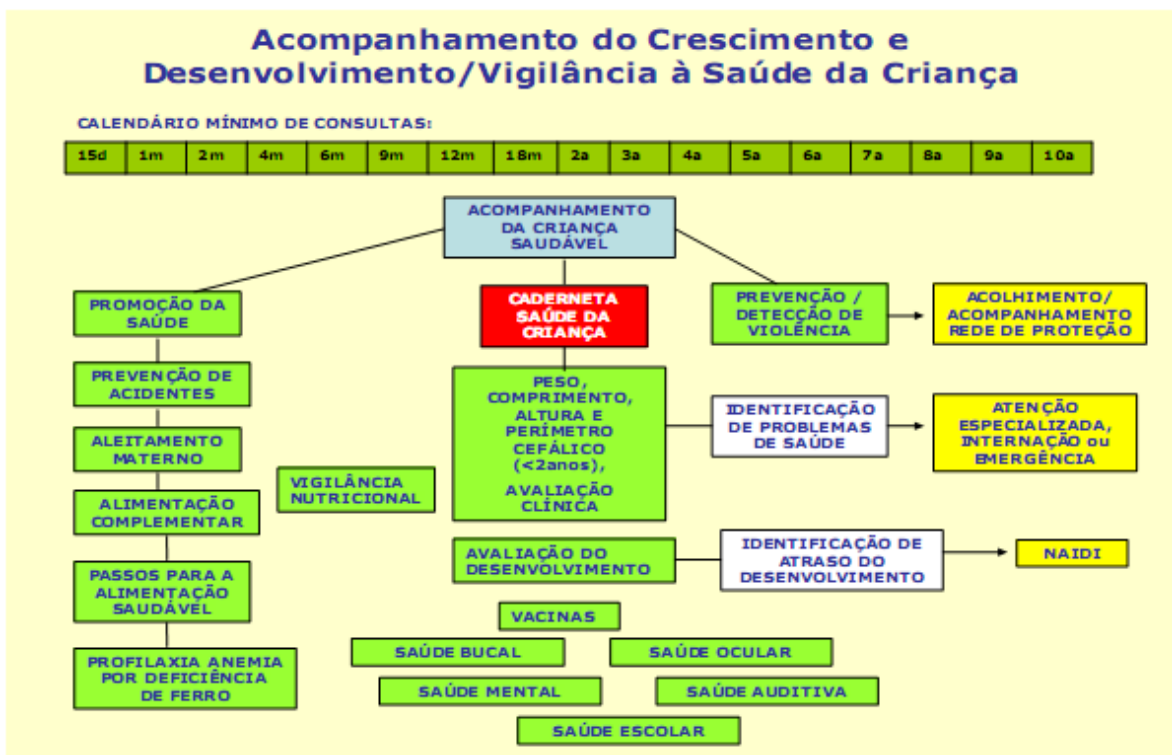
Faixa etária de 0 a 2 anos

Gráficos no interior da caderneta para os grupos de 0 a 2 anos, de 2 a 5 anos:

- 1 - Perímetro cefálico
- 2 - **Peso X Idade 0 Ë 5 anos** - este gráfico deverá ficar no prontuário de cada criança.
- 3 - Comprimento/estatura X Idade
- 4 - IMC

Padrão de referência: OMS 2006 de 0 a 5 anos

Quadro resumo do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e vigilância à saúde da criança de 0 a 10 anos:



1- Gráfico do perímetro Cefálico

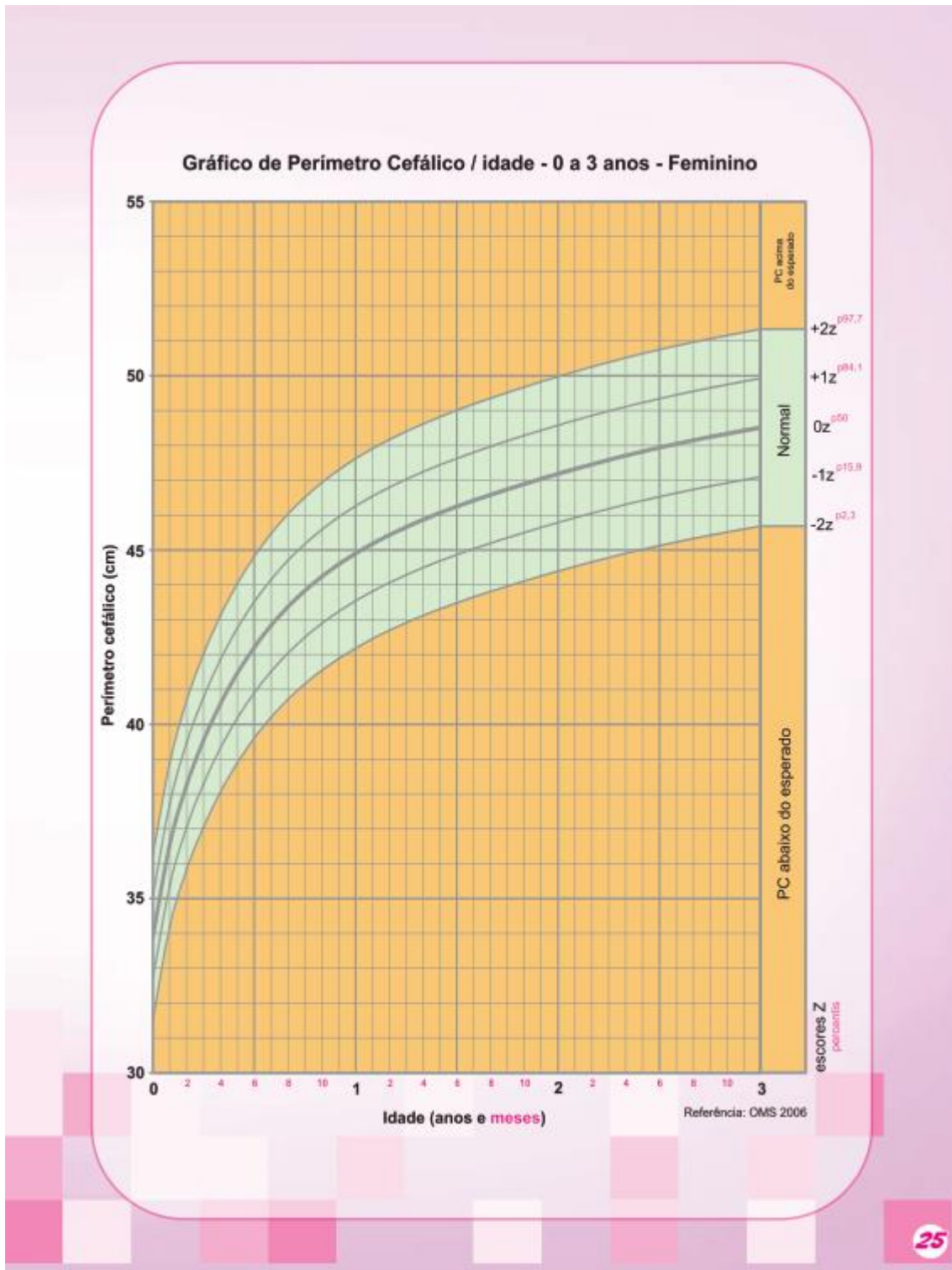
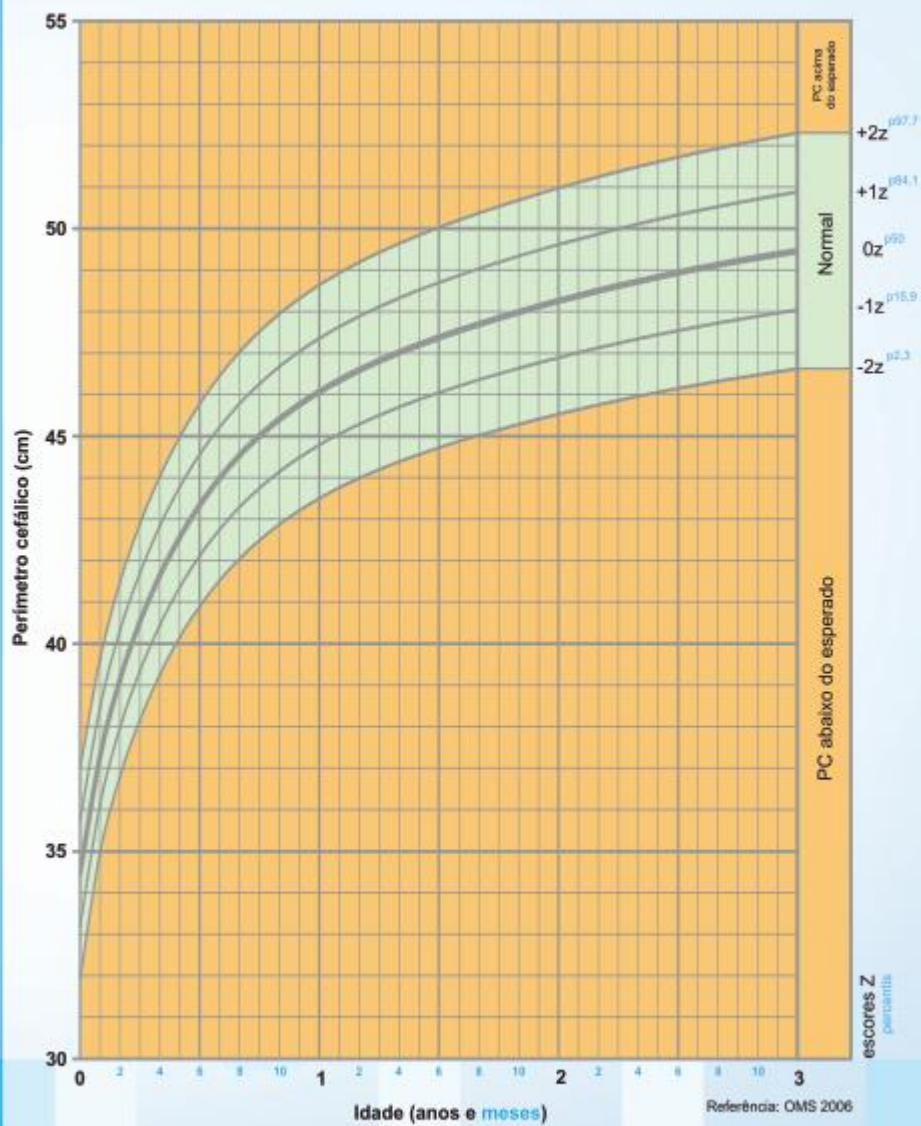
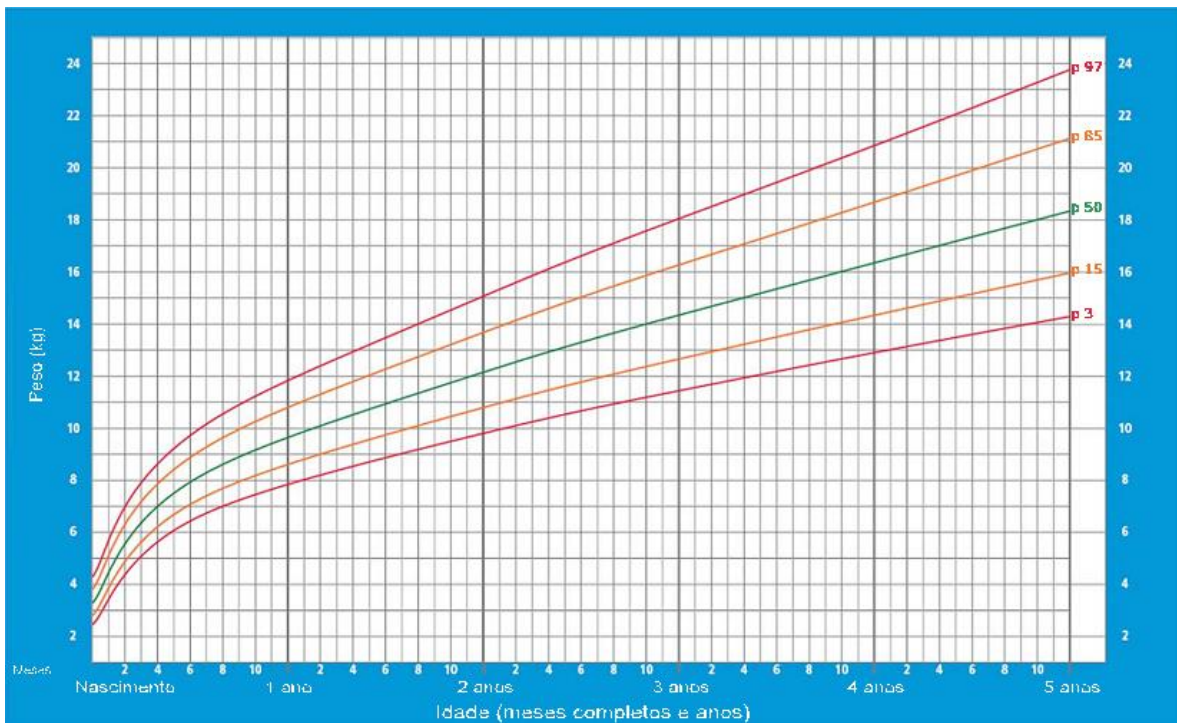
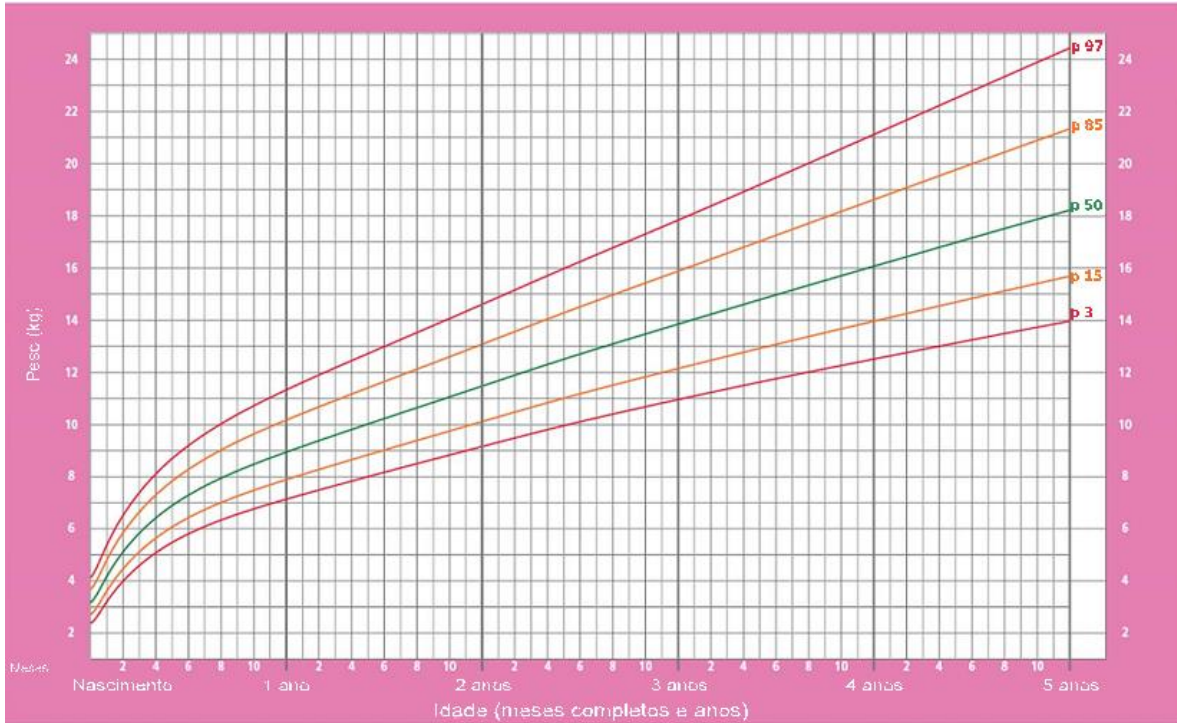


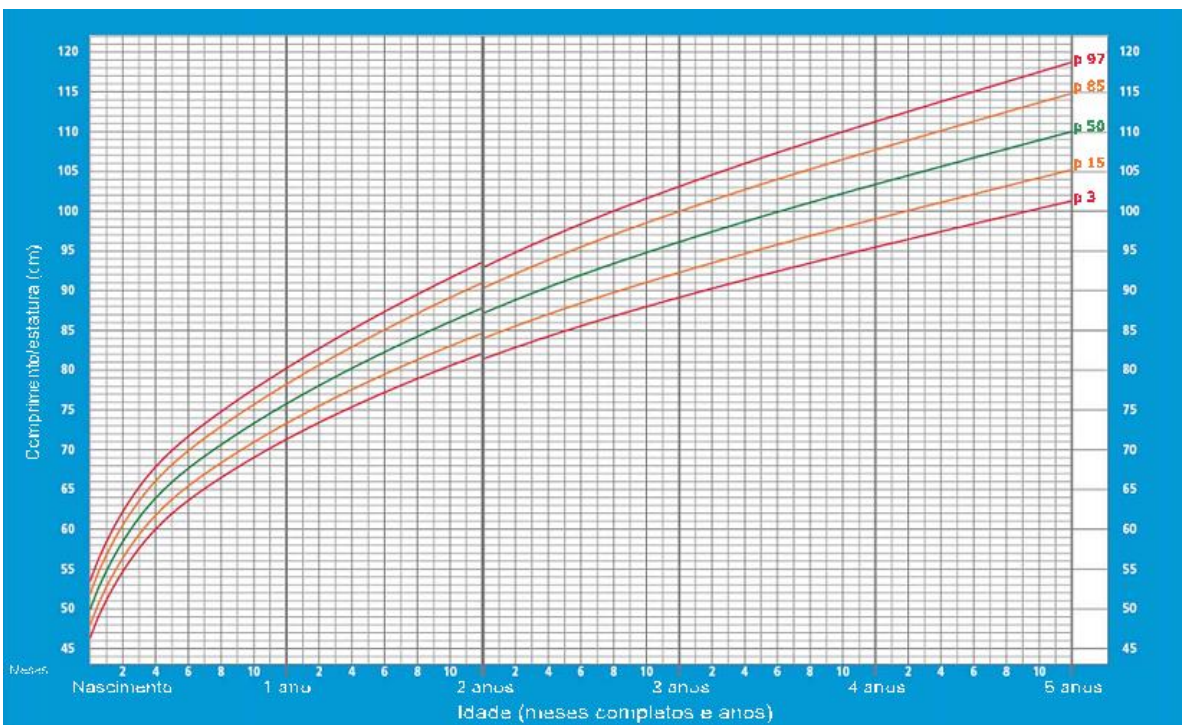
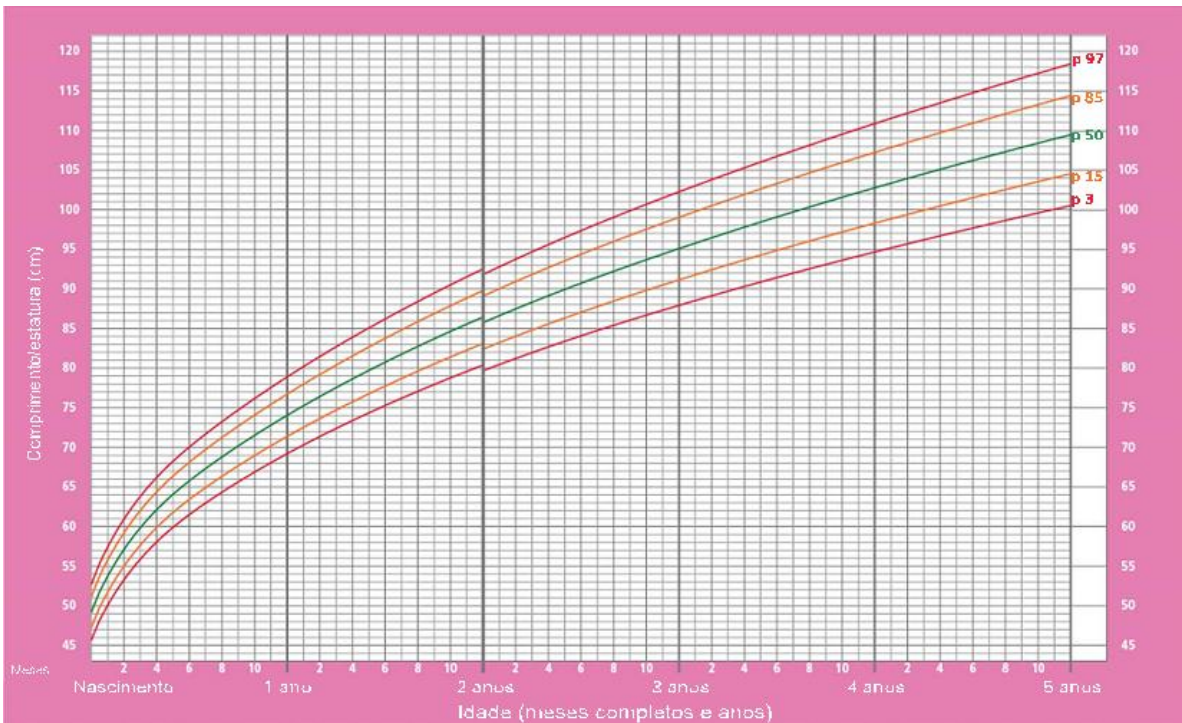
Gráfico de Perímetro Cefálico / idade - 0 a 3 anos - Masculino



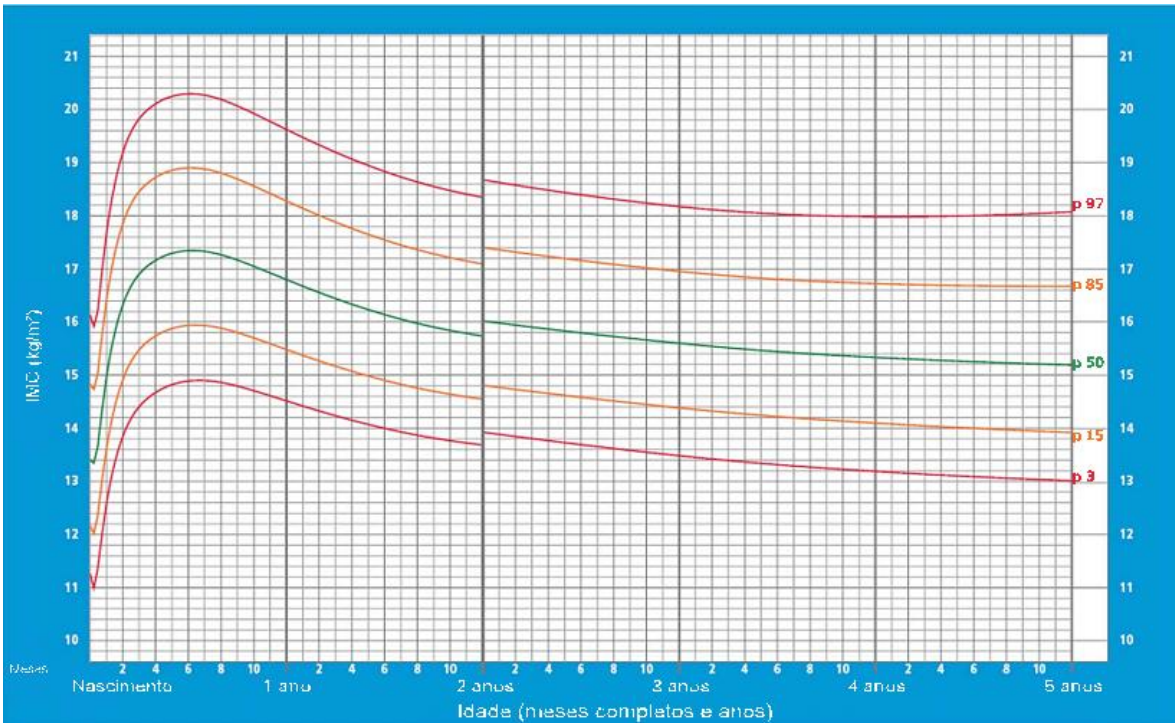
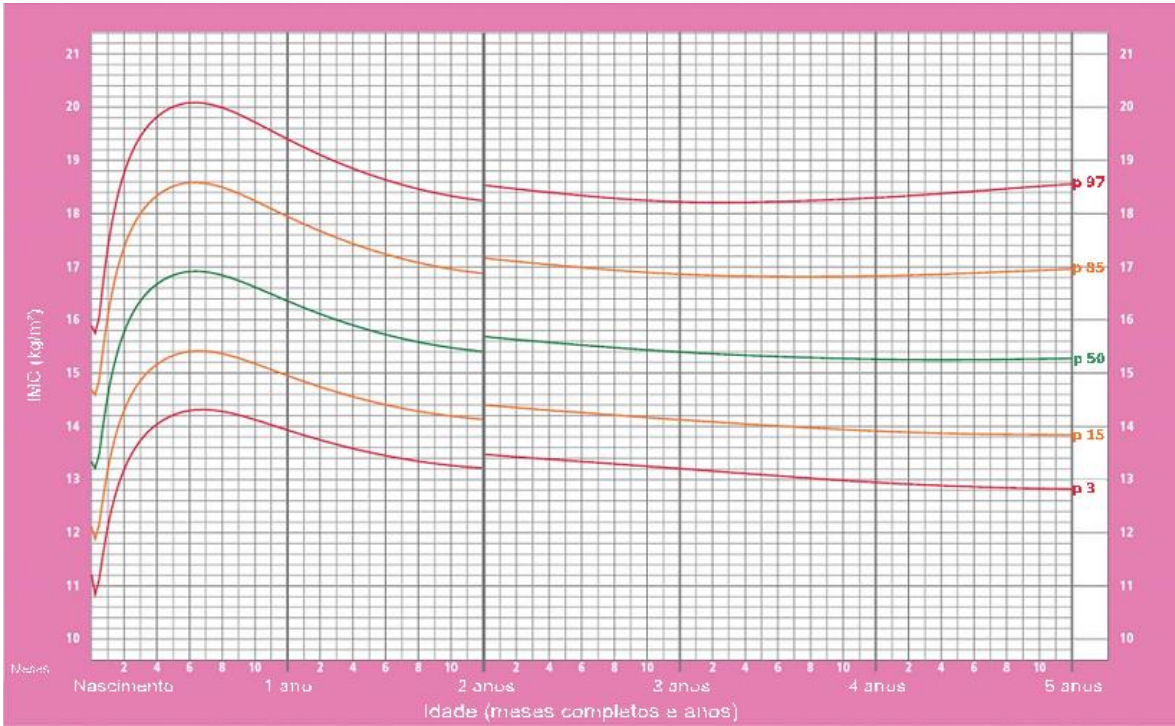
2 - Peso X Idade 0 Æ 5 anos



3 . Comprimento / estatura X Idade : 0 a 5 anos



4. IMC



6- ROTINA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS DE IDADE

6.1-PROCEDIMENTOS COMUNS A TODAS AS CONSULTAS:

- Avaliação da Caderneta da Criança** e registro de todos os dados na Caderneta.
 - Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento** (utilizar a %Tabela de Acompanhamento do Desenvolvimento+)

 - Avaliação do calendário vacinal** (verificar na Caderneta as vacinas realizadas e as agendadas; consultar %Calendário Vacinal+no Protocolo ou na Caderneta da Criança).

 - Incentivo ao Aleitamento materno e Orientação sobre alimentação saudável** (Orientações de aleitamento+e %Alimentação em menores de 2 anos e 10 Passos para Alimentação Saudável+.
- Importante: Se a criança não estiver mais sendo amamentada ao peito, sem possibilidade de reverter essa situação, consultar %Orientações para crianças totalmente desmamadas no primeiro ano de vida+ no Guia %Alimentação em menores de 2 anos e 10 Passos para Alimentação Saudável+, que permitirão aos profissionais de saúde atuarem de maneira mais adequada frente ao caso. (referência Guia alimentar para crianças menores de dois anos- Ministério da Saúde).

-**Orientação sobre saúde bucal** (utilizar como referência as orientações sobre Saúde Bucal da Caderneta da Criança).

-Orientação sobre prevenção de acidentes e bons-tratos

-**Avaliação clínica da criança:** Em todas as consultas devem ser perguntado à mãe sobre os quatro sintomas (tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre e problemas de ouvido), assim como os sinais de perigo (a criança não consegue beber ou mamar, a criança vomita tudo o que ingere, a criança apresentou convulsões e/ou a criança está letárgica ou inconsciente) e dado o encaminhamento necessário.

Ficar atento a situações sugestivas de maus-tratos.

6.2 ACOLHIMENTO MÃE-BEBÊ

- 1) Solicitar a Caderneta da Criança à família: verificar as informações preenchidas pela maternidade e anotar o que for realizado no atendimento. Informar a família sobre a importância da utilização desse instrumento.
- 2) Utilizar o **Í Roteiro de Atividades do Acolhimento Mãe-Bebê** para o atendimento e agendar a 1ª consulta médica.

6.4 CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO:

1ª CONSULTA MÉDICA DO RN (nos primeiros 15 dias de vida):

1) Exame físico detalhado do RN (atenção à icterícia, quadris, genitália, ausculta cardíaca e pulmonar, palpação abdominal, etc.).

2) Orientações sobre o banho e higiene em geral:

- **O banho diário** deve ser de imersão, com sabonete neutro, utilizando-se de banheira e toalha individuais, preferencialmente na mesma hora do dia com água tratada e morna (36,5 a 37°C). Deve ser evitado o uso de talcos e soluções anti-sépticas. A higiene genital deve ser feita em toda troca de fraldas (no mínimo 5 a 6 vezes ao dia), removendo os resíduos de fezes com papel higiênico, algodão ou lenços umedecidos e limpeza suave da pele e genitais com fralda umedecida em água morna. Pode ser utilizada pomada de óxido de zinco na região da fralda para prevenção de assadura.

- **Coto umbilical:** a limpeza deve ser feita após o banho e a cada troca de fraldas, principalmente se houver umidade, secreção ou sangue no local, utilizando-se cotonete embebido em álcool a 70%, com movimentos circulares em volta de todo o coto. Deixar secar e não utilizar faixas ou esparadrapo. A utilização do álcool a 70% deve ser mantida por mais alguns dias após a queda do coto, até que o local esteja completamente cicatrizado.

- **Cavidade oral:** a higiene deve ser realizada desde o nascimento, utilizando-se uma gaze úmida.

3) Orientação sobre amamentação. Observar mamada (ver Protocolo de IUBAAM e orientações de aleitamento). Lembrar que nos primeiros dias de vida há perda de peso (fisiológica), e por volta dos 10 dias a criança estará com o peso que apresentava ao nascer.

4) Orientação sobre vacinas e triagem neonatal (ver Protocolo de Teste do Pezinho e Calendário Vacinal)

5) Orientação sobre cólicas: na maior parte das vezes o bebê chora porque tem fome, porém, se após a mamada o choro persistir, ele pode estar com cólicas. As causas mais comuns são: pega inadequada ou intervalos muito curtos de mamadas por insuficiência de esvaziamento adequado da mama. É importante que a mãe se mantenha calma.

Deve ser corrigida a técnica de amamentação (pega) e o esvaziamento completo da mama, quando necessário. Chás e mel não devem ser oferecidos. Um banho ou bolsa de água morna ou massagens circulares suaves no abdome acalmam o bebê e ajudam a eliminar os gases.

6) O RN dorme em média 19 a 20 horas por dia. A posição para dormir deve ser de barriga para cima e não é necessário usar travesseiros.

1 MÊS (30 dias): CONSULTA MÉDICA

- 1) Identificar problemas como vômitos/regurgitações e secreções oculares por alteração nos ductos lacrimais.
- 2) Iniciar banho de sol de 20 a 30 minutos pela manhã, antes das 10 horas ou à tarde, após as 16 horas. A criança pode ser levada a passeios de mais ou menos 1 hora.
- 3) Desenvolvimento motor: segue a luz.

2 MESES: CONSULTA MÉDICA

- 1) Verificar resultado do Teste do Pezinho (Triagem Neonatal), utilizando o Protocolo de Teste do pezinho para orientar a família.
- 2) Encorajar os pais a brincar com seus filhos.
- 3) Vacinas: 1ª dose Vacina VIP, 1ª dose de Pentavalente. Pneumo 10 e 1ª dose Rotavirus.
- 4) Desenvolvimento motor: sorri e balbucia.

3 MESES: GRUPO EDUCATIVO + CONSULTA DE ENFERMAGEM

- 1) Deverão ser realizados os procedimentos comuns a todas as consultas, sendo um momento importante para realização de atividades que orientem a mãe/familiares sobre determinados temas como atividades lúdicas, vínculo afetivo, auto-estima, ambiente da criança, segurança e proteção contra acidentes.
- 2) Desenvolvimento motor: sustenta a cabeça.

3) Vacinas: Meningo C

4 MESES: CONSULTA MÉDICA

Sugestão de orientação

1) Se a mãe trabalha fora, verificar e orientar sobre término licença maternidade (120 dias):

-Quem cuidará do bebê?

-Orientações de aleitamento materno e %Alimentação menores de 2 anos e 10 Passos+ para orientar a mãe sobre ordenha e coleta de leite.

-Aconselhar a mãe a dar de mamar antes de sair para o trabalho e ao chegar em casa e informe que é garantido por lei a redução de uma hora na jornada diária de trabalho para amamentação, podendo ser dividida em dois períodos de meia hora.

2) Vacinas: 2ª dose VIP contra Pólio, 2ª dose de Pentavalente, Pneumo 10 e 2ª dose de Rotavirus.

3) Desenvolvimento motor: agarra objetos.

5 MESES: GRUPO EDUCATIVO + CONSULTA DE ENFERMAGEM

1) Mesmas sugestões de atividades da consulta de 3 meses.

2) Desenvolvimento motor: gira sobre o abdome.

3) Vacina: Meningo C

6 MESES: CONSULTA MÉDICA

1) Introdução de alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) mantendo o leite materno (consultar o Guia %Alimentação de menores de 2 anos e 10 Passos+).

2) Início de suplementação preventiva de ferro na dosagem de 1 mg/kg/dia de ferro elementar, que deve ser mantida até 18 meses de idade. Nas crianças menores de 6 meses que não estão em aleitamento exclusivo, o ferro deve ser iniciado a partir da introdução de outros alimentos.

Importante: Se a criança tiver alguma doença que acumule ferro (anemia falciforme e talassemia, entre outras), não deve receber suplementação de ferro.

3) Vacinas: 3ª dose VOP, 3ª dose , 3ª Pentavalente e 3ª Pneumo 10.

4) Dentição: geralmente a erupção inicia-se entre 6 e 7 meses, com os incisivos centrais inferiores. Deve ser enfatizada a importância da limpeza com fralda ou gaze umedecida com água.

5) Desenvolvimento motor: senta sem apoio.

6) Aos 6 meses a criança dorme em média 16 a 18 horas por dia.

7 MESES e 8 MESES: GRUPO EDUCATIVO + CONSULTA DE ENFERMAGEM

1) Mesmas sugestões de atividades das consultas de 3 e 5 meses

2) Consultar o Guia %Alimentação de menores de 2 anos e 10 Passos+ para introdução de novos alimentos.

3) Desenvolvimento motor: prensão palmar.

9 MESES: CONSULTA MÉDICA

1) Mesmas sugestões de atividades das consultas de 3, 5 e 7 meses.

2) Consultar o Guia %Alimentação de menores de 2 anos e 10 Passos+ para introdução de novos alimentos.

3) Desenvolvimento motor: põe-se sentado.

4) Deve ser enfatizada a prevenção de acidentes: a maioria dos acidentes com crianças ocorre no ambiente doméstico, sendo a cozinha, o quintal e o banheiro os locais de maior risco.

5) Vacinas: Febre Amarela

10 MESES E 11 MESES: GRUPO EDUCATIVO + CONSULTA DE ENFERMAGEM

- 1) Mesmas sugestões de atividades das consultas de 3, 5, 7 e 9 meses.
- 2) Consultar o Guia Alimentação de menores de 2 anos e 10 Passos+ para orientação alimentar e sugestão de alimentos.
- 3) Desenvolvimento motor: de pé, dá passos com apoio.

12 MESES: CONSULTA MÉDICA

- 1) Vacina: 1ª dose de Tríplice Viral
- 2) Desenvolvimento motor: anda alguns passos sozinha (obs: entre 12 e 14 meses).
- 3) A criança dorme em média 14 a 16 horas por dia.

15 MESES: CONSULTA MÉDICA

- 1) Vacinas - Reforço da VOP e 1º Reforço da DTP, reforço Meningo C e 2ª Tetraviral

2 ANOS: CONSULTA MÉDICA

- 1) A velocidade de crescimento desacelera a partir de dois anos. Consultar o Protocolo de Crescimento e Desenvolvimento+e Alimentação de menores de 2 anos e 10 Passos+.
- 2) Sono: a criança dorme em média 12 a 14 horas por dia.
- 3) Criança corre e/ou sobre degraus baixos.
- 4) Deve ser iniciado controle de esfíncteres. A retirada da fralda deve ser aos poucos e com paciência.

A partir dos 2 anos a consulta médica deve ser anual.

Quadro 10 – Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 dias	<p>Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa.</p> <p>Reflexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir 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. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	<p>Entre 2 e 3 meses: sorriso social.</p> <p>Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros.</p> <p>Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).</p>
4 meses	<p>Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos.</p> <p>Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.</p> <p>Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.</p>
6 meses	<p>Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de “permanência do objeto”.*</p> <p>A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio.</p> <p>Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha.</p> <p>Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.</p>
9 meses	<p>Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio.</p> <p>Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.</p>
12 meses	<p>Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho.</p> <p>Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.</p>

continua

continuação

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais). Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.
De 4 a 6 anos	Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio. Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos "não se misturam" com meninas e vice-versa).
De 7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, "fechando" algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

Fonte: COLL; PALÁCIOS; MARCHESI, 1995; REGO, 1999; ZAVASCHI et al., apud DUNCAN et al., 2004; REESE, 2000; NEWCOMBE, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000 (com adaptações).

Legenda:

* *Noção de permanência do objeto: capacidade de perceber que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo. Em torno de um ano de idade, esta habilidade está completamente desenvolvida na maioria dos bebês.*

7- CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

(Resumo baseado no Caderno de Atenção Básica . nº 11 do Ministério da Saúde . 2002 - Saúde da Criança . Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança - 2004)

Crescimento e Desenvolvimento fazem parte do mesmo processo, porém exigem abordagens diferentes e específicas para sua percepção, descrição e avaliação.

Parte 1 . Crescimento

É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim, as condições de vida da criança no passado e no presente.

A avaliação periódica do ganho do peso permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbi/mortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição.

A identificação de fatores de risco exige um acompanhamento especial.

Esses fatores são: baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, idade materna extrema (<19anos e > 35anos), gemelaridade, intervalo intergestacional curto (< 2 anos), criança indesejada, desmame precoce, mortalidade em crianças menores de 5 anos na família, condições inadequadas de moradia, baixa renda, e desestruturação familiar (como a violência doméstica).

7.1 Ações no nível da atenção básica:

Os registros devem ser feitos periodicamente na Caderneta da Criança.

Para a rotina de acompanhamento do crescimento e diagnóstico nutricional de crianças menores de cinco anos recomendamos a utilização do Peso para Idade e Comprimento/Altura para Idade e, para crianças de cinco a dez anos, o IMC para Idade e Altura/Idade.

O Índice de Massa Corporal é obtido através do peso dividido pela altura ao quadrado (peso/altura²), mas está disponível em tabela na nova caderneta da criança. Este índice pode ser utilizado de forma complementar em crianças de 0 a 5 anos, especialmente no acompanhamento dos casos de sobrepeso.

Seguir os pontos de corte recomendados na Caderneta da Criança e no Protocolo do SISVAN (MS, 2008)* para o diagnóstico nutricional:

¡ Crianças menores de 0 a 5 anos (Referência OMS 2006)

Peso/Idade

Pontos de corte		Classificação
< p0,1	< -3 scores z	Peso muito baixo para a idade
≥ p0,1 e < p3	≥ -3 e < -2 scores z	Peso baixo para a idade
≥ p3 e ≤ p97	≥ -2 e ≤ +2 scores z	Peso adequado para a idade
> p97	> +2 scores z	Peso elevado para a idade

Nas medições seguintes, observar a posição e também o sentido do traçado da curva de crescimento, se ascendente, horizontal ou descendente.

Comprimento ou Altura/Idade

Pontos de corte		Classificação
< p0,1	< -3 scores z	altura muito baixa para a idade
≥ p0,1 e < p3	≥ -3 e < -2 scores z	altura baixa para a idade
≥ p3 e ≤ p97	≥ -2 e ≤ +2 scores z	altura adequada para a idade
> p97	> +2 scores z	altura elevada para a idade

• Crianças de 5 a 10 anos (Referência OMS 2007)

IMC/Idade

Pontos de corte		Classificação
< p0,1	< -3 scores z	magreza acentuada
≥ p0,1 e < p3	≥ -3 e < -2 scores z	magreza
≥ p3 e ≤ p85	≥ -2 e ≤ +1 scores z	IMC adequado ou eutrofia
> p85 e ≤ p97	> +1 e ≤ +2 scores z	sobrepeso
> p97 e ≤ p99,9	> +2 e ≤ +3 scores z	obesidade
> p99,9	> +3 scores z	obesidade grave

Altura/Idade

Pontos de corte		Classificação
< p0,1	< -3 scores z	altura muito baixa para a idade
≥ p0,1 e < p3	≥ -3 e < -2 scores z	altura baixa para a idade
≥ p3 e ≤ p97	≥ -2 e ≤ +2 scores z	altura adequada para a idade
> p97	> +2 scores z	altura elevada para a idade

Perímetro Cefálico/Idade - o registro periódico do perímetro cefálico no Gráfico

Perímetro Cefálico/Idade da Caderneta da Criança é um parâmetro para o acompanhamento do CD indicado para crianças até os dois anos de idade.

~ Interpretação da curva de estatura

- entre os percentis 90 e 10 : classificar PC como adequado para a idade
- acima do percentil 90: classificar PC como acima do esperado para a idade
- abaixo do percentil 3 : classificar PC como abaixo do esperado para a idade

7.2 Ações no nível da média complexidade:

~ Indicadores antropométricos complementares são recomendados quando há condições e pessoal treinado para usá-los e interpretá-los: peso/estatura e perímetro braquial.

~ No caso desses índices estarem fora da faixa de normalidade, as crianças devem ser encaminhadas a um profissional capacitado em distúrbios do crescimento, para avaliação detalhada e orientação específica.

7.3 Sinais clínicos dos casos graves de desnutrição

~ As formas graves (marasmo, Kwashiorkor e as formas mistas) se manifestam clinicamente de maneira típica, conforme o quadro abaixo, e devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde para referência imediata a um serviço de maior complexidade.

Marasmo	Kwashiorkor	Kwashiorkor Marasmático
<ul style="list-style-type: none">• Magreza extrema e atrofia muscular.• Perda intensa de tecido subcutâneo.• Abdômen proeminente devido à magreza.• Aspecto simiesco.• Pele frouxa, sobretudo nas nádegas.• Peso para idade sempre inferior ao percentil 3.• Irritabilidade.• Apetite preservado na maioria dos casos.	<ul style="list-style-type: none">• Edema geralmente generalizado.• Perda moderada de tecido subcutâneo.• Hepatomegalia.• Cabelo fraco, seco e descolorido.• Alterações cutâneas são freqüentes.• Peso para idade muito abaixo do percentil 3.• Apatia.• Anorexia.	<ul style="list-style-type: none">• Características de marasmo com edema ou sinais de kwashiorkor em crianças com perda intensa de tecido subcutâneo e peso para idade inferior ao percentil 3.• Depois de curto período de tratamento, com o desaparecimento do edema, apresentam características típicas de marasmo.

8- RECOMENDAÇÕES PARA O ACOMPANHAMENTO DO LACTENTE PREMATURO

Os bebês prematuros (que nascem com menos de 37 semanas de idade gestacional) e os bebês de baixo peso (que nascem com <2500g) merecem atenção especial. No período neonatal (quando ainda estão internados na maternidade/unidade neonatal) podem passar por períodos de estresse que podem levar a algumas dificuldades nos primeiros anos de vida.

O acompanhamento desses bebês deve ser mais freqüente e com atenção para alguns tópicos que veremos a seguir. Os familiares devem receber apoio especial já que passaram por um período de angústia e podem ficar inseguros ao receber o bebê em casa.

Alguns dos bebês nascidos prematuros ou que apresentaram fatores de risco no período neonatal devem ser acompanhados pelos profissionais das maternidades e onde terão o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor por equipe multidisciplinar com treinamento específico, além do tratamento de complicações tais como displasia bronco pulmonar, retinopatia da prematuridade e lesões cerebrais, decorrentes de sua imaturidade e/ou agravos ocorridos no período neonatal.

8.1 CONDUTAS

Idade gestacional corrigida

A idade cronológica de todo prematuro deve ser corrigida para o termo (40 semanas) de acordo com o exemplo: bebê nascido com 35 semanas de idade gestacional, com 02 meses de vida, terá idade gestacional corrigida de 03 semanas (2 meses = 8 semanas; 35 semanas + 5 semanas = 40 semanas; restam 03 semanas).

A correção da idade cronológica é necessária para facilitar a orientação alimentar e para o acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e crescimento.

O perímetro cefálico deve ser corrigido até 01 ano e meio. O peso e o desenvolvimento neuropsicomotor, até 02 anos. A altura deve ser corrigida até 03 anos e meio. Estes limites de idade baseiam-se na idade a partir da qual a velocidade de crescimento é comparável à das crianças não prematuras.

Orientação nutricional : encaminhar para o médico.

Sempre deverá ser priorizado o Aleitamento Materno. A idade gestacional corrigida deverá ser utilizada devido ao amadurecimento das vias digestivas.

- Suplemento vitamínico - deverá ser feito a partir de 02 semanas, até 01 ano de vida.
- Suplemento de ferro . iniciar com 06 a 08 semanas e manter até 02 anos de vida.
- para os com peso de nascimento (PN) > 1500g ⇒ 2mg/kg/dia de ferro elementar . até 1 ano;
- para os com PN de 1000 a 1500g ⇒ 3mg/kg/dia de ferro elementar . até 1 ano;
- para os com PN < 1000g ⇒ 4mg/kg/dia . até 1 ano;
- para todos os nascidos prematuros no 2º ano de vida ⇒ 2mg/kg/dia.

O bebê que estiver sendo alimentado com fórmula complementada com ferro pode receber 2mg/kg/dia no primeiro ano, independente do peso de nascimento.

Avaliação Oftalmológica

Todo bebê deverá ser submetido ao exame do reflexo vermelho para rastreamento da catarata congênita. Este exame deve ser realizado ainda na maternidade. No caso da não realização na maternidade, o exame deverá ser feito logo na primeira consulta.

Avaliação da visão

Utilizar estímulo colorido, cores vivas e contrastantes (amarelo/vermelho, preto/branco) a 30 cm dos olhos da criança. Avaliar fixação e acompanhamento de acordo com a idade gestacional corrigida:

- Com 1 mês . fixa e acompanha quase 90 graus.
- Com 2 meses . acompanha 90 graus.
- Com 3 meses . acompanha mais de 90 graus para baixo e para cima.
- Com 4 meses possui campo visual de 180 graus, acompanha para baixo, para cima e na diagonal.
- Avaliar reflexo de piscar.
- Lembrar que o recém-nascido prematuro apresenta mais frequentemente miopia, estrabismo e baixa visão, mesmo sem retinopatia da prematuridade.

Avaliação da Audição

- Todo bebê deve ser submetido ao rastreamento auditivo no período neonatal (**teste da orelhinha**).
- Utilizar estímulos sonoros mais intensos e menos intensos, longe do campo visual da criança, observando resposta comportamental.
- Até 03 meses de idade a criança apresenta respostas do tipo reflexo de Moro, piscar, despertar, cessar a atividade, movimento ocular.
- Com 03 meses inicia movimento lateral da cabeça e com 04 a 06 meses vira a cabeça lateralmente em direção à fonte sonora, reagindo também à voz humana.
- Com 06 a 09 meses atende pelo nome.
- Com 09 a 12 meses reage a música vocalmente.

Avaliação Neuromotora

Acompanhar o desenvolvimento utilizando a idade gestacional corrigida até 02 nos. Observar atentamente o tônus. Lembrar que os lactentes nascidos prematuros, ou termo e que apresentem os fatores de risco citados abaixo devem ser acompanhados por equipe multidisciplinar composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Ao detectar qualquer alteração no desenvolvimento neuropsicomotor, encaminhar precocemente para estimulação com terapeutas.

Imunização

Utilizar a idade cronológica e não a corrigida para o aprazamento.

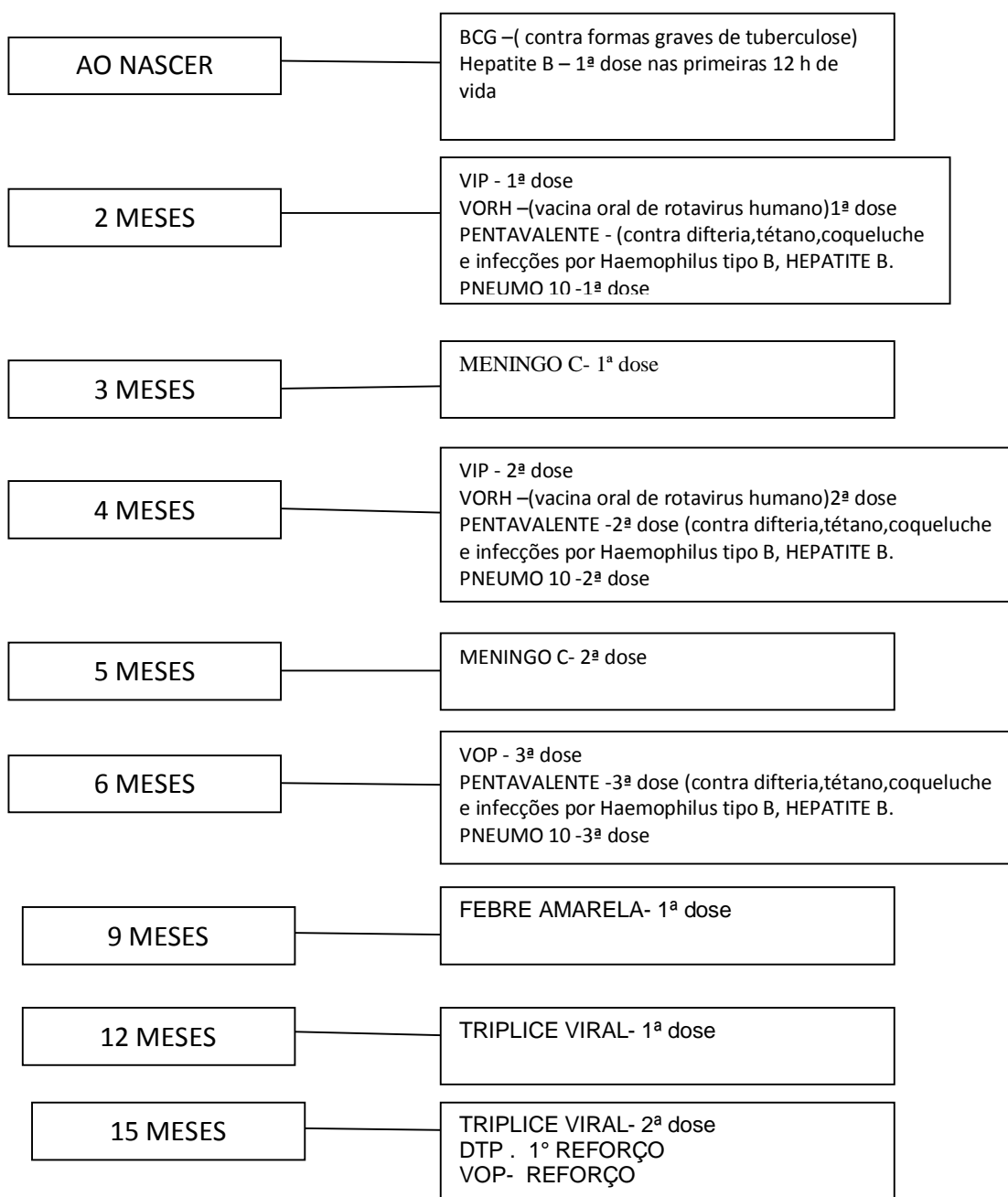
Atividades em Grupo

Sugere-se que as crianças prematuras sejam incluídas em grupos correspondentes a idade corrigida para facilitar a orientação alimentar, estímulos para o desenvolvimento neuropsicomotor e avaliação da curva de crescimento.

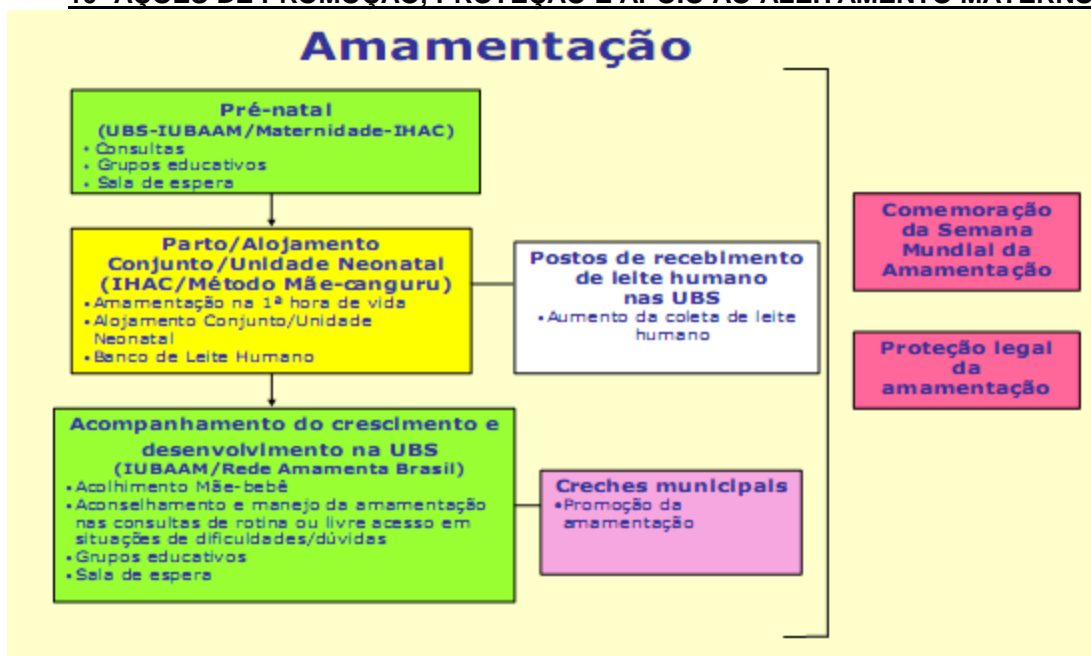
9 - TRIAGEM NEONATAL | TESTE DO PEZINHO

Verificar a realização e seguir o protocolo.

9.1- ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO



10- AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO.



10.1 -Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno:

Passo 1: Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.

Passo 2: Treinar toda a equipe materno-infantil, capacitando-a para implementar esta norma.

Passo 3: Orientar todas as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os dois anos de vida ou mais.

Passo 4: Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, fortalecendo sua confiança.

Passo 5: Informar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.

Passo 6: Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se estiverem separadas de seus filhos.

Passo 7: Informar as nutrizes sobre o método de amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.

Passo 8: Encorajar a amamentação sob livre demanda.

Passo 9: Não permitir a propaganda de fórmulas infantis, mamadeiras, bicos e chupetas e orientar as gestantes e mães sobre os riscos de seu uso.

Passo 10: Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares

10.2 - FORMULÁRIO DE HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO

Nome da mãe: _____
Nome do bebê _____ Data de nascimento ___ / ___ / ___
Motivo _____ da
consulta _____

Data da entrevista ___ / ___ / ___

1. Alimentação atual do bebê:

Mamadas	Dia	Noite
Frequência		
Duração		
Tempo máximo que a mãe está longe do bebê		
Mama um peito ou ambos		
Complementos (e água)	Chupeta	
O quê	Quando começou	Sim () Não ()
Quanto	Como é oferecido	

2. Saúde e comportamento do bebê

Peso ao nascer _____ Peso atual _____ Crescimento _____
Prematuro _____ Gêmeo _____
Volume urinário: faz xixi mais () ou menos () de 6 vezes ao dia
Fezes: cocô mole e amarelo/marrom () ou endurecido ou verde () Frequência: _____
Comportamento alimentar (apetite, vômito) _____
Sono _____
Doença _____ Anormalidades _____

3. Gravidez, nascimento, primeiros alimentos

Pré-natal : Sim () Não () Quantas consultas _____ Amamentação foi discutida _____
Parto _____ Contato inicial (primeira ½ hora?) _____
Alojamento conjunto _____ Primeira mamada _____
Alimentação prévia à amamentação _____ O que foi dado _____ Como _____
Amostras de leite em pó foram dadas à mãe _____
Ajuda pós-natal com amamentação _____

4. Situação materna e planejamento familiar

Idade _____ Problemas da mama _____
Saúde _____ Motivação para amamentar _____
Método de planejamento familiar _____ Álcool, fumo, café, outras drogas _____

5. Experiência anterior com amamentação

Número prévio de bebês _____
Quanto amamentou _____ Como foi a experiência _____
Uso de mamadeira _____ Razões _____

6. Situação familiar e social

Trabalho _____ Ajuda para cuidar do bebê _____
Situação econômica _____ Escolaridade _____
Atitude do companheiro em relação à amamentação _____
Atitude de outros membros da família em relação à amamentação _____
O que os outros dizem sobre amamentação _____

10.3- O QUE OBSERVAR DURANTE A MAMADA POSICIONAMENTO

1. cabeça e o corpo do bebê devem estar alinhados;
2. sua boca deve estar no mesmo plano e em frente da aréola para que esta seja abocanhada corretamente;
3. o corpo do bebê deve estar próximo e voltado para mãe;
4. o queixo do bebê deve estar encostado no peito da mãe;
5. se o bebê for recém-nascido, deve-se apoiar suas nádegas.

PEGA

1. queixo do bebê toca a mama;
2. boca bem aberta;
3. lábio inferior virado para fora;
4. bochechas arredondadas (não encovadas) ou achatadas contra a mama;
5. durante a mamada vê-se pouca aréola, mais a porção da aréola superior do que a inferior;
6. mama parece arredondada, não repuxada;
7. sucções lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração);
8. mãe pode ouvir o bebê deglutindo.

10.4- FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE MAMADAS

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE MAMADAS	
Os itens entre parênteses referem-se apenas aos recém-nascidos e não aos bebês mais velhos que já podem sentar.	
Segundo Helen Armstrong, IBFAN/UNICEF, 1982 (com adaptação)	
Sinais de que a amamentação vai bem:	Sinais de possível dificuldade:
POSIÇÃO CORPORAL	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Corpo do bebê próximo ao da mãe <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê alinhados <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> (Nádegas do bebê apoiadas)	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe <input type="checkbox"/> O bebê deve virar o pescoço <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito <input type="checkbox"/> (Somente os ombros / cabeça apoiados)
RESPOSTAS	
<input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome (O bebê busca o peito) <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito <input type="checkbox"/> O bebê mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento; cólicas uterinas).	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito (Nenhuma busca observada) <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito <input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou agitado <input type="checkbox"/> O bebê não mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite.
ESTABELECIMENTO DE LAÇOS AFETIVOS	
<input type="checkbox"/> A mãe segura o bebê no colo com firmeza <input type="checkbox"/> Atenção face-a-face da mãe <input type="checkbox"/> Muito toque da mãe ao bebê	<input type="checkbox"/> A mãe segura o bebê nervosamente ou fracamente <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular entre a mãe e o bebê <input type="checkbox"/> Mãe e bebê quase não se tocam
ANATOMIA	
<input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias <input type="checkbox"/> Mamilos protráteis, projetando-se para fora <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos. <input type="checkbox"/> Tecido mamário com fissuras/vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas esticadas
SUCÇÃO	
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora <input type="checkbox"/> A língua acoplada em torno do peito <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda em períodos de atividade e pausa <input type="checkbox"/> É possível ver ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos <input type="checkbox"/> Pode-se ouvir estalos dos lábios, mas não a deglutição
TEMPO GASTO COM SUCÇÃO	
<input type="checkbox"/> O bebê solta o peito naturalmente O bebê suga durante _____ minutos	<input type="checkbox"/> A mãe tira o bebê do peito

Formulário retirado do Manual da IUBAAM/Ministério da Saúde, 2002

10.5- ORDENHA

Indicações da ordenha:

- ~ Aliviar o ingurgitamento mamário (peito empedrado);
- ~ Aliviar a tensão da região mamilo-areolar, visando proporcionar uma pega correta;
- ~ Manter a lactação em casos de doença da mãe ou do bebê;
- ~ Fornecer leite para o bebê, quando o mesmo não está em condição de sugar o peito;
- ~ Fornecer leite para o bebê, quando a mãe precisa se afastar dele temporariamente;

- ~ Doar o excesso da produção materna para Banco de Leite Humano;
- ~ Tratamento de mastite.

Procedimentos para a ordenha:

Explicar a finalidade e importância dos procedimentos da ordenha; orientando a mãe a:

- lavar adequadamente as mãos;
- procurar uma posição confortável e manter os ombros relaxados;
- apoiar o peito com uma das mãos e com a outra, apalpar o peito para procurar pontos dolorosos;
- com os dedos indicador e médio, iniciar massagens circulares, começando pela região areolar, até chegar à base do peito, próxima às costelas;
- estimular o reflexo da ocitocina;
- inclinar-se levemente para frente, para iniciar a retirada do leite;
- colocar o dedo polegar no limite superior da aréola e o indicador no limite inferior, pressionando em direção ao tórax;
- aproximar a ponta dos dedos polegar e indicador de modo intermitente, pressionando os reservatórios de leite (estes movimentos devem ser firmes, mas não devem provocar dor, caso ela ocorra, a técnica está incorreta);
- mudar de tempo em tempo a posição dos dedos (de superior e inferior, para lateral direita e esquerda, e para a posição oblíqua), buscando retirar o leite de todo o peito;
- explicar à mãe que nos primeiros minutos o leite não sai ou sai em pequena quantidade, e que isto ocorre até a liberação do reflexo da ocitocina (descida do Leite), quando então passa a fluir e, às vezes, a jorrar. O tempo de ordenha varia de mãe para mãe, podendo demorar de 15 minutos a mais de uma hora, principalmente nos casos de ingurgitamento mamário severo, quando a ordenha deverá ser feita até que a mãe se sinta confortável;
- durante a ordenha, deve-se evitar puxar ou comprimir o mamilo, fazer movimentos de deslizar ou de esfregar a mama, pois podem lesar a pele e o tecido mamário, e não são úteis;
- a retirada de leite deve ser feita preferencialmente pela própria nutriz. É mais fácil retirar o leite quando as mamas estão macias, daí a importância da nutriz aprender a realizá-la nos primeiros 2 dias após o parto.

Se pretender coletar o leite para posterior utilização:

- preparar um frasco de vidro limpo, com boca larga e com tampa plástica resistente (pode ser de café solúvel ou de maionese) para armazenar o leite ordenhado.

Retirar o rótulo e o papelão que fica sob a tampa e lavar cuidadosamente com água e sabão. Ferver por 15 minutos. Deixar secar naturalmente com a boca voltada para um tecido limpo, evitando tocar na parte interna do frasco e da tampa;

- a mãe deve usar uma máscara ou pedaço de pano (tipo uma fralda) sobre a boca e o nariz, para que o leite não seja contaminado com gotículas da saliva. Prender e cobrir o cabelo com um lenço, gorro ou touca de banho;

- a mãe deve lavar as mãos e antebraços com água e sabão, as unhas devem estar limpas e de preferência curtas; usar luvas se a retirada não for feita pela própria nutriz:

- desprezar as primeiras gotas antes de iniciar a coleta do leite no frasco;
- para as coletas subsequentes, esterilizar um copo, da mesma forma que o vidro, e coletar o leite nele. Ao final da coleta, acrescentar o leite ordenhado ao frasco com leite congelado e levá-lo imediatamente ao congelador, evitando o degelo.

10.6- COMO ARMAZENAR O LEITE RETIRADO

- “ Não encher o frasco até a borda (2 cm abaixo), para não estourar pelo aumento do volume do leite quando congelado.
- “ O frasco deverá ser identificado com o nome da mãe e a data da primeira coleta.
- “ Ao terminar a ordenha, fechar o frasco e armazenar imediatamente:
- “ No congelador ou freezer por até 15 dias;
- “ No refrigerador por até 24 horas, caso o leite se destine ao uso diário;
- “ Em caso de doação ao Banco de Leite Humano, o leite deve ser imediatamente congelado, e conservado em congelador por no máximo 15 dias, quando deverá seguir para o Banco de Leite Humano. O leite doado será pasteurizado, podendo desta forma ser armazenado em freezer por 6 meses.
- “ Não misturar o frasco contendo leite com alimentos de cheiro forte. Quando inevitável, colocar o frasco de leite num saco plástico e amarrar bem, antes de levar ao congelador.
- “ O descongelamento do leite deve ser feito em banho-maria, com o fogo apagado, devendo o leite ser homogeneizado agitando suavemente o frasco.
- “ O leite descongelado tem validade máxima de 24 horas sob refrigeração. O leite amornado não consumido pelo bebê, que sobrar no copinho, deve ser desprezado.

10.7- Transporte do leite materno ordenhado:

Se a mãe realizar a coleta do leite no trabalho, ela deverá tomar alguns cuidados para transportá-lo até o local onde se encontra seu filho: de preferência o leite deverá ser congelado e transportado em caixas térmicas (isopor) para manter o congelamento (cadeia de frio) e evitar a proliferação de bactérias. Se o leite tiver sido mantido na geladeira, o transporte deve ocorrer da mesma forma; caso não disponha de caixa de térmica, o frasco com leite deverá ser transportado em recipiente limpo e seco, preferencialmente acondicionado com gelo na proporção de 1 para 1 (quanto ao volume).

10.8- FORMULÁRIO DE COMO OBSERVAR UMA ORDENHA MANUAL (AUTO ORDENHA)

FORMULÁRIO DE COMO OBSERVAR UMA ORDENHA MANUAL (auto-ordenha)	
Sinais de que a auto-ordenha vai bem	
Sinais de possível dificuldade:	
POSIÇÃO CORPORAL	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Sentada levemente curvada para frente <input type="checkbox"/> Expressão facial de tranquilidade <input type="checkbox"/> Mamas livres e expostas	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e desconfortável <input type="checkbox"/> Mãe reclinada para trás <input type="checkbox"/> Expressão facial de tensão/dor <input type="checkbox"/> Exposição limitada das mamas
CUIDADOS DE HIGIENE PARA COLETA DE LEITE	A SER ARMAZENADO
<input type="checkbox"/> Cabelos protegidos <input type="checkbox"/> Higienização das mãos e antebraços <input type="checkbox"/> Mãe não conversa durante a ordenha	<input type="checkbox"/> Cabelos desprotegidos <input type="checkbox"/> Não higienização das mãos e antebraços <input type="checkbox"/> Mãe conversa durante a ordenha
ORDENHA	
<input type="checkbox"/> Massagem prévia da mama <input type="checkbox"/> Polegar posicionado no limite superior da aréola e dedo indicador no limite inferior da aréola <input type="checkbox"/> Compressão/descompressão aproximando a ponta do indicador com a ponta do polegar <input type="checkbox"/> Ordenha ritmada <input type="checkbox"/> Dedos sem deslizar sobre a mama <input type="checkbox"/> Mãe não refere dor <input type="checkbox"/> Mama sem sinais de trauma pela ordenha	<input type="checkbox"/> Sem massagem prévia da mama <input type="checkbox"/> Polegar e indicador posicionados pressionando o mamilo ou a mama acima do limite areolar <input type="checkbox"/> Compressão/descompressão sem aproximar a ponta do indicador da ponta do polegar <input type="checkbox"/> Ordenha não ritmada <input type="checkbox"/> Dedos deslizando sobre a mama <input type="checkbox"/> Mãe refere dor <input type="checkbox"/> Mama com sinais de trauma pela ordenha
EM CASO DE COLETA	
<input type="checkbox"/> Despreza as primeiras gotas <input type="checkbox"/> Frasco não encosta no peito <input type="checkbox"/> Vidro fervido de boca larga	<input type="checkbox"/> Coleta sem desprezar as primeiras gotas <input type="checkbox"/> Frasco encosta no peito <input type="checkbox"/> Vidro lavado de boca estreita
ARMAZENAMENTO	
<input type="checkbox"/> Vidro de tampa plástica <input type="checkbox"/> Limite do conteúdo: 1 dedo abaixo da borda <input type="checkbox"/> Vidro com data da coleta	<input type="checkbox"/> Vidro de tampa de metal <input type="checkbox"/> Vidro cheio de leite até a borda <input type="checkbox"/> Vidro sem data da coleta

Formulário retirado do Manual da IUBAAM/Ministério da Saúde, 2002

10.9- ALIMENTAÇÃO COM COPINHO

Bebês que estão separados da mãe devem ser alimentados através de copinho ou xicrinha, evitando-se o uso de chucha e/ou mamadeira, para que não haja prejuízo na efetividade da mamada pela confusão de bicos.

O copinho favorece a manutenção do aleitamento materno, quando a mãe retorna ao trabalho ou necessita ausentar-se de casa temporariamente.

Pode ser utilizado qualquer copo de fácil higienização ou copo descartável.

Técnica de administração do leite no copinho:

- Observe se o bebê está acordado.
- Lave bem as mãos.
- Ponha o leite no copinho, enchendo-o no máximo até a metade, repita esse procedimento quantas vezes forem necessárias.
- Coloque o bebê no colo, na posição semi-sentada e com as costas apoiadas;
- Encoste, suavemente, a borda do copo na parte interna do lábio inferior do bebê, permitindo que a língua permaneça livre.
- Incline o copinho e observe se o bebê levou a língua à frente de forma que possa tocar o leite, sorvendo-o como um gatinho. O leite não deve ser derramado na boca do bebê, e sim vertido suavemente.
- Deixe o bebê controlar o ritmo da ingestão do leite.
- Garanta que o bebê receba o volume de leite compatível com suas necessidades

11- DIREITOS E PROTEÇÃO LEGAL

Na assistência à amamentação deve-se orientar às gestantes e mães sobre seus direitos, para que elas possam reivindicá-los. É importante estar atento à situação de cada mulher, pensando junto com ela as diversas possibilidades de combinar amamentação e trabalho (ou estudo).

- A proteção à maternidade inclui:
 - Proteção contra práticas discriminatórias no local de trabalho ou de estudo, tais como empecilhos na admissão, matrícula, perseguição, demissão ou reprovação.
 - Direito de tirar licença/afastamento sem medo de perder o emprego/ano letivo.
 - Garantia de remuneração durante a licença maternidade de 120 dias.
- A CLT, no seu artigo 389, obriga todos os estabelecimentos em que trabalharem 30 ou mais mulheres com mais de 16 anos de idade, a ter local apropriado (próprio ou através de convênios), onde seja permitido às empregadas deixar sob vigilância e assistência os seus filhos, no período de amamentação. No seu artigo 369, assegura o direito a 2 descansos especiais, de meia hora cada, durante a jornada de trabalho, para amamentar seu filho até os 6 meses de idade.
- O pai do bebê tem direito a licença paternidade de 5 dias com salário integral.
- A mulher estudante, a partir do oitavo mês de gestação e durante 3 meses após o parto, fica assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-Lei no 1044, de 31 de outubro de 1969, sendo assegurado seu direito à prestação de exames finais.
- Outros avanços na assistência e proteção à mulher incluem:
 - o direito ao Alojamento Conjunto na maternidade;

- a proteção contra a propaganda enganosa ou práticas não éticas da indústria e comércio de produtos infantis, através da recente regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas, Mamadeiras e Protetores de Mamilos e das Resoluções RDC;
- os direitos previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente;
- o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento;
- a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- a Iniciativa Unidade Básica Amiga à Amamentação

12- CONTRACEPÇÃO DA NUTRIZ

O receio de uma nova gravidez pode prejudicar a amamentação. A unidade básica de saúde deve oferecer uma orientação segura e discutir qual o melhor método contraceptivo adequado para cada família, respeitando suas preferências e sentimentos.

A amamentação é um importante meio para o espaçamento das gestações. Como método contraceptivo, é 100 % eficaz nas primeiras oito semanas pós-parto e tem 98 % de eficácia até os seis meses pós-parto, desde que sejam cumpridas 3 condições:

- bebê menor de 6 meses
- aleitamento materno exclusivo (em livre demanda)
- mãe ainda não tenha menstruado

Além do método da amenorréia lactacional (LAM), outros métodos contraceptivos podem ser utilizados durante a amamentação, como os métodos de barreira (condom, diafragma, espermicida), o dispositivo intra-uterino (DIU) e os métodos hormonais orais (pílulas) ou injetáveis à base de progesterona.

13- ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- **Dez Passos para uma Alimentação Saudável -Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos**

Os primeiros anos de vida de uma criança, principalmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e aquisições significativas no processo de desenvolvimento até atingir o padrão alimentar cultural do adulto.

Os 10 Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de 2 anos recomendados pelo Ministério da Saúde e OPAS/OMS são:

Passo 1) Dar somente leite materno (LM) até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

“ Devemos estar atentos para os sinais indicativos de que a criança está mamando de forma adequada (boa posição e boa pega).

“ O ganho de peso diário esperado é de 20g ou mais.

Passo 2) A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.

~ As necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas só com o LM, embora continue sendo uma fonte importante de calorias e nutrientes.

~ A partir da introdução de alimentos complementares é importante oferecer água à criança.

Passo 3) Após os 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

i 3.1) Alimentação complementar das crianças entre 6-7 meses em aleitamento materno:

- Aleitamento materno livre demanda
- 1 papa de frutas no meio da manhã
- 1 papa salgada no final da manhã
- 1 papa de frutas no meio da tarde

i 3.2) Alimentação complementar das crianças entre 6-7 meses que não estão recebendo leite materno:

- 2 papas de frutas ao dia
- 2 papas salgadas ao dia (final da manhã e jantar)
- 1 mingau de cereal, farinha ou amido

Obs: A introdução de novos alimentos deve ser feita com colher ou copo no caso de oferta de líquidos.

Passo 4) A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

~ A criança está aprendendo a testar novos sabores e texturas dos alimentos e sua capacidade gástrica é pequena. (após os 6 meses é de 20-30 ml/kg de peso).

Passo 5) A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar a alimentação da família.

i 5.1) Recomendações para a papa salgada:

- Cozinhar bem todos os alimentos, para deixá-los bem macios.
- Amassar com o garfo; não utilizar liquidificador e não passar na peneira, assim a criança vai desenvolver melhor a musculatura facial e a capacidade de mastigação.
- A papa deve ficar consistente, em forma de purê grosso. Quanto mais espessa e consistente, maior a densidade energética (caloria/ grama de alimento).
- Oferecer a primeira papa salgada no almoço.

i 5.2) Entre 7-8 meses:

- Oferecer outra papa salgada no jantar.

i 5.3) A partir de 8 meses:

- Algumas preparações da casa, como o arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos à criança, desde que amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com condimentos (temperos) picantes.

Passo 6) Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

- Todos os dias devem ser oferecidos alimentos de todos os grupos, variando os alimentos dentro de cada grupo.
- Deve ser introduzido um alimento novo a cada dia.

Passo 7) Estimular o consumo diário de frutas, legumes e verduras nas refeições.

- No primeiro ano de vida, não se recomenda que os alimentos sejam misturados, porque a criança está aprendendo a conhecer novos sabores e texturas dos alimentos.
- Se a criança recusar determinado alimento, ele deve ser oferecido novamente em outras refeições. São necessárias, em média, oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança.

Passo 8) Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

- A criança nasce com preferência para o sabor doce; no entanto, a adição de açúcar é desnecessária e deve ser evitada nos 2 primeiros anos de vida, evitando que ela se desinteresse pelos cereais, verduras e legumes.
- Alimentos que NÃO devem ser oferecidos à criança pequena: refrigerantes, produtos industrializados com conservantes, produtos com corantes artificiais, embutidos e enlatados, doces industrializados, café, chás, frituras e alimentos muito salgados ou adoçados.

Passo 9) Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

- Quando a criança passa a receber a alimentação complementar aumenta a possibilidade de doenças diarreicas. A mãe deve saber que é importante:
- Lavar as mãos em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;
- Lavar a casca das frutas antes de descascá-las ou de fazer o suco;
- Manter os alimentos sempre cobertos;
- Usar água fervida e filtrada para oferecer à criança e também para o preparo das refeições;
- O leite, in natura ou pasteurizado, também deve ser fervido e não devem ser oferecidas à criança sobras de alimentos da refeição anterior.

Passo 10) Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

- O aleitamento materno é a melhor e mais eficiente recomendação dietética para a saúde da criança pequena.
- A prioridade dietética da criança doente é a manutenção da ingestão adequada de calorias, utilizando alimentos complementares pastosos ou em forma de purê com alta densidade energética.
- Logo que a criança recupere o apetite pode-se orientar à mãe que ofereça mais uma refeição extra ao dia.

13.1 GRUPOS DE ALIMENTOS

- **CARBOIDRATOS:** Cereais e tubérculos (boa fonte de energia): arroz, aipim, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata baroa, inhame.
- **LEGUMINOSAS:** Grãos (boa fonte de proteína vegetal e ferro): feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico.
- Hortaliças e frutas (boa fonte de vitaminas e minerais): folhas verdes, laranja, abóbora, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate, manga e outros.
- **PROTEÍNAS:** Origem animal (boa fonte de proteínas de alto aproveitamento pelo corpo): frango, codorna, peixe, pato, boi, ovos e vísceras (miúdos).

Alimentos que podem se oferecidos à criança como lanches:

- Frutas (banana, manga, abacate, caju, maçã, mamão)
- Mingau de prato feito com leite (materno, de preferência*) e cereais
- Pães e biscoitos sem recheio
- Iogurte natural ou coalhada caseira**
- Batata ou aipim/mandioca cozida

* Neste caso, usar farinhas cozidas para não levar o leite materno ao fogo.

** Quando a criança não mama mais no peito.

Sugestões para as diferentes combinações de papas salgadas:

- BATATA +couve + peixe
- MACARRÃO + vagem picadinha + frango desfiado
- ARROZ + lentilha + tomate
- FUBÁ + folha verde picadinha + carne moída
- INHAME + beterraba + fígado de boi
- AIPIM/MANDIOCA + quiabo + frango desfiado
- BATATA DOCE + abobrinha + miúdos de frango
- ARROZ + feijão amassado + cenoura
- FARINHA DE MANDIOCA + folhas verdes + carne moída

Recomendações às famílias de crianças pequenas com dificuldade de alimentar-se;

- Separar a refeição em um prato individual para ter certeza do quanto a criança está ingerindo;
- Estar presente junto às refeições mesmo que a criança já coma sozinha, e ajudá-la se necessário;
- Não apressar a criança. Ela pode comer um pouco brincar, e comer novamente. É necessário paciência e bom humor;
- Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito, ela pode perder o apetite;
- Não forçar a criança a comer. Isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes e
- Oferecer o alimento em local que seja de fácil limpeza, após o término da refeição. Além disso, evitar ficar limpando, de forma excessiva, o rosto e as mãos da criança para que esta não associe a comida a algo sujo.

Orientações para crianças totalmente desmamadas no primeiro ano de vida

Em condições em que as crianças não estejam mais sendo amamentadas ao peito, sem possibilidade de reverter essa situação, as orientações a seguir permitirão aos profissionais de saúde atuarem de maneira mais adequada frente a tais casos.

i Para crianças menores de 4 meses:

- Perguntar à mãe ou responsável como ela prepara o leite e corrigir, se for o caso, a diluição, o volume de cada refeição e o número de refeições que está sendo oferecido conforme Anexo 1.
- Identificar as práticas de higiene usadas na manipulação e no preparo dos alimentos complementares, orientando adequadamente a mãe quando necessário.
- A mãe deve ser alertada dos riscos de contaminação da mamadeira e ensinada a oferecer o leite em copinho descartável e, a partir do 4º mês, em xícara, copo ou caneca.

i Para crianças a partir de 4 meses:

- A orientação básica é iniciar logo a alimentação complementar (não esperar que a criança entre no sexto mês) e ir substituindo a refeição láctea pura pela alimentação complementar, de modo gradativo.
- O leite deve entrar na preparação de alimentos como papas, purês ou misturados a frutas, cereais e tubérculos, mas **nunca** puro, no primeiro ano de vida.
- Todas as demais orientações dadas para as crianças menores de 4 meses também se aplicam a este grupo de idade.

Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida					
Idade	volume		número de refeições		
1ª semana a 30 dias	60-120 ml		6-8		
30-60 dias	120-150 ml		6-8		
2-3 meses	150-180 ml		5-6		
3-6 meses	180-200 ml		4-5		
7- 12 meses	180 -200 ml		2-3		

Observação: esses valores são aproximados de acordo com a variação do peso corporal do lactente nas diferentes idades.
Recomenda-se que a partir dos quatro meses o leite seja oferecido com outros alimentos.

Reconstituição do leite em pó integral e fluido

- leite em pó integral:
 - * para constituição do leite 10%: 1 colher das de sobremesa em 90 ml de água fervida
 - ** para constituição do leite 15%: 1 colher das de sopa cheia em 85 ml de água fervida
- leite fluido (líquido):
 - 2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida (70 ml de leite + 30 ml de água)

Estas fórmulas lácteas podem receber acréscimos calóricos pela adição de 5% de açúcar, 3% de amido (farinha de milho, aveia, arroz) 2 3% de óleo vegetal

Reconstituição de alimentação láctea com leite em pó integral, farinha e óleo no primeiro ano de vida

Volume de leite	Diluição do leite em pó integral		açúcar	farinhas	óleo
	10% (> 4 meses)	15% (> 4 meses)			
100 ml	1 c. (Sob)	1 c. (S)	1c.(chá)	1c.(chá)	1c.(chá)
150 ml	1 c. (S)	2 c. (Sob)	1c.(chá)	1c.(chá)	1c.(chá)
200 ml	2 c. (Sob)	2 c. (S)	2c.(chá)	2c.(chá)	2c.(chá)
240 ml	2 1/2 c.(Sob)	2 1/2 c. (S)	1c. (Sob)	1c. (Sob)	1c.(Sob)

Preparo: Prepare o leite em pó reconstituído. Acrescente o açúcar e a farinha. Lave ao fogo para cozinhar, deixando ferver por 4-5 minutos. Retire do fogo. Deixe amornar e acrescente o óleo.
Legenda: c. (colher); Sob (sobremesa); S (sopa).
As quantidades foram estimadas considerando a colher cheia
Observação: O preparo das fórmulas infantis devem seguir as recomendações do rótulo do produto.

Sugestão de esquema alimentar para crianças totalmente desmamadas

Período	Menores de 4 meses	4-8 meses	Maiores 8 meses
Pela manhã	Alimentação Láctea	Leite + cereal ou tubérculo*	Leite + cereal ou tubérculo*
Intervalo	Alimentação Láctea	Papa de fruta	Papa de fruta
No almoço (11-12 hs)	Alimentação Láctea	Papa salgada	Papa salgada
Meio da tarde	Alimentação Láctea	Papa de fruta	Papa de fruta
Final da tarde (17- 18 hs)	Alimentação Láctea	Leite + cereal ou tubérculo*	Papa salgada
À noite	Alimentação Láctea	Leite+cereal ou tubérculo*	Leite + cereal ou tubérculo*

Exemplos de cardápios para crianças no 2º ano de vida e recomendações

Refeições	Cardápio 1	Cardápio 2	Cardápio 3
 Pela manhã	Leite materno + 1/2 pão francês ou 1 copo de leite com cereal	Leite materno + 4 biscoitos de leite ou 1 copo de leite c/ fruta	Leite materno + 1 fatia de bolo ou 1 copo de leite com biscoito
 Intervalo	Banana (1 unidade)	Mamão (1 fatia média)	Manga (1 unidade)
 Almoço	Arroz (3 c.S) Feijão (2 c. S) Carne moída (2 c.S) Cenoura cozida (1c.S) Suco de maçã (1co. A)	Macarrão com molho de tomate (4 c. S) Frango cozido (2 c.S) Abobrinha cozida (2c. S) Salada de fruta (2c.S)	Purê de Batata (2c.S) Folha verde escura cozida (1c.S) Peixe cozido (1filê) Pudim de leite (2c.S)
 Lanche	Leite materno + 1 pão doce ou Leite com cereal (1x.)	Leite materno + 4 biscoitos de leite ou Leite com fruta (1 copo)	Leite materno + 1/2 pão com manteiga ou Leite batido com banana e aveia
 Jantar	Sopa de feijão com macarrão e couve (1 concha média) Suco de laranja (1/2 copo) Doce de abóbora (2 c.S)	Arroz (3c.S) Espinafre cozido (1c.S) Fígado (1 bife pequeno) Goiabada (1 fatia)	Arroz (3c.S) Ovo mexido com tomate Suco de acerola (1co.A)
 Ceia	Leite materno ou 1 copo de leite	Leite materno ou 1 copo de leite	Leite materno ou 1 copo de leite

Legendas: c.S (colher das de sopa)
x, (xícara das de chá)
copo (copo tipo requeijão/ 200ml)
co.A (copo tipo americano/ 150 ml)

Obs. - Os cardápios acima apresentados são apenas exemplos práticos para situações encontradas no dia-a-dia. A última refeição (ceia), por exemplo, é opcional. Algumas crianças, principalmente as que possuem constituição física maior, podem ter mais apetite. Se isto é relatado pela mãe ou responsável pelo cuidado com a criança, a ceia pode ser introduzida. Vale lembrar que este Guia trabalha com diretrizes alimentares que se aplicam à população. No entanto, há diferenças individuais que devem ser consideradas nas orientações dietéticas conduzidas pelo nutricionista.

Recomendações nutricionais para crianças no segundo ano de vida.

O intervalo maior, entre as refeições, vai garantir que a criança consuma as quantidades de alimentos referidas nos cardápios.

O leite materno pode ser oferecido além dos períodos estipulados.

À noite deve-se evitar a ingestão de açúcar e produtos que o contenham, pois favorecem a formação de cáries.

As frutas devem ser utilizadas de acordo com a regionalidade, sazonalidade e hábito da família.

Orientar a mãe para oferecer os líquidos após a criança ter consumido toda a refeição.

14 - Material de apoio:

