

Edição Especial

# TEMAS DE PEDIATRIA

Consulta pediátrica  
no primeiro ano de vida





# TEMAS DE PEDIATRIA

EDIÇÃO ESPECIAL

## Consulta pediátrica no primeiro ano de vida

**Prof. Dr. Jayme Murahovski**

- Professor livre-docente em Pediatria Clínica
- Membro titular da Academia Brasileira de Pediatria

Autor dos livros:

Pediatria: Diagnóstico+Tratamento (Ed. Sarvier)

Pediatria: Urgências+Emergências (Ed. Sarvier)

Cartilha da Amamentação – Centro de Lactação de Santos (Ed. Almed)

- e principalmente pediatra generalista convicto e atuante.



Endereço para correspondência:

**Prof. Dr. Jayme Murahovski**

Rua José Maria Lisboa, 915

São Paulo-SP

CEP 01423-001

e-mail: [jmura@osite.com.br](mailto:jmura@osite.com.br)

*O presente trabalho reflete exclusivamente o ponto de vista do autor.*

*“É proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo.”*

## **MENSAGEM DE UM PEDIATRA PARA SEUS COLEGAS BRASILEIROS**

A Pediatria brasileira, que se preocupava basicamente em prevenir a mortalidade precoce vigente até os anos 70 do século XX, precisa se adaptar a uma nova geração de crianças que se estima vai viver até os 100 anos. E pesquisas recentes e em andamento revelam que o que acontece nos primeiros dias e meses de vida deixam uma marca indelével para toda a vida. Isso aumenta a responsabilidade da família e do pediatra a quem cabe orientá-la. Por isso a Puericultura contemporânea resgata e atualiza os princípios eternos da Pediatria.

Sob patrocínio da Nestlé Nutrition aliada tradicional do pediatra, apresentamos um roteiro elaborado com base nos conceitos atuais, nas recomendações das mais importantes sociedades pediátricas, nas reivindicações das mães e temperado com a experiência do autor.

O roteiro é simples para poder ser prático e suficientemente detalhado para ser útil.

Convém completar as receitas com orientações impressas às mães.

Esta publicação representa o início de um inédito trabalho completo e abrangente que pretendemos lançar proximamente.

Comentários e sugestões dos colegas são bem-vindos.

Enquanto isso, espero que tirem proveito deste esforço inicial.

**Jayme Murahovschi**



# SUMÁRIO

<b>1ª parte</b> – Modelos práticos das consultas pediátricas	
A pediatria contemporânea .....	7
Primeira consulta – Recém-nascido .....	11
Retorno agendado da primeira consulta .....	12
Saiba responder as questões mais frequentes dos pais de recém-nascidos .....	13
Consulta de 1 mês .....	16
Consulta dos 2 meses.....	17
Consulta dos 3 meses.....	18
Consulta dos 4 meses.....	20
Consulta dos 5 meses.....	21
Consulta dos 6 meses.....	22
Consulta dos 7 meses.....	24
Consulta dos 8 meses.....	25
Consulta dos 9 meses.....	26
Consulta dos 10 meses.....	29
Consulta dos 11 meses.....	30
Consulta de 1 ano.....	31
<b>2ª parte</b> – As bases do atendimento pediátrico	
Crescimento .....	33
Monitoração do desenvolvimento em consultório .....	35
Desenvolvimento .....	36
Orientação sobre alimentação no consultório .....	41
Alimentação complementar.....	45
Como orientar a vacinação no consultório.....	51
Vacinação – Colóquio .....	53
<b>3ª parte</b> – Os problemas importantes no 1º ano	
Cólicas do lactente.....	54
Alergia ao leite de vaca .....	56
Refluxo gastroesofágico (RGE) .....	57
Diarreia aguda.....	60
A criança com febre no consultório .....	62
Conduta pediátrica na criança febril.....	64





## A PEDIATRIA CONTEMPORÂNEA

**O que é: Pediatría** – na prática uma *anti-especialidade*

- não trata só de um órgão/aparelho
- mas cuida da criança como um ser humano global, físico-mental emocional, social – atenção integral.

**Meta:** criação de indivíduos

- fisicamente saudáveis.
- psicologicamente equilibrados.
- socialmente úteis.

**Limites:** faixa etária que corresponde à fase de crescimento mas que pode ser ultrapassada para incluir o adulto jovem.

**A CONSULTA PEDIÁTRICA** passo a passo

**Sala de espera** – receptiva, descontraída, decoração atraente.  
Receptionistas gentis e prestativas; respeitar horário.

1º) **Acolhimento** = ritual de aproximação

Visa relaxar a ansiedade.

Considerar a ansiedade, insegurança, medo, questionamentos.

2ª) **Preparação**

Levar em conta o ambiente e as circunstâncias:

é o 1º encontro? ou trata-se de cliente antigo?

Qual é a faixa etária da criança?

A consulta é de urgência? priorizar a queixa ou é de rotina - dedicar-se à educação em saúde.

3º) **Estabelecimento da relação**

A palavra-chave é **escutar**.

**Escutar** = compreender, introjetar.

A característica essencial do pediatra é a **empatia**.

Empatia = **sintonia** = sentir o que o outro está sentindo e antecipar suas necessidades mas sem perda de limites, isto é, o médico deve manter a posição que lhe dá a força almejada pela família.

4º) Procurar abranger a **criança** na consulta.  
Verificar seu potencial de participação/valorizar papel ativo.

A criança como **paciente**

É um paciente *singular*, depende de *intérprete* adulto que reconhece/traduz/relata seus problemas

O **intérprete** da criança depende de suas características básicas não é imparcial: tem envolvimento afetivo o que causa percepção distorcida sobre a saúde da criança

5º) A **mãe** e a **doença** da criança

1. Preocupação com a doença propriamente dita – angustia circunstancial – ansiedade, aflição, medo, negação, comparações indevidas,
2. Abala confiança da mãe em sua competência

Daí, as **armadilhas** para o pediatra

1. Menosprezar a preocupação da mãe (“mãe sempre tem razão”)
2. Aceitar passivamente o relato superestimado/exagerado

6º) – A **anamnese** pediátrica **ampliada**

1. As **raízes** – a família

Caracterizar condições sociais, condições de vida.

Identificar riscos familiares – genética, atopia, ambiente, pais separados, “pai ausente”, mãe “superexecutiva”, babá, avós.

2. O **início**

Pré-natal, condições de nascimento, período neonatal.

3. O **ambiente físico**

Habitação, quartos, insolação, entorno.

4. O **passado**

Desenvolvimento – “foi tudo no tempo certo”?

Doenças anteriores, crônicas ou de repetição, alergias.

5. **Vacinação**

Incompleta? só as da Saúde Pública? complementares? reforços.

## A CRIANÇA – O AGORA

1. **Padrão alimentar** da criança/família; problemas alimentares.
2. **Higiene** geral/bucal
3. **Lazer** – TV/videogames, cultural
4. **Atividade física** – na escola, brincadeiras, esportes.
5. **Hábito intestinal** – constipação?
6. Creche/escolinha, escola, outras. **Aprendizado.**

A criança – **quem sou** eu?

1. Crescimento: P, E, P/E, PC\*; percentil, curva
2. Desenvolvimento neuro-motor
3. Linguagem
4. Escolaridade
5. Comportamento/disciplina/limites (birra, problemas de sono)
6. Controle de micção/evacuação
7. Qual é a impressão geral da criança/familiares?

## EXAME FÍSICO

Obter consentimento/concordância

- explicar de modo fácil/honesto/atitude amistosa
- participação da mãe

Truques:

“Vamos abrir boca de jacaré”

“Vamos examinar esta boneca para ver se ela está doente”

Quando indispensável: princípio de realidade/autoridade

- atitude de firmeza
- contensão e força – só o necessário

## O DIAGNÓSTICO

comunicar sem uso de jargão e sem termos depreciados

completar diagnóstico da doença com **orientação**

- nutricional/alimentar
- crescimento
- desenvolvimento
- vacinação
- emocional/educacional
- ambiente físico/atividades físicas

---

\* P = peso; E = estatura; P/E = peso para estatura; PC = perímetro cefálico

## A PRESCRIÇÃO

**Preliminar:** o pediatra deve

- *identificar* medos, expectativas, necessidades
- *compreender* aflição da família/ansiedade dos pais
- *ajudar* a família a distinguir entre ansiedade x problemas reais

A  *tarefa* do pediatra é apoiar/encorajar a mãe e ajudá-la a recuperar a auto-estima.

Sua arma é a  *empatia*.

Elaboração conjunta (responsabilidade compartilhada)

- *realista-cultura/condições* família

Explicar a evolução e explicitar os sinais de alerta/alarme.

*Lembrar* que: a mãe em estado de angústia tem comprometida sua capacidade de pensar com clareza e assimilar orientação (independente de conhecimento técnico/capacidade intelectual).

Dar as instruções por  *escrito*.

**SEGUIMENTO** – a consulta não termina no momento da despedida

- orientar comunicação telefônica/e-mail
- retorno/reavaliação
- o que fazer em situação de emergência (alarme)

**Sugestão de Instrumentos auxiliares para agilizar a consulta:**

1. **Auxiliar** - conversa com a família na sala de espera e pergunta sobre desenvolvimento (tendo um protocolo baseado na idade).
2. **Auxiliar** pesa, mede, pressão arterial, temperatura.
3. **Pediatra** segue o modelo apresentado.
4. **Impressos** padronizados de orientação.

**O pediatra não é só um curador de doenças da criança  
mas um cuidador da pessoa humana  
que inclui a criança e sua família.**

## PRIMEIRA CONSULTA – RECÉM-NASCIDO 5 A 7 DIAS (3 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR)

**Acolhimento** da mãe/família

*Lembrete:* é frequente a presença do pai e até de avós na 1ª consulta, especialmente se for 1º filho.

Acolhimento gentil, afetuoso e respeitoso.

### É o 1º filho?

Pensamento: *“não há nada na vida da gente, como experiência, igual ao primeiro filho”.*

Isso gera ansiedade, insegurança e até conflitos familiares.

Escutar os pais sobre a gravidez e condições do nascimento.

*Escutar* não é só ouvir; é compreender e entrar em sintonia.

Conferir com os dados do cartão da maternidade: peso (P), comprimento (C), perímetro cefálico (PC), teste do pezinho, da orelhinha, icterícia, intercorrências, vacinas; peso de alta.

**Exame físico** – detalhes; icterícia; P, C, PC, PT\*.

Conferir com o cartão da maternidade.

### Não é o 1º filho

Rever (inclusive vendo a ficha) o desenvolvimento e os problemas dos outros filhos.

**Aleitamento Materno** (consulte o capítulo correspondente).

É dever do pediatra, estimular, amparar e apoiar a amamentação.

Detectar dificuldades no processo da amamentação.

Assistir/orientar uma mamada ou pelo menos a parte inicial.

Verificar os *bicos* das mamas. Observar a pega.

- tocar o lábio inferior do bebê com o bico da mama
- bebê abre bem a boca (como bocejo) - abocanha a aréola
- lábio inferior voltado para fora (“boca de peixe”)
- queixo tocando a mama

- horário livre de mamada mas se o bebê é dorminhoco, acordá-lo a cada 2 ½ horas.

- Agendar **retorno** (*obrigatório*):

- se amamentação com dificuldades – marcar para 3 dias
- se amamentação com dúvidas – marcar para 5 dias
- se amamentação tranquila, estabelecida – marcar para 7 dias

**Disponibilidade telefônica.**

---

\* Prematuro

## RETORNO agendado da primeira consulta

Identificar os **sinais de alerta** sobre *amamentação*:

- bebê quer mamar o tempo todo e chora muito (não é cólica)
- bebê dorminhoco – passa 4 h. sem mamar (não é porque está satisfeito)
- bico da mama muito machucado (não é porque ele mama muito)
- ganho ponderal insuficiente (menos de 25g por dia)
- não recuperou o peso de nascimento

Valorizar os **sinais de alarme**:

- não faz no mínimo 2 evacuações de fezes com volume
- urina menos de 6 vezes por dia (nunca enxarca as fraldas).

*Diagnóstico inicial*: **mamadas ineficientes**

**Conduta - Corrigir a mamada**

- se mamas muito engurgitadas, fazer esvaziamento prévio;
  - corrigir a pega;
  - deixar mamar até esvaziar o 1º peito antes de passar para 2º;
  - se o bebê adormece antes de esvaziar o 1º peito, acordá-lo;
- se necessário completar a mamada com leite materno ordenhado, oferecido em copinho ou usar o processo de relactação.

*Alerta!* A mãe vai bem? atenção para sinais de depressão materna.

Se mãe parece deprimida e/ou está produzindo leite insuficiente prescrever: sulpirida – 1 comp. 50mg 3vezes/dia.

Alternativa: domperidona; evitar metoclopramida.

Iniciar suplemento de **vitamina D** – 400UI/dia\*

Se necessário marcar novos *retornos*.

Se tudo bem, marcar consulta para 1 mês de idade.

*Colóquio*

Realisticamente, casos de **exceção** podem não ser contemplados com as medidas propostas e vão necessitar de complemento com fórmulas infantis à base de leite de vaca modificado/adaptado (fórmulas de partida = 1º semestre) ministrados copinho ou em mamadeira de bico ortodôntico, para completar e/ou substituir mamadas ou mesmo como uso exclusivo.

*Advertência*: início das **cólicas**, a partir de 21 dias de vida.

**Alarme! Febre** sem causa aparente no RN considerar doença grave\*\*.

**Agendar** consulta de 1 mês. **Disponibilidade telefônica.**

\* Se leite materno é completo, por que dar vitamina D? Porque vit. D não é suprida pela alimentação, mas fabricada na pele após exposição aos raios ultravioletas. Se o banho de sol ideal não é garantido, a alternativa é ministrar vit. D. Dispensável se toma mais de 750ml de fórmula infantil/dia.

\*\* Encaminhar ao hospital – hemograma, hemocultura, PCR, urocultura, liquor.

## SAIBA RESPONDER AS QUESTÕES MAIS FREQUENTES DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS

### 1. Como posso saber qual vai ser a cor definitiva dos olhos?

- Se o recém-nascido é moreno e tem olhos castanhos, essa vai ser a cor definitiva.

- Se o recém-nascido é clarinho e tem olhos azuis...pode mudar.

Observe nos primeiros 6 meses. Se a cor vai escurecendo e perdendo o brilho, eles se tornarão castanhos (no máximo até o 1º aniversário), mas se eles continuarem azuis aos 6 meses de idade vão permanecer assim o resto da vida.

### 2. Eu observei uma mancha vermelha de sangue no branco dos olhos (pode ser um só ou os dois olhos); isso é perigoso?

Não. É causada pela pressão exercida durante o trabalho de parto e desaparece espontaneamente em poucos dias.

### 3. As costas e o ombro do bebê estão cobertos por pelos finos, por que?

Isso se chama lanugem; é produzida no final da gravidez e cai logo ou, no máximo, em algumas semanas.

### 4. O que são aquelas manchas vermelhas conhecidas como a “picada da cegonha”?

São marcas de nascimento (hemangiomas) localizadas na raiz (acima) do nariz, na parte inferior central da testa, atrás da cabeça (occipital) e nuca. Desaparecem em meses ou 1 ano.

Observe que essas manchas têm disposição central; as manchas laterais como as manchas cor de vinho situadas na face (bochechas) e pálpebras podem constituir problema permanente.

### 5. O que é mancha mongólica?

Áreas planas, amplas, escuras (azuladas) que parecem uma batida, geralmente nas costas ou nádegas.

São frequentes e mais comuns em crianças de pele escura ou amarela.

Começam a desaparecer depois do 1º aniversário e desaparecem totalmente na idade escolar.

### 6. Meu recém-nascido parece estar com ‘cravinhos’; isso é possível?

Sim. É o que chama “miliun”. Aparecem na ponta do nariz e no queixo e são causados pela secreção de sebo por glândulas da pele. Desaparecem em 2 ou 3 semanas.

**7. As mamas do bebê estão inchadas e às vezes até sai um pouco de leite (que o povo chama “leite de bruxa”).**

**Devo apertar?**

Nunca. Isso é devido a hormônios que passam da mãe para o recém-nascido e desaparece em 1 semana. Se você tentar apertar pode infeccionar e formar um abscesso.

**8. O cordão umbilical caiu e ficou uma bolinha dura no umbigo...**

É o granuloma umbilical. Seu pediatra pode orientá-la para cauterizar com nitrato de prata.

Às vezes, após a queda do cordão umbilical, ocorrem pequenos sangramentos que mancham as fraldas. Nada a temer.

**9. O que é aquela secreção constante nos olhos do recém-nascido?**

Podem ser irritação do nitrato de prata que é pingado nos olhos logo após o nascimento ou um certo entupimento do canal lacrimal.

Limpe com água limpa e é interessante pingar algumas gotas de leite materno.

**10. O bebê está espirrando; isso é resfriado?**

Não. É um refluxo normal tal como são normais os soluços e um pouco de regurgitação.

**11. Recém-nascido que chora muito, quase o tempo todo – é provocado por cólicas?**

Nas 2 primeiras semanas de vida, certamente não. Controle o peso para verificar se não é fome.

**12. A urina parece estar com sangue...**

A fralda manchada de vermelho ou alaranjada pela urina é normal. São sais de urato que dão essa cor.

**13. Quando devo levar o recém-nascido ao pediatra?**

Dentro de 1 semana após a saída da maternidade. O pediatra fará o exame geral, verificará os reflexos, vai conferir a pega da mama, o crescimento (aumento de peso). Em caso de dúvida, especialmente em relação à amamentação, retornos em curto prazo (3 a 5 ou 7 dias) são necessários no primeiro mês de vida.

**14. Febre é perigoso no recém-nascido?**

Sim, é um sinal de alarme porque pode expressar doenças graves incluindo meningite, infecção urinária ou pneumonia. Leve de imediato ao pediatra.



**15. O bebê apresenta um estufamento (bola cheia de ar) no umbigo e que aumenta quando ele chora...**

É a hérnia umbilical. Não é perigosa nem dolorida e desaparece, na maioria dos casos, após o 1º aniversário.

**16. Um testículo parece bem maior (como se estivesse inchado) do que o outro...**

Trata-se de hidrocele, um acúmulo de líquido em volta do testículo.

Vai desaparecer lentamente. Se, no entanto, o inchaço do testículo aparece de repente ou aumenta com o choro, leve ao pediatra.

**17. O recém-nascido enxerga?**

Sim, ele consegue focalizar um ponto no centro de seu campo de visão, situado a 20 a 45cm na frente dele. É a posição em que ele enxerga o rosto da mãe enquanto mama o peito.

Estimule a visão com móveis e cartões com quadrados ou faixas brancas e pretos, ou com caretas simples ou ainda com cores fortemente contrastadas (vermelho, verde, amarelo).

Um leve estrabismo (cruzamento dos olhos) ocasional é normal.

Com 1 mês, o bebê começa a acompanhar com a cabeça os movimentos dos objetos.

**18. O recém-nascido escuta?**

Sim. Durante o primeiro mês o bebê presta atenção às vezes, especialmente quando se fala naquele tom de “voz para bebê”.

Ruídos fortes não fazem bem e devem ser evitados.

Caixinha de músicas e discos com música suave (principalmente de Mozart) são úteis bem como brinquedos padronizados e coloridos que fazem sons suaves.

Com 1 mês, o bebê se volta para o lado de sons e vozes familiares.

**19. O recém-nascido sente frio?**

O recém-nascido perde calor com mais facilidade do que a criança maior.

Por isso ele precisa ser um pouco mais agasalhado. Três camadas finas de roupa (underwear: camiseta + macacãozinho + xale) dão uma boa proteção.

Se as mãos e pés estiverem frios o bebê parecer desconfortável, agasalhar um pouco mais; o contrário se estiver com extremidades quentes e suando.

## A CONSULTA DE 1 MÊS

**Acolhimento:** “você já não tem mais recém-nascido em casa”

1. Controlar o **Crescimento** (no 1º mês)

Bebê deve ter ganho 20-30g por dia; 4-5cm e 3cm de PC no mês.

2. Controlar **Desenvolvimento** de 1 mês (se for PT esperar a idade real)

é capaz de erguer a cabeça       acompanha objetos com o olhar

olha para o rosto da mãe quando ela lhe observa/fala

3. **Aleitamento – leite materno exclusivo** em horário livre ou **fórmula infantil de partida**,  $\pm$  3/3h, quanto aceitar até deixar resto.

• **Banho de sol** adequado\*.

Se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

4. **Olhos – estrabismo** leve, fugaz – normal; se for fixo – oftalmologista

• **Íris** (menina dos olhos) deformada / coloboma – oftalmologista.

• **Lacrimejamento** – obstrução do canal lacrimal – limpeza da secreção com água fervida.

5. Perguntar sobre **funcionamento digestivo** – explicar o que é *normal*:

• No **aleitamento materno exclusivo**, evacuação a quase todas as mamadas.

• **Regurgitação** (com soluços) logo após as mamadas.

• **Cólicas:** início súbito, horário geralmente marcado, 19-23h;

- choro agudo, inconsolável extensão/flexão ritmada das pernas;

- elimina gases, o que causa alívio apenas temporário;

- se for leite materno, quer mamar “a toda hora”/intervalos curtos.

6. **Distúrbios digestivos** – *investigar*

• **Sangue nas fezes** em criança saudável em aleitamento materno:

provável **alergia** por leite de vaca ingerido pela mãe (proctite).

Recomendar supressão de todos lácteos de dieta da mãe por 1 mês.

• **Regurgitações** volumosas (> 1c. sopa), frequentes (> 5 vezes/dia), desconfortáveis, longe das mamadas ( $\pm$  2h depois) e crescimento não satisfatório = suspeitar de Refluxo gastroesofágico doença (RGED).

• **Bebê chorão** – choro diferente das cólicas e associado à mamadas nervosas. Hiperexcitabilidade? RGED? Alergia ao leite de vaca?

7. **Alarme** – **febre** sem causa aparente é grave nessa idade\*\*\*.

**Agendar** consulta de 2 meses. **Disponibilidade telefônica.**

\* Banho de sol – pela manhã, antes das 10h, não pode passar por vidro. Só de fraldas – 10 minutos/dia, 3 vezes por semana; com pernas e braços descobertos: 18 minutos por dia.

\*\* Nos produtos mais usados – vitamina A+D; 2 gotas = 400UI; Vit D3: 3 gotas  
Dispensável se toma mais de 750ml de fórmula infantil/dia.

\*\*\* Encaminhar ao hospital – hemograma, hemocultura, PCR, urocultura, liquor.

## CONSULTA DOS 2 MESES

1. **Crescimento** – aumento de 25g/dia; no mês: 3cm e 1cm de PC.

2. Controlar **Desenvolvimento**

- Sorriso social                       Emite sons guturais/balbuca?  
 Quando de bruços, levanta a cabeça (45°); segue com os olhos.

3. **Aleitamento** – **leite materno exclusivo** em horário livre ou **fórmula infantil de partida** ± 3/3h, quanto aceitar até deixar resto.

- **Banho de sol** adequado\*, se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*

Aos 2 ½ meses começar coletar leite materno ordenhado, conservado no freezer, preparando a volta ao trabalho.

4. **Vacinação:** Tríplice (DPT) + Pólio (IPV) + Hepatite B = Hexa.  
Pneumococos. Rotavírus.

5. **Olhos** – **estrabismo** leve, fugaz – normal; se for fixo – oftalmologista.

- **Íris** deformada – coloboma – oftalmologista.
- **Lacrimejamento:** obstrução do canal lacrimal – limpeza.

6. **Funcionamento digestivo** – explicar que é *normal*:

- No **aleitamento materno exclusivo**, evacuação a quase todas as mamadas, fezes moles, mas pode falhar 1 ou mais dias.
- **Regurgitação** (com soluços) – logo após as mamadas.
- **Cólicas:** início súbito, choro agudo, inconsolável, barriga dura, elimina gases, quer mamar com intervalos curtos, (das 19-23h).

7. **Distúrbios digestivos** – *investigar*:

- **Sangue nas fezes** em criança saudável em aleitamento materno: provável **alergia** por leite de vaca ingerido pela mãe (proctite).
- **Regurgitações:** volumosas, frequentes, desconfortáveis, longe das mamadas (> 2h depois) = suspeitar de **RGED**.
- **Diarreia crônica** com muco/sangue, vômitos profusos intermitentes, crescimento deficiente = suspeitar de **Enterocolite alérgica**.
- **Bebê chorão** – choro diferente das cólicas e associado a mamadas nervosas. Alergia ao leite de vaca? RGED?
- **Fezes duras** quando recebe mamadeira – trocar por fórmula com prebióticos.

8. **Outras queixas:**

- No próximo outono-inverno: tosse com chiado = suspeitar de **Bronquiolite**.

9. **Alarme: Febre** sem causa aparente, geralmente grave\*\*\*.

**Agendar** consulta de 3 meses. **Disponibilidade telefônica.**

\*, \*\* e \*\*\* ver rodapé pág. 16

## CONSULTA DOS 3 MESES

Nesta idade, o bebê deixa de ser o RN totalmente dependente e passa a ser ativo e interage com os pais.

1. **Crescimento** – aumento de 25g/dia (800g no mês), de 3cm e 1cm no PC (normalmente chega aos 6kg e 60cm; PC chega aos 40cm).

### 2. Controlar **Desenvolvimento**

- de bruços, levanta cabeça e tórax
- vira a cabeça em direção à conversação
- se for puxado pelas mãos para a posição sentada: segura a cabeça alguns instantes e depois sacode-a
- abre a e fecha as mãos
- leva as mãos à boca



Observe sinais de **alerta** – encaminhar ao *neuropediatra*

- mãos sempre fechadas
- não segue movimento dos objetos
- deitado de bruços, não levanta a cabeça
- não sorri
- não responde a barulhos audiometria
- moleza ou rigidez
- não balbucia
- excessivamente assustadiço

3. **Aleitamento – leite materno exclusivo** em horário livre ou **fórmula infantil de partida** – passar para 4/4h, quanto aceitar até deixar resto.

• **Banho de sol** adequado\*, se não possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

4. **Vacinação:** 2ª dose meningococos.

5. **Olhos – estrabismo** – leve, fugaz – normal; se fixo: oftalmologista.

**Lacrimejamento** – obstrução do canal lacrimal-limpeza.

6. **Funcionamento digestivo** – explicar que é *normal*:

- No **aleitamento materno exclusivo** – pode ficar alguns dias sem evacuar mas as fezes são moles; algum esforço para evacuar.
- **Regurgitação** (com soluços) – logo após as mamadas.
- **Cólicas** – começam a diminuir de intensidade.

7. **Distúrbios digestivos** – *investigar*:

- **Sangue nas fezes** em criança saudável – suspeitar de **Proctite** (ALV).
- **Regurgitações** frequentes, volumosas, desconfortáveis, longe das mamadas = suspeitar de RGED.
- **Bebê chorão** – choro acentuado associado a mamadas nervosas. Alergia ao leite de vaca? RGED?
- **Diarreia crônica** com muco/sangue, vômitos profusos intermitentes, crescimento deficiente = suspeitar de **Enterocolite alérgica**.

\* e \*\* ver rodapé pág. 16

#### 8. Outras queixas:

- Se for outono-inverno: tosse com chiado = suspeitar de **Bronquiolite**.
- Placas vermelhas, úmidas, pruriginosas na face – suspeitar de **Dermatite atópica**.

9. **Febre** sem causa aparente e bom estado geral – manter observação.  
Provável **bacteriana**, se: T > 39,5°C, tremores, abatimento, febre > 3 dias (> 72h), gemência, convulsão\*\*\*.

**Agendar** consulta para o 4 mês. **Disponibilidade telefônica.**

---

#### SINAIS DE ALERTA (investigue) **aos 3 meses completos**

- Excessivamente assustadiço
- Pobreza de movimentos
- Rigidez de corpo
- Deitado de bruços, não consegue levantar a cabeça
- Mãos ficam sempre fechadas (não abre)
- Não sorri para as pessoas, aos 3 meses
- Não observa as mãos, aos 2 meses
- Não segue o movimento dos objetos, com seus olhos
- Não procura nem agarra brinquedos
- Cruza os olhos a maior parte do tempo
- Não presta atenção ou fica muito assustado com novos rostos
- A menina dos olhos é branca ou não é redondinha
- Não balbucia
- Não responde a sons barulhentos
  - Pesquisar audição: bater palmas fortes ao lado das orelhas; o bebê deve piscar ao ouvir o som.
- Cólicas exageradamente acentuadas
- Bebê chorão (o dia todo) e choro associado com as mamadas.

---

\*\*\* hemograma, PCR, urina: sedimento+bacterioscópico

## CONSULTA DOS 4 MESES

1. **Crescimento** – aumento de 20g/dia (7kg ou 2x peso do nascimento); aumento de 3cm no mês; perímetro cefálico cresceu 1cm.

2. Controlar **Desenvolvimento**

segue chocalho

se colocada sentada, com apoio nas costas,

segura um pouco a cabeça olhando para a frente

reconhece melhor a própria mãe

segue objetos com os olhos até 180°

ri alto

Observe sinais de **alerta** – encaminhar ao *neuropediatra*:

excessivamente assustadiço

mãos sempre fechadas

não sorri; não balbucia

não responde a barulhos (audiometria)

moleza ou rigidez

deitado de bruços não levanta a cabeça

não segue movimentos dos objetos

3. **Aleitamento – leite materno exclusivo** – ir espaçando as mamadas até 4/4h ou **fórmula infantil de partida** – 4/4h; quanto aceitar até deixar resto.

• **Banho de sol** adequado\*, se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

4. **Vacinação**: 2ª Hexa (DTP+Hib+pólio) e 2ª Pneumo; 2ª Rotavírus.

5. **Olhos**: estrabismo – se leve, fugaz normal;

• **Lacrimejamento** = obstrução do canal lacrimal – limpeza;

• Olhos que se cruzam fixamente – oftalmologista.

6. **Funcionamento digestivo** – explicar o que é *normal*:

• No **aleitamento materno exclusivo** pode ficar alguns dias sem evacuar, faz esforço para evacuar mas as fezes são moles.

• **Regurgitação** (com soluços) logo após as mamadas – normal.

• As **cólicas** desapareceram.

7. **Distúrbios digestivos** – *investigar*:

• **Sangue nas fezes** em criança saudável – suspeitar de **alergia** ao leite de vaca.

• **Regurgitações** frequentes, volumosas, desconfortáveis, longe das mamadas: suspeitar de RGED.

• **Bebê chorão**: choro acentuado associado a mamadas nervosas (alergia ao leite de vaca? RGED?)

• **Diarreia** crônica com muco e sangue, vômitos frequentes, ganho ponderal não satisfatório = suspeitar de **Enterocolite alérgica**.

• **Fezes duras** quando recebe mamadeira – trocar por fórmula com prebióticos.

8. **Outras queixas**:

• Se for outono/inverno – tosse com chiado = suspeitar de **Bronquiolite**.

• Bochechas vermelhas, úmidas, pruriginosas: suspeitar de **Dermatite atópica**.

9. **Febre** sem causa aparente e bom estado geral: observação;

Se T > 39,5, tremores, abatimento, febre > 3 dias: **bacteriana**\*\*\*.

**Agendar** consulta para os 5 meses. **Disponibilidade telefônica**.

\*, \*\* e \*\*\* ver rodapé pág. 16

## CONSULTA DOS 5 MESES

1. **Crescimento** – aumento de 20g/dia; 2cm no mês e 1cm no PC.

2. Controlar **desenvolvimento**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> alcança e segura objetos | <input type="checkbox"/> segura chocalho                                     | <input type="checkbox"/> leva mão à boca |
| <input type="checkbox"/> brinca com os pés        | <input type="checkbox"/> se vira da posição de bruços para a de costas       |  |
| <input type="checkbox"/> dá risada                | <input type="checkbox"/> apoiado nas costas, fica sentado e levanta a cabeça |  |

Observe sinais de **alerta** – encaminhar ao *neuropediatra*: muito molinho, pernas rígidas, não controla cabeça, não dá risada; não reage aos sons (ORL).

3. **Aleitamento – leite materno exclusivo** – horário próximo de 4/4h, **Fórmula infantil de partida** 4/4h; quanto aceitar até deixar resto.

• **Banho de sol** adequado\*. Se não possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

4. **Vacinação**: 2ª dose Meningocócica

5. **Funcionamento digestivo** – explicar o que é *normal*:

• No **aleitamento materno exclusivo** pode ficar alguns dias sem evacuar, esforço à evacuação mas fezes moles.

• **Regurgitação** (com soluços) logo após as mamadas - normal.

5. **Olhos** – estrabismo: leve, fugaz – normal;

• **Lacrimajamento** = obstrução do canal lacrimal;

• Olhos que se cruzam fixamente – oftalmologista.

6. **Distúrbios digestivos** – *investigar*:

• **Regurgitações** frequentes, volumosas, desconfortáveis, longe das mamadas = suspeitar de RGED.

• **Bebê chorão** = choro acentuado associado a mamadas nervosas (alergia ao leite de vaca? RGED?).

• **Diarreia crônica** com muco e sangue, vômitos frequentes, ganho ponderal não satisfatório = suspeitar de **Enterocolite alérgica**.

• **Fezes duras** quando recebe mamadeira – trocar por fórmula com prebióticos.

7. **Outras queixas**:

• Se outono/inverno – tosse com chiado = suspeitar de **Bronquiolite**.

• Faces vermelhas, úmidas, pruriginosas = suspeitar de **Dermatite atópica**

8. **Febre** sem causa aparente e bom estado geral: observação;

Se T > 39,5, tremores, abatimento, febre > 3 dias, convulsão:

**bacteriana\*\*\*.**

**Agendar** consulta de 6 meses. **Disponibilidade telefônica.**

\*, \*\* e \*\*\* ver rodapé pág. 16

## CONSULTA DOS 6 MESES

### 1. Obtendo informações (sugestão para perguntas)

“Parabéns por seu filho – comemorem o 1º ½ aniversário”

Criar bebê é mais fácil ou mais difícil que vocês imaginavam?

- Como vão as coisas em casa? Como vai você, a família, atitudes do marido, comportamento dos outros filhos.

- Mãe trabalhando fora? Quem cuida da criança?

- Como está a adaptação da criança? O que a mãe faz com o bebê nas horas que ficam juntos? Os pais saem juntos sem o bebê?

- O bebê está fazendo coisas diferentes? Qual é o temperamento dele?

Ele tem um brinquedo favorito?

- Vocês têm dúvidas/preocupações a respeito do bebê?

• Observar a interação pais/bebê:

O bebê reconhece os pais e mostra satisfação na interação.

2. **Crescimento** – aumento de 15g/dia (400g no mês); P= 7,5-8kg; 2cm no mês, E= 68cm (=E nascimento + 15cm); PC cresce 0,5cm ( 44cm).

3. Controlar **Desenvolvimento** – verificar:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> balbucia, vocaliza, ri  | <input type="checkbox"/> volta-se em direção aos sons |
| <input type="checkbox"/> é capaz de se virar   | <input type="checkbox"/> brinca com os pés            |
| <input type="checkbox"/> senta, corpo inclinado pra frente, braços estendidos em tripé |   |



**Observar** se está evoluindo para sentar sem apoio. *Alerta* se: não se vira; não senta com apoio, molinho ou rígido; não dá risada.

4. **Alimentação** – sugestões:

Refeições 4/4h: 7-11-15-19-23h; suprimir mamada da madrugada.

11h – **papinha** (dar receita impressa); após 1 semana: sobremesa - papa de frutas; após mais 1 semana: suco de laranja após a papinha (a ordem de introdução pode variar: pode-se iniciar com papinhas de frutas).

Nas demais: **leite materno**.

Se mamadeira: passar para **fórmula infantil de seguimento**.

Considerar substituir mamadeira da tarde por mingau de cereal infantil.

• **Banho de sol** adequado\*, se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

Se for leite materno – **ferro**\*\*\* 1mg/kg/dia.

5. **Vacinação**: 3ª Hexa (DTP+Hib+Pólio+HB), 3ª pneumo, 3ª rotavírus.

6. **Olhos** – se persiste **estrabismo** nítido: oftalmologista.

• **Lacrimejamento** = obstrução do canal lacrimal – limpeza.

\* e \*\* ver rodapé pág. 16

\*\*\* sulfato ferroso 1gota/kg/dia; ferro polimaltosado: 1 gota/2,5kg.



7. **Funcionamento digestivo** – explicar o que é *normal*:

- **Regurgitação** (com soluços) logo depois das mamadas: normal.
- Observar a mudança de **consistência das fezes: constipação** intestinal – fezes duras eliminadas com esforço – preferir aveia; mamão, ameixa preta e fórmula de seguimento com prebióticos.

8. **Distúrbios digestivos** – *investigar*:

- **Regurgitação** excessiva, desconfortável, longe das mamadas e/ou **choro** excessivo = suspeitar de **RGED/bebê chorão**.
- **Diarreia** crônica com muco/sangue e **vômitos** frequentes, ganho ponderal insuficiente = suspeitar de **gastroenterite alérgica**.

9. **Outras queixas**:

- Faces vermelhas, úmidas, pruriginosas: suspeitar de **Dermatite atópica**.
- Se outono/inverno – tosse com chiado = suspeitar de **Bronquiolite**.

10. **Febre** sem causa aparente e bom estado geral: observação;

Se T > 39,5, tremores, abatimento, febre > 3 dias: **bacteriana**\*\*\* considerar infecção urinária: sedimento urinário + urocultura.

**Agendar** consulta de 7 meses. **Disponibilidade telefônica**.

---

## **Orientação aos pais para ajudar o desenvolvimento do filho**

Passeios ao ar livre; banho de sol adequado

Converse bastante, introduza palavras simples

Se ainda dorme no quarto dos pais, mude-o para seu próprio quarto.

Deixar a criança num cercado ao nível do chão, com brinquedos.

### **Brinquedos apropriados**

- Bolas macias e que fazem barulho suave.
- Brinquedos musicais.
- Chocalhos transparentes que mostram as peças e fazem barulho.
- Revistas velhas com figuras brilhantes (mostre para ele).
- Livros para bebês com folhas de pano, papelão, plástico.
- Colher, copo inquebrável, tampas, caixas.

**Prevenção de acidentes:** Não deixar o bebê sozinho em lugares altos nem no banho; não fumar perto da criança, em casa ou no carro; ao atravessar a rua puxar o carrinho, o cuidador deve estar na frente; no carro: o bebê deve estar no banco de trás com cadeirinha própria (não no colo); não deixar que uma criança leve o bebê no colo; não levar nada quente enquanto estiver com o bebê no colo. Não dar remédios (gotas nasais, xaropes, remédios para gripe, anti-inflamatórios) sem orientação pediátrica para cada caso.

---

\*\*\* ver rodapé pág. 16

## CONSULTA DOS 7 MESES

1. **Crescimento** – no mês anterior: (10-15g/dia); 1,5cm; 0,5cm PC.

2. Controlar **Desenvolvimento:**

- posto sentado fica ereto, sem auxiliar, alguns instantes,
- passa objetos de uma mão para a outra
- mantido pelas axilas, fica de pé e dá pulinhos.

**Observar** – permanece sentado, bate palmas, fica em pé com apoio.

3. **Alimentação** – sugestões: refeições 4/4h: 7-15-19-23h. **Leite materno ou fórmula infantil de seguimento.**

11h – **papinha** – folhas, legumes, tubérculos, cereais, leguminosas, carne, óleo, ovo.

Suco de laranja às 10h ou pós-papinha. Papa de frutas à tarde.

Introdução da 2ª papinha (19h). Considerar substituição da mamadeira da tarde por mingau de cereal infantil.

• **Banho de sol** adequado\*. Se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

Se for leite materno: **Ferro** 1mg/kg\*\*\*.

4. **Vacinação** – Meningocócica 3ª dose. Conferir falhas do calendário.

6. **Funcionamento digestivo** – explicar o que é *normal*:

- Ainda é normal **regurgitação** logo após as mamadas.
- Corrigir eventual **constipação** com aveia, mamão, ameixa preta e fórmula infantil com prebióticos.

7. **Distúrbios digestivos** – *investigar*

- **Regurgitação** volumosa, frequente, desconfortável = suspeitar de **RGED**
- No inverno, **diarreia aguda** com vômitos e febre = suspeitar de **rotavírus**.
- Início súbito com cólicas em surtos, afebril = suspeitar de **Invaginação**.
- **Diarreia crônica** com vômitos e crescimento insatisfatório = suspeitar de **gastroenterite alérgica**.

6. **Olhos** – **Estrabismo** – oftalmologista.

- **Lacrimejamento** sem vermelhidão = obstrução do canal lacrimal – limpeza.

8. **Outras queixas:**

- **Pele** – placas vermelhas, úmidas, pruriginosas nas faces e face de extensão dos membros: suspeitar de **Dermatite atópica**.
- **Resfriados** – nunca prescrever antigripais orais à base de antialérgico + descongestionante.

Se febre aumenta após 3 dias, secreção nasal purulenta = provável **Rino-sinusite-otite supurativa**.

9. **Febre** sem outros sintomas, bom estado geral, após efeito do antitérmico está bem disposto – observar.

Se **febre** > 39,5°C, tremores, abatimento, febre > 3 dias: exames de sangue e urina (bacterioscópico).

**Agendar** nova consulta para os 8 meses. **Disponibilidade telefônica.**

\* e \*\* ver rodapé pág. 16 - \*\*\* ver rodapé pág. 22

## CONSULTA DOS 8 MESES

1. **Crescimento** no mês anterior: 400g (15-20g/dia); 1,5cm; 0,4cm PC.

2. Controlar **Desenvolvimento**:  fica sentada sem apoio por 5 min.

**Observar** – ficar de pé apoiado, perceber sons ao seu lado e embaixo.  
Cercado é útil; andador – proibido.

3. **Alimentação** – sugestões: refeições 4/4h: às 7,15 e 23h – **leite materno ou fórmula infantil de seguimento**.

11 e 19h: **papinha** – folhas, legumes, tubérculos, cereais, leguminosas, carne, óleo, ovo. Frutas e suco de laranja.

Considerar substituição da mamadeira da tarde por mingau de cereal infantil.

• **Banho de sol** adequado\*. Se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

Se for leite materno: **Ferro** 1mg/kg\*\*\*.

4. **Vacinação** – conferir calendário.

5. **Olhos** – **Estrabismo** – oftalmologista.

• **Lacrimajamento** sem vermelhidão = obstrução do canal lacrimal – limpeza.

6. **Distúrbios digestivos** – *investigar*:

• **Regurgitação** volumosa, frequente, desconfortável = suspeitar de **RGED**.

• No inverno, **diarreia aguda** com vômitos e febre = suspeitar de **rotavírus**.

• **Diarreia crônica** com vômitos e crescimento insatisfatório = suspeitar de **gastroenterite alérgica**.

• Início súbito, crises de cólicas, normal a letárgica nos intervalos = suspeitar de **Invaginação**.

7. **Outras queixas**:

**Pele** – placas vermelhas, úmidas, pruriginosas nas faces e face de extensão dos membros: suspeitar de **Dermatite atópica**.

**Resfriados** – nunca prescrever “antigripais” com antialérgico + descongestionante.

Se febre aumenta após 3 dias, secreção nasal purulenta = provável **Rino-sinusite-otite**.

8. **Febre** sem outros sintomas, bom estado geral, após efeito do antitérmico está bem disposto – observar.

Se **febre** > 39,5°C, tremores, abatimento, febre > 72h – VHS, PCR, hemograma, urina: sedimento + bacterioscópico.

**Febre** alta, criança muito irritada com hemograma viral, VHS e PCR inexpressivos, aguardar 3 dias – se erupção: suspeitar de **Roséola**.

**Agendar** consulta para os 9 meses. **Disponibilidade telefônica**.

\* e \*\* ver rodapé pág. 16 - \*\*\* ver rodapé pág. 22

## CONSULTA DOS 9 MESES

### 1. **Obtendo informações** (Sugestões sobre perguntas)

- Como vão as coisas em casa? Como vai você, a família, atitudes do marido, comportamento dos outros filhos.

- Como você se sente com seu bebê ficando mais independente?

Como ele se comporta agora? Quais são suas dúvidas a respeito?

Vocês têm alguma preocupação em particular?

- Observe a interação pais-bebê (sorriso, vocalização, expressões faciais, atividades motoras, negativas).

2. **Crescimento** – no mês anterior: 350g (10-15g/dia) e 1,4cm; 0,4cm de PC. *Começa diminuir panículo adiposo.*

3. Controlar **Desenvolvimento** – Confira com atenção – é um momento chave para crianças com desenvolvimento *lento*.

fica em pé apoiado na grade

pega em pinça polegar-índice

é capaz de dizer “ma-ma” ou “da-da”

faz adeus, bate palma

reconhece diferença entre voz de aprovação x reprovação

estranha pessoas

recupera objeto escondido sob lenço

localiza sons produzidos ao lado/embaixo da criança

Pedir aos pais, **observar**: ficar de pé, engatinhar, falar “ma-ma”.

4. **Alimentação** – 3 vezes **leite materno** ou **fórmula infantil de seguimento** + **2 papinhas** + frutas e suco.

- *Incluir* coalhada, queijo branco, carne, frango, peixe, fígado, ovo cozido.

Considerar substituição da mamadeira da tarde por mingau de cereal infantil.

- Estimular mastigação: papa em pedacinhos, fatia de pão integral, biscoito com fibras, pedaço de cenoura.

- Iniciar uso de xícara ou copo de bordas grossas e canudinho.

*Advertir que é esperado: começa a diminuir o apetite.*

- **Banho de sol** adequado\*. Se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

Se for leite materno – **ferro** 1mg/kg/dia\*\*\*.

5. **Olhos** – **Estrabismo** – oftalmologista.

**Lacrimejamento** sem vermelhidão = obstrução do canal lacrimal – limpeza.

6. **Outras queixas:**

- **Pele** – placas vermelhas, úmidas, pruriginosas nas faces e face de extensão dos membros: suspeitar de **Dermatite atópica**.

\* e \*\* ver rodapé pág. 16 - \*\*\* ver rodapé pág. 22

- **Resfriados** – nunca prescrever antigripais à base analgésico + descongestionante.

Se febre aumenta após 3 dias, secreção nasal purulenta = provável **Rinosinusite-otite supurativa**.

- Início súbito com cólicas em surtos, normal ou letárgica nos intervalos: suspeitar de **Invaginação**.

7. **Febre** sem outros sintomas, bom estado geral, após efeito do antitérmico está bem disposto – observar.

Se **febre** > 39,5°C, tremores, abatimento, febre > 72h – exames de sangue e urina (bacterioscópico + sedimento).

**Febre** alta, criança muito irritada com hemograma viral, VHS e PCR inexpressivos, aguardar 3 dias – se erupção: suspeitar de **Roséola**.

#### 8. Orientações gerais

- Discutir a diferença entre disciplina (o ensino de regras e o estabelecimento de limites) e punição – orientar os pais a estabelecer limites bem definidos “não” (não exagerar nos “não pode”), mas ser coerente e consistente, isto é, agir sempre igual, retirar firmemente a criança quando em situação de perigo potencial.
- Sapatos: tem por objetivo proteger os pés da criança. Devem ter sola flexível (não rígida), não escorregadia, com a parte superior mole e porosa, não apertados (mais longos e largos), não muito caros, preferir tênis. (sem palmilhas).
- Brinquedos: tipo ursinhos, bonecas de pano; devem ser laváveis, inquebráveis, sem pontas, impossíveis de engolir.
- Usar portinholas nas escadas e grades nas janelas.
- Lembrar que quando a criança já se levanta sozinha ela pode puxar a toalha de mesa e derrubar sobre ela objetos pesados ou líquidos quentes que estejam sobre a mesa.
- Advertir os pais que a cozinha é lugar atraente e perigoso. Não deixar a criança sozinha na cozinha; deixar os cabos de panela sempre para dentro.
- Manter objetos cortantes e de vidro, moedas, grampo, alfinetes, remédios, venenos e outros objetos perigosos longe do alcance da criança.
- Não deixe brincar com soquetes, tomadas ou fios elétricos.
- Cuidar com o cordão da chupeta em torno do pescoço.
- Não dar alimentos tipo amendoim, pipoca, milho, raspas de côco que podem ser facilmente aspirados.
- Conferir a temperatura da água do banho, deixar brincar na água com objetos mas nunca deixá-la sozinha.
- No carro, não segurar no colo; viajar no banco traseiro com contensor infantil.

9. **Perfil de comportamento** – já apresenta um relacionamento consciente, envolve-se com brinquedo, chora quando sua mãe sai do quarto.

Sinais de **alerta**: bebê não receptivo; não sorri; não vocaliza; exige atenção constante; pais não reconhecem as necessidades e solicitações do bebê ou não respondem de modo apropriado.

#### 10. **Orientação para os próximos meses**

- Estimular os pais a se comunicar com a criança (vocalizações, imitar os sons do bebê, conversar, brincar).
- Mostrar à criança sua imagem no espelho.
- Explicar aos pais que a resistência ou rebeldia da criança representa um passo importante para sua independência ou autonomia.
- Tirar a criança do cercado; liberdade de engatinhar pela casa.
- Explicar aos pais o “protesto contra a separação”:

As crianças choram quando os pais saem de sua presença – não é manha, é uma consciência mais desenvolvida em relação à permanência de objetos queridos.

- Usar uma rotina (ritual) para dormir; usar um “objeto transicional” ou um brinquedo favorito (tipo “ursinho de pelúcia”) para a criança levar para a cama. Reservar o uso da chupeta só para o horário do sono (até adormecer). Não adormecer a criança no colo.

**Agende** consulta dos 10 meses. **Disponibilidade telefônica.**

## CONSULTA DOS 10 MESES

1. **Crescimento** – no mês anterior 300g (5-10g/dia); 1,3cm; 0,3cm de PC.

*Diminuição do panículo adiposo:*

*A criança perde seu jeito de bebê rechonchudo.*

2. Controlar **Desenvolvimento**  engatinha (não obrigatório)

anda apoiado pelas 2 mãos do adulto ou apoiado nos móveis

3. **Alimentação** – sugestões: 3 refeições de **leite materno** ou **fórmula infantil de seguimento**. Considerar substituir a mamadeira da tarde por mingau de cereal infantil. Frutas. Suco de laranja.

2 **comidinhas** (“em pedacinhos”) com carne/ovo/fígado e folhas, legumes, tubérculos, grãos e leguminosas; óleo/azeite.

Estimular mastigação; xícara e copo de bordas grossas e bico.

*Nesta fase o apetite é diminuído.*

• **Banho de sol** adequado\*. Se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

Se for leite materno – **ferro** 1mg/kg/dia\*\*\*.

4. **Olhos** – **Estrabismo** – oftalmologista.

**Lacrimejamento** sem vermelhidão = obstrução do canal lacrimal – limpeza.

5. **Distúrbios digestivos** – *investigar:*

• **Regurgitação** volumosa, frequente, desconfortável = suspeitar de **RGED**

• No inverno, **diarreia aguda** com vômitos e febre = suspeitar de **rotavírus**.

• Início súbito com cólicas em surtos, afebril = suspeitar de **Invaginação**.

• **Diarreia crônica** com vômitos e crescimento insatisfatório = suspeitar de **Gastroenterite alérgica**.

6. **Outras queixas:**

• **Pele** – placas vermelhas, úmidas, pruriginosas nas faces e membros = suspeitar de **Dermatite atópica**.

• **Resfriados** – nunca prescrever “antigripais” com antialérgico + descongestionante.

Se febre aumenta após 3 dias, secreção nasal purulenta = provável **Rino-sinusite-otite**.

7. **Febre** sem outros sintomas, bom estado geral, após efeito do antitérmico está bem disposto – observar.

Se **febre** > 39,5°C, tremores, abatimento; febre > 3 dias (>72h): hemograma, VHS, PCR; urina – bacterioscópico + sedimento.

**Febre** alta, criança muito irritada com hemograma viral, VHS e PCR inexpressivos, aguardar 3 dias – se erupção: suspeitar de **Roséola**.

**Agendar** consulta para os 11 meses. **Disponibilidade telefônica.**

\* e \*\* ver rodapé pág. 16 - \*\*\* ver rodapé pág. 22

## CONSULTA DOS 11 MESES

1. **Crescimento** do mês anterior: 10g/dia = 300g; 1cm e 0,3cm de PC.

2. Controlar o **Desenvolvimento**:  anda apoiada pelas 2 mãos do adulto

anda apoiada nos móveis

Pedir para pais, **observar**: anda apoiada por 1 mão; diz “mama, papa”; obedece o comando dado junto com o gesto “me dá”.

3. **Alimentação** – sugestões: 3 refeições de **leite materno** ou **fórmula infantil de seguimento**. Considerar substituir a mamadeira da tarde por mingau de cereal infantil. Frutas. Suco de laranja.

2 **comidinhas** (“em pedacinhos”) com carne/ovo/fígado e folhas, legumes, tubérculos, grãos e leguminosas; óleo/azeite.

Estimular mastigação; xícara e copo de bordas grossas e bico.

*Nesta fase o apetite é diminuído.*

• **Banho de sol** adequado\*. Se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.

Se for leite materno – **ferro** 1mg/kg/dia\*\*\*.

4. **Olhos** – **Estrabismo** – oftalmologista.

• **Lacrimajamento** sem vermelhidão = obstrução do canal lacrimal – limpeza.

5. **Distúrbios digestivos** – *investigar*:

• **Regurgitação** volumosa, frequente, desconfortável = suspeitar de **RGED**.

• No inverno, **diarreia aguda** com vômitos e febre = suspeitar de **rotavírus**.

• Início súbito com cólicas em surtos em lactente saudável, afebril = suspeitar de **Invaginação intestinal**.

• **Diarreia crônica** com vômitos e crescimento insatisfatório = suspeitar de **gastroenterite alérgica**.

6. **Outras queixas**:

• **Pele** – placas vermelhas, úmidas, pruriginosas nas faces e face de extensão dos membros: suspeitar de **Dermatite atópica**.

• **Resfriados** – nunca prescrever antigripais à base antialérgico + descongestionante.

Se febre aumenta após 3 dias, secreção nasal purulenta = provável **Rino-sinusite-otite supurativa**.

7. **Febre** sem outros sintomas, bom estado geral, após efeito do antitérmico está bem disposto – observar.

Se **febres** > 39,5°C, tremores, abatimento, febre > 3 dias (>72h)

**bacteriana**. Hemograma, VHS, PCR, urina: sedimento+bacterioscópico.

**Febre** alta, criança muito irritada com hemograma viral, VHS e

PCR inexpressivos, aguardar 3 dias – se erupção: suspeitar de **Roséola**.

**Agendar** consulta para 1 ano. **Disponibilidade telefônica**.

\* e \*\* ver rodapé pág. 16 - \*\*\* ver rodapé pág. 22



## CONSULTA DE 1 ANO

*Acolhimento* – “Parabéns, foi um ano trabalhoso mas valeu a pena”.  
Alguma dificuldade ou comentário sobre esse 1º ano?

1. **Crescimento** – 9,6kg e 75cm (de 8,8kg e 73cm a 10,8kg e 78cm),  
PC 46cm (45 a 47). Anotar o P na ficha. Comentar.

2. Controlar o **Desenvolvimento**: novas habilidades/comportamentos

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> anda apoiada por uma das mãos                                  | <input type="checkbox"/> faz “adeuzinho”/bate palmas     |
| <input type="checkbox"/> preensão em pinça  | <input type="checkbox"/> solta um cubinho dentro da taça |
| <input type="checkbox"/> pode falar 2 palavras além de “ma-ma” e dá-dá”                 |  |
| <input type="checkbox"/> procura objeto escondido ou que caiu (conceito de permanência) |  |
| <input type="checkbox"/> localiza sons produzidos acima e abaixo da cabeça              |  |

Observe sinais de **alerta**

- bebê não receptivo/não vocaliza/não sorri
- pais que não reconhecem/não respondem às solicitações da criança

3. **Alimentação** – sugestões: “**comidinha**” com alimentos picados, separados  
Carne/fígado/peixe/ovo, cereais, leguminosas, um punhado de legumes verdes  
e amarelos, óleo/azeite, mínimo de sal. Frutas.

Suco de laranja.

- Dar colher para a criança exercitar o ato de se alimentar.

Permitir que coma com as próprias mãos enquanto é alimentada com outra colher.

- Estimular o uso de copo e reduzir o de mamadeira.

*Apetite é reduzido nesta idade; não forçar nem agradar para comer.*

- Se **leite materno**, só 2 a 3 mamadas – “não ficar pendurado no peito”.

Leite apropriado para o 2º ano. Mingau de cereal infantil.

- Não permitir gulodices nos intervalos.
- **Banho de sol** adequado\*. Se não for possível: **vitamina D** 400UI/dia\*\*.
- Se for leite materno – **ferro**\*\*\* 1mg/kg/dia.

4. **Vacinação** – Meningocócica C (reforço), Varicela (1º), Hepatite A (1º)

É **normal**: pés aparentemente chatos. Na marcha: pés levemente afastados e virados para fora; membros inferiores em arco com joelhos afastados.

\* e \*\* ver rodapé pág. 16 - \*\*\* ver rodapé pág. 22

### 5. Doenças comuns no período seguinte:

1-Elevada incidência de infecção das vias aéreas superiores (IVAS) de etiologia viral. Não prescrever antibióticos de rotina mesmo que venham acompanhadas de febre, faringite e otalgia.

Antibiótico indicado se febre ultrapassar 39,5°C ou durar mais de 3 dias ou se a secreção nasal/ocular se tornar purulenta na evolução de resfriado ou tosse mais de 10 dias sem melhorar.

2-**Diarreia** aguda (gastroenterite aguda = diarreia + vômitos + febre) por rotavírus (inverno; no NE: estação chuvosa) ou por norovírus (atinge toda família e em qualquer estação).

3-**Exantema** súbito = erupção após 3 dias de febre alta.

4-Doenças **exantemáticas** de verão – virais.

5-**Estrófulo** = reação alérgica por picada de inseto – inicialmente manchas vermelhas, depois nódulo pruriginoso.

6-**Convulsão** febril – nas primeiras 20h da febre, recuperação rápida sem estado toxêmico. Explicar.

7-Tosse e **chiado** (pode ter febre) repetidos = suspeitar de **Bebê chiador\***

8-**Febre alta** com tremores, tosse, gemência = suspeitar de **Pneumonia\***.

6. **Comportamento** – criança repete aquilo que chama a atenção; ignorar os comportamentos inadequados e as crises de birra; evitar os “não pode” muito repetidos; melhor retirar os objetos que a criança teima em mexer, para fora de seu alcance; se a criança insiste em um comportamento perigoso, diga firme “não faça isso”, e retire-a do local (“time-out”) por 1 minuto; coerência e consistência (agir sempre igual); atenção, agrados e elogios aos comportamentos adequados.

Considere o comportamento de **independência** como parte do desenvolvimento normal e não oposição e desobediência.

**Disciplina** = ensino de regras e estabelecimento de limites.

1-Estimular o desenvolvimento da linguagem: nomeie os objetos comuns, aponte as partes do corpo, converse bastante, use livros com uma só figura em cada página.

2-Estimular a brincar sozinha e interagir com os pais e os irmãos.

3-Estimular a andar descalço em areia, grama, terra, tapete.

4-Preferível calçado do tipo tênis, tamanho adequado (mais folgado do que justo); não há necessidade de botas ortopédicas.

5-Brincar ao ar livre (2h/dia). Disponibilizar água, areia, terra.

6-Soneca de 1 hora pela manhã e 2 horas à tarde.

7-Acostumar a dormir cedo ( $\pm$  20 horas), ritual e brinquedo predileto; não levar para a cama dos pais.

8-Brinquedos de puxar/empurrar, encaixar, martelar, fazer barulho, instrumentos musicais, caixas de papelão com tampa, frascos plásticos com tampa removível.

**Agende nova consulta de seguimento** para daqui há 2 meses.

\* RX tórax? Suspeita de pneumonia: Sim; Bebê chiador: Não.

## CRESCIMENTO

### 1. Monitoração do crescimento em consultório

Sugestão: *treine sua auxiliar no consultório para fazer as medições antes de você iniciar a consulta.*

**Crescimento** = aumento físico do corpo

O crescimento **normal** (particularmente o ganho ponderal) de uma criança pequena indica dois fatos básicos:

- 1º) sua dieta é adequada especialmente do ponto de vista calórico;
- 2º) a criança é sadia. Isto porque especialmente o lactente é muito sensível a déficits calóricos e a agravos de todos os tipos que logo se refletem no seu crescimento.

No consultório, o pediatra deve *acompanhar* e vigiar o crescimento de seu paciente, considerando-o *adequado* quando:

- a) dieta alimentar satisfatória, verificada pela anamnese.
- b) ausência de evidências de doença.
- c) criança alerta, ativa.
- d) exame físico normal – importante palpar o turgor da face interna das coxas do lactente, o qual deve ser firme.
- e) monitoração do crescimento: processo sequencial de medidas para o diagnóstico de crescimento físico com vistas a promover a saúde: é importante o aumento mensal e regular do peso.

A *monitoração* é feita com o uso de gráficos – **curvas de crescimento** – adequados, o que possibilita que tanto a mãe quanto o médico possam ver os progressos. Mostre para a mãe e anote na ficha a medida encontrada e o respectivo percentil – assim poderá detectar possíveis alterações do canal de crescimento.

A importância da curva de crescimento em **comprimento** é também relacionar o percentil de peso com o de estatura, o que evita interpretações distorcidas de crianças que por qualquer motivo estejam afastadas da média no seu crescimento ponderal mas não sejam desnutridas.

Nas crianças maiores convém anotar o **índice de massa corpórea** (IMC) e seu respectivo percentil – atenção para os limites de segurança (p 85 e p 25).

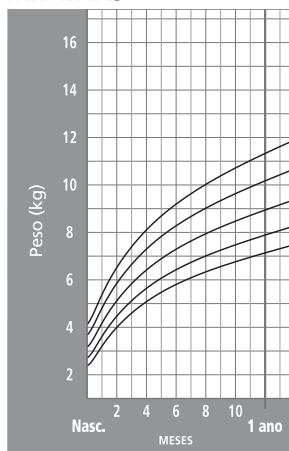
$IMC = P/E^2$

O **crescimento do crânio** que é medido por seu *perímetro craniano* (PC) é de extrema importância por refletir o crescimento do cérebro; quaisquer desvios devem ser objetos de rigorosa investigação.

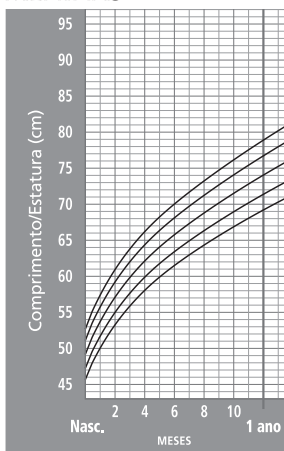
**Conduta do pediatra** – se crescimento ponderal abaixo do p10 e principalmente se estiver ocorrendo rebaixamento do canal de crescimento ponderal:

- investigar possibilidade de dieta hipocalórica: se em aleitamento materno exclusivo – verificar técnica, horário: reduzir o intervalo, medicamentos para aumentar a produção;
- se em dieta completa, aumentar a densidade calórica dos alimentos - adicionar carboidratos como grãos, tubérculos, cereais e mel (só depois de 1 ano de idade); aumentar óleo vegetal;
- se não houver retomada do crescimento: investigar doença na criança.

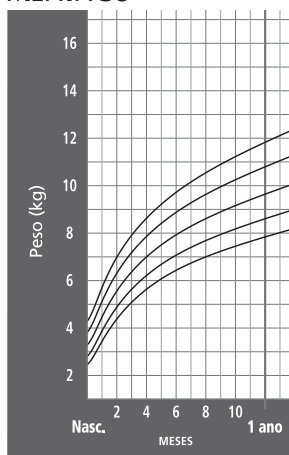
### Peso para a idade MENINAS



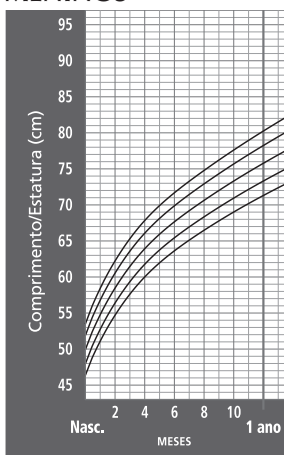
### Comprimento para idade MENINAS



### Peso para a idade MENINOS



### Comprimento para idade MENINOS



## MONITORAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO EM CONSULTÓRIO

Sugestão: *treine sua auxiliar para fazer as perguntas da lista para rápida constatação do grau de desenvolvimento.*

**Desenvolvimento** = capacidade progressiva de executar tarefas cada vez mais complexas.

O desenvolvimento reflete a **maturação** do indivíduo, o que na prática depende da interação de um fator biológico (genético) e das influências ambientais (epigenética).

A monitoração do desenvolvimento tem por finalidade:

1-Responder, à ansiosa pergunta dos pais: “Meu filho é normal”?

A criança normal tem crescimento e desenvolvimento normais.

Desvios significativos do desenvolvimento permitem identificar precocemente casos de deficiência mental, distúrbios neurológicos, deficiência de audição e visão.

2-Reconhecer a etapa do desenvolvimento da criança cada qual tem características peculiares, o que permite orientar adequadamente os pais.

**Observação:** na criança em que o desenvolvimento é algo *lento* mas não definitivamente anormal, manter em observação rigorosa.

As evidências de um *bom prognóstico* são as seguintes:

- a) a aquisição de habilidades se faz de uma maneira ordenada (não anárquica);
- b) progressiva (evolução constante, mesmo que com certo atraso e algo desajeitado);
- c) uma vez adquirida, a habilidade é de boa qualidade;
- d) as aquisições são acompanhadas de aumento da inteligência (a criança mostra que compreendeu).

### **Conduta criança aparentemente saudável mas com atraso moderado**

Verificar, se a sequência é:

<p><b>Ordenada:</b> na sequência certa</p> <p><b>Progressiva:</b> progressivo em câmara lenta</p> <p><b>Inteligência:</b> mostra que entendeu/assimilou</p>
---

Pequenos atrasos não são preocupantes, desde que esteja progredindo mesmo que com lentidão e que quando apareça seja de **boa qualidade** e acompanhada de entendimento.

**Intervir, se** Setores: motor, adaptativo, social, linguagem

- 1) desvio significativo na aquisição de uma habilidade-chave
- 2) 2 atrasos num único setor; 3) 1 atraso em mais de um setor

## DESENVOLVIMENTO

- *Aumento progressivo da capacidade de realizar funções cada vez mais complexas.*
- É um processo contínuo da concepção à maturidade progressão da dependência para independência (autonomia).
- Base biológica/ **genética** – maturação: **sequência/imutável** mas com influência ambiental (**epigenética**) que conduz o aprendizado individual e inserção no grupo.
- Desenvolvimento é permeado pela **personalidade: ritmo individual.**
- Leis de desenvolvimento **MOTOR:**
  1. Não é retilíneo mas espiral ascendente (zig-zag progressivo)
  2. Direção céfalo-caudal: da cabeça para as extremidades inferiores.
  3. Sentido próximo distal: dos movimentos amplos dos ombros para os movimentos delicados das mãos.
  4. Os progressos da série céfalo-caudal servem à série próximo distal. No início os olhos só observam as mãos, mais tarde orientam as mãos.

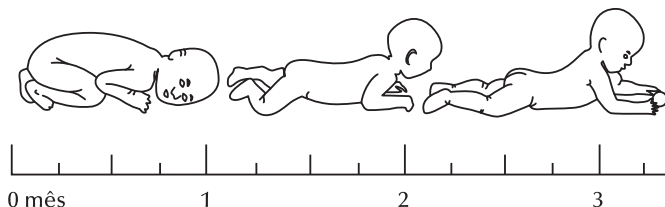
### Evolução do tônus muscular e desenvolvimento psíquico

Desenvolvimento no **1º trimestre** – o lactente supino (de bruços):

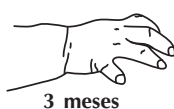
- 1º) Posição fetal do **RN** – membros superiores e inferiores fortemente **fletidos**.
- 2º) A **partir de 1 mês** – a hipertonia em flexão muda para hipertonia em **extensão**:

De bruços, a criança fica estendida e começa a levantar a cabeça

**Nota: aos 2 meses – sorriso social**



Aos 3 meses: abre as mãos



### Vigie os sinais de alarme – aos 3 meses completos

(valorize a idade *real* corrigida pela prematuridade)



- não levanta a cabeça
- não abre as mãos (mãos sempre fechadas)
- não sorri

### Desenvolvimento no 2º trimestre - evolução normal:

- *diminui o tônus dos membros* a criança brinca primeiro com as mãos, depois com os pés
- *e aumento do tônus do eixo do corpo*: permite posição sentada com controle da cabeça.



4 meses: sentado (ajudado) levanta cabeça

Social: risada; vocaliza



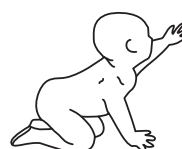
Sentado com auxílio (aos 6 meses)

### Vigie os sinais de alarme – aos 6 meses completos



- rigidez dos membros
- não controla a cabeça
- não dá risada

### Desenvolvimento no 3º trimestre



No **3º trimestre** – criança *sentada*  
(sinergia membros x eixo do corpo)  
olhos dirigem as mãos  
passa objetos de uma mão para outra  
rasteja ou engatinha

- balbucia
- ansiedade de separação dos pais/medo de estranhos
- noção de permanência (jogo esconde-achou)

### Vigie os sinais de alarme – aos 9 meses completos



- não senta sem apoio
- pernas rígidas ou moles
- mãos fechadas/não tem pressão em pinça
- não localiza som/não vira cabeça
- não balbucia/sorriso social pobre

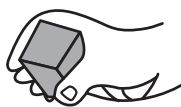
*Importante:* com 9 meses completos, a criança deve estar superando possíveis atrasos motores moderados.



### Desenvolvimento no 4º trimestre – criança de pé: *integração motora+intelectual*

#### Noção de permanência do objeto

- noção de *distância* – estica o braço
- noção de *profundidade* – solta objeto e observa
- noção de *permanência* – jogo “esconde-achou”





## Ansiedade de separação dos pais

10 meses: papa/mama com sentido correto

12 meses: 1ª palavra

## Vigie sinais de alarme – com 1 ano completo

- criança parada, inerte
- colocada de pé não ajuda com as mãos
- não brinca de esconde-achou
- não responde ao nome

**2º ano de vida** (de 1 aos 2 anos): **independência** progressiva

locomoção  
agilidade das mãos  
evolução rápida da linguagem  
antes compreensão; depois: expressão  
auto-afirmação: teimosia/birra

## LISTA DE PERGUNTAS PARA RÁPIDA CONSTATAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Observação: respostas negativas à idade apropriada sugerem atraso no desenvolvimento e a criança deve ser avaliada mais cuidadosamente (não deixando de considerar a variação normal e o desconforto da prematuridade).

### • 1 mês

É capaz de erguer a cabeça quando de bruços?

Olha para um rosto que esteja na sua linha de visão?

### • 2 meses

Sorri e emite ruídos guturais?

### • 3 meses

Acompanha com o olhar um objeto em movimento?

Mantém a cabeça erguida?

A um ruído desperta, arregala os olhos, pára de mamar?

Mantém as mãos abertas a maior parte do campo?

### • 4 meses

Segura um chocalho?

Ri alto?

- **5 meses**

Alcança e segura objetos?

- **6 meses**

É capaz de se virar?

Volta-se em direção dos sons?

Senta-se com algum auxílio (uma mão)?

- **7 meses**

É capaz de transferir um objeto de uma mão para a outra?

Senta-se momentaneamente sem auxílio?

- **8 meses**

É capaz de se manter sentada por aproximadamente 5 minutos?

- **9 meses**

Fica de pé apoiada na grade de berço?

É capaz de dizer “ma-ma” ou “dá-dá”?

Pega em pinça polegar-indicador?

Localiza sons produzidos ao lado e embaixo?

- **10 meses**

É capaz de se erguer apoiando-se na lateral do berço ou do cercado?

- **11 meses**

Consegue movimentar-se à volta de seu cercado ou berço, ou andar apoiada nos móveis?

- **12 meses**

Acena “adeus” com a mão, bate palmas?

Anda ao ser segurada por uma mão?

Possui vocabulário de duas palavras?

Localiza sons produzidos acima e abaixo da cabeça?

## ORIENTAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO NO CONSULTÓRIO

**Dieta normal** (que garante um crescimento normal): completa (todos os nutrientes), suficiente (fornece energia bastante para a fisiologia da criança), equilibrada (os nutrientes estão em quantidades proporcionais) e adequada (está de acordo com a fisiologia da criança no momento biológico que ela está atravessando).

É por isso que a dieta vai mudando de acordo com a etapa de desenvolvimento da criança.

Por outro lado, é preciso lembrar que os mesmo nutrientes podem ser obtidos de listas bem diferentes de alimentos.

No primeiro semestre de vida, a dieta normal do ser humano é constituída por um único alimento: o **leite da própria mãe** fornecido de acordo com as necessidades da criança (livre – demanda, horário livre). É dever do pediatra promover, estimular e apoiar a amamentação. Qualquer acréscimo ao aleitamento materno exclusivo (incluindo água) ou eventual substituição do mesmo fazem com que a dieta deixe de ser “normal” para ser uma “adaptação” a qual pode ser de melhor ou pior qualidade (nunca atingindo o ideal) mas às vezes é exigida pelas circunstâncias.

### AMAMENTAÇÃO – vale a pena amamentar

*Comente com as mães*

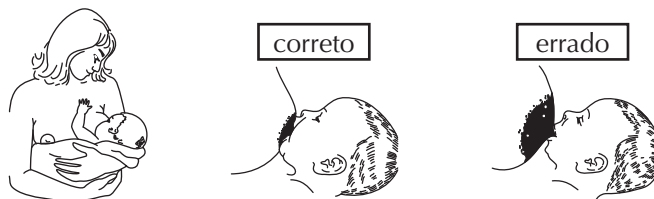
#### Vantagens para a criança

- alimento perfeito para o bebê
- proteção contra infecções, alergias e alguns tipos de câncer
- ajuda alinhamento dos dentes e desenvolvimento da fala
- ajuda o desenvolvimento intelectual (inteligência)
- a longo prazo ajuda a prevenir obesidade, hipertensão, diabetes, arterioesclerose (enfarto, derrame cerebral).

#### Vantagens para a mãe

- ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal
- acelera a perda de peso ganho durante a gravidez
- diminui o risco de câncer de mama
- é econômico; poupa o tempo gasto no preparo da mamadeira

**Para mãe e filho:** melhora o vínculo/transmissão de amor.



### Pega correta

- todo corpo do bebê junto ao da mãe (barriga com barriga)
- rosto do bebê olhando para a mama
- nariz do bebê na altura do mamilo (bico)
- queixo do bebê tocando a mama
- roçar o lábio do bebê com a ponta do mamilo:  
**o bebê abre bem a boca** (como bocejo)
- bebê abocanha o bico e grande parte da aréola
- **quase não se vê aréola** (só um pouquinho da parte de cima)
- o lábio inferior do bebê virado para fora (“boca de peixe”)
- as sucções lentas e profundas: sucção – pausa-sucção
- pode-se ver e ouvir o bebê engolindo
- dar o peito até esvaziá-lo e depois passar para o 2º peito
- a mãe sente uma fisgada no início mas depois não doe mais
- ao sair da boca, no final, o mamilo está alongado/redondo



### Está errado, se

- o queixo está separado da mama
- se vê grande parte da aréola abaixo do lábio inferior
- mamadas muito lentas e longas (mais de 30 minutos) e dorme muito ou bebê briga o tempo todo contra a mama
- a mãe continua com dor durante toda mamada

### AMAMENTAÇÃO

**Horário** – por livre demanda do bebê

- RN mama 10-12 vezes em 24 horas, com intervalo de 2 a 2½ hs
- Se o RN for dorminhoco, acordá-lo a cada 2 ½ horas durante o dia e cada 3 ½h à noite
- O intervalo vai aumentando para 2 ½ -3h (dia) e 3-4h (noite)

**Duração** – até esvaziar o 1º peito

Nos primeiros dias até 20 minutos; quando soltar o 1º peito passar para o 2º (não é obrigatório) quanto aceitar.

Não retirar do peito se estiver sugando e deglutindo.

Com o tempo, a duração da mamada vai diminuindo.

**Alerta:** 1) mamadas exageradamente curtas (< 5 min.) ou exageradamente longas (> 30 min.) – controlar o peso.

2) menos de 6 micções por dia.

3) poucas evacuações e sem volume.

Nota: a partir do 2º mês, pode ficar alguns dias sem evacuar.

4) não recuperou peso do nascimento (até 12-14 dias); ganho de peso < 18g/d

### **Problema – BICO RACHADO**

1º) esvaziar a mama se ela estiver ingurgitada.

2º) iniciar pela mama com bico menos rachado.

Se os 2 bicos estiverem muito rachados, oferecer só 1 mama por vez e completar com leite ordenhado da outra mama (copinho ou seringa) (às vezes é necessário repouso de 24-48h para o bico muito rachado).

3º) fazer abocanhar aréola e não só o bico; lábio inferior virado para fora.

4º) convém variar a posição da mamada (posição invertida).



posição invertida

### **Para ordenha manual do leite de peito**

1º) massagem circular das mamas com a palma da mão;

2º) sacudi-la gentilmente;

3º) colocar firmemente seu polegar acima da aréola e os dedos indicador e médio, abaixo da aréola;

4º) compressão rítmica – empurrar os dedos para trás em direção ao corpo, juntando os dedos polegar e indicador em direção ao mamilo.

Quando parar de sair leite, troque a posição dos dedos – ao lado da aréola.

Pode ser útil o uso de bombas manuais ou elétricas (alugadas).

## CONSIDERAÇÕES

1. O pediatra deve ser uma fonte inesgotável de apoio e reforço positivo para que se consiga o aleitamento materno exclusivo no 1º semestre de vida. Por outro lado, deve conhecer os problemas mais frequentes de amamentação e saber como resolvê-los.
2. Se a mãe vai trabalhar fora algumas horas, estabeleça a melhor estratégia a ser desenvolvida: leite materno ordenhado (líquido ou em mingau) papa de fruta, antecipação da sopinha ou, eventualmente, suplementação com fórmulas infantis.
3. Leite de vaca integral ou semi-desnatado, seja líquido seja em pó não deve ser utilizado no 1º ano de vida. Esta é a posição de confiáveis sociedades científicas internacionais (ESPGHAN, OMS, SBP).
4. Na falta irreversível do leite materno, a melhor opção no 1º ano de vida são as “fórmulas infantis” (leites modificados de acordo com o CODEX Alimentarius FAO/OMS); de partida, identificadas pelo nº 1 e de seguimento (2º semestre) pelo nº 2.
5. Em famílias atópicas (rinite, asma, eczema) considere iniciar com fórmulas com proteínas parcialmente hidrolisadas HA.
6. Em crianças com regurgitação acentuada, considere fórmulas AR (anti-regurgitação).

## ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

No **2º semestre** é necessário complementar com outros alimentos; as mudanças de cor, sabor e consistência estimulam o desenvolvimento.

Idade de **início**: 6 meses; eventualmente já aos 4 meses.

Nunca antes dos 4 nem depois dos 7 meses.

**Constituição**: papa de carne e/ou ovo, hortaliças, cereais, tubérculos, leguminosas, óleo e frutas.

7h – leite materno ou fórmula infantil de seguimento  
11h – papinha (almoço) aos 6 meses; ovo  
Suco – 50mL  
15h – leite materno ou fórmula infantil de seguimento  
ou mingau de cereal infantil  
19h – 2ª papinha (jantar) aos 7 meses  
Suco 50mL  
23h – leite materno ou fórmula infantil de seguimento  
• Papa de frutas pode ser dada com sobremesa  
ou no meio da manhã e meio da tarde.

I - **PAPA salgada** ( = papinha = sopinha)

**Composição** (pelo menos 1 de cada grupo)

- carne (70g por dia) ou peixe e/ou ovo
- hortaliças de folhas = verduras
- hortaliças não folhas = legumes
- tubérculos (feculentos)
- cereais (grãos)
- leguminosas (feijões)
- óleo vegetal

**Consistência** – inicialmente pirão (não liquidificar); logo só amassar com garfo; depois passar para pedacinhos.

- Hortaliça = alimento cultivado em horta.

• **Verduras** – hortaliças cuja parte comestível é a folha.

fonte de fibras, ferro, cálcio, vitamina C, ácido fólico.

• **Legumes** – hortaliças cuja parte comestível não é a folha.

fonte de fibras, vitaminas A, cálcio, ferro, ácido fólico.

• **Tubérculos** – feculentos: são calóricos (energéticos).

• **Cereais** – *grãos*: arroz, milho, trigo, aveia, centeio, cevada.

fonte de proteínas incompletas; são energéticos.

- **Leguminosas** – são os feijões: feijão, ervilha, lentilha, grão de bico, soja.

fonte de proteínas quase completas, ferro, fibras.

- **Proteína animal** – são as carnes: bovina, frango, suína, vísceras; ovos, peixes. Fonte de proteínas completas, ferro, zinco.
- **Óleos** poliinsaturados – ricos em ômega3 (canola) e monoinsaturados (azeite, em particular o extra-virgem que é rico em anti-oxidantes) – proteção contra aterosclerose. Fonte de ácidos graxos essenciais.

**Observações:**

1. Para ser absorvido o ferro dos vegetais precisa de ácido (ascórbico) ou pedaços de carne.
2. Associação cereal + leguminosa em proporções certas se transforma em proteína completa.

Verduras	Legumes	Tubérculos	Leguminosas
alface	cenoura	batata	feijão
couve	mandioquinha	cará	ervilha
escarola	abobrinha	inhame	lentilha
espinafre	chuchu	mandioca	soja
brócolis	beterraba	macaxeira	grão de bico
couve-flor	abóbora		

**Exemplo de papa**

Carne moída – 2 colheres das de sopa; brócolis cozido, picadinho - 1 colher de sopa; arroz cozido – 2 colheres de sopa; feijão cozido – 1 colher de sopa, tempero: cebola.

Óleo – se for só para refogar prefira óleo de soja; dar preferência ao acréscimo na sopa pronta: óleo de canola ou azeite (preferencialmente) – ½ colher de sobremesa.

Não acrescentar sal.

**Detalhes práticos - Papinha**

1. Variar os componentes mas manter sempre pelo menos 1 de cada lista. A sopa deve ser esverdeada – predomínio de legumes e verduras. Se curva ponderal não satisfatória: aumentar tubérculos, cereais não integrais, leguminosas e óleo.
2. Após cozinhar bem, retirar do fogo (deixar a água secar). Amassar bem com o garfo até ficar pastoso, sem pedaços. Nunca usar liquidificador. Aos 9 meses: em pedacinhos.
3. A consistência é **espessa**, o suficiente para ficar grudada na colher sem cair.



4. A **carne** (100gr por dia, para 2 sopas) – de vaca, frango, fígado, miúdos, peixe. No início, a carne é acrescentada à sopa; depois dar a carne desfiada.
5. **Óleo** vegetal – no início usar soja (ajuda a mielinização); depois preferir por óleo poli-insaturado – canola (milho ou girassol) ou mono-insaturado (azeite).
6. **Sal – não** deve ser adicionado; a papinha é dita de sal mas é o sal dos próprios vegetais e carne.
7. **Ovo** cozido – a partir dos 6 meses; pode completar ou eventualmente substituir a carne.
8. A 2ª papinha deve ser introduzida aos 7 meses (eventualmente até os 9 meses).
9. **Horário** – 1ª papinha – almoço (11-12h); 2ª papinha – jantar (18-19h). Por conveniência familiar, horários alternativos podem ser preferidos.
10. Por comodidade, as papas podem ser guardadas na geladeira (24h), congelador (15 dias) ou freezer (3 meses).
11. Por conveniência da família podem ser utilizadas as papinhas industrializadas **prontas**. São seguras e não contêm conservantes.
12. Mas não usar caldo de carne industrializado de adultos por ser muito salgado.
13. Se a criança tem tendência pessoal/familiar para **obesidade**: suprimir feculentos, diminuir cereais (e usar integrais) e leguminosas.
14. Se **constipação** intestinal: aumentar legumes, verduras, leguminosas e usar aveia, arroz integral.
15. Se curva ponderal não satisfatória: aumentar feculentos, cereais, leguminosas e a quantidade de óleo;

### *Observação importante*

Não raramente a criança estranha e recusa inicialmente a papinha salgada (neofobia alimentar = rejeição alimento novo).

Dar em pequenas quantidades e insistir para a criança pelo menos provar; aumentar lenta e progressivamente. Não alterar a composição da papa na esperança de descobrir algo que a criança goste. Após 7,10 ou máximo 14 exposições (a criança deve comer mesmo que seja pouco) ela passa a aceitar. Fazer um intervalo razoável (4h) de jejum antes de oferecer a papinha.

## II - Frutas

Fonte de fibras, vitamina C, A, K e antioxidantes.

1. Apresentada sob forma de **papa** de frutas de polpa.

Não há restrição para nenhuma fruta.

Aproveitar a época e disponibilidade.

Banana, mamão, abacate, maçã e pêra são muito usadas.

Não acrescentar açúcar nem mel.

Oferecer no meio da manhã e/ou da tarde ou como sobremesa.

2. **Suco** – Seu principal objetivo é o fornecimento de vitamina C.

O suco de **laranja** (qualquer tipo não muito azedo) é o mais prático. Fornecer até 100mL por dia que pode ser ministrado logo depois das papas salgadas (aumenta a absorção de ferro).

Não há motivo para usar suco de frutas que podem ser dadas em papa.

## APÊNDICE

- Produtos mais usados de vitamina AD contém 400UI em 2 gotas; vitamina D<sub>3</sub>; 3 gotas.
- Sulfato ferroso = 1 gota = 1mg. Dar 1 gota/kg/dia
- Ferro polimatado 1 gota = 2,5mg. Dar 1 gota/2,5kg/dia

As novas diretrizes sobre suplemento de **vitamina D**

Início – 15 dias de vida

Quanto – 400UI por dia

*Observação* – diretrizes atuais falam em 200UI de vitamina D mas pesquisas recentes recomendam 400UI.

Só disponível para crianças que recebem pelo menos 750mL de fórmula infantil por dia.

O que é sol *suficiente*? A partir dos 15 dias de vida.

- só de fralda: 30 min por semana (= 10 min/dia), 3 vezes por semana.
- só face e mãos: 2h por semana (= 20 min/dia).

*Colóquio* – Vitamina D está em alta!

Além da conhecida importância para o metabolismo, agora se destaca sua importância como anti-infeccioso e (sem causar inflamação) e regulador da imunidade.

Exame também em alta para determinar se existe deficiência de vitamina D:

Dosagem de **25 hidroxil vitamina D** ( $25 \text{ (OH)}_3 \text{ D}$ ) – considerar deficiência se  $< 30$ .

As novas diretrizes sobre suplemento de **ferro**

Dar 1mg/kg/dia

- leite materno – a partir dos 6 meses.
- fórmula infantil – só se tomar menos que 750mL/dia.
- até quando? 18 meses de idade.
- pré-termo e RN de baixo peso  $< 1500\text{g}$ ; após 30 dias de vida: 2mg/kg/dia 1 ano; a seguir: 1mg/kg/dia, 1 ano.

*Colóquio*: anemia prolongada de ferro pode causar prejuízo irreversível, intelectual e distúrbios de conduta. Exame, para detecção (solicitá-los com 1 ano de idade e nos casos de dúvida: Hemoglobina ( $< 11$ ) e ferritina ( $< 20$ ))

1) acompanhar e estimular o desenvolvimento da criança que deve entrar em contato com alimentos diferentes na

- cor: do branco (leite) para alimentos coloridos;
- sabor: do doce para o salgado (isso se refere ao próprio sal do alimento, não se deve adicionar sal);
- espessura: do líquido para o pastoso, depois para pedacinhos e finalmente alimentos sólidos;
- uso da colher e posteriormente mastigação.

Na prática, isso se consegue substituindo uma e depois duas mamadas pela **dieta complementar** constituída de:

- carne – proteína, ferro, zinco
- hortaliças: de folhas = verduras e não folhosos = legumes  
vitamina A, C, cálcio, ácido fólico, ferro, fibras
- tubérculos = feculentos (tipo batata) e cereais (grãos tipo arroz): energéticos
- leguminosos (tipo feijões): proteína incompleta, energéticos
- óleo vegetal
- frutas – vitaminas, fibras

Do mesmo modo que o leite materno é inigualável, que o leite de vaca (in natura ou em pó) embora útil para os adultos não é recomendado para crianças e, que, na falta irremediável do leite materno o indicado é a fórmula infantil aprovada pelo Codex Alimentarius, a papinha caseira, culturalmente adotada entre nós, é preferível desde que tenha a composição correta (costumo dar a receita por escrito e orientação para congelamento) e seja feita e conservada com os cuidados adequados. Quando por motivos frequentes na sociedade moderna em que a mãe tem tarefas profissionais, o uso de papas industrializadas, que não possuem conservantes, pode ser a solução desde que o produto escolhido atenda as recomendações específicas para faixa etária.

## COMO ORIENTAR A VACINAÇÃO NO CONSULTÓRIO

I – A criança recebe as vacinas do Programa Nacional de Imunização.

1. Estimular a família a seguir rigorosamente o calendário.
2. Chamar sempre a atenção sobre vacinas que eventualmente ainda não estejam nesse Calendário e explicar a vantagem de completá-lo.

II – A criança faz vacinas no **Consultório** ou **Centros** particulares.

- Recomendar aplicação do BCG ID e 1ª Hepatite B na maternidade.
- Aos 2 meses: vacina **Hexa** (DTPa + Hi+IPV+ 2ª HB)  
1ª pneumococos conjugada e 1ª rotavírus oral.
- Aos 3 meses: 1ª meningococos
- Aos 4 meses: **Penta** (2ª DTPa + 2ª Hi + 2ª IPV), 2ª pneumo; 2ª rotavírus
- Aos 5 meses: 2ª meningococos
- Ao 6 meses: **Hexa** (3ª DTPa + 3ª Hi + 3ª IPV+ 3ª HB), 3ª pneumo, 3ª rotavírus
- Aos 7 meses: Influenza (no outono, inverno)
- Aos 9 meses: Febre amarela (em zonas endêmicas)
- 1 ano: SRC, V, meningococos (reforço), HA (1ª).

Na prática podem ser desdobradas. Ex.: 1 ano. V, HA.

15 meses: SRC, pneumo (reforço) e meningococos (reforço).

### Colóquio - Saiba responder às perguntas sobre vacinas

1. O calendário básico de vacinação dos Centros públicos de Saúde é confiável?  
Sim, o Brasil tem um dos melhores sistemas de imunização do mundo.

2. A dose anterior da vacina provocou reação local, ou urticária, pode-se aplicar a dose seguinte? Sim.

3. No serviço público de saúde é aplicada a vacina tríplice DTP (P de células inteiras) junto com a Haemophilus; nos centros particulares usa-se a DTPa (P acelular) geralmente junto com Hemophilus e pólio (IPV).

A eficácia da DTPa é maior? Não; são iguais. Então qual é a diferença? DTPa causa menos reação e reduz a incidência de reações graves.

4. Quais são as **reações graves** da DTP?

Reação hipotônica hiporresponsiva, convulsão, choro intenso e persistente, choque anafilático, convulsão.

Para esses casos (não apenas reação febril ou inflamação local) a rede pública disponibiliza vacina acelular em centros de referência.

5. Por que se usa pólio oral (OPV = Sabin) nos postos de Saúde e pólio inativada (IPV = Salk) particularmente? Sabin tem a glória imorredoura de ter praticamente acabado com a epidemia de pólio. Agora, no entanto, ocorre um risco mínimo de paralisia provocado pelo vírus da vacina que retornaria ao estado selvagem.

Por isso é prudente usar o vírus inativado pelo menos nas 2 primeiras doses. Em saúde pública ainda se usa o vírus vivo por questão econômica, de praticidade e pelo apelo que essa vacina traz em nossa população, atraindo para as outras vacinas.

5. Criança com resfriado, peito cheio ou diarreia leve com febre baixa pode tomar vacina? Sim.

Se a infecção for grave ou febre alta convém adiar a vacina.

6. Qual o intervalo entre 2 vacinas diferentes de vírus vivos?

Se não forem dadas no mesmo dia, esperar 1 mês.

### **Siglas**

HB = Hepatite B

DTPa = tríplice = difteria, tétano, pertussis acelular

IPV = pólio injetável

Hi = Haemophilus influenzae

HA = Hepatite A

## VACINAÇÃO – Colóquio

1. **BCG** – Se por algum motivo não foi feita na maternidade, indicá-la com 1 mês de idade.

2. **Hepatite B** – 1ª dose na maternidade; 2ª dose: se a vacinação for feita no Posto de Saúde, indicá-la com 1 mês de idade (vai diminuir o número de injeções aos 2 meses) mas se for particular, postergá-la para os 2 meses incorporada na Hexa.

### 3. Vacina anti-Polio

No Centro de Saúde a vacina oral tipo Sabin aos 2-4-6 e 18 meses e nas campanhas.

Em clínicas particulares, vacina injetável Salk (IPV) contida na vacina Hexa ou Penta e pólio oral nas campanhas.

### 4. Vacina contra Rotavírus

Segundo Academia Americana de Pediatria – 2009:

Início: mínimo de 6 semanas; melhor: 2 meses;

data limite: 3 meses e 14 dias.

2ª dose – após 4-8 semanas; data limite: 8 meses redondos;

3ª dose – 2 meses depois da 2ª.

### 5. Vacina antipneumocócica

Aos 2,4 e 6 meses, reforço aos 15 meses.

Se for iniciada no 2º semestre: 2 doses com intervalos de 2 meses e reforço aos 15 meses.

Se for iniciada no 2º ano: 2 doses com intervalo de 2 meses.

Se for aplicada após os 2 anos: dose única.

Existe a vacina 10-valente aplicada nos Centros de Saúde e 13-valente em Clínicas particulares.

6. **Meningococo C** – 2 doses no 1º ano (aos 3 e 5 meses); 1 dose de reforço aos 15 meses de idade eventualmente depois.

7. **Anti-tetânica** – após o esquema básico, dose de reforço na adolescência (10-14 anos) usando a vacina tríplice tipo adulto = Tdpa = tetânica+difteria adulto (dose menor) + pertussis acelular tipo adulto (dose menor). No Posto de Saúde: Td ou T.

Existe um risco mínimo mas real de pólio pela vacina oral.

Por isso, a recomendação a nível particular é aplicar a Hexa ou Penta IM.

Mas deve-se colaborar com as autoridades sanitárias nas campanhas da Sabin, recomendando a vacinação desde que já tenham decorridos 2 meses após a 2ª dose da pólio injetável.

## CÓLICAS DO LACTENTE

### As cólicas (típicas) dos 3 meses

**Caso** – Lactente de 45 dias, saudável, leite materno exclusivo desde 21 dias de vida; 5 a 6 vezes por semana tem cólicas: das 19-23h: choro forte, se espreme, nada consegue acalmá-lo, quer mamar “a toda hora”.

Depois das 23h dorme por 4-5 horas.

#### Raciocínio 1 – é cólica

- choro inexplicado, súbito, breves pausas
- faz careta de dor, estica-encolhe; inconsolável
- a barriga fica dura; fica vermelho
- eliminação de gases causa alívio temporário

*Raciocínio 2* – é cólica **no** lactente, isto é, cólica típica ocorrendo num lactente.

*Raciocínio 3* – é cólica **do** lactente (**cólicas dos 3 meses**), se:

Segue a **regra dos 3** de Wessel:

- início: 3 semanas de vida
- duração:  $\geq 3$  horas (horário fixo 19-23h)
- pelo menos 3 vezes por semana
- vai piorando – pico com 6 ( $=3 \times 2$ ) semanas
- duração mínima de 3 semanas
- vai até os 3 meses (depois vai desaparecendo)

#### Orientação aos pais

1. Explicar aos pais, tranquilizar. Manter a calma.
2. Ambiente tranquilo; música suave.
3. Massagem abdominal:
  - Fazer movimento de rotação na barriga (no sentido horário)
  - Fletir repetidamente (ajuda a eliminar os gases), as pernas do bebê até os joelhos comprimirem a barriguinha.
  - Compressas mornas na barriga do bebê.
  - Leve o bebê ao colo, na posição de braços, apoiando a barriga dele com a sua mão.
  - Coloque o bebê deitado de braços sobre sua barriga ou peito.
  - Um banho morno pode ser útil.



## ORIENTAÇÃO PARA O CHORO DO BEBÊ

1. Responder imediatamente ao choro do bebê, pegar no colo (contacto físico), movimentos suaves, cadeira de balanço, conversar calmamente ou cantar.  
- Não, não existe o perigo do bebê ficar mimado.
2. Todos os bebês, um pouco mais ou um pouco menos, têm cólicas a partir de 2 semanas de vida, é normal. O choro não é consequência de nada que foi feito errado ou deixou de ser feito. A sessão de choro dura em torno de 3 horas e desaparece depois de 3 meses.

### Nos caso típico severos – Hiperexcitabilidade do lactente

1. Durante o período das cólicas (19-23h), se for leite de peito, dar de mamar com intervalos curtos (1 hora ou menos); extrair previamente um pouco de leite de cada seio e deixar o bebê esgotar o 1º seio antes de passar ao 2º (assim o bebê receberá uma quantidade menor de lactose e tomará um leite mais gordo).  
- Não, o bebê não vai se acostumar a ficar só no peito; passado o horário da cólica o bebê faz um intervalo noturno mais longo.
2. Ligue numa música suave.
3. Ajude o bebê a encontrar seu próprio polegar e chupar o dedo.  
- Não, isso não vicia o bebê a chupar o dedo.

Se o bebê já tiver mais de 2 semanas (e com amamentação ao seio bem estabelecida) pode-se dar uma chupeta ortodôntica (retirar depois que o bebê acalmar).

Identificar as cólicas **não típicas** e que merecem investigação = **Bebê chorão**

**Caso** – RN de 12 dias, leite de peito exclusivo; mamadas longas (1h ou mais), dorme pouco, chora muito; a avó disse que são cólicas.

*Raciocínio* – nas 2 primeiras semanas de vida nunca é cólica. É fome até prova em contrário. Verificar curva ponderal; corrigir amamentação.

*Raciocínio* – choro *relacionado* com as mamadas e curva ponderal insuficiente; vomitador.

Hipótese: Refluxo gastroesofágico doença ou alergia por leite de vaca.

Suspender leite de vaca da dieta da mãe e observar durante 1 mês.

Em caso de fórmula infantil padrão, substituir por fórmula extensamente hidrolisada e observar durante um mês.

*Raciocínio* – bebê chorão, abatido, má aceitação alimentar, curva ponderal insatisfatória, febrícula? Provável infecção urinária – exame urina: sedimento, bacterioscópico, cultura.

## ALERGIA AO LEITE DE VACA

### Diretrizes básicas

1. ALERGIA ALIMENTAR (AA) = reação adversa aos alimentos mediada por mecanismo imunológico
2. A mais frequente no lactente:  
Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)
3. APLV está aumentando
4. APLV se inicia na maioria dos casos, antes dos 2 meses.
5. Sintomas mais frequentes: vômitos repetidos e diarreia prolongada, além de sangue nas fezes, dermatite (eczema) e prejuízo nutricional.
6. A maioria desses casos (80%) não está relacionada com IgE; portanto RAST negativo não afasta.
7. Além do leite de vaca, outros alérgenos frequentes na criança são: ovo, soja, trigo. A frequência da alergia à soja é inferior ao do leite de vaca, desde que seja fórmula de proteína isolada de soja (FPIS) purificada e suplementada.
8. **Substitutos** para o leite de vaca nos casos de APLV:
  - Soja (FPIS) não é indicada em distúrbios gastrointestinais prolongados (reatividade cruzada em 60%). Pode ser útil em alergias imediatas em lactentes acima dos 6 meses. Cuidado: bebidas (e suco) de soja não são nutricionalmente adequadas.
  - Leite de cabra não indicada (reatividade cruzada em 90%)
  - Fórmulas parcialmente hidrolisadas (FPH) – podem ser úteis quando usadas preventivamente em famílias atópicas, nunca como tratamento em APLV já estabelecida.
  - Fórmulas extensamente hidrolisadas (FEH). Ótima opção (eficiência > 90%) em casos graves de APLV. Após 3 meses, teste de provocação com leite de vaca
    - a) não apresenta sintomas – continuar com fórmulas infantis à base de leite de vaca;
    - b) sintomas reaparecem – retornar FEH. Reavaliar a cada 3 meses.Se não melhorar com FEH ou nos casos inicialmente muito graves: fórmula de aminoácidos (FAA).Observação: para famílias sem recursos, algumas secretarias da saúde fornecem essas fórmulas dispendiosas desde que acompanhadas de justificativa correta.

Meu bebê é vomitador (regurgitador)

## REFLUXO GASTROESOFÁGICO (RGE)

**Caso 1** – Lactente 2 meses, saudável, mama bem mas logo após a mamada (4 vezes ao dia) regurgita e soluça; criança tranquila (só tem cólicas no período clássico de 19-23h) ganha peso normalmente.

1. Esta criança tem **refluxo gastroesofágico** (RGE)?

Sim. RGE é o *retorno* do conteúdo gástrico para o esôfago (com ou sem regurgitação ou vômito).

2. Isso é obrigatoriamente **doença**? Não. É normal e acontece muitas vezes em lactentes, crianças e adultos.

3. O que é **regurgitação**?

*Retorno* do conteúdo gástrico até a boca de onde é expelido sem esforço.

4. Qual o diagnóstico neste caso? **“Lactente regurgitador feliz” = Refluxo gastroesofágico fisiológico** (RGE)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• lactente saudável</li> <li>• início no 1º trimestre de vida</li> <li>• volume da regurgitação é pequeno</li> <li>• ocorre logo depois das mamadas (<math>\geq 2</math> vezes por dia)</li> <li>• pode ser acompanhado de soluços (pós mamadas)</li> <li>• não causa desconforto</li> <li>• não prejudica o ganho de peso</li> <li>• não acarreta complicações</li> </ul> <p>Prognóstico desaparece entre 8 e 14 meses de idade</p>	<p>RGE fisiológico</p>
---	----------------------------

### Conduta

1. Explicar, tranquilizar.
2. Deixar arrotar.
3. Permanecer na posição ereta, no colo, alguns minutos.
4. Colocar na cama sobre o lado Direito; após 1 hora passar para o lado Esquerdo.
5. Elevação da cabeceira da cama.

Se for RGE fisiológico um pouco mais intenso:

- se toma mamadeira: passar para fórmula AR = anti-regurgitação
- adotar travesseiro anti-refluxo

**Observação:** dormir de bruços, embora seja bom para refluxo, não é recomendado por aumentar o risco de morte súbita.

**Caso 2** – Lactente 2 meses, regurgita grandes volumes do leite ingerido, até 2 horas após a mamada e até durante a noite; a regurgitação é nitidamente desconfortável; a mãe também nota que parece que alguma coisa sobe pela garganta e causa desconforto; o bebê tornou-se chorão durante a mamada – isso está prejudicando.

- Choro também após as mamadas. Ganho de peso diminuiu.
1. Essa criança tem RGE? Sim.
  2. Tem características do RGE fisiológico? Não. Portanto é RGE **doença** = RGED.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• quantidade grande (&gt; 1 colher sopa)</li> <li>• frequência elevada (&gt; 5 vezes/dia)</li> <li>• ocorre longe das mamadas ( ± 2h depois) e à noite</li> <li>• pode ser acompanhada de soluções também tardios</li> <li>• é desconfortável = <b>bebê chorão</b></li> <li>• dificulta mamada (mamadas nervosas)</li> </ul>	RGE <b>doença</b> = RGED
---	--------------------------------

**Conduta:**

1. Reavaliar a amamentação, corrigir as falhas.
2. Após as mamadas deixar no colo ereto; colocar na cama em decúbito lateral Esquerdo; considerar travesseiro anti-refluxo.
3. Solicitar exame de urina: sedimento bacterioscópico e cultura. Observar manifestações neurológicas e suspeitar de distúrbio metabólico.
4. Se for mamadeira, passar para fórmula anti-regurgitação.
5. Se não melhorar desde o início ou em famílias atópicas – fórmulas com proteína extensamente hidrolisada.
6. Se vômitos acentuados, considerar trânsito intestinal baritado (pesquisa de anomalias anatômicas).

**Caso 3** – Lactente de 2 meses, regurgitador, é irritadiço, tem mamadas nervosas e interrompidas, jogando-se para trás além das cólicas entre 19 e 23h.

**Diagnóstico:** (rótulo): **“bebê chorão”**.

**Colóquio:** Pode ser RGED (mesmo na ausência de regurgitação, pois pode ser RGE oculto = retorno do ácido só até o esôfago).

Esse diagnóstico tem sido exagerado – RGED é causa pouco frequente do “bebê chorão”.

Observar manifestações neurológicas ou suspeitas de distúrbio metabólico.

**Conduta:**

1. Ambiente calmo; tranquilizar os pais.
2. Após arrotar e ficar no colo durante alguns minutos, colocar no berço e deixar chorar um pouco, não pegar de imediato no colo.
3. Teste terapêutico: omeprazol 2mg dividido em 2 vezes (de manhã em jejum, à noite).

Nos episódios de dor- antiácidos alcalinos ou ranitidina.

Ministrar por 2 semanas:

- Se for eficaz, suspender e observar; se recair – completar 2 meses.
  - Se for ineficaz, suspender definitivamente.
4. Neste caso, suspeitar de alergia por leite de vaca (suspeitar desde o início em famílias atópicas).
    - Se for leite materno – suprimir todo leite de vaca e eventualmente ovo da dieta materna por 2-4 semanas e observar efeito.
    - Se for mamadeira – testar fórmula extensamente hidrolisada por 2-4 semanas e observar.

## DIARREIA AGUDA

### Criança com DIARREIA aguda no consultório

**Caso** – Lactente de 1 ano, saudável, início com febre e alguns vômitos; logo depois evacuações aquosas abundantes, recusa alimentar, levemente abatido.

#### Raciocínio

- 1º) mudança de hábito intestinal → fezes líquidas = DIARREIA
- 2º) início súbito em criança saudável = AGUDA
- 3º) começa com vômitos – comprometimento do **tubo digestivo**
- 4º) com febre/prejuízo do apetite/abatimento = **estado**

**Diagnóstico: Doença diarréica aguda** (= Diarreia aguda infecciosa)

Gastroenterite aguda. *Etiologia:* provavelmente **viral**

a) criança 6 meses – 4 anos, inverno: provável **rotavírus**

b) criança maior, qualquer estação do ano, familiares atingidos por = provável **norovírus**.

- *Preocupação* inicial: a criança está **desidratada**?
  - mais comum no consultório: **não está desidratada**: criança bem, alerta, aceita líquidos mas não está sedenta, está urinando, tem lágrimas, boca não muito seca.
  - Qual o **risco imediato**? **desidratação**.
  - Qual o **1º objetivo**? *evitar* desidratação.
  - Qual a **meta**? aumentar ingestão de água e sais.
  - Qual a **dificuldade**? A criança ainda não está desidratada, portanto não tem muita sede e pode não aceitar a oferta aumentada de líquidos.
  - Qual então a **tática**? *Oferecer* os líquidos mais bem aceitos (água, chá, água de coco...), fórmula infantil/leite pode ser consumido.
  - Após cada **evacuação** líquida **dar soro oral** industrializado (45mEq Na/L) ou caseiro.
  - E se a criança estiver **vomitando** muito? dar um antiemético - o melhor é **ondansetrona** sublingual. *Atenção:* o clássico dimenidrato é inútil (ele é um preventivo de vômitos na cinetose, não serve para *tratar* vômitos).
  - Qual o **risco a médio prazo**? **desnutrição**.
  - Qual a **tática** se a criança está sem apetite?
- Oferecer os alimentos que a criança aceita melhor, pode ser em volumes menores e mais repetidos. Pode continuar com fórmula infantil/leite. Preferir os alimentos de melhor digestibilidade: cozidos, amassados.

- Qual o principal cuidado na **prescrição**?

Ensinar os sinais de **alerta**: diarreia muito volumosa, vômitos repetidos, sede exagerada, não aceita líquidos, evolui para abatimento e letargia, sem tendência à melhora após 3 dias (mas esclarecer que a diarreia pode durar 1 semana).

- Na presença de desidratação **leve** (mucosas secas, sedenta, urina pouco e concentrada) insistir no **soro oral**, (não apenas líquidos) e observar atentamente.
- Se piorar ou não aceitar bem o soro oral, encaminhe ao PS.

Prescrição inicial. Soro fisiológico 20mL/kg IV rápido; repetir se necessário.

Se estiver vomitando, aplique ondansetrona (não dimenidrato)

IM ou IV 0,15mg/kg.

Uma solução útil para reidratação inicial, pode ser preparada em casa, com:

- caldo de carne – 2 1/2 tabletes dissolvidos em um litro de água.
- 3 colheres de sopa de arroz cozido ou cereal infantil de arroz.

Se a diarreia persistir, por mais de 1 semana, convém retirar a lactose (Fórmula Infantil isenta de lactose para lactentes e leites com teor reduzido de lactose para crianças maiores).

## A CRIANÇA COM FEBRE NO CONSULTÓRIO

*Febre é queixa mais frequente e preocupante da prática pediátrica.*

Na prática?

Considerar febre **temperatura axilar acima de 37,2°C**.

**Doutor, meu filho está com febre (mas eu não medi).**

*Pode-se confiar na impressão da mãe?*

Pesquisas confirmam impressão de pediatras experientes: a impressão da mãe é *confiável*. Ela se baseia não só na sensação táctil térmica, mas associa às sutis mudanças de comportamento da criança. Portanto, não subestime a opinião da mãe.

### **A criança está com 37,2°C, qual a conduta?**

Não é febre, pois febre é acima de 37,2°C (mesmo que sejam centésimos). Mas também não é habitual. Eliminar o fator de hipertermia: reduzir agasalho, ventilar o ambiente, oferecer líquidos e repetir a medida após 15 minutos. Lembrar que pode ser o início de um processo febril, manter sob observação nas próximas horas.

### **O que é febre-fobia**

É uma concepção errônea – exagerada e irrealista – sobre febre e seus supostos riscos e malefícios.

Febre desperta em quase todos nós a imagem de doença com risco de vida; baixar a febre afasta um pouco nossos fantasmas.

### **Como orientar a família da criança com febre**

Explicitar e repetir os conceitos básicos

1. Febre não é doença em si, baixar a febre não significa que a doença está sob controle. Por outro lado, febre é um sinal de alerta, algo de errado está acontecendo, o que implica na investigação da causa.

2. **A gente trata o desconforto e não termômetro.**

Dar antitérmico se a criança estiver muito desconfortável ou se a febre chegar a 39°C.

3. Não é preciso normalizar a temperatura com o antitérmico, basta que ela desça a um nível que a criança se sinta confortável sem grande alteração do humor.

4. Por isso não é preciso ficar medindo a temperatura a todo instante, baseie-se no comportamento da criança.

5. O *sono* também tem efeito estimulador sobre os mecanismos imunitários. Daí ser conveniente dar uma dose de antitérmico ao deitar e não acordar a criança para dar antitérmico durante a noite, se ela estiver dormindo.



### **Orientação prática para a criança com febre:**

1. Toda criança com febre deve ficar em observação atenta até a normalização da temperatura e melhora completa.
2. Oferecer líquidos com frequência, o que aceitar melhor.
3. Alimentação – oferecer o que a criança gosta mais.
4. Ambiente ventilado; roupas leves; ar livre; distrair.
5. Banho é ineficaz – baixa um pouco a temperatura por pouco tempo.

Mas se isso for agradável para a criança, banhar após a tomada de antitérmico.

Água tépida, nunca fria; nunca acrescentar álcool.

### **Os pais devem ser orientados a comunicarem:**

- febre maior que 39,5°C.
- febre com tremores de frio.
- abatimento acentuado e que não melhora quando a febre baixa.
- sonolência exagerada, difícil de acordar.
- irritabilidade que se alterna com sonolência.
- febre que não desaparece após 3 dias.

(*neste caso, se a febre continuar depois do dia.....*)

<b>Dê para a mãe orientação impressa</b>
--

### **Esteja atento!**

1. Procure determinar com a maior precisão o início da febre – não aceite alegação genérica “está com febre há 3 dias”.  
Febre de mais de 72h deve ser investigada.
2. Na evolução da febre, ocorre súbita elevação com tremores de frio, palidez e cianose peribucal: **bacteriemia**.  
Aplicar ceftriaxona IM.
3. Febre que **ultrapassa 39,5°C** deve ser investigada.
4. **RN** com febre é situação de alarme, mesmo que o aspecto não seja de todo mal. Encaminhe ao hospital, peça de urgência:  
hemograma, proteína C reativa, hemocultura, urina – bacterioscópico, **líquor**.  
Após a coleta dos exames mande aplicar 1ª dose de cefotaxima.
5. Qualquer febre, mesmo que o caso seja grave, cede temporariamente após a administração de antitérmico – não se deixe enganar.
6. O que vale clinicamente: criança aparentemente grave ou na faixa de dúvida, que melhora muito seu humor e disposição, chega a sorrir, sob efeito do antitérmico, provavelmente o caso não é grave. Se o **abatimento persistir após o decréscimo da febre: alarme – é grave!** Assim o que vale é a observação atenta nessas primeiras horas.

## CONDUTA PEDIÁTRICA NA CRIANÇA FEBRIL

“Meu filho está com febre e não sei o que ele tem”

Anamnese	Alerta	Alarme
Faixa etária	3 meses- 3anos	RN e até 2 meses
Intensidade da febre	> 39,5°C	> 40,5°C
Ascensão da febre com tremores de frio – bacteriemia		
Alteração do comportamento	choro inconsolável irritabilidade, sono com dificuldade para acordar	fácies de sofrimento letargia irritabilidade-sonolência gemência
Duração da febre	> 3 dias (=> 72h)	piora após 3 dias

### Conduta diante da febre com sinais de alerta

#### Situação 1 – RN com febre

RN com febre é situação de alarme mesmo que o aspecto não seja de todo mal. Encaminhe ao PS com pedido de urgência: hemograma, proteína C reativa, hemocultura, urina-bacterioscópico + sedimento (leucocitúria) e líquor. Após coleta de exames aplique cefotaxima 50mg/kg IM ou IV.

#### Situação 2 – Lactente entre 1 e 3 meses

Se o estado infeccioso não for grave postergar o líquor para depois do resultado do hematológico e urina e observação pós redução da febre.

#### Situação 3 – Conduta na criança cuja febre ultrapassou 39,5°C.

*Solicitar:* hemograma, VHS, proteína C reativa; em crianças até dois anos, exame de urina: bacterioscópico e contagem de leucócitos.

Se a febre for acompanhada de tremores de frio, convém incluir hemocultura. Aplicar ceftriaxona 50mg/kg IM ou IV.

*Observação:* em lactente com febre alta (acima de 39,5°) e exame hematológico inexpressivo, suspeitar de Roséola.

#### Situação 4 – Febre de mais de três dias (72 horas) de duração.

Conferir com os familiares a duração exata desde o início; não confiar na matemática de família (nem do médico).

*Solicitar:* hemograma, VHS, proteína C reativa; em criança de menos de dois anos – exame de urina: bacterioscópico e contagem de leucócitos. A urina é dispensável em crianças maiores sem queixas urinárias.

Se antecedente próximo de resfriado, suspeitar de sinusite.

### **Situação 5 – Gravidade do estado infeccioso.**

#### *Grupo I – estado infeccioso leve*

A criança sorri, está ativa e alerta (um pouco menos no momento da febre), irritabilidade moderada, com choro de tom normal e que pode ser consolado pelos pais, abatimento discreto.

*Conduta:* observar até 72h de febre, sem antibiótico.

#### *Grupo II – estado infeccioso moderado*

Diminuição da atividade e do interesse; irritabilidade, sonolência.

Observação: em caso de dúvida, convém administrar antitérmico (em dose máxima para o peso) e observar uma ou uma hora e meia, após a normalização da temperatura, a criança pode passar para o Grupo I ou ser suspeita de estar no Grupo III.

*Solicitar:* hemograma, VHS e proteína C reativa.

Se for menor de dois anos – urina: bacterioscópico e contagem de leucócitos. Considerar líquor (obrigatório, se menor de dois meses).

#### *Grupo III – estado infeccioso grave*

Choro inconsolável, choro fraco, choramingas; letargia, quase não reage; pele pálida; fases de intensa irritabilidade alternadas com períodos de sonolência.

*Hospitalizar e solicitar:* hemograma, VHS, proteína C reativa, hemocultura; em crianças menores de dois anos, bacterioscópico de urina e leucocitúria.

### **Situação 6 – Criança com febre e convulsão**

Se a criança tiver em torno de um ano (9 a 18 meses), a convulsão ocorre dentro das primeiras 20 horas de febre e é generalizada e de curta duração e a criança após curto período pós-convulsão e controle da febre com antitérmico se estabelece, não há indicação para líquor.

Se a convulsão ocorrer após mais de 24 horas de febre ou se repetir no mesmo episódio febril ou ocorrer alteração da consciência que persiste, o líquor é obrigatório.

### **Situação 7 – Os casos de dúvida quanto à gravidade**

Se persistir a dúvida quanto à gravidade. Um período de observação atenta de 12 a 24 horas na retaguarda do PS ou em domicílio com contato telefônico e retorno pode clarear a situação, permitindo enquadrar o caso numa das situações anteriores e tomar as devidas providências.

**A aparência clínica, depois que a temperatura foi normalizada pelo antitérmico, é mais importante para o prognóstico do que o nível da febre.**



Na presença de sinais de alerta/alarme, solicitar exames básicos

Exame	<b>Atenção: pode ser bacteriana</b>
Hemograma	leucocitose > 15.000 ou leucopenia < 5.000 neutrofilia > 10.000 granulações tóxicas
VHS Proteína C reativa	> 30 > 9 (por dL)

## **BIBLIOGRAFIA DE APOIO**

PEDIATRIA: DIAGNÓSTICO+TRATAMENTO

Jayme Murahovschi - Sarvier; 6ª ed (11) 5093-6966

PEDIATRIA: URGÊNCIAS+EMERGÊNCIAS

Jayme Murahovschi - Sarvier (11) 5093-6966

PEDIATRIA em CONSULTÓRIO – Ana Cecília Silveira Lins Sacerpina,  
Kobinger, Saito, Bourroul, Zuccolto – Sarvier, 5ª ed.

## **RECOMENDAÇÕES DE LIVROS PARA AS MÃES**

CARTILHA DE AMAMENTAÇÃO. Jayme Murahovschi, Ernesto T. Nascimento;  
Keiko M. Teruya; Paulo Eduardo A. Baldin, Sergio C. Kabbash. Almed (2ª ed –  
(11) 5542-2284).

FILHOS – da gravidez aos 2 anos – Sociedade Brasileira de Pediatria. Manole.  
Organizadores: Fabio Ancona Lopes e Dioclécio Campos Jr.







#### **NOTA IMPORTANTE:**

AS GESTANTES E NUTRIZES PRECISAM SER INFORMADAS QUE O LEITE MATERNO É O IDEAL PARA O LACTENTE, CONSTITUINDO-SE A MELHOR NUTRIÇÃO E PROTEÇÃO PARA ESTAS CRIANÇAS. A MÃE DEVE SER ORIENTADA QUANTO À IMPORTÂNCIA DE UMA DIETA EQUILIBRADA NESTE PERÍODO E QUANTO À MANEIRA DE SE PREPARAR PARA O ALEITAMENTO AO SEIO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE DA CRIANÇA OU MAIS. O USO DE MAMADEIRAS, BICOS E CHUPETAS DEVE SER DESENCORAJADO, POIS PODE TRAZER EFEITOS NEGATIVOS SOBRE O ALEITAMENTO NATURAL. A MÃE DEVE SER PREVENIDA QUANTO À DIFICULDADE DE VOLTAR A AMAMENTAR SEU FILHO UMA VEZ ABANDONADO O ALEITAMENTO AO SEIO. ANTES DE SER RECOMENDADO O USO DE UM SUBSTITUTO DO LEITE MATERNO, DEVEM SER CONSIDERADAS AS CIRCUNSTÂNCIAS FAMILIARES E O CUSTO ENVOLVIDO. A MÃE DEVE ESTAR CIENTE DAS IMPLICAÇÕES ECONÔMICAS E SOCIAIS DO NÃO ALEITAMENTO AO SEIO – PARA UM RECÉM-NASCIDO ALIMENTADO EXCLUSIVAMENTE COM MAMADEIRA SERÁ NECESSÁRIA MAIS DE UMA LATA POR SEMANA. DEVE-SE LEMBRAR À MÃE QUE O LEITE MATERNO NÃO É SOMENTE O MELHOR, MAS TAMBÉM O MAIS ECONÔMICO ALIMENTO PARA O LACTENTE. CASO VENHA A SER TOMADA A DECISÃO DE INTRODUIZIR A ALIMENTAÇÃO POR MAMADEIRA É IMPORTANTE QUE SEJAM FORNECIDAS INSTRUÇÕES SOBRE OS MÉTODOS CORRETOS DE PREPARO COM HIGIENE RESSALTANDO-SE QUE O USO DE MAMADEIRA E ÁGUA NÃO FERVIDAS E DILUIÇÃO INCORRETA PODEM CAUSAR DOENÇAS. OMS – CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZAÇÃO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO. WHA 34:22, MAIO DE 1981. PORTARIA Nº 2.051 – MS DE 08 DE NOVEMBRO DE 2001, RESOLUÇÃO Nº 222 – ANVISA – MS DE 05 DE AGOSTO DE 2002 E LEI 11.265/06 DE 04.01.2006 – PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – REGULAMENTAM A COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA E TAMBÉM A DE PRODUTOS DE PUERICULTURA CORRELATOS.

**PUBLICAÇÃO DESTINADA EXCLUSIVAMENTE AO PROFISSIONAL DE SAÚDE. IMPRESSO NO BRASIL.**