

protocolo de atenção integral à saúde da criança



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Departamento de Planejamento em Saúde

© 2023 Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não tenha nenhum fim comercial. O documento poderá ser acessado na íntegra pelo site da Prefeitura Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
Departamento de Planejamento em Saúde
Coordenadoria de Atenção à Saúde da criança e
do adolescente
Rua Prudente de Moraes, 457, centro
CEP 14015-100 Ribeirão Preto - SP
Telefone: (16) 3977-9415
Site:
www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/dps/caisca

Organização e Elaboração

Ananda Letícia Fuzo Ferreira
Cleuza Cunes Mestrinell
Daniela Vieira Pallos
Márcia Beatriz Berzoti Gonçalves
Márcia Soares Freitas da Motta
Maria Tereza Cunha Alves Rios
Soraya Liemi Fukamichi
Waldomiro Roberto Tavares

Colaboração Técnica

Ananda Letícia Fuzo Ferreira
Andrea Domingues Ribeiro Tonetto
Andressa Carla Cornelius Lunardelo
Daniela Oliveira Cursio Aygnes
Débora Falleiros de Mello
Gláucia Tamburú Braghetto
Janice Fernanda de Souza Vitor
Karina Domingues de Freitas
Lauren Suemi Suemi Kawata

Lauren Suemi Suemi Kawata
Lilian Donizete Pimenta Nogueira
Lucia Helena T. Rodrigues Pereira
Márcia Beatriz Berzoti Gonçalves
Márcia Soares Freitas da Motta
Marcus Vinicius Santos
Maria Cândida de Carvalho Furtado
Maria Cecília Gorita dos Santos
Milena Domingos Oliveira Rodarte
Nadini Spolaore de Souza
Silmara Alves Bernardes
Vanessa Brancato Camarinha Goulart

Revisão

Elaine Mara Kamada Moreira
Karina Domingues de Freitas
Lauren Suemi Suemi Kawata
Luís Ângelo Marti Traver
Maria Cândida
Maria de Fátima Paiva Brito
Mirela Módolo Martins do Val
Rosane Mendes Batista Queiroz
Suraia Zaki Sammour Vigarani
Thatiane Delatorre

Apoio à Revisão

Vagner de Araújo Jesus

Apoio Administrativo

Renata Cerri

Diagramação

Gabriela Silva Furtado

Ficha Catalográfica

Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto.

Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Planejamento em Saúde, 2023 p.145

Vários autores

1.Criança. 2. Atenção primária à saúde. 3.Assistência integral à saúde.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Gestão 2021-2025

Duarte Nogueira

Secretaria da Saúde

Gestão 2023

Secretaria Municipal de Saúde

Jane Aparecida Cristina

Secretária Adjunta

Adriana Mafra Brienza

Diretora do Departamento de Assistência à Saúde

Vanessa Colmanetti Borin Danelutti

Diretora do Departamento de Planejamento em Saúde

Dilson Braz da Silva Junior

Coordenadora da Assistência Integral

à Saúde da Criança e do Adolescente

Márcia Soares Freitas da Motta



Coordenação

Márcia Soares Freitas da Motta

Médica Pediatra

Equipe Técnica

Ananda Letícia Fuzo Ferreira

Enfermeira

Márcia Beatriz Berzoti Gongalves

Enfermeira

Hidelnice Cândico da Silva

Técnica de enfermagem

Soraya Liemi Fukamichi

Médica Pediatra



apresentação

Ao considerar os constantes avanços no conhecimento científico e das tecnologias em saúde, que buscam favorecer a qualidade de vida das pessoas no ciclo vital, fez-se necessário reestruturar os processos de trabalho na rede municipal de saúde, para torná-los mais favoráveis à adesão, alcance de metas e a uniformização das condutas, buscando assim, unir esforços para o fortalecimento das ações de saúde. A partir desta necessidade, foi que se realizou a construção deste Protocolo.

Como resultado da Consulta Pública da primeira versão do material desenvolvido, percebeu-se a necessidade de apurar o enfoque para um espaço de construção interdisciplinar, que assegure o cuidado integral à criança, com valorização das dimensões para além do aspecto biológico, considerando o conceito ampliado de saúde. As colaborações dos participantes da Consulta Pública demandaram a organização de um grupo técnico de trabalho, que integrou pessoas de diferentes categorias profissionais da rede municipal de saúde, em conjunto com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para discussão e construção desta proposta.

O resultado deste trabalho culminou com a versão final deste Protocolo que lhes é apresentado. Este documento deve ser entendido como um ponto de partida, com o objetivo de propiciar o fortalecimento das ações de saúde, para que possam refletir positivamente na saúde da população e na melhoria dos indicadores de saúde do nosso município.



sumário

1. Introdução	08
2. Estratégias para a redução da mortalidade infantil e prevenção de agravos em Ribeirão Preto	10
2.1 Programa Floresce uma Vida (FUV): estratégias para a alta qualificada do recém-nascido com vinculação à atenção básica	11
2.2 Sistema de Informação em Saúde da Criança (SIS-Criança)	14
3. Garantia de acesso da criança à atenção básica	17
3.1 Normas para o agendamento/atendimento	18
3.2 Tipos de agendamento	18
3.3 Parâmetros para a previsão de vagas para os atendimentos de puericultura	20
4. Atendimento ao recém-nascido	22
4.1 Anamnese	24
4.2 Exame Físico	25
4.3 Avaliações e Orientações	28
5. Exames de triagem neonatal	41
5.1 Teste do reflexo vermelho - "Teste Do Olhinho"	42
5.2 Teste para cardiopatia congênita crítica - "Teste do Coraçãozinho"	43
5.3 Teste auditivo - "Teste da Orelhinha"	45
5.4 Teste da linguinha	47
5.5 Exame de triagem neonatal biológica - "Teste do pezinho"	52
6. Acompanhamento de puericultura	55
6.1 Estratificação de risco da criança	56
6.2 Calendário de Puericultura	58
7. Consultas subsequentes de puericultura	60
7.1 Anamnese	61
7.2 Exame Físico	61
7.3 Marcos do desenvolvimento	64

8. Imunização	73
9. Palivizumabe	74
9.1 Critérios de Indicação do uso do Palivizumabe	75
9.2 Orientações gerais sobre o fornecimento do Palivizumabe	76
10. Principais achados nas consultas de puericultura	78
10.1 Anemia	79
10.2 Achados de pele	81
10.3 Achados gastrointestinais	85
10.4 Monilíase oral	88
10.5 Obstrução nasal	89
10.6 Febre	90
11. Acompanhamento da criança com sífilis congênita ou exposta à sífilis na gestação	93
12. Profilaxia medicamentosa	95
12.1 Suplementação de ferro	96
12.2 Suplementação de vitamina D	99
12.3 Suplementação de vitamina A	100
13 Alimentação e nutrição	102
13.1 Aleitamento materno	103
13.2 Recomendações para crianças em uso de leite de vaca	103
13.3 Protocolo para normatização da dispensação de fórmulas infantis especiais a pacientes com alergia à proteína do leite de vaca - APLV	104
14. Saúde Bucal	113
14.1 Programa Clínica do Bebê	115
15. Problemas e alertas de saúde de crianças na era digital	117
16. Sugestões de conteúdo programático para grupos	123
17. Prevenção de acidentes domésticos e de transporte	130
Referências	135



introdução

1



O Protocolo de Assistência Integral à Criança visa apoiar a assistência integral à saúde da criança em todas as etapas do crescimento e desenvolvimento. Está baseado nas políticas nacionais desenvolvidas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, na busca de melhoria na vigilância em saúde e contribuir para a qualidade de vida do público dessa faixa etária.

Este Protocolo vem para nortear as ações de saúde dos profissionais que compõem a rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, e assegurar a segurança e qualidade da assistência para as crianças e adolescentes.

A Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA), através de suas ações educativas e assistenciais, que visam atender à criança de forma integral e individualizada em todas as fases do seu ciclo vital, une diferentes atores da rede intersetorial, o que fortalece e norteia as ações de saúde da rede pública no município de Ribeirão Preto.

Neste contexto, o Protocolo de Assistência Integral à Saúde da Criança tem como principal objetivo prover aos profissionais de saúde, segurança necessária para que atuem com autonomia e proporcionem à criança uma assistência qualificada e segura.



estratégias para a redução da mortalidade infantil e prevenção de agravos em Ribeirão Preto



2

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) propõe estratégias e ações que enfocam na superação de desafios e qualificação da assistência à criança, considerando os determinantes sociais e condicionantes, de modo a assegurar o nascimento e desenvolvimento pleno, reduzir vulnerabilidades e riscos de adoecimento e outros agravos, bem como prevenir as doenças crônicas na vida adulta e promover a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2018).

Em Ribeirão Preto, a rede de atenção à saúde da criança converge com estas diretrizes, e abarca programas e estratégias sólidos que pavimentam a trajetória das ações favoráveis à saúde da população infantil.

2.1 Programa Floresce uma vida - FUV: estratégia para a alta qualificada do recém-nascido com vinculação à atenção básica

O Programa Floresce Uma Vida (FUV) é uma iniciativa do município de Ribeirão Preto, instituído em 1995, com o principal objetivo de reduzir a mortalidade infantil e diminuir a incidência de complicações preveníveis de morbidades, em crianças menores de um ano, no município. Este programa está inserido na Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA), e adota estratégias que promovem a gestão do cuidado ao recém-nascido (RN), ao colaborar com a alta responsável do binômio mãe/recém-nascido, na maternidade e da inserção deste binômio na rede municipal de saúde.



As ações norteadoras do Programa Floresce uma Vida são:

- Colaborar com a alta responsável do binômio;
- Facilitar o acesso e atendimento do binômio na atenção primária a saúde e outros serviços de saúde da rede municipal;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Garantir que o RN inicie o seguimento de puericultura na primeira semana de vida, preferencialmente até o quinto dia de nascimento;
- Garantir a coleta de amostra para a realização do teste do pezinho em tempo oportuno;
- Favorecer que o RN seja imunizado, de acordo com o Calendário de vacinação;
- Identificar os RNs em situação de vulnerabilidade.

A equipe do FUV é composta por um enfermeiro responsável técnico, que realiza a supervisão de enfermagem à distância, na Secretaria Municipal de Saúde, e auxiliares ou técnicos de enfermagem, que estão distribuídos nas maternidades prestadoras de serviços ao SUS: Centro de Referência em Saúde da Mulher - Mater, HC Criança, Santa Casa e Maternidade do Hospital Electro Bonini – Unaerp.

As atividades da equipe de enfermagem do FUV nas maternidades são realizadas no período diurno, em regime de escala de plantão, incluindo finais de semana e feriados. Os auxiliares/técnicos de enfermagem identificam as puérperas em pós-parto imediato e realizam a entrevista beira-leito. Através da coleta de dados para o cadastro no Sistema Hygiaweb e Sistema de Informação da Saúde da Criança (SIS-Criança), identificam necessidades de saúde do binômio e

e agendam as consultas preconizadas para o período neonatal e puerperal, bem como para as especialidades, conforme critérios estabelecidos. O SIS-Criança é um *software* (J168) desenvolvido pela CODERP, e idealizado pela Secretaria Municipal de Saúde, onde são registradas as informações coletadas pela equipe do FUV na Maternidade. O registro dessas informações visa a promover a comunicação efetiva entre as maternidades e a rede municipal de saúde, e favorecer o fortalecimento das ações estratégicas para a saúde da criança.

Os profissionais da gestão, a equipe do FUV e os profissionais da rede municipal de saúde estão envolvidos no planejamento e execução das ações, que asseguram o acompanhamento, identificação precoce de RNs em vulnerabilidade e a tomada precoce de ações de prevenção e proteção à saúde. Dentre as atividades realizadas pela equipe FUV se torna importante destacar: o envio de fichas padrões em caso de óbito fetal, óbito neonatal e óbito materno para o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil e o envio de fichas padrões com dados de Sífilis Materna e Congênitas, HIV/AIDS, ZIKA vírus e Sintomáticas Respiratórias para o Programa de IST/Aids.

A equipe FUV preza pela garantia dos seguintes agendamentos:

- Agendamento de Caso Novo de Puericultura (CP): agendamento do recém-nascido em consulta de enfermagem, entre o 3º e 5º dia de vida e em consulta com o pediatra/médico de saúde da família até 30 dias de vida, preferencialmente a partir do 15º dia de vida do RN;
- Agendamento de Atendimento de Puerpério (PE): agendamento de consulta de puerpério com enfermeiro, junto com o RN, entre o 3º e 5º dia de vida e agendamento de consulta médica com ginecologista ou médico de saúde da família até o 42º dia de puerpério. Em caso de internação prolongada do RN, óbito fetal ou óbito do RN o agendamento da puérpera deve ser mantido conforme descrito acima.

-
- Agendamento dos recém-nascidos (RN) no Centro de Referência em Especialidades Central (CREC), quando indicado. Contudo, o agendamento de RN expostos a outras infecções congênitas deve ser discutido com o responsável pelo ambulatório; para os RN nascidos no HC Criança, estes realizarão o seguimento nos ambulatórios da instituição;
 - Agendamento dos RN para consulta no serviço de Estimulação Precoce quando estes apresentarem os seguintes critérios: APGAR menor que 4 no primeiro minuto e menor que 7 no quinto minuto; Peso inferior a 2.500g; Idade gestacional menor que 37 semanas ou maior que 42 semanas; má formação fetal; drogadição materna; patologias: sífilis, HIV, toxoplasmose, citomegalovírus e outras doenças congênitas que possam levar a problemas motores e/ou neurológicos.

É de extrema importância que a puericultura tenha início na primeira semana de vida da criança e o mais próximo possível da alta hospitalar. É neste período que a mãe e família precisam de maior apoio e orientações sobre o recém-nascido (RN), cuidados habituais com o RN e amamentação. Para tanto, o Programa Floresce uma Vida (FUV) faz a articulação entre a alta do binômio na maternidade e a unidade de saúde. É fundamental que se garanta o acesso do binômio na unidade de saúde para atendimento de enfermagem, médico de saúde da família/pediatra, vacinação, amamentação, teste do pezinho e orientar a continuidade deste seguimento, bem como realizar a consulta de puerpério com a enfermeira.

2.2 Sistema de Informação em Saúde da Criança (SIS-CRIANÇA)

É o sistema digital de monitoramento e vigilância da saúde do recém-nascido (RN) do município de Ribeirão Preto. O sistema monitora todos os nascimentos de Ribeirão Preto, que tenham ocorrido nas maternidades públicas ou privadas.

Através do SIS-Criança, é possível acompanhar o agendamento e comparecimento em atendimentos aos neonatos e puérpera, informações relevantes para a saúde, como história do Pré-natal e parto, imunização, triagem neonatal biológica (teste do pezinho), entre outras.

A inserção e monitoramento de dados disponíveis no SIS-Criança se desenvolve por meio de ações de três esferas da rede municipal de saúde: maternidades, unidades de saúde e gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Para acesso às informações dos RN inseridos no SIS-Criança é necessário que o usuário tenha perfil de usuário, que devem ser solicitadas ao Programa Floresce uma Vida, por meio de formulário do Google Forms, disponível [aqui](#).

Cabem as Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto:

- Fornecer os dados ausentes ou desatualizados da ficha cadastral do SIS-Criança para gestão do FUV realizar a atualização;
- Cadastrar os dados referentes às coletas de amostras do teste do pezinho, na aba registros identificados como "teste do pezinho";
- Inserir informações referentes às consultas de puericultura e puerpério com enfermeiro, pediatra , médico da ESF e ginecologista, solicitados na aba "agendamento", no SIS-Criança;
- Cadastrar consultas ou visitas domiciliares agendadas pelos profissionais da unidade de saúde no SIS-Criança;
- Inserir dados das vacinas 1^a dose da hepatite B e BCG;
- Anotar na aba "observações" dados relativos às ações assistenciais, como visitas domiciliares, busca ativa e intercorrências com o RN;

-
- Solicitar à coordenação do FUV o cadastramento de RN proveniente de outros municípios ou que nasceu por parto domiciliar, enviando ficha cadastral (Anexo I) para o e-mail neonatal@saude.pmrp.com.br;
 - Acompanhar o relatório gerado pelo SIS-Criança, no mínimo semanalmente, para identificação de novos RNs que residem na área de abrangência da unidade de saúde e providenciar as necessidades de saúde identificadas;
 - Correspondar às demandas identificadas e solicitadas pela equipe técnica do FUV através do monitoramento semanal.

garantia de
acesso da criança
à atenção básica



3

3.1 Normas para o agendamento / atendimento

De acordo com a Resolução nº 4 de 24 de junho de 2022¹, que regulamenta as agendas médicas e do profissional enfermeiro na Atenção Primária à Saúde da rede pública do município de Ribeirão Preto e dá outras providencias, temos o seguinte:

¹ Diário Oficial do Município, publicação de 01/07/2022

3.2 Tipos de agendamento

Caso novo de puericultura (CP)

Consulta agendada para a primeira avaliação após o nascimento e alta hospitalar, idealmente nos primeiros dias de vida. De forma rotineira, o caso novo de puericultura é agendado pela equipe do Programa Floresce Uma Vida nas Maternidades SUS. Eventualmente, não sendo feito o agendamento pelo Floresce uma Vida (criança nascida em outro município ou em maternidade não conveniada ao SUS), o CP pode ser agendado pelos pais ou responsáveis pelas crianças com até dois anos de vida nas Unidades de Saúde.

Retorno de puericultura (RP)

Consulta destinada a garantir o seguimento em puericultura nos prazos estabelecidos pela Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA), isto é, **uma consulta por mês, do nascimento até os seis meses de idade, uma consulta a cada dois meses dos seis aos doze meses de idade, uma consulta a cada quatro meses dos doze aos vinte e quatro meses de idade.**

Consulta Saúde (CS):

Consulta destinada a garantir o seguimento regular da criança e do adolescente, com objetivo de prevenção de agravos e acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor **após os vinte quatro meses e até os dezesseis anos incompletos, podendo esse período ser estendido até os dezoito anos**, preferencialmente em regularidade semestral. A CS destina-se também ao atendimento de criança e do adolescente que apresente intercorrência clínica em que seja necessária avaliação médica para esclarecimento diagnóstico e adoção de conduta terapêutica.

Acolhimento (AI)

Atendimento de crianças ou adolescentes em demanda espontânea, seguindo o Protocolo de Acolhimento da Demanda Espontânea e Direcionamento de Fluxo na Atenção Básica.

Consulta de Puerpério (PE)

Consulta agendada para avaliação da mulher junto ao binômio até 5 dias pós parto, pelo profissional enfermeiro, e em até 42 dias após a data do parto pelo ginecologista ou médico de saúde da família. As agendas dos enfermeiros devem ser formatadas colocando-se a sigla PE logo em seguida da sigla CP. Assim, quando a equipe do Programa Floresce Uma Vida agendar o RN na sigla de CP, também agendará a puérpera na sigla de PE.

Caberá ao supervisor da unidade de saúde, definir a distribuição de consultas por siglas (CP, RP e CS) de acordo com as características epidemiológicas, demográficas e com os

parâmetros definidos pelas “Normativas das agendas dos profissionais pediatras das unidades de saúde”. A distribuição das siglas deve ser constantemente revista a fim de otimizar as agendas.

3.3 Parâmetros para a previsão de vagas para os atendimentos de puericultura

Para estabelecer a quantidade de vagas de cada tipo de atendimento, utilizar o seguinte parâmetro para formatação das agendas:

$$\text{Casos novos puericultura mensais (CP)} = \frac{\text{nº de nascidos vivos na área no ano anterior}}{12 \text{ meses}}$$

- Observar:**
- média de nascidos vivos no anterior
 - nº nascidos convênio e SUS
 - variação mínima e máxima de nascimentos/mês

$$\text{Casos novos de puericultura diários} = \frac{\text{nº de casos novos mensais}}{\text{nº dias úteis no mês}}$$

Obs.: este resultado deve ser dividido pelo nº de profissionais do mês.

$$\text{Retornos semanais de puericultura (RP)} = \frac{(NV \times 9) + (NV \times 4)^*}{52}$$

*NV = nascidos vivos; 9 = nº de consultar de puericultura até 12 meses; 4 = nº de consultas de puericultura de 12 a 24 meses.

É importante a garantia dos retornos de puericultura (RP) para as crianças menores de 2 anos. As necessidades acima devem ser adaptadas ao número de pediatras ou médicos de família existentes na unidade de saúde, bem como férias, licenças, feriados, etc. A unidade de saúde deve garantir sempre a agenda para os casos novos de puericultura e a continuidade deste acompanhamento.

O número total de nascimentos da área de abrangência da unidade de saúde abrange todos os recém-nascidos, incluindo aqueles que utilizam a rede suplementar de saúde, ou seja, atendimento particular e/ou convênios de saúde. Para tanto, compete à unidade de saúde disponibilizar um número adequado de vagas respeitando as particularidades de sua clientela e suas necessidades.

As siglas são norteadoras das agendas, mas as mesmas devem ser flexíveis e de fácil acesso à clientela.

O agendamento da primeira consulta é realizado pelo Floresce uma Vida ou quando necessário pela equipe da unidade de saúde. Os atendimentos subsequentes deverão ser agendados nas pós-consultas ou na recepção de acordo com o processo de trabalho da unidade de saúde, atendendo o cronograma proposto.

Os retornos de puericultura (RP) poderão ser mais frequentes, de acordo com a avaliação do profissional responsável pelo atendimento (principalmente para crianças de risco).

É importante a realização de busca ativa dos casos faltosos de crianças menores de 12 meses, além de observar o acompanhamento adequado em consultas e retornos da Estimulação Precoce e nos Ambulatórios de Especialidades.

Para as crianças inscritas no Auxílio Brasil, o agendamento médico também deverá obedecer ao cronograma acima exceto quando tenha solicitação médica para retornos mais frequentes.

Competem as unidades de saúde: abrir as agendas dos enfermeiros no mesmo horário da realização do teste do pezinho e também em concordância com o horário de funcionamento da Sala de Vacinas para facilitar o acesso e atendimento completo à família; caso existam faltosos na agenda diária, a mesma pode ser suprida por atendimentos eventuais em qualquer uma das siglas citadas de acordo com o Protocolo de Acolhimento da Demanda Espontânea e Direcionamento de Fluxo na Atenção Básica.

atendimento ao recém nascido



4

Ações do 5º Dia Integral da Saúde – Primeira consulta do recém-nascido na Atenção Básica

O acolhimento do binômio mãe/recém-nascido, na primeira semana de vida do RN, é primordial para a promoção à saúde e prevenção de possíveis agravos. As políticas nacionais para o período neonatal ressaltam as ações do “5º Dia da Saúde Integral”, como “um momento privilegiado para detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê, de riscos e vulnerabilidades”².

As ações do 5º Dia da Saúde Integral consistem em uma consulta de enfermagem (ou médica) conjunta da criança e da mulher (se possível com a presença do pai), com exame sumário de ambos e pesagem da criança (para avaliação de ganho ponderal), em um primeiro contato da equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde com o binômio²; 2022). Este momento é de extrema importância e deve se realizar o mais próximo possível da alta hospitalar. Neste período, a mãe e família precisam de apoio e orientações sobre o RN, cuidados habituais, imunização e amamentação.

No município, é rotina que o primeiro atendimento do RN na APS aconteça em uma Consulta de Enfermagem, contudo, diante da indisponibilidade de atendimento pelo enfermeiro, a primeira consulta poderá ser agendada com o pediatra ou médico de saúde da família.

Nesta primeira consulta, deve-se acolher o binômio/família, com enfoque nas seguintes ações:

- Escuta qualificada, para o acolhimento das dificuldades e inseguranças da mãe, pai/cuidador, família;
- Coleta de dados/anamnese, com foco na identificação de vulnerabilidades e/ou situações de risco para a saúde do recém-nascido;
- Exame físico da mãe e da criança. Destaca-se a importância desta avaliação para a vigilância do crescimento e desenvolvimento. Ao aferir o peso do recém-nascido, deve-se comparar com o peso ao nascer. Considera-se fisiológica a perda de até 10% do peso em

² BRASIL, 2018

-
- relação ao peso do nascimento, bem como a sua recuperação até o 15º. dia de vida;
 - Incentivo ao aleitamento materno exclusivo e apoio para o seu manejo;
 - Realização da coleta do teste do pezinho (leia mais a respeito no capítulo 5 - Exames de Triagem Neonatal). Em caso de alta tardia, é importante lembrar de checar se a coleta foi realizada na maternidade. ATENÇÃO: a realização da coleta de amostra do sangue capilar para a triagem biológica neonatal – “teste do pezinho” – pode ser delegada para a equipe de enfermagem, desde que o profissional tenha sido capacitado para a realização do procedimento;
 - Orientação a respeito da importância da imunização e programar o calendário vacinal, incluindo o encaminhamento à sala de vacina, para a aplicação da BCG;
 - Diante da necessidade de realizar novas avaliações, deve-se agendar retornos da consulta de enfermagem e/ou solicitar interconsulta com o pediatra/médico de saúde da família, ou, ainda, antecipar a data da consulta médica;
 - Enfatizar a importância do acompanhamento de saúde, lembrando as datas das demais consultas agendadas para a puérpera e para o RN.

Os passos a seguir compõem aqueles que são indispensáveis a esta consulta:

4.1 Anamnese

Na anamnese, deve-se considerar as condições do nascimento, que devem incluir o tipo de parto, local de parto, peso ao nascer, idade gestacional (IG), índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e os tratamentos realizados e os antecedentes familiares relevantes, ou seja, as condições de saúde dos pais

e dos irmãos, o número de gestações anteriores e o número de irmãos (BRASIL, 2012).

Vale destacar que algumas informações referentes ao parto, condições do nascimento, cadastro e agendamento da mãe e criança constam na caderneta de vacinação entregue às famílias, na maternidade, pela equipe do Programa Floresce uma Vida. Os casos de recém-nascidos em condições de vulnerabilidade, como exposição à sífilis, prematuridade, internação prolongada são comunicados às unidades de saúde pelo FUV, através de e-mail.

Ressalta-se ainda a importância do preenchimento do Marcador de Consumo Alimentar (SISVAN), disponível no Sistema HygiaWeb. Considere a frequência de preenchimento, de acordo com as orientações disponíveis na página 14 do Protocolo de Alimentação e Nutrição, disponível [aqui](#).

4.2 Exame Físico

As crianças recém-nascidas apresentam peculiaridades fisiológicas e anatômicas, que demandam um olhar diferente daquele empregado em todas as outras faixas etárias³. A seguir, estão apresentados os tópicos para o exame físico do RN na Atenção Básica:

ESTADO GERAL

- Postura normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados.
- Padrão respiratório: observar presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos.
- Estado de vigília do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro.
- Sinais de desidratação e/ou hipoglicemias: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia.

³ BRASIL, 2014

SINAIS VITAIS

- Frequência Respiratória: até 60mpm
- Frequência Cardíaca: 70-170 mpm
- Temperatura Axilar: 36,4°C e 37,5°C (não necessita aferição de rotina)

ANTROPOMETRIA

Peso ao nascer; comprimento e perímetro cefálico,

DESENVOLVIMENTO SOCIAL E PSICOAFETIVO

Relacionamento mãe/cuidador e familiares com o bebê: como reagem às suas manifestações e a interação com eles. Observar se estimulam para o desenvolvimento de acordo com a faixa etária (consulte o item 7.3 Marcos de Desenvolvimento)

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Reflexos primitivos:
sucção (1), preensão palmo-plantar (2) e reflexo de Moro (3).
Postura de flexão generalizada (tônus normal) e lateralização da cabeça.





4.3 Avaliações e Orientações

4.3.1 Identificar crianças em situações de risco ou vulnerabilidade:

Há fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento saudável do recém-nascido, por isso é importante que o mesmo seja avaliado sob aspectos físicos e sociais. Indicamos que seja realizada uma avaliação inicial na primeira consulta e que seja repetida em todas as consultas subsequentes até os 2 anos de idade.

No Capítulo 6 estão listados os critérios para Estratificação de risco, mas destaca-se para a primeira consulta a avaliação referente ao aleitamento materno ausente ou não exclusivo, gestação gemelar, malformação congênita, ausência de pré-natal, mais que três filhos morando juntos, problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança, não realização de vacinas, atraso no desenvolvimento e suspeita ou evidência de violência, como situações de vulnerabilidade que demandam atenção especial.

A gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de ruptura e conflitos entre os pais quando descoberta a gestação, ruptura de laços familiares e luto, mãe em sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, genitores com dificuldades para assumir a parentalidade, ou seja, tornar-se pai e tornar-se mãe, e problemas múltiplos, como drogadição, pobreza, condições crônicas também configuram situações de vulnerabilidade familiar, que podem impactar na saúde da criança⁴.

4.3.2 Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo

O momento da primeira consulta é propício para estimular o vínculo entre a criança e seus pais/família, esclarecer dúvidas e auxiliar no manejo da amamentação. Para mais informações, o documento “Protocolo e Diretrizes de Atendimento em Aleitamento Materno” da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto está disponível [aqui](#).

⁴ BRASIL, 2012;
BRASIL, 2018

4.3.3 Realização do “teste do pezinho”

O tempo oportuno para a coleta do teste do pezinho (triagem neonatal biológica) se dá entre o 3º e 5º dia de vida do RN. O momento da primeira consulta da criança é propício para a realização do exame, conforme rotina da unidade. O capítulo deste Protocolo, “Exames de Triagem Neonatal” traz uma abordagem mais detalhada a respeito do teste do pezinho.

4.3.4 Orientações para o calendário de imunizações

É importante checar se a criança recebeu a primeira dose da vacina contra hepatite B e encaminhar para a sala de vacina, conforme rotina da unidade, para a aplicação da BCG. Para mais informações, consulte o item Imunização deste protocolo.

4.3.5 Continuidade do acompanhamento de puericultura

Desde o primeiro atendimento, a família deve ser estimulada a comparecer a todas as consultas e ressaltar a importância do acompanhamento rotineiro de puericultura, para a saúde da criança.

4.3.6 Banho do recém nascido

O banho deve ser realizado após 24 horas do nascimento, exceto em situação de HIV materno. O banho de imersão é o mais indicado, pois promove menor perda de calor e maior conforto ao bebê. Deve durar de 5 a 10 minutos, com a temperatura da água entre 37°C e 37,5°C. A temperatura pode ser medida com um termômetro para banheiras ou pode-se colocar o antebraço do responsável na água e certificar se ela está morna. Pode ser diário, mas também podem ser realizados de 2 a 3 vezes por semana, desde que se higienize as pregas, cordão umbilical e área de fraldas, respeitando os hábitos culturais de cada família.

Manter o RN enrolado em uma fralda de pano durante a imersão na água, desenrolando-o lentamente para realizar a higiene, é uma opção agradável, que mantém a estabilidade térmica e reduz o possível estresse do momento. Devem ser utilizados produtos de limpeza suaves, destinados à pele do

bebê, que não alterem significativamente o pH fisiológico ácido da pele (entre 4,2 a 5,6). Logo após o banho, a pele deve ser gentilmente seca com uma toalha macia e limpa.

Os sabonetes líquidos infantis, especialmente os syndets (detergente sintético com pH mais ácido, para ser menos agressivo às peles delicadas), são os mais recomendados para uso na pele sensível do RN e lactentes, de forma a garantir a eficácia da barreira cutânea.

O xampu não é essencial para o couro cabeludo, é uma questão de preferência pessoal ou cultural. As unhas devem ser mantidas limpas e curtas, e o corte feito em linha reta.

4.3.7 Hidratante

Os hidratantes para pele de lactentes devem conter aditivos limitados (por exemplo, sem perfume e com bons conservantes).

Quando necessário, os hidratantes podem ser utilizados, mesmo no período neonatal, de preferência após o banho, diariamente ou pelo menos três vezes na semana. A aplicação deve ser cuidadosa, evitando o acúmulo do produto nas dobras, o que poderia dificultar a transpiração e levar à colonização bacteriana.

4.3.8 Higiene nasal

Deve-se lembrar que bebês menores de 1 ano são respiradores nasais exclusivos, portanto a obstrução nasal pode atrapalhar a amamentação e a respiração da criança. Recomenda-se o uso de SF0,9% para lavagem nasal de forma a prevenir essa intercorrência.

4.3.9 Coto umbilical

O cordão umbilical pode ser uma porta de entrada para bactérias, e a colonização bacteriana do cordão pode levar à onfalite, tromboflebite, celulite, fascíte necrosante e tétano. O coto mumifica entre o 3º e 4º dia e cai habitualmente entre o 6º e 15º dia de vida. A incidência de complicações vai depender das práticas pré-natais e perinatais, das diferenças culturais nos cuidados com o cordão umbilical e do local de parto. Estes diferentes contextos resultaram em distintas recomendações da SBP, para o cuidado com o coto umbilical.

Para bebês nascidos em ambiente hospitalar ou em locais de baixa mortalidade neonatal a recomendação é que o coto umbilical seja mantido apenas limpo e seco, visto que o risco se torna baixo nestes ambientes.

Para bebês nascidos em áreas de alta mortalidade neonatal, vivendo em ambientes com vulnerabilidade, sem saneamento básico adequado, acesso à produtos ou hábitos precários de higiene, é recomendado o uso tópico de álcool 70% no coto umbilical.

Diante das diversidades de território, cabe ao profissional responsável pela assistência avaliar o contexto, individualizando a orientação de usar ou não antisséptico no cuidado com o coto umbilical. Contudo é importante durante o atendimento de saúde realizar as seguintes orientações:

- Higiene adequada das mãos antes de manipular o RN;
- Manter o coto limpo e seco;
- Não deixar fraldas ou faixas abafando a área;
- Troca frequente de fraldas, mantendo-a dobrada abaixo do coto;
- Não usar pomadas, talcos, moedas, café ou qualquer produto sem orientação profissional;
- Em caso de indicação, realizar a limpeza do coto umbilical com cotonete embebido em álcool a 70% no sentido de dentro para fora, evitar que o álcool pingue ao redor da cicatriz umbilical ou outra região da pele;
- Observar área com hiperemia, odor, saída de secreção purulenta e mau cheiro pelo coto.

4.3.10 Banho de sol

Os RNs e lactentes possuem camada epidérmica mais fina e menor produção de melanina e, por isso, são mais suscetíveis aos danos da radiação ultravioleta à pele. Por estes motivos é contraindicado fazer banho de sol como medida terapêutica, mesmo para a icterícia fisiológica.

O sol foi a fonte original para a ideia da fototerapia, porém são necessárias várias horas de exposição ao sol para se conseguir uma efetiva redução da icterícia. A fototerapia,

usando luz de comprimentos de onda e doses específicas, é considerada uma intervenção segura e eficaz para reduzir a hiperbilirrubinemia.

A faixa azul é o comprimento de onda ideal para a fotoisomerização da molécula de bilirrubina. Embora a luz solar inclua a faixa efetiva de comprimento de onda da luz azul, ela também contém a faixa prejudicial de luz ultravioleta, que aumenta o risco de queimaduras solares e de malignidades na pele. A exposição solar é a principal fonte de vitamina D, porém a exposição intencional e desprotegida, com o objetivo de suplementar a vitamina, não é recomendada. A suplementação de vitamina D é recomendada no Brasil para todo RN a termo, desde a primeira semana de vida até os dois anos de idade.

Atualmente, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) orienta evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção. Entre seis meses e dois anos de vida, o uso de filtros solares físicos/minerais deve ser incentivado. A designação de filtro solar “mineral” vem descrita na embalagem do produto.⁵ Ainda há controvérsia a respeito da contraindicação do banho de sol e sua importância para a síntese de paratormônio e desenvolvimento do tecido ósseo. Em consulta ao Ministério da Saúde, orientou-se considerar o contexto de cada criança. Em razão da ausência de robustez de outras evidências científicas, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto adota as recomendações da SBP.

4.3.11 Icterícia neonatal

A icterícia constitui-se em um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia.

Hiperbilirrubinemia é definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,5 mg/dL ou de bilirrubina direta (BD) maior que 1,5 mg/dL, desde que esta represente mais que 10% do valor de bilirrubina total (BT).

⁵SPB, 2021

Na prática 98% dos RNs apresentam níveis séricos de BI acima de 1mg/dL durante a primeira semana de vida, o que, na maioria das vezes, reflete a adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina. É a chamada hiperbilirrubinemia fisiológica.

Por vezes, a hiperbilirrubinemia indireta decorre de um processo patológico, podendo-se alcançar concentrações elevadas de bilirrubinas lesivas ao cérebro, instalando-se o quadro de encefalopatia bilirrubínica. O termo *kernicterus* é reservado à forma crônica da doença, com sequelas clínicas permanentes resultantes da toxicidade da bilirrubina.

Classificação da hiperbilirrubinemia, de acordo com os níveis de bilirrubina:

- Significante: BT sérica >15 - 17 mg/dL (1 a 8% dos nascidos vivos)
- Grave: BT >25 mg/dL (um caso em 500 a 5.000 nascidos vivos).
- Extrema: BT >30 mg/dL (um caso em 15.000 nascidos vivos).

A hiperbilirrubinemia significante, presente na primeira semana de vida, é um problema comum em RN a termo e pré-termo tardio. Com frequência, está associada à oferta láctea inadequada, perda elevada de peso e desidratação.

4.3.12.1 Investigação etiológica

A hiperbilirrubinemia fisiológica caracteriza-se por nível de BT sérica que aumenta após o nascimento, atinge seu pico médio ao redor de 6 mg/dL no 3º dia de vida (com um valor máximo que não ultrapassa 12,9 mg/dL) e então declina em uma semana. Presença de icterícia antes de 24 horas de vida e valores de BT >12 mg/dL, independentemente da idade pós-natal, alerta para a investigação da causa.

Possíveis etiologias da hiperbilirrubinemia indireta neonatal⁶:

SOBRECARGA DE BILIRRUBINA AO HEPATÓCITO

Doenças hemolíticas:

- Hereditárias;
- Imunes: incompatibilidade Rh (antígeno D), ABO, antígenos irregulares (c, e, E, Kell, outros);
- Enzimáticas: deficiência de G-6-PD, piruvato-quinase, hexoquinase Membrana eritrocitária: esferocitose, eliptocitose Hemoglobinopatias: alfa-talassemia;
- Adquiridas: Infecções bacterianas (sepse, infecção urinária) ou virais.

Coleções sanguíneas extravasculares:

- Hemorragia intracraniana, pulmonar, gastrintestinal;
- Cefalo-hematoma, hematomas, equimoses.

Policitemia:

- RN pequeno para a idade gestacional;
- RN de mãe diabética;
- Transfusão feto fetal ou materno fetal.

Circulação entero-hepática aumentada de bilirrubina:

- Anomalias gastrintestinais: obstrução, estenose hipertrófica do piloro;
- Jejun oral ou baixa oferta enteral;
- Icterícia por oferta inadequada de leite materno.

DEFICIÊNCIA OU INIBIÇÃO DA CONJUNÇÃO DE BILIRRUBINA

- Hipotiroidismo congênito;
- Síndrome da icterícia pelo leite materno;
- Síndrome de Gilbert;
- Síndrome de Crigler Najjar tipos 1 e 2.

⁶Almeida; Nader; Draque (2010); Almeida (2008).

Exames laboratoriais para investigação da etiologia da hiperbilirrubinemia indireta neonatal

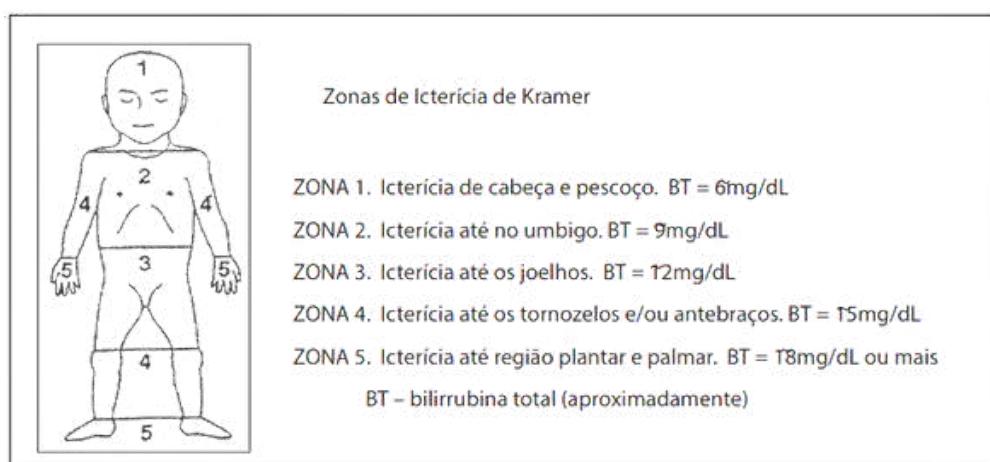
- Bilirrubina total e frações indireta e direta;
- Hemoglobina, hematócrito, morfologia de hemácias, reticulócitos e esferócitos;
- Tipagem sanguínea da mãe e RN – sistemas ABO e Rh (antígeno D);
- Coombs direto no sangue de cordão ou do RN;
- Pesquisa de anticorpos anti-D (Coombs indireto) se mãe Rh (D ou Du) negativo;
- Pesquisa de anticorpos maternos para antígenos irregulares (anti-c, anti-e, anti-E, anti-Kell, outros) se mãe multigesta/transfusão sanguínea anterior e RN com Coombs direto positivo;
- Dosagem sanguínea quantitativa de glicose-6-fosfato desidrogenase;
- Dosagem sanguínea de hormônio tireoidiano e TSH (teste do pezinho).

4.3.12.2 Avaliação clínica

A icterícia por hiperbilirrubinemia indireta apresenta progressão cefalocaudal. Em RNs a termo saudáveis, a constatação de icterícia somente na face (zona 1) está associada a valores de BI que variam de 4 a 8 mg/dL; e a presença de icterícia desde a cabeça até a cicatriz umbilical (zona 2) corresponde a valores desde 5 até 12 mg/dL. Já os RNs a termo com icterícia até os joelhos e cotovelos (zona 3) podem apresentar BI superior a 15 mg/dL. A ampla variabilidade de valores encontrada em cada zona demonstra que não existe boa concordância entre avaliação clínica da icterícia e nível de bilirrubina.

icterícia por médicos e/ou enfermeiros e valores de BI sérica.

A visualização da icterícia depende, além da experiência do profissional, da pigmentação da pele do RN e da luminosidade, sendo subestimada em peles mais pigmentadas e em ambientes muito claros, e prejudicada em locais com pouca luz. Apenas a estimativa clínica não é suficiente para avaliar os RNs com BI >12 mg/dL. Nesses neonatos recomenda-se a dosagem rotineira da bilirrubina sérica, conforme quadro⁷ para avaliação de icterícia, de acordo com zona de Kramer.



⁷ Manual AIDPI Neonatal. Ministério da Saúde, 2014

4.3.12.3 Fatores de risco para desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significante em RN >35 semanas de idade gestacional

- Icterícia nas primeiras 24 horas de vida;
- Doença hemolítica por Rh (antígeno D – Mãe negativo e RN positivo), ABO (mãe O ou RN A ou B), antígenos irregulares (c, e, E, Kell, outros);
- Idade gestacional de 35 ou 36 semanas (independentemente do peso ao nascer);
- Dificuldade no aleitamento materno exclusivo ou perda de peso >7% em relação ao peso de nascimento;

- Dificuldade no aleitamento materno exclusivo ou perda de peso >7% em relação ao peso de nascimento;
- Irmão com icterícia neonatal tratado com fototerapia
Descendência asiática;
- Presença de cefalo-hematoma ou equimoses;
- Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase;
- BT (sérica ou transcutânea) na zona de alto risco (>percentil 95) ou intermediária superior (percentis 75 a 95) antes da alta hospitalar.

4.3.12.4 Fatores de risco para desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significante em RN >35 semanas de idade gestacional

IDADE	BILIRRUBINA TOTAL (MG/DL)			
	FOTOTERAPIA		EXSANGUINEOTRANSFUSÃO	
	35-37 SEMANAS	≥ 38 SEMANAS	35-37 SEMANAS	≥38 SEMANAS
24 HORAS	8	10	15	18
36 HORAS	9,5	11,5	16	20
48 HORAS	11	13	17	21
72 HORAS	13	15	18	22
96 HORAS	14	16	20	23
5 a 7 DIAS	15	17	21	24

- Diminuir em 2 mg/dl o nível se doença hemolítica, deficiência de G-6-PG , asfixia, letargia, instabilidade térmica, sepse, acidose ou albuminemia < 3g/dL;

- Iniciar fototerapia de alta intensidade se BT > 17-19 mg/dL e colher BT após 4-6 horas, BT entre 20-25 mg/dL colher em 3-4 horas, BT > 25mg/dL colher em 2-3 horas, enquanto prepara material para EST.
- Se indicado EST, enquanto ocorre o prepraro, colocar rn em fototerapia de alta intensidade, repetir BT em 2-3 horas e reavaliar indicação EST
- EST deve ser imediatamente realizada se sinais de encefalopatia bilirrubínica ou se BT acima dos níveis referidos.
- Fototerapia deve ser suspensa, quando BT < 8-10 mg/dl e reavaliada após 12-24 h após suspensão para avaliar rebote .

4.3.12.5 Hiperbilirrubinemia indireta em RN com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas

A hiperbilirrubinemia indireta é encontrada praticamente em todos os RNs pré-termo abaixo de 35 semanas, sendo a icterícia na primeira semana de vida mais intensa e tardia do que a do RN a termo, com concentrações de BT entre 10 e 12 mg/dL no quinto dia.

4.3.12.6 Valores de BT (mg/dL) para indicação de fototerapia e exsanguineotransfusão (EST) em RN< 34 semanas de idade gestacional

PESO AO NASCER	BILIRRUBINA TOTAL (MG/DL)	
	FOTOTERAPIA	EXSANGUINEOTRANSFUSÃO
1000-1500g	6-8	11-13
1501-2000g	8-10	13-15
2001-2500g	10-12	15-17

4.3.12.7 Prognóstico

A consequência mais temida da hiperbilirrubinemia é a encefalopatia bilirrubínica. A fase aguda da doença ocorre nos primeiros dias e perdura por semanas, com letargia, hipotonia e sucção débil. Quando hiperbilirrubinemia não é tratada aparece hipertonia com hipertermia e choro agudo de alta intensidade. A hipertonia manifesta-se com retroarqueamento do pescoço e do tronco, progredindo para apneia, coma, convulsões e morte.

A encefalopatia bilirrubínica na fase aguda em RN a termo pode, ocasionalmente, ser reversível, desde que haja intervenção terapêutica imediata e agressiva.

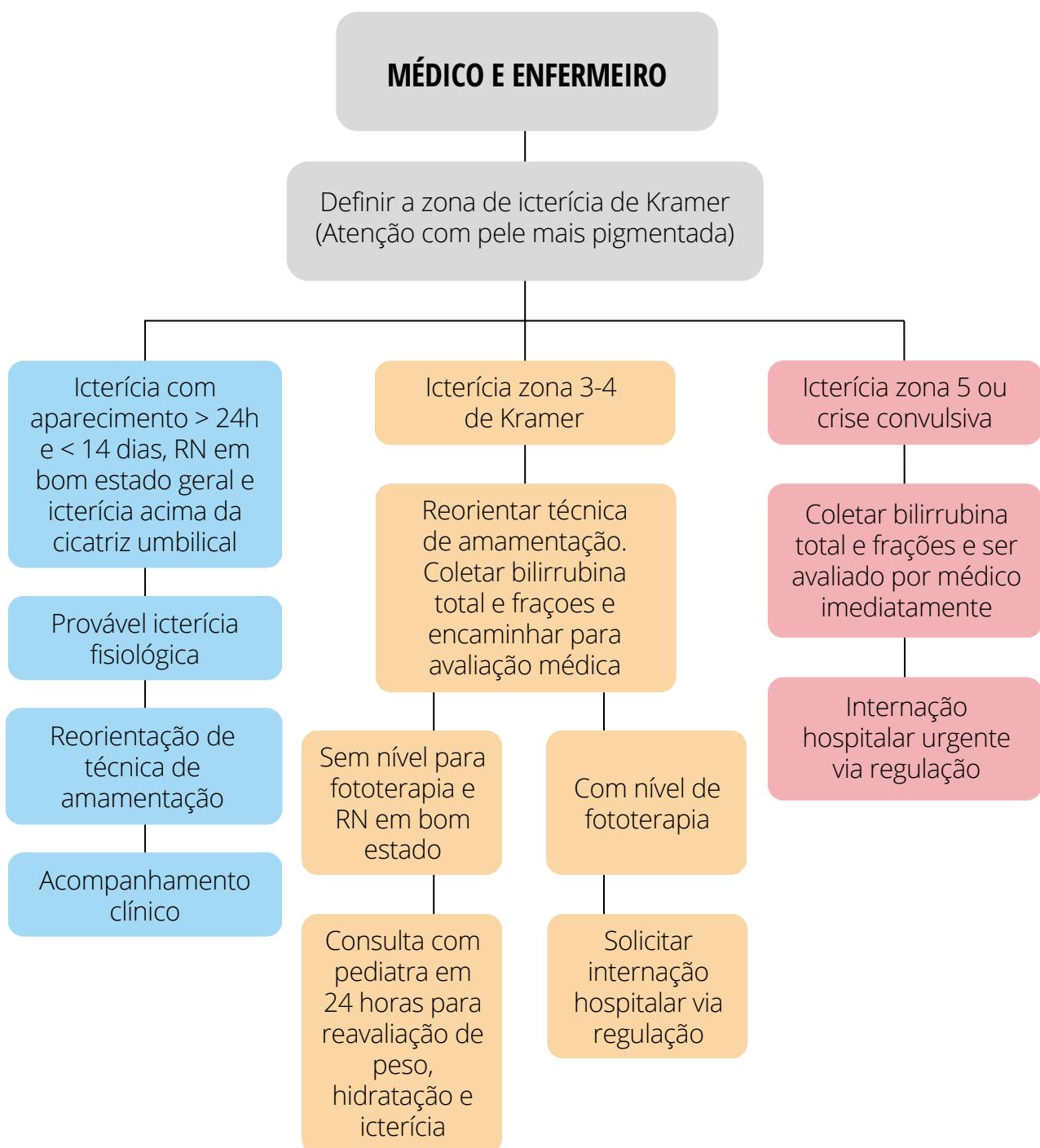
As crianças sobreviventes apresentam a forma crônica da doença, com a tétrade paralisia cerebral atetóide grave, neuropatia auditiva, paresia vertical do olhar e displasia dentária, e, ocasionalmente, deficiência mental. Nesses RNs, a ressonância magnética cerebral evidencia sinais bilaterais e simétricos de alta intensidade no globo pálido. A identificação da perda auditiva deve ser realizada precoce e seriadamente com o potencial evocado auditivo de tronco cerebral (BERA).

4.3.12.8 Fluxograma para atendimento do recém-nascido ictérico na Atenção Primária à Saúde

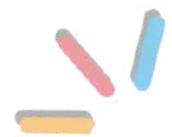
Para seguimento do Fluxograma deve-se:

- Coletar história completa com antecedente obstétrico e condições de nascimento;
- APGAR;
- Peso nascimento;
- Tipagem sanguínea da mãe, do RN, coombs direto e indireto;
- Peso da alta, peso atual (calcular % perda ponderal);
- Perguntar sobre dificuldade na amamentação;
- Lesões em mamas;
- Irmãos com necessidade de fototerapia.

Fluxograma para atendimento do recém-nascido icterico na Atenção Primária à Saúde



Resultado com colestase neonatal (aumento de bilirrubina direta acima de 20% da bilirrubina total), vômitos persistentes, queda de estado geral, irritabilidade, perda de peso acima de 14% devem ser avaliados pelo médico para investigação e avaliação de necessidade de internação hospitalar.



exames de triagem neonatal



5

Programa Municipal de Triagem Neonatal

O Programa Municipal de Triagem Neonatal (PMTN) tem como objetivo assegurar o acesso adequado dos recém-nascidos às triagens neonatais, ou seja, a realização de exames para detecção, logo no início da vida, de doenças que podem trazer graves complicações ao desenvolvimento das crianças se não tratadas oportunamente. A triagem neonatal inclui o teste do pezinho (triagem neonatal biológica), o teste da orelhinha (triagem auditiva), teste do olhinho (teste do reflexo vermelho), o teste do coraçãozinho (triagem neonatal para cardiopatia congênita) e o teste da linguinha (teste que avalia a presença de anquiloglossia).

5.1 Teste Do Reflexo Vermelho - “Teste Do Olhinho”

É um teste simples, rápido e indolor, que consiste na identificação de um reflexo vermelho que aparece quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê. O Teste do Olhinho pode detectar qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma congênito e outros problemas. O diagnóstico precoce pode possibilitar o tratamento no tempo certo e garantir o desenvolvimento normal da visão. A recomendação é que o Teste do Olhinho seja feito pelo médico logo que o bebê nasce. Se isso não acontecer, o teste deve ser feito logo na primeira semana de vida do bebê, na consulta de acompanhamento médico. Diante de um exame alterado, o médico deverá encaminhar ao oftalmologista.

Fonte: Cartaz da saúde
ocular no berçário -
Prefeitura Municipal de São
Paulo - Secretaria da Saúde



Como encaminhar o paciente com Teste do Olhinho Alterado

Registro do Atendimento

Profissional: _____ Especialidade: PEDIATRIA

Anamnese: # DESCRIÇÃO DA HISTÓRIA COM DADOS MATERNOS, DADOS DO PARTO, DADOS DA ALTA DA MATERNIDADE, DESCREVER SE EM ALIMENTAÇÃO MATERNO EXCLUSIVO OU COMPLEMENTAR, I.S.D.A. E POSSÍVEIS QUEIXAS MATERNAIS.

Exame Clínico: # DESCREVER O EF COMPLETO #
EXAME REFLEXO VERMELHO ALTERADO - LEUCOCORIA A DIREITA

CID: Q12.0 Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas:Malformações congénitas do crânio e/ou face

OK

Ficha de especialidade: <Não Informado>

Resolução: ENCAMINHAR PARA ESPECIALIDADE

Inscriver o paciente na Linha de Cuidado: <Não Informado>

Código do motivo de inscrição: <Não Informado>

Motivo: _____

Salvar e Continuar **Salvar e Retornar**

● Informe a especialidade, o laudo e a prioridade. Os demais campos são opcionais

Encaminhado por: SORAYA LIEMI FUKAMICHI
Encaminhado para: SORAYA LIEMI FUKAMICHI

Especialidade: OFTALMO CATARATA
Tipo de Atendimento: RET PUERICULTUR - RP

Linha de Cuidado: <Lista Vazia>

CID: Q12 Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas:Malformações congénitas do crânio e/ou face

Laudo: DESCREVER A HISTÓRIA, ALTERAÇÃO ENCONTRADA E A JUSTIFICATIVA PARA ENCAMINHAMENTO.

Prioridade: ROTINA

Cancelar **Salvar**

5.2 Teste para cardiopatia congênita crítica - "Teste do Coraçãozinho"

A cardiopatia congênita é a malformação congênita mais comum e ocorre em 1% dos recém-nascidos vivos e correspondem a cerca de 10% dos óbitos infantis e a mortalidade aumenta em 30% se a doença não é diagnosticada ao nascimento. Nesse sentido, a aferição da oximetria de pulso de forma rotineira em recém-nascidos aparentemente saudáveis com idade gestacional maior do que 34 semanas tem se mostrado um instrumento de rastreamen-

to de elevada especificidade (99%) e moderada sensibilidade (75%) para detecção precoce das cardiopatias.

São consideradas cardiopatias congênitas críticas aquelas com necessidade de tratamento cirúrgico ou de cateterismo no primeiro ano de vida. Essas malformações correspondem a 25% dos casos de cardiopatia congênita. Cardiopatias congênitas críticas (CCC) incluem aquelas cianogênicas e “canal-dependentes” bem como algumas menos graves que não são dependentes de canal arterial. O canal arterial, ponto de comunicação entre a circulação pulmonar e sistêmica durante o período fetal, fecha funcionalmente na grande maioria dos recém-nascidos nas primeiras 72 horas de vida.

As principais cardiopatias incluídas no grupo das CCC são: hipoplasia de ventrículo esquerdo, atresia pulmonar com septo interventricular íntegro, tetralogia de Fallot, drenagem anômala total de veias pulmonares, transposição das grandes artérias, atresia tricúspide, truncus arteriosus, coarctação de aorta, dupla via de saída de ventrículo direito, anomalia de Ebstein, interrupção de arco aórtico e ventrículo único.

É importante citar, entretanto, que existem cardiopatias graves, que podem necessitar intervenção precoce e que não são rastreadas facilmente pelo teste do coraçãozinho, sendo o principal exemplo a coarctação de aorta.

Atendendo à Portaria SCTIE/MS nº 20, de 10 de junho de 2014, a nota técnica do MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS sistematizou e padronizou o teste de triagem neonatal para Cardiopatia Congênita Crítica (Teste do coraçãozinho) em recém-nascidos (RN) na Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

O Teste do Coraçãozinho consiste em medir a oxigenação do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro de pulso no membro superior direito e membro inferior do bebê entre 24 e 48h de vida. Caso algum problema seja detectado, a criança deverá ser encaminhada para avaliação clínica especializada cardiológica, bem como para realização de exames mais específicos (ecocardiograma) visando ao diag-

nóstico definitivo.

O teste pode ser realizado em recém-nascidos que nasceram fora do ambiente hospitalar, utilizando-se um oxímetro portátil com sensor neonatal adequado e deverá ser interpretado da mesma maneira dos exames realizados intrahospitalar. Conforme NOTA TÉCNICA Nº 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS do Ministério da Saúde.

5.3 Teste auditivo - "Teste da Orelhinha"

O teste é feito, preferencialmente, entre 24h e 48h de vida do bebê e identifica possíveis problemas auditivos no recém-nascido.

Desde 2010 é determinado por lei que nenhuma criança saia da maternidade sem ter feito o teste, que é gratuito. As crianças nascidas fora do ambiente hospitalar devem fazê-lo antes de completarem 3 meses de vida. O Teste da Orelhinha é realizado com o bebê dormindo, em sono natural, é indolor e não machuca, não precisa de picadas ou sangue do bebê, não tem contraindicações e dura em torno de 10 minutos.

O teste deve ser feito nas maternidades. Se não for realizado na maternidade, a criança deverá ser encaminhada para a Unidade Básica de Saúde e, posteriormente, encaminhada à atenção especializada em saúde auditiva para a realização do diagnóstico, exames, concessão do aparelho auditivo, reabilitação e acompanhamento.

Como encaminhar o recém nascido para o teste da orelhinha:

Caso o paciente não tenha realizado na maternidade e não esteja agendado, situações raras, pois pelo fluxograma habitual, todos os recém nascidos já realizam na maternidade e /ou já saem com o agendamento realizado.

Profissional: Anamnese Especialidade: PEDIATRIA

Exame Clínico

CID: Z13 Fatores que influenciam o estado de saúde: Exame especial de rastreamento ("screening"); de outros transtornos e doenças Confirmado?

CIAP (Avaleação)

Preencher anamnese e exame físico no sistema HygiaWeb

Procedimento: CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA

Orientações Gerais

Ficha de especialidade: <Não Informado>
 Resolução: ENCAMINHAR PARA ESPECIALIDADE
 Inserir o paciente na Linha de Cuidado: <Não Informado>
 Código do motivo de inscrição: <Não Informado>
 Motivo:

Preencher o CID referente

Descrever condutas e orientações

Na resolução coloque ENCAMINHAR PARA ESPECIALIDADE

Encaminhamento

Encaminhado para:
 Especialidade: AUDIOLOGIA
 Tipo de Atendimento: CASO NOVO - CN
 Linha de Cuidado: <Lista Vazia>
 CID: Z01.1 Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde: Outros e: RN COM HISTÓRIA DE FALHA EM TESTE DA ORELHINHA BILATERALMENTE EM MATERNIDADE.
 Laudo:
 Prioridade:

Escolher AUDIOLOGIA

Inserir CID

Colocar história e indicação

Preencher prioridade e salvar

5.4 Teste da linguinha

Anquiloglossia é uma anomalia congênita que ocorre quando uma pequena porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento, permanece na face ventral da língua. Dessa forma, a anquiloglossia caracteriza-se por um frênuco lingual anormalmente curto e espesso ou delgado, que pode restringir em diferentes graus os movimentos da língua. A espessura, elasticidade e o local de fixação do frênuco na língua e no assoalho da boca podem variar amplamente na anquiloglossia. Assim, ela pode ser classificada em leve ou parcial (condições mais comuns) e grave ou completa, uma condição rara em que a língua está fundida com o assoalho da boca.

Foi criado um fluxo baseado na NOTA TÉCNICA Nº 35/2018 do Ministério da Saúde que tem a finalidade de atender à Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014 para orientar os profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, bem como estabelecer o fluxo de atendimento dessa população na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista sua potencial interferência sobre a amamentação.

A equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista) da Unidade de Saúde deverá realizar a avaliação da mamada e identificar se existe dificuldade na amamentação associada à anquiloglossia. Recomenda-se a utilização do Protocolo Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool), o qual foi desenvolvido com base em prática clínica e com referência à Ferramenta de Avaliação da Função do Frênuco Lingual (ATLFF) de Hazelbaker. Os elementos do BTAT são:

- Aparência da ponta da língua;
- Fixação do frênuco na margem gengival inferior;
- Elevação da língua e
- Projeção da língua.

As pontuações obtidas para os quatro itens são somadas e podem variar de 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua, como demonstrado a seguir:

Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)*

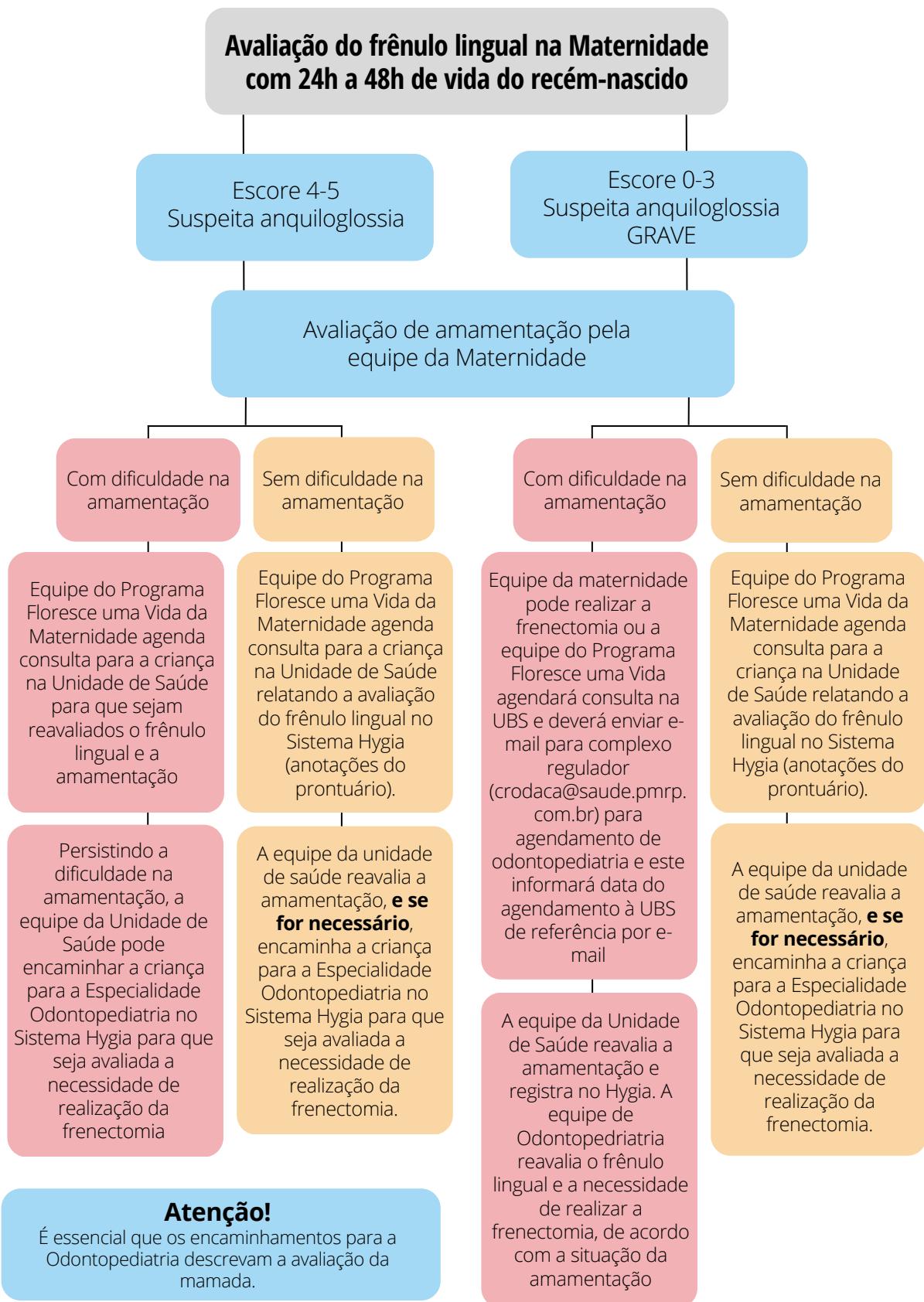
Aspectos avaliados	0	1	2	Escore
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?				
ONDE O FRÉNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ASSOALHO?				
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)?				
PROJEÇÃO DA LÍNGUA				

* tradução do inglês para o português autorizada pela equipe de Bristol. Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond.

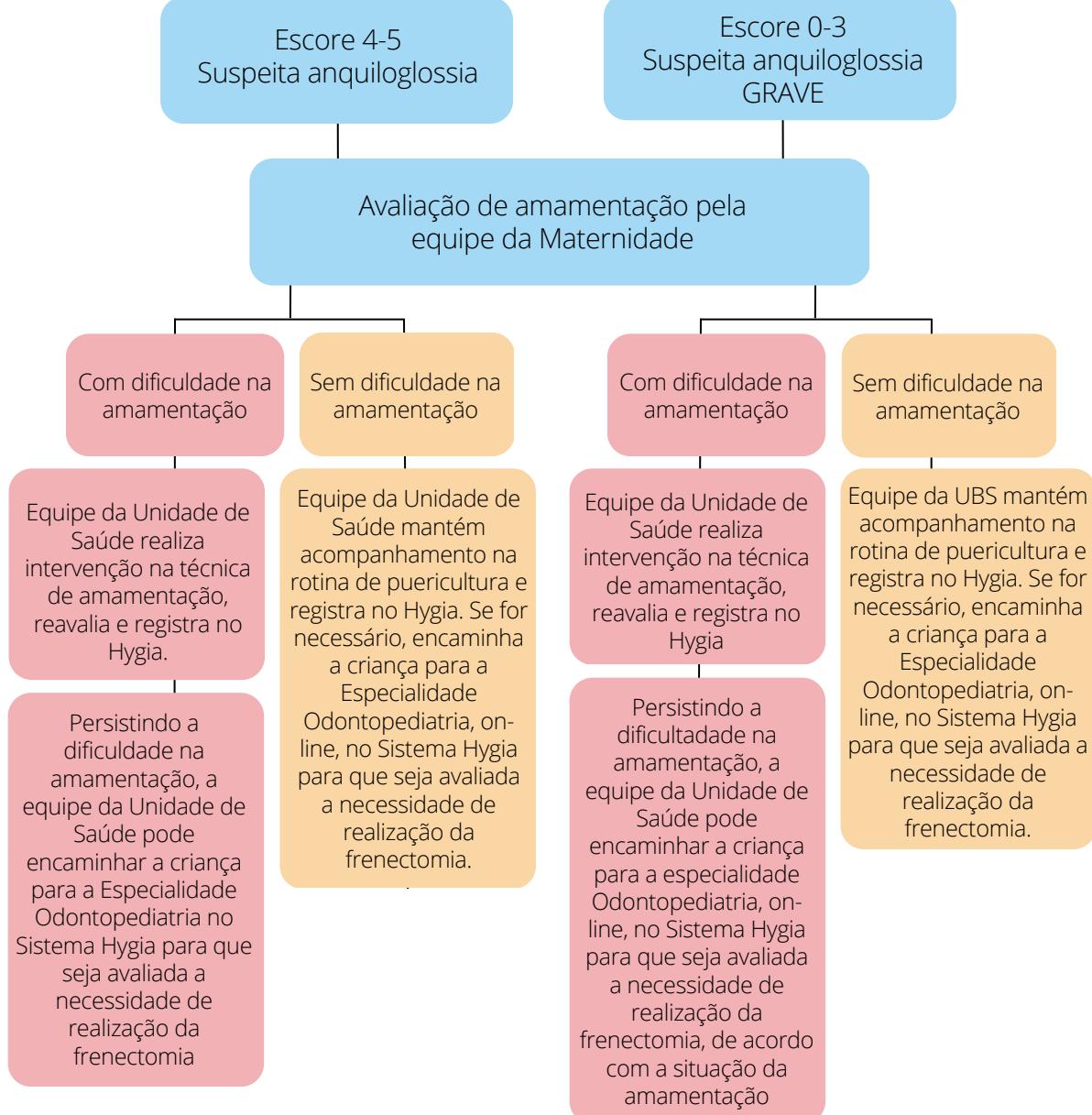
Fonte: BRASIL, 2018.

Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
- Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno - Nota Técnica nº 35/2018

Fluxograma de atendimento para os casos de anquiloglossia



Avaliação do frenúlo lingual na Unidade de Saúde de RNs provenientes de maternidades particulares ou de outros municípios



Avaliação do frenúlo lingual na Unidade de Saúde de crianças não amamentadas

Em crianças não amamentadas, com dificuldade na alimentação ou na fala, avaliadas na UBS pela enfermagem, pediatra, MSF ou dentista, deverão ser encaminhadas para a especialidade Odontopediatria, on-line, no Sistema Hygia para que seja reavaliada a necessidade de realização da frenectomia.

Como encaminhar para Odontopediatria

Professional: [REDACTED] Especialidade: PEDIATRIA

Anamnese:

Exame Clínico:

CID: Q38.1 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; Outras malformações congênitas [OK] Confirmado? [OK]

CIAP (Avaliação):

<input type="checkbox"/> Prê-Natal	<input type="checkbox"/> Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Puéricultura	<input type="checkbox"/> Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Usuário de álcool
<input type="checkbox"/> Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> Saúde Mental	<input type="checkbox"/> Reabilitação	
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Doenças transmissíveis	<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> DST
	<input type="checkbox"/> Hanseníase		
Rastreamento	<input type="checkbox"/> Câncer da Mama	<input type="checkbox"/> Câncer do Colo do Útero	<input type="checkbox"/> Risco cardiovascular

Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA

Conduita: ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO DE ODONTOPEDIATRA

Orientações Gerais:

Ficha de especialidade: <Não Informado>

Resolução: ENCAMINHAR PARA ESPECIALIDADE

Inscriver o paciente na Linha de Cuidado: SAÚDE BUCAL

Código do motivo de inscrição: <Não Informado>

Motivo: [REDACTED]

Salvar e Continuar Salvar e Retornar

Preencher anamnese e exame físico no sistema HygiaWeb

Preencher o CID referente

Preencher a resolução como "ENCAMINHAR PARA ESPECIALIDADE"

Salvar e continuar

Encaminhamento

Encaminhado para:

Especialidade: ODONTO PEDIATRIA

Tipo de Atendimento: CASO NOVO - CN

Linha de Cuidado: <Lista Vazia>

CID: Q38.1 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas;Outras malformações c [OK]

Laudo: [REDACTED]

Prioridade: <Não Informado>

Cancelar Salvar

Odontopediatria

Preencher CID

Preencher história e indicação

Preencher prioridade e salvar

5.5 Exame De Triagem Neonatal Biológica (Teste Do Pezinho)

A Secretaria Municipal de Saúde adota as diretrizes do Programa Nacional de Triagem Neonatal Biológica (PNTN), que tem como objetivo de promover as ações de Triagem Neonatal no âmbito do SUS, visando o acesso universal, integral e equânime, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das pessoas com as doenças incluídas no Programa.

A triagem biológica neonatal, ou “teste do pezinho” busca identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno para intervenção adequada, de modo a garantir o tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas com as doenças investigadas nesta triagem.

O teste do pezinho é realizado através da coleta de amostra de sangue capilar, obtida por meio de punção com lanceta apropriada, da pele na região calcânea do recém-nascido. A amostra de sangue é depositada em papel-filtro, fornecido pelo Laboratório de Screening do Hospital das Clínicas Criança da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

O período oportuno para a coleta desta amostra é entre o 3º ao 5º dia de vida do RN. Neste período, a criança já pôde ingerir quantidade adequada de proteínas, o que confere maior segurança para analisar o metabolismo da fenilalanina. O período também permite a dosagem adequada de hormônio estimulante da tireoide (TSH), para detecção de hipotiroidismo congênito⁸. **Em caráter de exceção**, ou seja, para que não se perca o tempo oportuno para a realização do teste em decorrência de finais de semana e feriados prolongados, é possível realizar a coleta da amostra, **após as 48 horas de vida do RN, mas nunca antes**.

Durante a coleta do pezinho, é preferível que o RN seja amamentado no seio materno, visto que esta medida pode a-

BRASIL, 2012;
BRASIL, 2015

menizar o desconforto causado pelo procedimento⁹.

Deve-se principal atenção para a coleta do teste do pezinho em casos de crianças prematuras ou com internação prolongada ao nascimento. É importante questionar se a coleta foi realizada na maternidade. Se não foi, encaminhar para a coleta na unidade de saúde, imediatamente, aguardar o retorno do resultado e anotar no prontuário e na caderneta da criança. Ressalta-se que a prematuridade, o uso de corticoide pela mãe menos de 15 dias antes do parto e a transfusão sanguínea demandam coletas extras. As orientações para o tempo destas coletas estão apresentadas no quadro abaixo.

Na rede municipal de saúde, todas as amostras devem ser encaminhadas para o Laboratório de *Screening* do Hospital das Clínicas da FMRP-USP no 1º dia útil após a coleta.

Os resultados alterados e a confirmação diagnóstica, bem como o seguimento ambulatorial das crianças afetadas pelas doenças triadas acontece nos Ambulatórios de Especialidades do Hospital das Clínicas Criança da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

⁹ BRASIL, 2015

Recomendações para coleta de amostra do teste de triagem metabólica neonatal - HCFMRP

RN PREMATURO	COLETA	EXAMES
Peso > 1.500g e/ou idade gestacional > 32 semanas até 36 semanas e 6 dias	1ª amostra: 3º dia de vida	PKU, TSH, Hb, IRT, HAC, DBT
	2ª amostra: 16º dia de vida	TSH, HAC
	3ª amostra: 28º dia de vida	TSH
Peso < 1.500g e idade gestacional < 32 semanas até 36 semanas e 6 dias	1ª amostra: 3º dia de vida	PKU, TSH, Hb, IRT, HAC, DBT
	2ª amostra: 16º dia de vida	TSH, HAC
	3ª amostra: 28º dia de vida	TSH

USO DE CORTICÓIDE PELA MÃE (< 15 DIAS ANTES DO PARTO)

RN a termo e peso >1.500g	1ª amostra: 3º dia de vida 2ª amostra: 16º dia de vida	PKU, TSH, Hb, IRT, HAC, DBT HAC
RN prematuro ou peso <1.500g	Seguir orientações para crianças prematuras	

TRANSFUSÃO SANGUÍNEA / SEMPRE COLETAR EXAME ANTES DA TRANSFUSÃO

Se coletada 1ª amostra antes da transfusão e após 48 horas de vida do RN	1ª amostra	PKU, TSH, Hb, IRT, HAC, DBT
Se RN prematuro ou peso <1.500g, seguir orientações para prematuro		
Se coletada 1ª amostra antes da transfusão e antes de 48 horas de vida do RN	1ª amostra 2ª amostra: 5 dias após transfusão	PKU, TSH, Hb, IRT, HAC, DBT PKU, TSH, Hb, IRT, HAC, DBT
	Se RN prematuro ou peso <1.500g, seguir orientações para prematuro	
Se não for coletada 1ª amostra antes da transfusão	1ª amostra: 05 dias após transfusão	PKU, TSH, IRT, HAC, DBT
	Criança será convocada para coleta de eletroforese de HB com 120 dias de vida	
	Se RN prematuro ou peso <1.500g, seguir orientações para prematuro	

acompanhamento de puericultura

6



6.1 Estratificação de Risco da Criança

Há fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento saudável do recém-nascido, por isso é importante que o mesmo seja avaliado com estratificação de risco (baixo, médio e alto). Indicamos que a avaliação inicial com estratificação de risco ocorra na primeira consulta de caso novo de puericultura com enfermeiro e seja repetida em todas as consultas subsequentes até os 2 anos de idade.

Os recém-nascidos que já chegaram à unidade de saúde para a primeira consulta e estiverem agendados no serviço de estimulação precoce do NADEF, a avaliação com estratificação de risco será considerada conforme critério individual de médio ou alto risco.

O conhecimento do risco da criança proporcionará ao profissional a tomada de decisão quanto à necessidade de maior frequência de consultas e atendimento compartilhado com outros serviços da rede como Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência de Especialidades - CRE, Núcleo de Atenção ao Deficiente - NADEF.

Critérios para estratificação de risco

BAIXO

- APGAR > 7 no 5º minuto;
- Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g;
- Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas.
- Triagem neonatal com resultado normal;
- Vacinação em dia;
- Adequado crescimento;
- Adequado desenvolvimento.

MÉDIO RISCO

- Baixo peso 2.000 a 2.500g;
- Prematuridade tardia: 35-36 semanas.
- Criança sem realização de triagem neonatal;
- Desmame antes do 6º mês de vida;
- Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou declínio e/ou ca-

-
- ências nutricionais;
 - Sobre peso;
 - Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado;
 - Cárie precoce;

Fatores sociofamiliares:

- Mãe adolescente (menor que 18 anos);
- Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo;
- Mãe sem suporte familiar;
- Chefe da família sem fonte de renda;
- Mãe com menos de 4 consultas pré-natal;
- Mãe com antecedente de um filho nascido morto;
- Mãe com história de exantema durante a gestação;
- Óbito de irmão menor que 5 anos;
- Gravidez e ou criança manifestada indesejada;
- Mãe com depressão pós-parto;
- Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica;
- Pais com dependência de álcool e outras drogas;
- Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;
- Indícios de violência doméstica;
- Recém-nascidos ou crianças abrigadas ou acolhidas.

ALTO RISCO

- Peso ao nascer (\leq 2.000g) e $>$ 4.000 Kg;
- Asfixia perinatal e/ou Apgar \leq 6 no 5º minuto;
- Prematuridade \leq 34 semanas;
- RN com perímetrocefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: dependendo da sua etiologia esta pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento;
- Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão;
- Infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;

-
- Malformações congênitas (doença genética, cromossomopatias) e doenças metabólicas com repercussão clínica;
 - Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal.
 - Três ou mais internações nos últimos 12 meses;
 - Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária;
 - Sinais evidentes de violência;
 - Desnutrição grave;
 - Obesidade;
 - Intercorrências repetidas com repercussão clínica.

A equipe de APS, no âmbito da saúde da criança, pode organizar o processo de trabalho com a oferta de uma atenção equânime e integral que depende da estratificação de risco e da presença de vulnerabilidade.

6.2 Calendário de Puericultura

A consulta de puericultura de rotina para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança poderá ser intercalada entre médico e enfermeiro. Recomenda-se que as equipes das unidades de saúde da família (USF) e unidades básicas de saúde (UBS) possam organizar o processo de trabalho de forma a garantir que as consultas intercaladas possam ser realizadas conforme a necessidade de cada área, com o objetivo de garantir uma atenção equânime e integral. Independente da adesão às consultas intercaladas, todas as unidades devem agendar as consultas de puericultura com frequência mínima recomendada pela SMS/RP:

- De 1 a 6 meses de idade: consultas mensais.
- De 6 até 12 meses: consultas a cada 2 meses.
- De 12 a 24 meses: consultas a cada 4 meses.
- De 2 a 5 anos: consultas a cada 6 meses.
- De 5 a 10 anos: consultas a cada 6 meses.
- Adolescentes (10 a 16 anos incompletos): durante a fase de puberdade as consultas devem ser semestrais e de-

pois anuais.

**Frequência de consultas de puericultura intercaladas entre
médico (M) e enfermeiro (E)**

5° DIA	15° DIA	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
E	M	E	M	E	M	E	M
7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	12º MÊS	16º MÊS	20º MÊS	24º MÊS
E	M	E	M	E	M	E	M



consultas subsequentes de puericultura

(crianças de 0 a 10 anos)

7



Embora os cuidados com a criança devam ser individualizados, as recomendações a seguir são comuns a todos os recém-nascidos e suas famílias¹⁰.

7.1 Anamnese

Durante anamnese o profissional deve anotar identificação tanto do paciente quanto do acompanhante da criança na consulta, história familiar e social, antecedentes obstétricos, condições de nascimento, queixas, diário alimentar, hábitos evacuatorios e urinários, descrição de sono, anotar se queixas de desenvolvimento ou relacionamento familiar ou escolar e descrever a condição vacinal.

7.2 Exame físico

O profissional deve realizar exame clínico/físico completo, considerar o crescimento e desenvolvimento da criança, embasado no Gráfico de Crescimento e nos Marcos de Desenvolvimento (descritos a seguir, neste capítulo) e observar se criança apresenta sinais de alerta: recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, bradicardia, taquipnéia, letargia ou inconsciência, atividade reduzida, febre, hipotermia, cianose ou palidez importante, icterícia, gemidos, fontanelas abauladas, secreção purulenta do ouvido, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta, pústulas na pele, irritabilidade ou dor à manipulação e identificar os reflexos principais.

Durante as consultas de puericultura, o profissional deverá realizar as devidas orientações com planos de cuidado e orientar prevenção de acidentes.

¹⁰BRASIL, 2015;
BRASIL, 2021

7.2.1 Sinais Vitais da Criança

A seguir, estão apresentados os valores de referência para os Sinais Vitais em pediatria, de acordo com a idade.

FREQUÊNCIA CARDÍACA NORMAL	
IDADE	VARIAÇÃO
Recém nascido a 1 ano	De 100 a 160
De 1 a 3 anos	De 95 a 150
De 4 a 5 anos	De 80 a 140
De 6 a 12 anos	De 70 a 120
De 13 a 18 anos	De 60 a 100

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA NORMAL	
IDADE	VARIAÇÃO
Recém nascido a 1 ano	De 30 a 60
De 1 a 3 anos	De 24 a 40
De 4 a 5 anos	De 22 a 34
De 6 a 12 anos	De 18 a 30
De 13 a 18 anos	De 12 a 16

Fonte: PALS, 2018.

7.2.2 Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento

A avaliação do crescimento e desenvolvimento são atividades fundamentais para a puericultura e direcionam a conduta a ser adotada.

Em cada consulta, deve-se realizar a coleta dos dados antropométricos da criança: medir comprimento, peso e perímetro céfálico, sendo que este último deve ser medido até 2 anos. Tais dados antropométricos devem ser colocados em curvas de referência de acordo com a idade e sexo. Para fins de lançamento dos dados antropométricos de crianças prematuras nas curvas da

Caderneta de Saúde da Criança é recomendável utilizar a idade corrigida do RN pré-termo. Para colocação dos dados nas curvas, considera-se o “nascimento” quando a criança atinge 40 semanas de idade pós-concepcional, após o 2º ano de vida, essa correção não é mais necessária.

Evolução e crescimento do Perímetro Cefálico esperado

1º E 2º MÊS DE VIDA	3º E 4º MÊS DE VIDA	3º E 4º MÊS DE VIDA	3º E 4º MÊS DE VIDA
2cm por mês	1,5cm por mês	0,5cm por mês	0,3cm por mês

Evolução e crescimento

1º SEMESTRE DE VIDA	2º SEMESTRE DE VIDA	1º ANO DE VIDA
15cm	10cm	25cm/ano
2º ANO DE VIDA	3º E 4º ANOS DE VIDA	ATÉ O INÍCIO DA PUBERDADE
10 a 12cm/ano	7cm/ano	5 a 6 cm/ano

A verificação das medidas de peso e altura da criança, em relação à idade, com base no Escore, define as seguintes categorias para o peso:

SOBREPESO	ADEQUADO	BAIXO	MUITO BAIXO
peso nos scores Z acima de +2	peso nos scores Z≥-2 e 2	peso nos scores Z≥-3 e <-2	peso nos scores Z<-3

7.3 Marcos do desenvolvimento

O acompanhamento do desenvolvimento da criança objetiva sua promoção, proteção e detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida. Os estádios de desenvolvimento cognitivo são sequenciais, a criança vai crescendo e se desenvolvendo de acordo com os estímulos por ela recebidos.

A identificação precoce de problemas (como atraso no desenvolvimento, atraso de fala, dificuldade de interação social, dificuldade de aprendizado) é essencial para o estímulo precoce e propiciar a criança o adequado tratamento¹¹.

Para a vigilância do desenvolvimento da criança é importante atentar para a faixa etária e verificar a presença dos marcos do desenvolvimento ou habilidades (P = marco presente, A = marco ausente, NV = marco não verificado). Ao final de cada faixa etária, a criança deve ter atingido os marcos previstos. Caso ainda não tenha alcançado algum marco da faixa etária dela, analise a faixa etária anterior e verifique se a criança cumpre os marcos da faixa etária anterior. Sempre pergunte aos cuidadores o que eles acham do desenvolvimento da criança e valorize estas informações. As orientações quanto à estimulação adequada a cada faixa etária são muito importantes.

Em consultas de retorno é importante refazer a classificação e seguir o instrumento de avaliação do desenvolvimento da criança. O Instrumento permite a avaliação da presença dos marcos e a classificação em: "Adequado para o desenvolvimento", "Alerta para o desenvolvimento" e "Provável atraso no desenvolvimento".

Diante de avaliação sugestiva de Transtorno do Espectro Autista(TEA), é indicado fazer uso do Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas (M-CHAT-R/F)TM. (ANEXO II).

¹¹BRASIL, 2021

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetrocefálico <-2Z escores ou >+2Z escores; ou</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*; ou</p> <p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<p>Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.</p>
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos). ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<p>Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança.</p> <p>Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.</p>
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<p>Elogiar a mãe/cuidador.</p> <p>Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde.</p> <p>Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.</p>

*Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curvo e recurvado.

Marcos do Desenvolvimento do nascimento aos 6 meses

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES					
		0	1	2	3	4	5
Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.						
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.						
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.						
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.						
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.						
Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.						
Abre as mãos	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.						
Emite sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa.						
Movimenta os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.						
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir que a mãe o faça.						
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.						
Emite sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).						
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.						
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.						
Leva objetos a boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva a boca.						
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.						
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.						

Marcos do Desenvolvimento dos 6 meses a 1 ano e meio

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES										
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Brinca de esconde-achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.											
Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para que a criança segure. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.											
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papá", "dadá", "mamã". Se não o fizer, pergunte a mãe se o faz em casa.											
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para que ela segure e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.											
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça a mãe para estimulá-la.											
Faz pinça	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela o pegue. Observe se ao pegá-lo ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.											
Produz "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.											
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.											
Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja por meio do choro, podendo ser através de palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considerar a informação do acompanhante.											
Coloca blocos na caneca	Coloque três blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, através de demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.											
Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.											
Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.											
Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.											
Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.											
Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.											
Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.											

Marcos do Desenvolvimento de 1 ano e meio a 3 anos e meio

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES											
		18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
Tira a roupa	Observe se criança é capaz de remover alguma peça de roupa, tais como: sapatos que exigam esforço para sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considerar informação do acompanhante.												
Constrói torre de três cubos	Observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caíam ao retirar sua mão.												
Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar duas de um grupo de cinco figuras.												
Chuta bola	Observe se a criança chuta a bola sem apoiar-se em objetos.												
Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça de roupa tais como: calcinha, cueca, meias, sapatos, casaco, etc.												
Constrói torre de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar seis cubos sem que eles caíam ao retirar sua mão.												
Frases com 2 palavras	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado que indique uma ação, tais como: "quer água", "quer papar", "chuta bola". Considere a informação do acompanhante.												
Pula com ambos os pés	Observe se pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.												
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.												
Imita o desenho de uma linha	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos 5 cm de comprimento.												
Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, tais como: "quem mia?", "quem late?", "quem fala?", "quem galopa?"												
Arremessa bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.												
Veste uma camiseta	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir sua camiseta e/ou casaco sem botão ou zíper, sem ajuda.												
Move o polegar com a mão fechada	Demonstre para a criança e observe se ela é capaz de mover o polegar para cima em sinal de "OK" ou "legal" ou "tudo bem", com uma ou ambas as mãos.												
Compreende 2 adjetivos	Verifique se a criança é capaz de compreender dois adjetivos. Pergunte: "O que você faz quando está com fome?", "O que você faz quando está com frio?", "O que você faz quando está cansado?". Verifique se suas respostas são coerentes, tais como: "Eu como", "Eu visto casaco", "Eu vou deitar", etc.												
Equilibra-se em cada pé 1 segundo	Após demonstração, verifique se a criança consegue equilibrar-se em um pé só, sem apoiar-se em nenhum objeto, pelo menos um segundo, dando-lhe três tentativas. Repita com o outro pé.												

Marcos do Desenvolvimento de 3 anos e meio a 5 anos

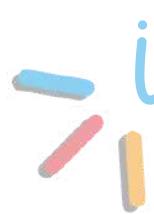
MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES									
		42	44	46	48	50	52	54	56	58	
Emparelha cores	Observe se a criança é capaz de emparelhar objetos da mesma cor, como por exemplo os cubos.										
Copia círculos	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de um círculo e verifique se ela é capaz de desenhar qualquer forma de aproximação com um círculo, que esteja fechada ou quase fechada.										
Fala clara e compreensível	Durante a avaliação observe a inteligibilidade da fala da criança (articulação e verbalização de ideias em sequência).										
Pula em um pé só	Demonstre e verifique se a criança consegue pular em um pé só, duas ou mais vezes, sem apoiar-se em um objeto.										
Veste-se sem ajuda	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de se vestir, sem alguma ajuda.										
Copia cruz	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de uma cruz e verifique se ela é capaz de desenhar duas linhas que se cruzem próximo ao seu ponto médio.										
Compreende 4 preposições	Dê à criança um bloco e peça: "Coloque o bloco em cima da mesa", "Coloque o bloco embaixo da mesa", "Coloque um bloco na minha frente", "Coloque um bloco atrás de mim". Observe se ela cumpre adequadamente os quatro comandos.										
Equilibra-se em cada pé 3 segundos	Procedimento semelhante a "Equilibra-se em cada pé 1 segundo" com o tempo de 3 segundos ou mais.										
Escova os dentes sem ajuda	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de escovar os dentes, sem ajuda ou supervisão (durante algum tempo), inclusive na colocação da pasta de dentes, na escovação dos dentes posteriores e no uso do fio dental. Verifique se a criança recebeu treino para isto.										
Aponta a linha mais comprida	Mostre para a criança uma ficha contendo o desenho de duas linhas paralelas em posição vertical. Verifique se ela é capaz de apontar a linha mais comprida, mesmo mudando a posição do papel. Em três tentativas, mudando a posição do papel, ela deve acertar as três, ou cinco em seis tentativas.										
Define 5 palavras	Verifique se a criança é capaz de definir cinco palavras. Faça perguntas do tipo "O que é uma bola?" ou "O que você sabe sobre o rio?". Use palavras do seu contexto de vida. Terá que lhe responder cinco de sete palavras. A definição é aceitável quando inclui: 1) uso; 2) forma; 3) material do que é feito; 4) categoria geral. Ex. Rio= tem peixe, água, pescar.										
Equilibra-se em um pé só 5 segundos	Procedimento semelhante a "Equilibra-se em cada pé 1 segundo" com o tempo de 5 segundos ou mais.										

Marcos do Desenvolvimento de 5 a 6 anos

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES						
		60	62	64	66	68	70	72
Brinca de fazer de conta com outras crianças	Pergunte aos cuidadores se a criança participa de brincadeiras de fazer de conta (ex. casinha, escola), tanto no contexto familiar quanto no escolar.							
Desenha pessoa com 6 partes	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Peça a ela para que desenhe uma pessoa (menino, menina, mamãe, papai etc.). Certifique-se de que ela tenha terminado o desenho antes de pontuar o item do teste. As partes do corpo presentes em pares deverão ser consideradas como uma parte apenas (orelhas, olhos, braços, mãos, pernas e pés). Considere como certo somente se ambas as partes do par forem desenhadas.							
Faz analogia	Pergunte à criança, devagar e distintamente, uma questão de cada vez: "Se o cavalo é grande, o rato é...", "Se o fogo é quente, o gelo é...", "Se o Sol brilha durante o dia, a lua brilha durante..." A criança deverá completar corretamente duas das três frases.							
Marcha ponta-calcanhar	Demonstre à criança como andar em linha reta, encostando a ponta de um pé no calcanhar do outro. Ande aproximadamente oito passos desta forma, e então peça para que a criança o imite. Se necessário, demonstre várias vezes (pode se facilitar a compreensão, comparando-se este andar com o "andar na corda bamba"). Até três tentativas são permitidas. Se a criança conseguir dar quatro ou mais passos em linha reta, com o calcanhar a, no máximo, 2,5 cm da ponta do pé, sem apoiar-se, terá alcançado este marco.							
Aceita e segue regras nos jogos de mesa	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.							
Copia um quadrado	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Mostre a ela o desenho de um quadrado. Não nomear a figura nem mover seu dedo ou o lápis para demonstrar como desenhá-la. Peça para a criança "Faça um desenho como este!". Podem ser fornecidas três tentativas. Se a criança for incapaz de copiar o quadrado da ficha, mostre a ela como fazê-lo, desenhando dois lados opostos (paralelos) e depois os outros dois lados opostos (ao invés de desenhar o quadrado com um movimento contínuo). Três demonstrações e tentativas podem ser fornecidas.							
Define 7 palavras	Procedimento semelhante ao item "Define cinco palavras". Agora deve definir 7 palavras.							
Equilibra-se em cada pé por 7 segundos	Procedimento semelhante a "Equilibra-se em cada pé 1 segundo" com o tempo de 7 segundos ou mais.							

Marcos do Desenvolvimento de 5 a 6 anos

IDADE EM ANOS	A partir dos 6 anos de idade é importante avaliar como está o aprendizado na escola, a socialização desta criança com outras crianças, se sua fala e seu comportamento são adequados, etc.
6 A 7	ANOTAÇÕES REFERENTES A CADA FAIXA ETÁRIA
6 A 7	
6 A 7	
6 A 7	
6 A 7	



imunização



8

A Caderneta de Vacinação deve ser verificada sempre que a criança comparecer à unidade de saúde. Quando houver necessidade, deve-se encaminhar para a regularização vacinal.

É direito da criança e adolescente ser vacinada em qualquer Unidade Básica de Saúde, mesmo que fora da área de abrangência de seu endereço. Deste modo, a criança ou adolescente que comparecer à qualquer sala de vacina não deve ser dispensada, sem a devida regularização vacinal.

Quando a criança estiver na sala de vacina, o profissional responsável pelo atendimento deverá ficar atento quanto aos retornos e consultas da puericultura e orientar o responsável. Caso tenha alguma queixa ou dificuldade por parte do responsável pela a criança, este deverá ser encaminhado à avaliação da equipe de saúde da unidade.

O comparecimento do RN à sala de vacina é um momento oportuno, para identificar necessidades de saúde relativos à esta faixa etária, com destaque para a coleta do teste do pezinho. Caso não tenha sido realizada, deve-se encaminhar o RN para coleta imediatamente.

A equipe de saúde deve anotar a data e local da coleta do teste do pezinho, no livro de registro da vacina BCG, e/ou atualizar os dados no SIS-Criança, principalmente, para crianças nascidas em maternidades privadas.

Todas as maternidades (públicas e particulares) do município realizam a aplicação da 1^a dose da vacina contra a Hepatite B. É importante se atentar a essa informação, observar o registro na caderneta de vacina, e proceder ao registro da dose no sistema Hygiaweb e SIS-Criança.

Calendário de Imunização

As vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização são direito de todos e estão disponíveis gratuitamente na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Para consulta ao Calendário de Vacinação municipal, clique [aqui](#).



palivizumabe



9

O palivizumabe é um anticorpo monoclonal destinado à prevenção de doença grave do trato respiratório inferior causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em pacientes pediátricos com alto risco para doença por VSR. A profilaxia nos grupos de alto risco reduz taxas de hospitalização, necessidade de ventilação mecânica ou hospitalização prolongada.

O palivizumabe deve ser prescrito na dose de 15 mg/kg intramuscular (IM) nos meses de sazonalidade - de fevereiro a julho- com intervalo de 30 dias entre as doses.

9.1 Critérios de Indicação do uso do Palivizumabe

Segundo a Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018:

- Criança prematura com idade gestacional menor que 29 semanas estando com menos de 12 meses de idade no início do período de sazonalidade do VRS.
- Criança prematura e com doença pulmonar crônica da prematuridade: pela dependência de oxigênio em prematuros a partir de 28 dias de vida, acompanhada de alterações radiológicas típicas, ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida no prematuro extremo.
- Cardiopatia Congênita: crianças portadoras de cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada até o segundo ano de vida.
- Cirurgia com by-pass: realizar dose pós-operatória.
- Cardiopatias que não necessitam: comunicação interventricular (CIV) e Comunicação interatrial (CIA) sem repercussão hemodinâmica, cardiomiopatia moderada e as corrigidas totalmente cirurgicamente, sem insuficiência cardíaca residual.

-
- Doença Pulmonar Crônica em menores de 2 anos com necessidade de oxigênio inalatório, diuréticos, corticosteroides nos 6 meses anteriores ao início do período de sazonalidade .

9.2 Orientações gerais sobre o fornecimento do PALIVIZUMABE

- Somente podem ser atendidas as solicitações para crianças menores de 2 anos de idade e que preencham os critérios da Portaria Conjunta SAS/SCTIES no. 23, de 3 de outubro de 2018 e durante o período de sazonalidade do vírus sincicial respiratório, definido pela mesma portaria.
- Nome, data de nascimento e sexo da criança e nome da mãe – conforme as informações constantes da Certidão de Nascimento da Criança. Caso a criança não possua Certidão de Nascimento, retirar as informações dos registros constantes da Declaração de Nascido Vivo (DNV).
- Relatório contendo idade gestacional em semanas, peso nascimento em gramas, gestação única ou múltipla, tipo de parto (vaginal, cesárea) , hospital de nascimento , data de alta hospitalar. Informações conforme relatório de alta hospitalar do RN. Informar outras patologias ou situações clínicas apresentadas pela criança que precisam de tratamento e que podem agravar a doença pulmonar ou cardíaca.
- Peso atual – informar o peso da criança, em gramas, na data de preenchimento do Formulário de Solicitação de Palivizumabe.
- CNS – informar o número do Cartão Nacional de Saúde
- Endereço – preencher completamente todos os dados do endereço atual.

-
- Serviço solicitante: informar o nome do hospital, Unidade Básica de Saúde - UBS, Ambulatório Médico de Especialidades, Consultório Médico ou outro serviço de saúde em que o paciente é atendido. As informações de endereço e telefone são fundamentais para a localização da criança para agendamento da aplicação do medicamento, para referência ao serviço onde o medicamento será aplicado, e para outros contatos que possam ser necessários. Esta informação é fundamental para busca ativa da criança que não comparece ao agendamento.
 - Cardiopatia com hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca ou cianose: cópia do ECOCARDIOGRAMA.
 - Receita em 2 vias do palivizumabe na dose 15 mg/kg intramuscular (IM) nos meses de sazonalidade - de fevereiro a julho- com intervalo de 30 dias entre as doses.

Quando toda a documentação estiver pronta (laudo preenchido, receita em 2 vias e cópia dos documentos) o familiar da criança deve entregar na **Farmácia de Alto Custo/DRS - Endereço: Avenida Presidente Kennedy, 1500 Arco EE-05 - Novo Shopping Ribeirão (acima do Poupatempo), Ribeirão Preto - SP - Fone: (16) 3602 2386**.

A equipe especializada irá entrar em contato pelo telefone para agendamento para receber as doses, portanto, é extremamente importante que os telefones de contato estejam atualizados.

Link do formulário

principais
achados nas
consultas de
puericultura



10



10.1 Anemia

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define anemia como uma hemoglobina (Hb) < 12 g/dL em crianças de 12 a 14 anos, < 11,5 em crianças de 5 a 11 anos e < 11 g/dL em crianças de 6 meses a 5 anos.

A anemia por deficiência de ferro é a mais comum do mundo e pode instalar-se em qualquer indivíduo que não receba os nutrientes adequados na dieta. Pode ser causada também por dificuldades na absorção, devido carência nutricional e parasitoses intestinais.

Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro heme (origem animal, sendo mais bem absorvido) e ferro não heme (encontrado nos vegetais). São alimentos fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. São alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha.

Como o ferro não heme possui baixa biodisponibilidade, recomenda-se a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (como: laranja, acerola, limão e caju), os ricos em vitamina A, disponível em frutas (como: mamão e manga) e as hortaliças (como: abóbora e cenoura).

Principais sinais e sintomas: palidez (palmar, conjuntiva ocular e oral), dificuldade de concentração/memorização, irritabilidade e alteração do apetite.

Inspecione a palma da mão da criança mantendo-a aberta, caso a observe pálida, a criança será identificada por palidez palmar leve, se for grande a intensidade que pareça branca, a palidez palmar será considerada grave.

Associe a cor da palma da mão da criança com a cor da palma da mão de sua mãe ou de uma pessoa da mesma raça.

Em lactentes, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento de anemia com hemograma no primeiro ano de vi-

da, de acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Os órgãos internacionais propõem que não há evidências sólidas para recomendação de rastreamento de anemia por deficiência de ferro em crianças. O UK National Screening Committee contraindica o rastreamento em crianças menores do que cinco anos; o U.S. Preventive Services Task Force expõe que as evidências são insuficientes para recomendar ou contraindicar o rastreamento; o Canadian Task Force on Preventive Health Care, que data mais de 10 anos, concluiu que as evidências eram insuficientes para recomendar o rastreamento em crianças entre 6 e 12 meses, e o Canadian Paediatric Surveillance Program pondera a ausência de dados populacionais atuais e fidedignos e recomenda o rastreamento aos 12 meses nas populações de risco.

Este protocolo sugere que o hemograma pode ser solicitado e/ou avaliado por médico ou enfermeiro, para crianças de risco conforme quadro abaixo.

RISCO	SOLICITAR HEMOGRAMA	COLETAR HEMOGRAMA	AVALIAR HEMOGRAMA
Crianças que não receberam suplementação de ferro adequadamente	10 meses	11 meses	12 meses
Prematuros sadios e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG)	12 meses	15 meses	16 meses
Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, ferropenia materna grave durante a gestação (Hb < 8), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas)	6 meses 12 meses	7 meses 15 meses	8 meses 16 meses
Vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente), baixa ingestão de frutas e verduras, infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos)	20 meses	23 meses	24 meses

Fonte: CENTERS, 1998;
BRASIL, 2005; STOLTZFUSS,
DREYFUSS, 1998; RUIZ-
CABELLO, 2011

Como método diagnóstico, o hemograma está indicado toda vez que houver suspeita clínica de anemia ou de um distúrbio hematológico primário.

O tratamento da anemia ferropriva pode ser realizado por médico ou enfermeiro e é pautado na orientação nutricional para o consumo de alimentos fonte, e reposição de ferro - por via oral - com dose terapêutica de 3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar para crianças por mínimo de oito semanas. A suplementação deve ser continuada visando a reposição dos estoques de ferro, o que varia entre dois a seis meses ou até obtenção de ferritina sérica maior que 15 μ g/dL (ressalvando a importância de que o valor alcance os valores esperados entre 30 e 300 μ g/dL).

Exemplo: Criança de 12 meses vem para consulta de puericultura com enfermeiro que checa o hemograma realizado há 1 mês e apresenta Hb 10,5. Enfermeiro checa antecedentes e verifica que criança nasceu a termo, mamou leite materno até 1 ano, mas mãe deu sulfato ferroso até 9 meses, pois criança cuspia ao administrar. Exame físico: criança apresenta palidez palmar leve e peso de 9Kg. O enfermeiro prescreve, então, sulfato ferroso como no Anexo III.

10.2 Achados de pele

10.2.1 Escabiose

É uma doença dermatológica e altamente infecciosa, cujo agente etiológico é o Sarcoptes scabie. O agente sobrevive até 36 horas no ambiente. A transmissão ocorre mediante contato direto ou indireto, sendo o tempo de incubação entre 24 horas até 6 semanas.

As áreas de lesões mais comuns são entre os dedos das mãos e através das mãos e podem se estender para punhos (face anterior), coxas, região periumbilical, nádegas, axilas, cotovelo e couro cabeludo. Forma-se erupção pápulo-eritomatosa em consequência da infestação e da reação de hipersensibilidade ao ácaro. O prurido se manifesta intensamente no período da noite, devido a reprodução e de-

posição dos ovos do agente. Crianças imunodeprimidas estão mais susceptíveis a infecção, a apresentação de lesões com crostas ou generalizadas. É especificada como sarna norueguesa e há intensa descamação.

Cuidados

- Manter precaução até 24 horas após o tratamento.
- Lavar roupas e objetos pessoais em temperatura mínima de 55°C.
- Tratar pessoa infectada e contatos ao mesmo tempo.

Tratamento (médico/enfermeiro)

- *Via tópica - Permetrina loção 5% (maiores de 2 anos)*

O produto deve ser aplicado na pele limpa, seca e fria. Se o paciente tiver tomado um banho quente antes do tratamento, deve-se aguardar que a pele se resfrie antes de aplicar o produto. Massageie o produto na pele, desde a cabeça até a sola dos pés prestando-se atenção especial entre os dedos das mãos e dos pés, sob as unhas das mãos e dos pés, pulsos, axilas, nádegas e parte externa do órgão genital. Não aplicar sobre membranas mucosas, ou próximo dos olhos. Após a aplicação, roupas limpas devem ser vestidas.

O produto deve ser removido, através de lavagem com água depois de 8 a 14 horas. Bebês devem ter o couro cabeludo, nuca e têmporas tratadas. Orientar o cuidador a não passar a medicação nas mãos dos bebês para evitar o risco de colocarem a medicação na boca e nos olhos.

Os pacientes podem apresentar prurido persistente após o tratamento. Isto raramente é sinal de falha no tratamento e não é uma indicação para a reaplicação do produto.

Uma segunda aplicação pode ser necessária 7-10 dias após o primeiro tratamento, se as lesões originais não forem curadas, ou caso novas lesões na pele aparecem.

Exemplo: criança de 2 anos vem para acolhimento trazida pela mãe devido queixa de lesão de pele há 10 dias com prurido intenso. Exame físico criança apresenta micropá-

pulas eritematosas em todo tronco. Peso de 12Kg. A receita a ser prescrita seguirá o Anexo IV.

- *Via oral: Ivermectina cp 6mg (crianças acima de 15 kg)*
15 a 24 kg - ½ comprimido dose única
25 a 35 kg - 1 comprimido dose única
36 a 50 kg - 1 ½ comprimido dose única

Exemplo: Criança de 1 ano e 8 meses vem para consulta de rotina com enfermeiro e mãe relata queixa de lesão de pele há 10 dias com prurido intenso a noite. Exame físico criança apresenta micropápulas eritematosas em todo tronco. Peso de 18Kg. A receita a ser prescrita seguirá Anexo V.

10.2.2 Pediculose

É a infestação por parasitas (piolhos) que acomete a cabeça (*Pediculus humanus capitis*), o corpo (*Pediculus humanus corporis*), ou a área genital (*Phitiris pubis*). A transmissão ocorre de uma pessoa para outra e por meio de objetos pertencentes a essa pessoa. O tempo de incubação é de 8 a 10 dias.

As crianças em fase escolar são as mais sujeitas a infestações e se não forem tratadas, podem apresentar prejuízo no desempenho escolar e na saúde (coceira, noites mal dormidas) e, em casos mais graves, a anemia provocada pelo parasita.

Para o tratamento, são utilizados os mesmos medicamentos usados na escabiose, porém a Permetrina de 1% em loção é o suficiente para tratamento tópico (couro cabeludo). O ideal é que sejam usados por cinco dias consecutivos e repetir aplicação sete a dez dias depois, conforme descrito no Anexo VI.

10.2.3 Dermatite de Fralda

Acomete a região da pele da criança que tem contato com as fraldas. O ambiente oclusivo da área de fralda favorece a interação complexa de fatores potencialmente prejudiciais à pele.

São fatores que violam a integridade da pele:

-
- Hidratação excessiva;
 - Atrito;
 - Exposição frequente e prolongada a urina e fezes;
 - Aumento do pH;
 - Alterações na microbiota.

Caracterizada por eritema, pápulas e pústulas na região coberta pela fralda. É uma forma não alérgica de dermatite que aumenta a prevalência a partir do primeiro mês de vida.

Causa desconforto para o bebê e ansiedade nos cuidadores e a prevenção é mais eficiente no controle dessa dermatite. São medidas preventivas para dermatite de fraldas:

- Troca frequente das fraldas;
- Limpeza suave;
- Exposição da pele ao ar;
- Aplicação de cremes de barreira.

O Creme de barreira padronizado em Ribeirão Preto é o Retinol + calciferol + óxido de zinco em pomada que deve ser prescrito por médico ou enfermeiro e orientado a ser aplicado a cada troca de fraldas. O modelo de receituário de creme de barreira pode ser encontrado no Anexo VII.

10.2.4 Miliária (brotoeja)

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, apresenta-se devido ao calor excessivo e umidade ou a substâncias que podem obstruir os poros, tais como cremes, talcos ou óleos.

Orientações de cuidados:

- Usar roupas leves;
- Lavar as roupas novas antes de usá-las e evitar amaciantes, talcos, cremes e perfume;
- Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes com ph fisiológico (4,2-5,6);
- Orientar que se evite o contato de barba com a pele da criança;
- Retornar a unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

10.3 Achados gastrointestinais

10.3.1 Constipação

As manifestações clínicas variam com a idade da criança. As características das fezes podem apresentar diferenças entre elas. Enquanto algumas evacuam fezes em cíbalos e com dificuldade, outras evacuam fezes volumosas a cada 5 a 7 dias. Recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo podem ter um longo período (até 10 dias) sem evacuações, uma vez que o seu intestino está se adaptando ao novo alimento (leite materno) e desenvolvendo o peristaltismo. Já em lactentes, após o desmame ou a transição para a alimentação complementar, pode-se observar a eliminação, com dor ou dificuldade, de fezes ressecadas não muito volumosas.

É importante saber que, em lactentes em aleitamento natural exclusivo, não devem receber tratamento para constipação, pois uma situação fisiológica ocorre quando eliminam fezes amolecidas e volumosas sem dificuldade/dor em intervalo de tempo maiores.

Cuidados para crianças acima de 6 meses:

- Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã, farináceos);
- Oferecer alimentos ricos em fibras (verduras, mamão, laranja, ameixa);
- Aumentar a ingesta hídrica;
- Orientar exercícios físicos e massagem abdominal.

Prescrição Medicamentosa (médico/enfermeiro)

Deve ser evitada, porém se necessário pode ser utilizado óleo mineral na dose de 5 a 20 ml/dia (começar com dose pequena - 5 ml - e verificar resposta, podendo aumentar se necessário), divididos em até 2 doses. Utilizar apenas em crianças maiores de 6 anos. Não prescrever para crianças com dificuldade de deglutição ou neuropatas por risco de bronco aspiração. Receituário modelo disponível no Anexo VIII.

10.3.2 Diarreia

Situação caracterizada pela perda de água e eletrólitos e consequente aumento do volume e da frequência das evacua-

ções e, na diminuição da consistência das fezes, apresenta, em algumas vezes, muco e sangue (disenteria).

Preencher planilha de diarreia e encaminhar para Vigilância Epidemiológica do seu distrito conforme rotina.

Avaliar a criança de acordo com os critérios abaixo para classificação do PLANO DE ATENDIMENTO:

OBSERVE	A	B	C
Estado Geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comastoso, hipotônico
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normalmente sem sede	Sedento, bebe rápido	Bebe mal, não é capaz de beber
EXPLORE			
Sinal de prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais que 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente
DECIDA	Sem sinais de desidratação	Sem sinais de desidratação	Sem sinais de desidratação
TRATE	USE PLANO A	USE PLANO B	USE PLANO C

Plano A (hidratação em domicílio)

Orientar pais ou responsáveis a:

- Dar mais líquido do que o habitual em casa, para prevenir a desidratação. A criança deve tomar líquidos caseiros (água, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
- Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição. Continuar o aleitamento materno. Se a criança não mamar na mãe, continuar com o leite habitual.
- Levar ao serviço de saúde, se a criança não melhorar em 7 dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo:

- piora da diarréia;
 - recusa de alimenos;
 - vômitos repetidos;
 - febre;
 - muita sede;
 - sangue nas fezes.
- Terapia de reidratação oral (Prescrição médico/enfermeiro):

IDADE	QUANTIDADE DE SRO APÓS EVACUAÇÃO DIARRÉICA	QUANTIDADE DE SRO PARA LEVAR PARA O DOMICÍLIO
menores de 1 ano	50 a 100ml	1 envelope por dia
1 a 10 anos	100 a 200 ml	2 envelopes por dia
maiores de 10 anos	Tudo que quiser	4 envelopes por dia

Fonte: Manejo da diarreia,
Ministério da Saúde,
Brasil, 2011

O modelo de receituário para o Plano A pode ser encontrado no Anexo IX.

Plano B (reidratação na Unidade de Saúde)

Sempre que possível, pesar a criança e seguir os seguintes passos:

■ Administrar Sais de Reidratação Oral (SRO). A quantidade de solução ingerida dependerá da sede da criança. O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. A orientação inicial é que a criança deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas.– Observar o paciente na unidade durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral.

■ Durante a reidratação, reavaliar o paciente. Usar os sinais supracitados para avaliação do estado de hidratação da criança. Se não apresentar sinais de desidratação, retorne ao Plano A. Caso continue desidratada, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar. Se a criança evoluir para desidratação com choque, passar para o Plano C (a seguir).

■ Aproveitar a permanência do responsável no serviço de saúde para ensinar a: reconhecer os sinais de desidratação; preparar e administrar o SRO; praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar.

-
- As crianças que estiverem em estado de desidratação deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa. Encaminhar para Unidade de Pronto Atendimento na proximidade de fechamento da Unidade Básica para continuidade do tratamento da criança.

Plano C (reidratação intravenosa na Unidade de Saúde)

Pesar a criança e solicitar avaliação médica de urgência para iniciar terapia intravenosa que também deve ser iniciada se a criança não tolerar ingestão de SRO. O médico deverá prescrever Soro Fisiológico 0,9% 20ml/Kg em 2h e referenciar para Unidade de Pronto Atendimento.

10.3.3 Cólica do recém nascido

A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e regide por si mesmo, antes do sexto mês de vida. Traduz em choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatos, abdome rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem duração de 3 horas, por pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida. Orientar:

- Reduzir estímulos sonoros e luminosos;
- Colo dos pais por período mais prolongado;
- Abraço/contenção/enrolamento;
- Massagem abdominal;
- Correções de postura durante a amamentação que reduzem a aerofagia;
- Decúbito ventral supervisionado;
- Compressa abdominal morna;
- Banho morno (balde) para promover relaxamento.

10.4 Monilíase oral

É causada pelo fungo Candida Albicans, naturalmente

presente na boca. Seu aumento leva ao desenvolvimento da candidíase oral, que se caracteriza pelo aparecimento de placas brancas com aspecto grumoso, exsudativas, viscosa, sobre a língua, a mucosa oral, o palato e outras superfícies da cavidade oral.

A candidíase oral acomete adultos e crianças e também pode ser conhecida por “sapinhos”. Como consequência, podem surgir a esofagite e suas complicações, como a disfagia, dificuldades com a alimentação da criança e odinofagia.

O tratamento recomendado é 1,0 ml de Nistatina Suspensão Oral 100.000UI/ ML que pode ser prescrito por médico ou enfermeiro. O uso é diário, sendo aplicado 4 vezes ao dia (6/6h), na mucosa oral por no mínimo sete dias, podendo se estender até no máximo por 14 dias. O tratamento deve ser mantido por 48 horas após o desaparecimento dos sintomas. Pode ser utilizada em crianças de qualquer idade.

Orientações de cuidados:

- Remover, quando possível, bicos de mamadeiras, chupetas, mordedores e outros. Caso não seja possível suspendê-los, lavá-los com água e sabão e ferver por 15 minutos;
- Evitar beijar a criança próximo aos lábios;
- Lavar sempre as mãos antes e após contato com a criança;
- Tratar mãe (vide o Protocolo e Diretrizes de Atendimento em Aleitamento Materno), disponível [aqui](#).

O receituário modelo está disponível no Anexo X.

10.5 Obstrução Nasal

Recomenda-se o uso de SF0,9% para lavagem nasal. Médicos e enfermeiros podem prescrever soro fisiológico 0,9%, 2 a 5 ml em cada narina, antes de cada mamada ou sempre que necessário. Verificar receituário modelo no Anexo XI.

10.6 Febre

Os quadros febris representam uma das queixas mais frequentes nas crianças, pode ter origem infecciosa e não infecciosa, embora, em sua maioria, seja provocada por infecções virais autolimitadas. Quando causada por infecções virais, é mais comum que as crianças apresentem um foco clínico aparente, geralmente provocado por infecções em vias aéreas superiores e gastrenterites. Para adequada condução avaliar se há sinais de gravidade:

ALIMENTAÇÃO	RECUSADA	PRESERVADA
SONOLÊNCIA	PRESENTE	AUSENTE
IRRITAÇÃO EXCESSIVA	PRESENTE	AUSENTE
PETÉQUIAS	PRESENTE	AUSENTE
RIGIDEZ DE NUCA	PRESENTE	AUSENTE
ABAULAMENTO DE FONTANELAS	PRESENTE	AUSENTE
INTERVALO ENTRE AS FEBRES	<6 HORAS	>6 HORAS
RESPOSTA A ANTITÉRMICOS	AUSENTE	PRESENTE
DURAÇÃO DA FEBRE	>5 DIAS	<5 DIAS

Casos em que não há sinais de gravidade:

Prescrição médica ou do enfermeiro de antitérmicos (dipirona 500mg/ml ou paracetamol 200mg/ml) 10mg/kg/dose (máximo de 40 gotas) se febre, não ultrapassando intervalos menores de 6 horas. É essencial questionar o cuidador sobre alergia medicamentosa.

Orientar retorno se sinais de alerta;

Verificar receituário modelo no Anexo XII.

Diante da presença de sinais clínicos evidentes de alerta:

Faz-se necessário o atendimento médico de urgência e referencialmente imediato para serviços de Pronto Atendimento.

10.7 Granuloma umbilical

É uma causa comum de atraso na cicatrização da ferida umbilical.

O umbigo costuma cair ao redor de sete dias e deixar em seu lugar uma ferida. No começo pode exsudar um pouco, mas logo seca e epiteliza, ao mesmo tempo em que “afunda” pela retração progressiva dos cordões fibrosos dos vasos fetais. Entre o 12º e o 15º dia já se acha constituído, seco e com sua forma característica.

O granuloma trata-se de uma formação de cor vermelho vivo, por vezes branca, situada no fundo da fossa umbilical, de tamanho variável. Produz secreção serosa que pode infectar. Mantém presente uma umidade local, podendo ser causa de queixa materna em relação a um umbigo úmido. Podemos aguardar o período neonatal (28 dias) para sua resolução espontânea.

Caso persista além desse período, o tratamento com nitrato de prata está indicado.

Tratamento:

Aplicar o bastão ou solução de nitrato de prata a 10% no fundo da lesão duas vezes ao dia até a cicatrização. O procedimento deve ser realizado pelo médico ou enfermeiro. A unidade de saúde deverá requisitar o bastão ou solução de nitrato de prata à Divisão de Farmácia.

O granuloma geralmente regide após algumas aplicações. Em caso de persistência do sinal, após dias de tratamento, desconfiar, principalmente, de duas anomalias umbilicais: persistência do úraco ou do canal onfalomesentérico. Diante de uma das possibilidades, o pediatra ou o médico de saúde da família deve encaminhar a criança para a cirurgia pediátrica.



acompanhamento da criança com sífilis congênita ou exposta à sífilis na gestação



11

A transmissão vertical da espiroqueta do *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, pode acontecer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna, e pode resultar em consequências à saúde do conceito, com um amplo espectro de manifestações clínicas, além de prematuridade, aborto, natimorto¹².

Pela gravidade das consequências desta infecção, e o impacto na saúde pública, o acompanhamento de crianças com sífilis congênita ou expostas à sífilis demandam acompanhamento próximo.

Em Ribeirão Preto, o seguimento das crianças exposta à sífilis ou com sífilis congênita é responsabilidade da atenção básica, podendo ser realizado de forma compartilhada com os serviços de atenção especializada¹³.

Consulte [aqui](#), o “Protocolo de Seguimento das Crianças Expostas à Sífilis e com Sífilis Congênita”, do município.

¹² BRASIL, 2022

¹³ RIBEIRÃO PRETO,
2022

profilaxia medicamentosa



12



Suplementação de Vitaminas e Minerais

A suplementação de Ferro, e Vitamina D poderão ser prescritos pelo médico e/ou pelo enfermeiro, de acordo com as recomendações deste Protocolo.

12.1 Suplementação de Ferro

A anemia por deficiência de ferro é a mais comum das carências nutricionais, com maior prevalência em crianças, principalmente nos países em desenvolvimento. Aquelas com idade entre 6-24 meses apresentam risco duas vezes maior para desenvolver a doença do que aquelas entre 25-60 meses.¹⁴

Após o nascimento, observa-se uma fase de elevada velocidade de crescimento, e, em uma criança a termo, as reservas adquiridas durante a gestação serão utilizadas durante os primeiros 4 a 6 meses de vida. O leite materno possui pequena quantidade de ferro, mas de alta biodisponibilidade, com uma utilização elevada quando na ausência de outros fatores dietéticos, não sendo necessária a suplementação de ferro durante o aleitamento materno exclusivo. Após o esgotamento da reserva, o organismo depende do ferro exógeno (dietético) para evitar o aparecimento de anemia³. As carnes e alguns órgãos, como o fígado, apresentam alta densidade e biodisponibilidade de ferro. Alguns vegetais também apresentam quantidades razoáveis de ferro, porém sua biodisponibilidade é menor.

Os elevados requerimentos fisiológicos de ferro na primeira infância tornam a criança especialmente vulnerável à anemia por deficiência de ferro durante os dois primeiros anos de vida. Neste sentido, atenção especial deve ser dada ao período de amamentação e à posterior fase de introdução de alimentos complementares, quando deverá ocorrer a introdução oportuna, correta e apropriada dos alimentos ricos em ferro e em outros micronutrientes igualmente necessários ao crescimento e ao desenvolvimento adequado da criança¹⁵.

12.1.1 Profilaxia

É recomendada a prevenção da anemia ferropriva através de condutas relacionadas a uma alimentação adequa-

¹⁴ FERNANDES, 2016;
FERNANDES e SANTOS, 2018
¹⁵ BRASIL., 2007

da na infância, associada à suplementação medicamentosa. Preconiza-se o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, mantendo-se até os dois anos de idade ou mais, além de uma adequada introdução alimentar, a partir do sexto mês de vida, por meio de alimentos que aumentem a biodisponibilidade e absorção do ferro. Mantém-se a contraindicação da oferta de leite de vaca in natura, não processado, independente de ser em pó ou líquido, antes dos 12 meses de idade¹⁶.

Torna-se ainda fundamental a identificação de fatores de risco que aumentem as taxas de deficiência de ferro e da anemia ferropriva.

Os principais fatores de risco de anemia ferropriva para crianças e adolescentes são¹⁷:

Baixa reserva materna:

- Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas;
- Dieta materna deficiente em ferro;
- Perdas sanguíneas;
- Não suplementação de ferro na gravidez e lactação.

Aumento da demanda metabólica:

- Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500g);
- Lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90);
- Meninas com grandes perdas menstruais;
- Atletas de competição.

Diminuição do fornecimento:

- Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida;
- Aleitamento materno exclusivo prolongado (superior a seis meses);
- Alimentação complementar com alimentos pobres em ferro ou de baixa biodisponibilidade;
- Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida;
- Consumo de fórmula infantil com baixo teor de ferro ou quantidade insuficiente;

¹⁶ THORSDOTTIR, 2013

¹⁷ BRASIL, 2014; GEORGIEFF, 2022; MANTADAKIS, 2020; MCCARTHY e KIELY, 2019; WHO, 2016; WHO, 2017

- Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista;
- Ausência ou baixa adesão à suplementação profilática com ferro medicamentoso, quando recomendada;

Perda sanguínea:

- Traumática ou cirúrgica;
- Hemorragia gastrintestinal (ex: doença inflamatória intestinal, polipose colônica, drogas anti-inflamatórias não esteroides, infecção por Helicobacter pylori, verminose – estronciloídes, necatur, ancilostoma – enteropatias/colites alérgicas, esquistossomose);
- Hemorragia ginecológica (menorragia, dispositivos intrauterinos);
- Hemorragia urológica (esquistossomose, glomerulonefrite, trauma renal);
- Hemorragia pulmonar (tuberculose, mal formação pulmonar, hemossiderose pulmonar idiopática, síndrome Goodpasture, etc);
- Discrasias sanguíneas;
- Malária;

Má absorção de ferro

- Síndromes de má-absorção (doença celíaca, doença inflamatória intestinal);
- Gastrite atrófica, cirurgia gástrica (bariátrica, ressecção gástrica);
- Redução da acidez gástrica (uso de antiácidos, bloqueadores H2, inibidores de bomba de prótons).

Nos lactentes em aleitamento materno exclusivo, **sem fatores de risco**, recomenda-se a suplementação medicamentosa profilática a partir dos 180 dias de vida até o final do segundo ano conforme quadro abaixo.

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascido a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.	1 mg de ferro elementar/Kg/dia, iniciando aos 180 dias de vida até o 24º mês de vida.

Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de Ferro em lactentes **SEM** fator de risco.
Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021

Na **presença de fatores de risco**, as doses profiláticas de ferro recomendadas estão ilustradas no quadro abaixo.

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, independentemente do tipo de alimentação.	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2.500 g.	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos prematuros com peso superior a 1.500 g.	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos prematuros com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1.000 g.	4 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos prematuros que receberam mais de 100 mL de concentrado de hemácias durante a internação.	Devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente.

Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes **COM** fator de risco.
Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021

Tratamento da anemia ferropriva

Consulte o protocolo para o tratamento de anemia ferropriva no Capítulo 10.

12.2 Suplementação de Vitamina D

A deficiência de vitamina D é um dos distúrbios nutricionais mais frequentes em todo o mundo, estimando-se

que 1 bilhão de pessoas sofram de insuficiência ou deficiência dessa vitamina. A vitamina D está envolvida na regulação de mais de 1.000 genes, o que sugere que possa ter um papel em muitos outros processos fisiológicos. Estudos epidemiológicos apontam para ações extra esqueléticas da vitamina D, sugerindo que sua deficiência possa se associar a diabetes mellitus tipo 1, asma, dermatite atópica, alergia alimentar, doença inflamatória intestinal, artrite reumatoide, doença cardiovascular, esquizofrenia, depressão e variadas neoplasias (mama, próstata, pâncreas, cólon).

Para garantir adequado aporte de Vitamina D e evitar sua deficiência recomenda-se a suplementação da vitamina logo após o nascimento, para todas as crianças de 0-12 meses de idade, na dose de 400UI por dia, independentemente de seu modo de alimentação¹⁸.

Dos 12-24 meses, recomenda-se a suplementação com 600 UI por dia¹⁹.

IDADE	RECOMENDAÇÃO
0 a 12 meses	400UI/dia
12 a 24 meses	600UI/dia

Crianças maiores e adultos precisam satisfazer suas necessidades nutricionais de vitamina D por meio de dieta, exposição solar e/ou suplementação de 600UI por dia²⁰. A exposição solar direta, por 10-15 minutos em condições favoráveis, pode gerar 10.000 a 20.000UI de colecalciferol²¹, mas deve-se lembrar que não existe um nível seguro de exposição solar que permita a produção de vitamina D suficiente sem causar aumento no risco de câncer de pele²².

12.3 Suplementação de Vitaminas A

A deficiência de vitamina A (DVA) é considerada uma das mais importantes deficiências nutricionais dos países em desenvolvimento, sendo a principal causa de cegueira evitável. A suplementação oral de vitamina A constitui-se na estratégia

¹⁸MUNNS et al, 2016;
HOLICK, 2017; SOCIEDADE
BRASILEIRA DE PEDIATRIA,
2014; SOCIEDADE
BRASILEIRA DE PEDIATRIA,
2016; MISRA et al, 2008;
WELFORT et al, 2018;
INSTITUTE OF
MEDICINE, 2011

¹⁹ Recomendação de
suplementação
medicamentosa profilática
de Vitamina D. Fonte:
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
PEDIATRIA, 2017.

²⁰ SOCIEDADE BRASILEIRA
DE PEDIATRIA, 2016;
INSTITUTE OF
MEDICINE, 2011

²¹ INSTITUTE OF
MEDICINE, 2011

²² SOCIEDADE BRASILEIRA
DE PEDIATRIA,
2016; MAEDA, 2014

mais eficaz para prover vitamina A em indivíduos com riscos para a deficiência.

No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde busca reduzir e controlar a DVA em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar) residentes em regiões consideradas de risco.

Desde a década de 1980, fazem parte do programa todos os municípios da Região Nordeste. Em 2010, o programa foi ampliado para os municípios que compõem a Amazônia Legal e, em 2012, com o lançamento da Ação Brasil Carinhoso, o programa foi expandido para todos os municípios da Região Norte, 585 municípios integrantes do Plano Brasil Sem Miséria das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste e todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas²³.

A região do município de Ribeirão Preto não é considerada de risco para DVA, não sendo indicada a suplementação profilática de vitamina A.

²³ BRASIL, 2013



alimentação e nutrição



13

13.1 Aleitamento materno

O leite materno é um alimento completo e é recomendado para as crianças até os 2 anos de idade ou mais. Até os 6 meses de idade, deve ser o único alimento, sem a oferta de nenhum outro alimento, como água, chás e sucos. Todas as orientações sobre o aleitamento materno estão disponíveis no Protocolo na Coordenadoria de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, disponível [aqui](#).

13.2 Recomendações para crianças em uso de leite de vaca

As crianças que por algum motivo não recebem leite materno devem preferencialmente receber fórmula infantil, que é um produto mais adequado à criança do que o leite de vaca. Porém, muitas famílias não possuem condições financeiras de adquirir a fórmula infantil e acabam optando pela oferta do leite de vaca, em pó ou líquido. Antes dos 4 meses de idade, o leite de vaca precisa ser modificado, pois possui quantidades excessivas de proteínas, sódio, potássio e cloro e quantidades insuficientes de vitamina A, D e C. As informações adequadas se encontram no Protocolo de Alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, disponível [aqui](#).

13.2.1 Fornecimento de Fórmula Infantil

O Ambulatório de Nutrologia situado no Núcleo de Gestão Assistencial – NGA 59 é o serviço responsável pelo atendimento das solicitações de Fórmula Infantil para crianças até 1 ano de idade, impossibilitadas de receber leite materno por critérios biológicos, mediante indicação e solicitação do médico que realiza o seguimento da criança. Orientações quanto a critérios biológicos de inclusão e exclusão para a solicitação da fórmula infantil se encontram disponíveis [aqui](#).

13.3 Protocolo para normatização da dispensação de fórmulas infantis especiais a pacientes com alergia à proteína do leite de vaca – APLV

A alergia alimentar é definida como um conjunto de reações adversas a alimentos, imunologicamente mediadas, sendo uma das mais frequentes a alergia à proteína do leite de vaca (ALPV).

O tratamento da APLV se consiste na exclusão da proteína alergênica da alimentação da criança por um determinado período, sabendo-se que a maioria dos portadores (80 a 90%) adquire tolerância ao alimento a partir do segundo ou terceiro ano de vida.

As manifestações podem ser mediadas por IgE, não-mediadas por IgE (imunidade celular) ou uma associação destas.

Em crianças com APLV existe uma forte associação com história familiar de atopia, introdução precoce de leite de vaca, infecções de trato gastrintestinal em crianças de baixa idade (doença diarreica aguda e persistente) e fatores ambientais.

Nas manifestações imediatas (mediadas por IgE): anafilaxia, síndrome da alergia oral, urticária, angioedema, náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais e bronco espasmo, que ocorrem em até duas horas após a ingestão do leite.

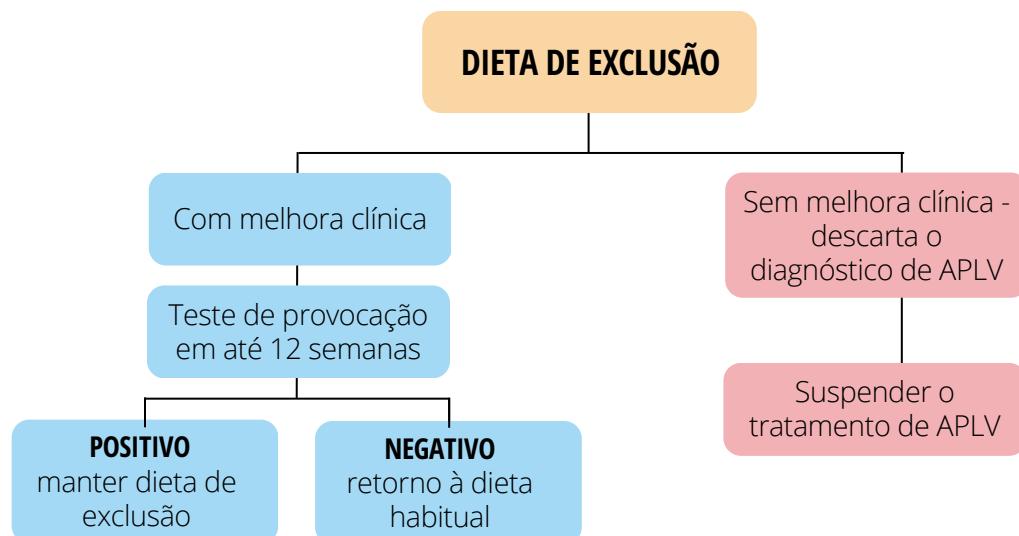
Nas manifestações tardias (não mediadas por IgE ou mistas), que ocorrem após mais de duas horas à ingestão do leite, predominam os sintomas relativos ao trato digestivo, havendo eventuais associações com sintomas extra digestivos: rino conjuntivite, tosse crônica, estridor laríngeo, asma e/ou cutâneas (urticária, dermatite atópica).

Os sintomas relativos ao trato digestivo são decorrentes de doença do refluxo gastroesofágico, proctocolite alérgica, enteropatia alérgica, enterocolite, constipação intestinal crônica e cólicas exacerbadas do lactente associadas à recusa alimentar e a desaceleração ponderal, não responsiva às medidas de apoio ou medicamentosas.

13.3.1 Diagnóstico de APLV

Manifestações clínicas (cutâneas, gastrintestinais e/ou respiratórias) desencadeadas pela ingestão de leite e derivados, ou anafilaxia associada à ingestão de leite.

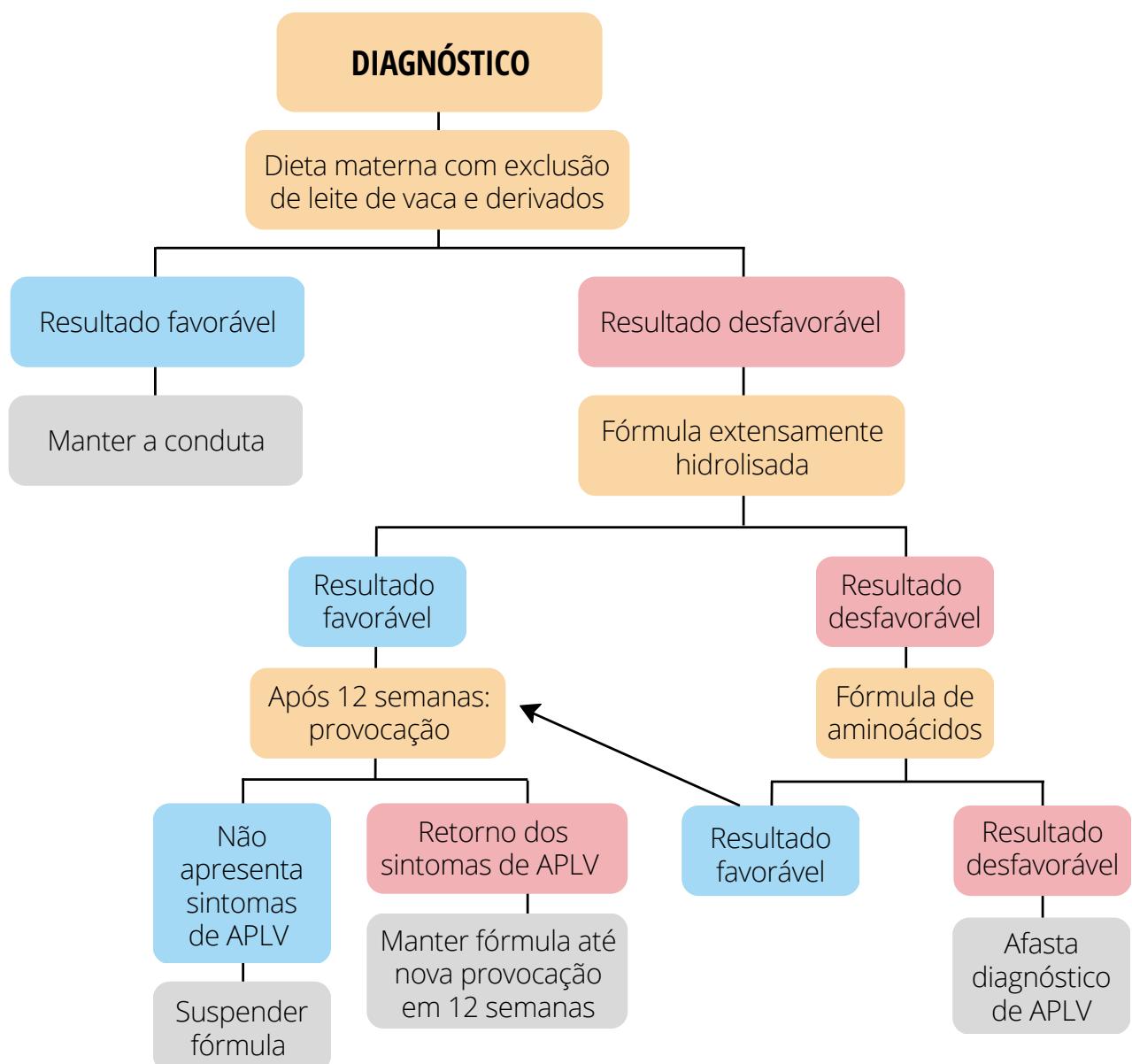
- Nas reações mediadas por IgE, a associação dos sintomas com ingestão de leite ou derivados ocorre em até 2 horas após a ingestão do leite.
- Nas reações não mediadas por IgE, ocorrem associações de manifestações digestivas com sinais e sintomas extra-digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laríngeo, broncoespasmo) ou cutâneas (urticária, dermatite atópica, angioedema). As reações são, em geral, tardias (mais de 2 horas após exposição ao leite).
- Quando houver acometimento do trato digestivo, considera-se fundamental descartar malformações do mesmo, distúrbios metabólicos, causas infecciosas ou parasitárias.
- Teste de provação: não deverá ser realizado em casos de anafilaxia, podendo ocorrer em até 4 horas nos casos de reação mediada por IgE ou ocorrer horas ou dias após a provação em casos de reação não mediada por IgE. Em geral, este teste é realizado no próprio domicílio, após orientação profissional.



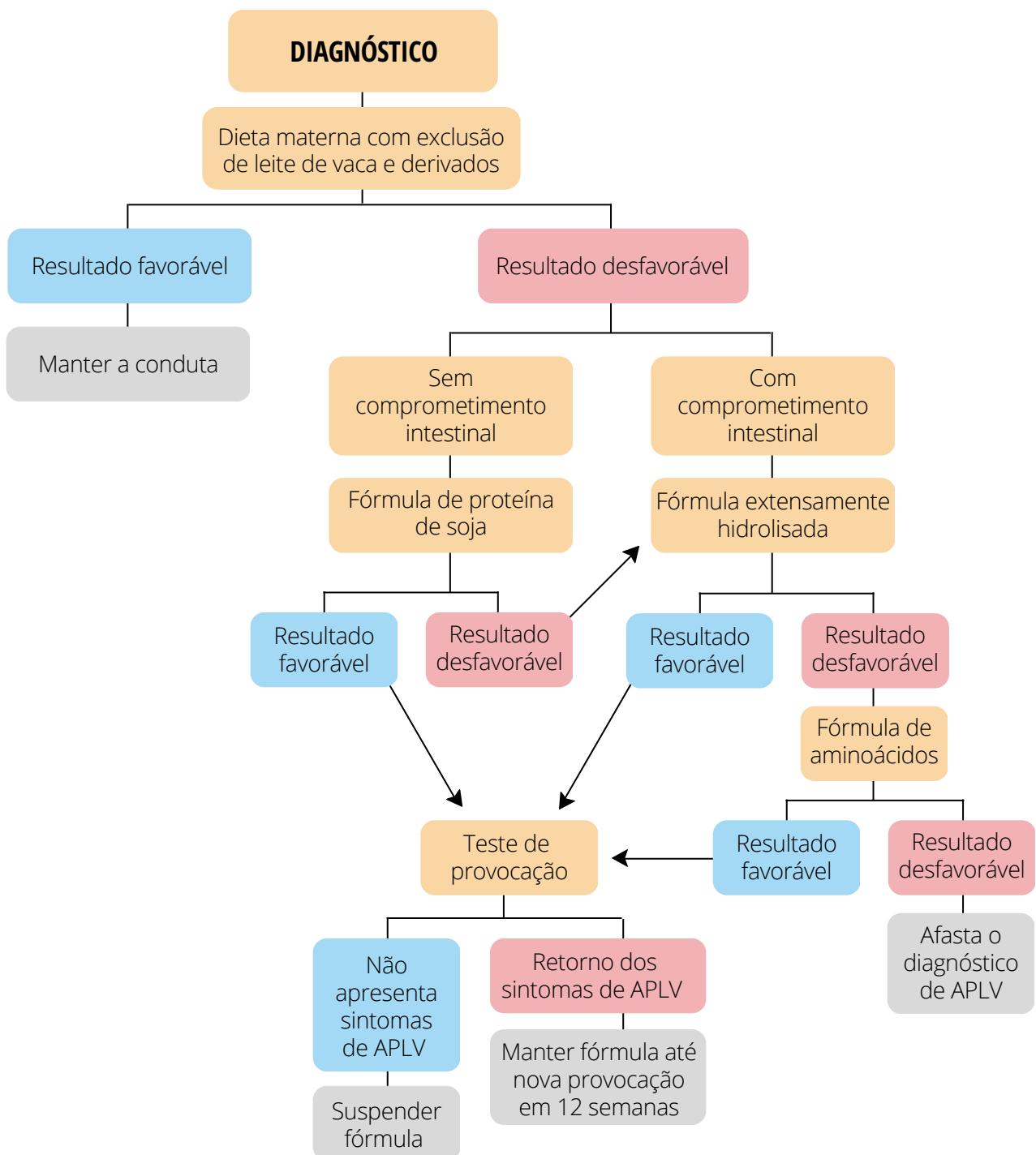
13.3.2 Protocolo de tratamento de APLV de acordo com a faixa etária

- Crianças em aleitamento materno: estimular a manutenção do aleitamento materno e orientar a dieta materna com restrição total de leite de vaca e derivados.
- Crianças alimentadas com fórmula à base de leite de vaca:
 - Crianças de 0-6 meses: fórmula extensamente hidrolisada (Algoritmo I);
 - Crianças de 6-12 meses (Algoritmo II):
 - Sem comprometimento intestinal: fórmulas de proteína isolada.
 - Com comprometimento intestinal: fórmula extensamente hidrolisada.
 - Crianças com mais de 12 meses e menos de 24 meses
 - Sem comprometimento intestinal e eutróficas: bebida à base de soja associada à refeição de sal;
 - Em situação de risco nutricional (definida como crianças abaixo do percentil 10 de peso para idade ou com descendente do traçado da curva do peso para idade após três pesagens sucessivas) utilizar fórmula de proteína isolada de soja em crianças sem comprometimento de trato digestivo, ou fórmula extensamente hidrolisada em crianças com envolvimento intestinal (Algoritmo III);
 - Crianças maiores de 24 meses: orientar refeição de sal não receberão fórmula específica para APLV.
- Após 12 semanas de tratamento com qualquer fórmula específica para o tratamento de APLV a criança que responder clinicamente deverá ser submetida a um Teste de Provocação. Caso não desenvolva os sintomas de APLV, deverá ser orientada à dieta com a qual se obteve sucesso terapêutico.
- A criança que, mesmo na vigência de fórmulas específicas para o tratamento de APLV, não responder favoravelmente em 12 semanas, será diagnosticada como portadora de alergia ao leite de vaca e o tratamento será suspenso.

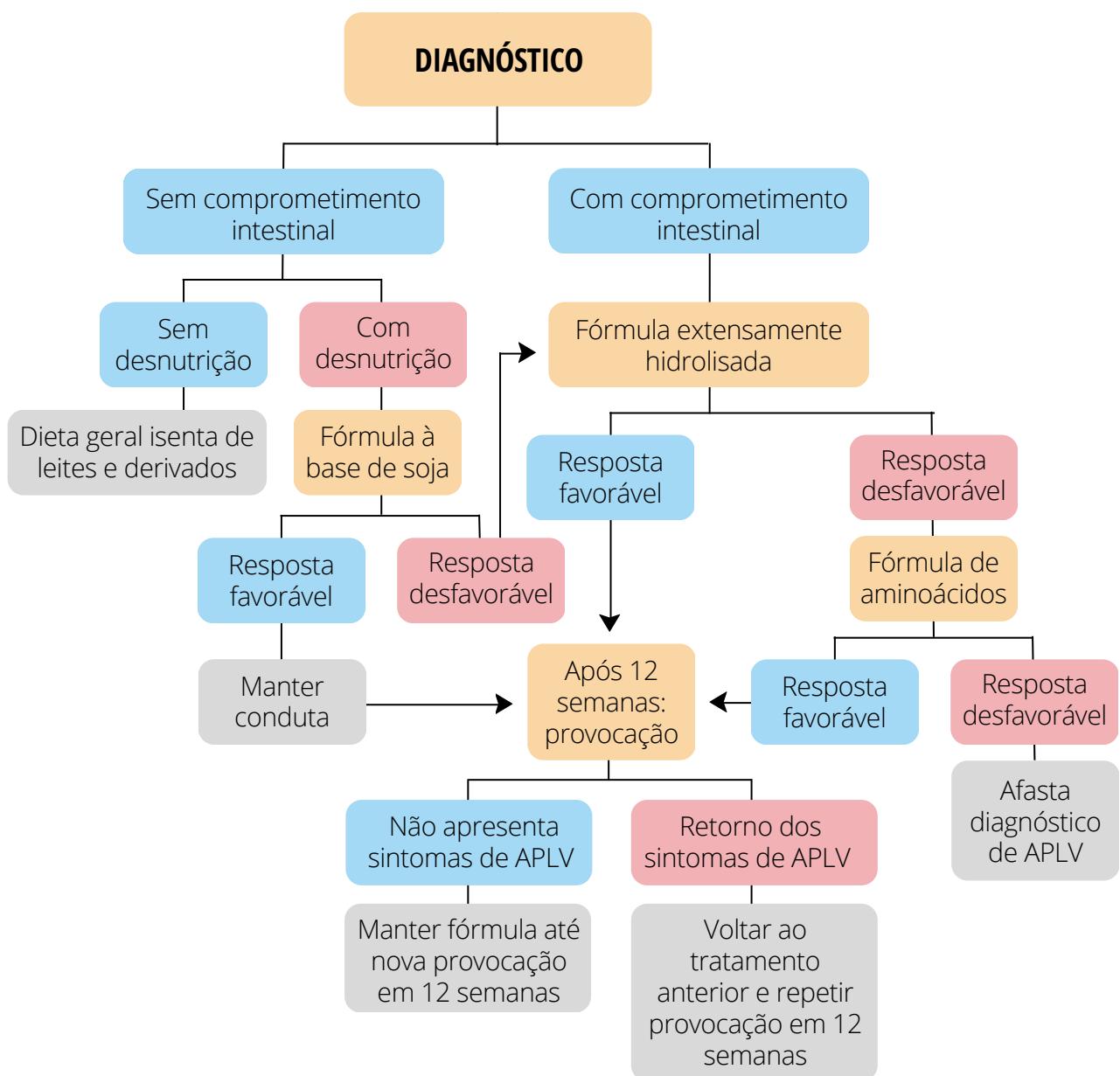
Algoritmo I - Crianças menores que 6 meses



Algoritmo II - Crianças entre 6 e 12 meses



Algoritmo III - Crianças crianças entre 12 e 24 meses



13.3.3 Critérios para liberação de fórmula extensamente hidrolisada

A Resolução SS-336 de 27/11/2007 do Governo do Estado de São Paulo aprovou o Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo.

CIDs contemplados:

- K21.0 - Doença de refluxo gastroesofágico com esofagite
- K21.9 - Doença de refluxo gastroesofágico sem esofagite
- L27.2 - Dermatite devida à ingestão de alimentos
- J45.0 - Afecções pápulo-descamativas em doenças classificadas em outra parte
- K52.2 - Gastroenterite e colite alérgicas ou ligadas à dieta
- K52.8 - Outras gastroenterites e colites especificadas, não-infecciosas
- K52.9 - Gastroenterite e colite não-infecciosas, não especificadas
- K90.8 - Outras formas de má-absorção intestinal
- K90.9 - Má-absorção intestinal, sem outra especificação
- T78.4 - Alergia não especificada

Quantidade máxima mensal de dispensação:

- 1 mês: 14 latas;
- 2 –3 meses: 15 latas;
- 4 –6 meses: 16 latas;
- 7 –9meses: 13 latas;
- 10 –11 meses: 10 latas;
- 12 –24 meses: 8 latas.

Importante

Idade: 0 a 24 meses

Diluição: 01 colher-medida (4,3g de pó) para cada 30mL de água.

Orientações para solicitação clique [aqui](#).

13.3.4 Orientações para solicitação de fórmula

Documentos necessários (da criança)

- Documento de Identidade;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Ficha de avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis

Ficha original, preenchida de forma completa e legível pelo médico responsável, disponível [aqui](#).

Atenção: no campo “Outros: Provocação”, mencionar a data da realização do teste de provocação, fórmula nutricional utilizada e resultados obtidos.

Prescrição de fórmula nutricional

Em duas vias, elaborada de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo volume (ml) e a frequência de consumo diário.

Cópia de exames (a critério do médico prescritor)

- Prick-test leite de vaca
- Prick-test soja
- RAST leite de vaca
- RAST alfa-lactoalbulina
- RAST beta-lactoglobulina
- RAST caseína
- RAST soja
- Sangue oculto nas fezes
- Alfa-1-antitripsina fecal
- Relação albumina/globulina
- Anatomopatológico de estômago, esôfago, duodeno e/ou reto.

Entrega de documentação

A família deverá levar toda a documentação quando estiver pronta na farmácia de alto custo da Farmácia de Alto Custo/DRS Rua Marechal Deodoro, 1112 (ao lado do HC – UE) .

Recomenda-se entrar em contato antes por telefone para esclarecimentos. – Fone: (16) 3602 2614 - Horário: 07:30-16:00.

=saúde bucal

14



Há grande variabilidade individual, considerada normal, na cronologia de erupção dos primeiros dentes chamados de “leite” ou decíduos. Alguns bebês já nascem com dentes (chamados neonatais) e outros ainda poderão ser totalmente desdentados até um ano de idade. Outro aspecto de normalidade que pode ser observado em bebês são cistos ou hematomas de erupção, que se caracterizam por manchas arroxeadas no rebordo alveolar (gengiva) previamente ao irrompimento dos dentes.

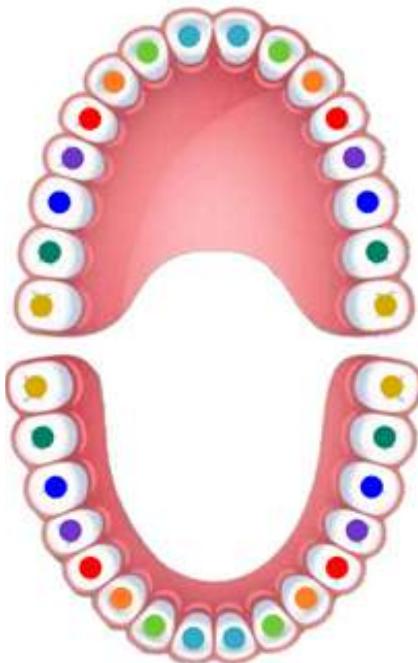
A língua do bebê deve ser avaliada em relação ao freio lingual e caso haja a detecção da necessidade de frenectomia deve ser encaminhado pela equipe multiprofissional de acordo com o fluxograma sugerido pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, que pode ser acessado clicando [aqui](#).

Dentição decidua

	ERUPÇÃO	PERDA
		
INCISIVOS CENTRAIS	8 a 12 meses	6 a 7 anos
INCISIVOS LATERAIS	9 a 13 meses	7 a 8 anos
CANINOS	16 a 22 meses	10 a 12 anos
PRIMEIRO MOLAR	13 a 19 meses	9 a 11 anos
SEGUNDO MOLAR	25 a 33 meses	10 a 12 anos
		
INCISIVOS CENTRAIS	6 a 10 meses	6 a 7 anos
INCISIVOS LATERAIS	10 a 16 meses	7 a 8 anos
CANINOS	17 a 23 meses	10 a 12 anos
PRIMEIRO MOLAR	8 a 12 meses	6 a 7 anos
SEGUNDO MOLAR	8 a 12 meses	6 a 7 anos

GUEDES-PINTO, A. C.
Odontopediatria. 9ª ed.
Barueri: Grupo GEN Santos
Editora, 2016.

Dentição permanente



ERUPÇÃO	
INCISIVOS CENTRAIS	7 a 8 anos
INCISIVOS LATERAIS	8 a 9 anos
CANINOS	11 a 12 anos
PRIMEIRO PRÉ-MOLAR	10 a 11 anos
SEGUNDO PRÉ-MOLAR	10 a 12 anos
PRIMEIRO MOLAR	6 a 7 anos
SEGUNDO MOLAR	12 a 13 anos
TERCEIRO MOLAR	17 a 21 anos

INCISIVOS CENTRAIS	6 a 7 anos
INCISIVOS LATERAIS	7 a 8 anos
CANINOS	9 a 10 anos
PRIMEIRO PRÉ-MOLAR	10 a 12 anos
SEGUNDO PRÉ-MOLAR	25 a 33 meses
PRIMEIRO MOLAR	16 a 22 meses
SEGUNDO MOLAR	13 a 19 meses
TERCEIRO MOLAR	25 a 33 meses

GUEDES-PINTO, A. C.
Odontopediatria. 9ª ed.
Barueri: Grupo GEN Santos
Editora, 2016.

O fato de picos febris ou diarreia não está diretamente relacionado com a erupção dos dentes de leite, como prediz a cultura popular, tais sintomas podem ser referentes ao hábito da criança levar a mão e objetos contaminados à boca por conta do desconforto nos rodetes gengivais durante esse período, porém é recomendado procurar um médico, pois tais acontecimentos podem estar relacionados a outro motivo para o adoecimento da criança.

Anestésicos tópicos podem ser indicados ocasionalmente para diminuir desconfortos da erupção dos dentes, porém devem ser evitados, pois poderão causar a anestesia da orofaringe, dificultando o reflexo de deglutição e o aumento do risco de aspiração.

A boca do bebê deve ser limpa, após cada mamada e/ou refeição com a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada. A partir da presença do primeiro dente decíduo, deve-se iniciar a higiene da boca com escova de dentes e creme dental friccionando cuidadosamente o dente, dando uma atenção especial para a

quantidade de creme dental, essa higienização deve ser realizada diariamente.

Alimentos com alto teor de açúcares devem ser evitados pois, além de servirem como precursores para aumento do risco de sobrepeso, obesidade e diabetes, estão diretamente relacionados com o quadro clínico de cárie de mamadeira, de difícil tratamento e controle, sempre que possível, após a alimentação, deve ser realizada a higienização da boca do bebê para evitar.

Hábitos de sucção de chupeta, dedo e mamadeira podem se manifestar durante essa fase de desenvolvimento da criança, contudo os pais ou responsável devem ser orientados quanto aos riscos de alteração no desenvolvimento da oclusão e do sistema estomatognático.

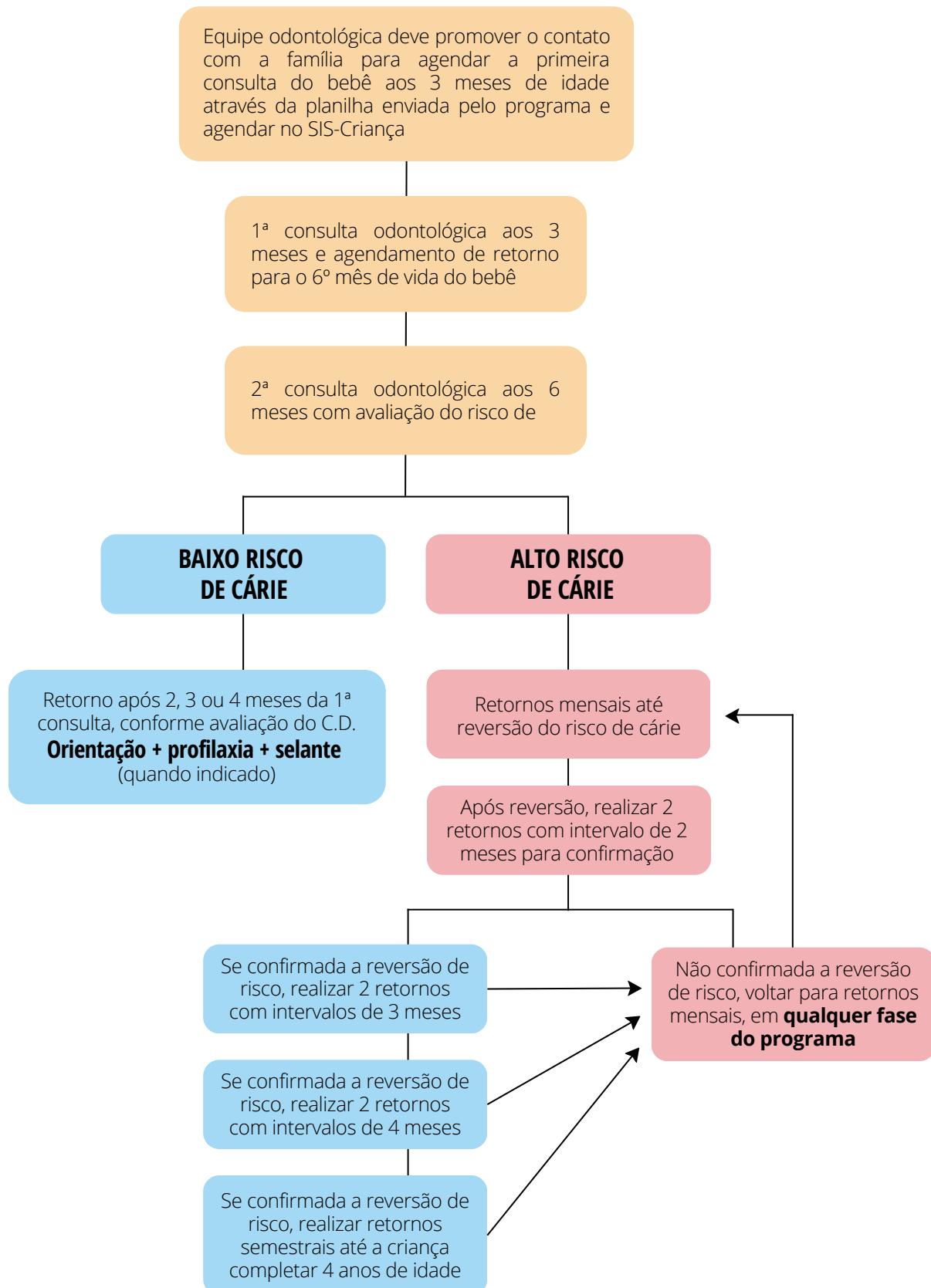
14.1 Programa Clínica do Bebê

A Clínica do Bebê deve ser oferecida às crianças de 3 meses a 3 anos e 11 meses de idade, tendo por objetivo possibilitar e auxiliar no desenvolvimento de crianças livres da doença cárie, além de orientar os responsáveis sobre prevenção e promoção da saúde bucal e geral do bebê e realizar procedimentos curativos.

A Odontologia para bebês é uma prática eficaz, simples e de baixo custo, que está fundamentada no conceito de atenção educativo-preventiva precoce. Inicia-se ainda na vida intrauterina, por meio de orientação às gestantes através do programa Meu Bem Querer em relação aos hábitos, costumes e cuidados com a própria alimentação, higiene oral e também de seu bebê.

Através do sistema de informação online (SIS-Criança) podem ser observados todos os bebês nascidos na área abrangente da unidade de saúde, cabe à equipe agendar o bebê para a primeira consulta odontológica aos três meses de idade no Hygia e no SIS-Criança. O compartilhamento das ações e informações odontológicas junto aos profissionais da enfermagem e medicina é muito importante e agrega significativo apoio às ações educativo-preventivas.

Fluxograma de Atendimento das crianças de 3 meses a 3 anos e 11 meses, pelo Programa Clínica do Bebê





problemas e alertas de saúde de crianças na era digital



15

Crianças em idades cada vez mais precoces têm tido acesso aos equipamentos de smartphones e notebooks, além dos computadores que são usados pelos pais, irmãos ou família em casa, nas creches, em escolas ou mesmo em quaisquer outros lugares como restaurantes, ônibus, carros sempre com o objetivo de fazer com que a “criança fique quietinha”. Isto é denominado de distração passiva, resultado da pressão pelo consumismo dos joguinhos e vídeos nas telas, e publicidade das indústrias de entretenimento, o que é muito diferente do brincar ativamente, um direito universal e temporal de todas as crianças e adolescentes, em fase do desenvolvimento cerebral e mental.

Os primeiros 1000 dias são importantes para o desenvolvimento cerebral e mental de qualquer criança, assim como os primeiros anos de vida, a idade escolar e durante toda a fase da adolescência. São diferentes estruturas e regiões cerebrais que amadurecem e não só a nutrição/oral, mas todos os circuitos sensoriais como o toque de prazer/apego, os estímulos do tato/aconchego, visuais/ luz, sons, olfato modelam a arquitetura e a função dos ciclos neurobiológicos para produção dos neurotransmissores e conexões sinápticas. Da mesma forma, o olhar e a presença da mãe/pai/família é vital e instintivo como fonte natural dos estímulos e cuidados do apego e que não podem ser substituídos por telas e tecnologias.

O desenvolvimento precoce da linguagem e das habilidades de comunicação são fundamentais para o desenvolvimento das habilidades cognitivas e sociais. O atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem é frequente em bebês que ficam passivamente expostos às telas, por períodos prolongados.

O estabelecimento das rotinas do dia/vigília e da noite/sono também é fundamental para a produção dos hormônios necessários ao crescimento harmonioso, corporal e mental. Transtornos de sono são cada vez mais frequentes e associados aos transtornos mentais precoces em crianças e adolescentes.

Importante ainda considerar que o tempo de maturação do córtex pré-frontal, responsável pelas funções cognitivas e executivas do controle dos impulsos, julgamento, resolução de problemas, atenção, inibição, memória, tomada de decisões é assíncrono em relação ao sistema límbico que é estimulado por emoções. Este descompasso entre o córtex pré-frontal e o sistema límbico é intensificado no início da puberdade entre os 10-12 anos até os anos seguintes, em torno de 25-30 anos. Daí os comportamentos típicos dos adolescentes, não só de curiosidade e impulsividade, mas quando arriscam seus próprios limites, inclusive durante a participação nos jogos de videogames, desafios virtuais, selfies em locais extremos e inseguros ou nas redes sociais.

O uso da Internet e as gratificações significativas, por pontos ou “likes”, recebidas por estes comportamentos nos jogos ou redes perpassam pelos mecanismos de recompensa e da produção do neurotransmissor dopamina. Muitos comportamentos se tornam impulsivos e automáticos aliviando episódios recentes de tédio, estresse ou depressão. Assim, algo que começou como uma distração na tela ou simples experimentação do objeto de consumo, como um jogo de videogame, estimulado pelas indústrias de entretenimento, passa a ser uma solução rápida para desaparecerem sentimentos perturbadores e emoções difíceis com as quais as crianças e adolescentes ainda não aprenderam a lidar. A dependência dos jogos, inclusive com teor violento, mas que trazem desafios e recompensas, impede que enfrentem os problemas que contribuíram com este estresse tóxico e a liberação do cortisol, criando um ciclo vicioso de ansiedade e depressão.

O brilho das telas, devido à faixa de onda de luz azul presente na maioria das telas contribui para o bloqueio da melatonina e para a prevalência cada vez maior das dificuldades de dormir e manter uma boa qualidade de sono à noite na fase de sono profundo, com aumento de pesadelos e terrores noturnos. Ao acordar, aumento da sonolência diurna, problemas de memória e concentração durante o aprendizado

com diminuição do rendimento escolar e a associação com sintomas dos transtornos do déficit de atenção e hiperatividade.

Existe também o aumento do estresse pelo uso indiscriminado de fones de ouvido em volumes acima do tolerável e podendo causar trauma acústico e perda auditiva induzida pelo ruído, irreversível.

Portanto, o desenvolvimento cerebral e mental é bastante dinâmico e complexo por perpassar as emoções e as reações de medo ou causadoras de ansiedade e depressão, em associação ao que acontece no contexto familiar, social ou cultural naquele momento, e por isso mesmo também, as influências e os vários vácuos afetivos que a mídia exerce.

Principais problemas médicos e alertas de saúde de crianças e adolescentes na era digital:

- Dependência Digital e Uso Problemático das Mídias Interativas;
- Problemas de saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão;
- Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade;
- Transtornos do sono;
- Transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia;
- Sedentarismo e falta da prática de exercícios;
- Bullying & cyberbullying;
- Transtornos da imagem corporal e da auto-estima;
- Riscos da sexualidade, nudez, sexting, sextorsão, abuso sexual, estupro virtual;

-
- Comportamentos auto-lesivos, indução e riscos de suicídio;
 - Aumento da violência, abusos e fatalidades;
 - Problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador;
 - Problemas auditivos e perda auditiva induzida pelo ruído;
 - Transtornos posturais e músculo-esqueléticos;
 - Uso de nicotina, vaping, bebidas alcoólicas, maconha, anabolizantes e outras drogas.

A Sociedade Brasileira de Pediatria ORIENTA:

- Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade (nem passivamente);
- Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/ responsáveis;
- Crianças com idades entre 6 e 10 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1-2 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis;
- Adolescentes com idades entre 11 e 18 anos, limitar o tempo de telas e jogos de videogames a 2-3 horas/dia, e nunca deixar “virar a noite” jogando;
- Não permitir que as crianças e adolescentes fiquem isolados nos quartos com televisão, computador, tablet, celular, smartphones ou com uso de webcam; estimular o uso nos locais comuns da casa;
- Para todas as idades: nada de telas durante as refeições e desconectar 1-2 horas antes de dormir;

-
- Oferecer alternativas para atividades esportivas, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a natureza, sempre com supervisão responsável;
 - Nunca postar fotos de crianças e adolescentes em redes sociais públicas, por quaisquer motivos;
 - Criar regras saudáveis para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além das regras de segurança, senhas e filtros apropriados para toda família, incluindo momentos de desconexão e mais convivência familiar;
 - Encontros com desconhecidos online ou off-line devem ser evitados, saber com quem e onde seu filho está, e o que está jogando ou sobre conteúdos de risco transmitidos (mensagens, vídeos ou webcam), é responsabilidade legal dos pais/cuidadores. Estimular a mediação parental das famílias e a alfabetização digital nas escolas com regras éticas de convivência e respeito em todas as idades e situações culturais, para o uso seguro e saudável das tecnologias;
 - Conteúdos ou vídeos com teor de violência, abusos, exploração sexual, nudez, pornografia ou produções inadequadas e danosas ao desenvolvimento cerebral e mental de crianças e adolescentes, postados por cyber criminosos devem ser denunciados e retirados pelas empresas de entretenimento ou publicidade responsáveis;
 - Identificar, avaliar e diagnosticar o uso inadequado precoce, excessivo, prolongado, problemático ou tóxico de crianças e adolescentes para tratamento e intervenções imediatas e prevenção da epidemia de transtornos físicos, mentais e comportamentais associados ao uso problemático e à dependência digital.

sugestões de
conteúdo
programático para
grupos



16

Conteúdo programático para grupos educativos de gestantes e puericultura:

Grupos de 0 a 6 meses

- Amamentação – importância do aleitamento exclusivo, problemas comuns e suas soluções (fissuras, mamas “empedradas”, posição para amamentar, uso de medicamentos, medo do leite insuficiente/fraco, mitos, etc);
- Aleitamento artificial – orientar a mãe, ajudá-la e não culpá-la no caso de insucesso do aleitamento materno exclusivo, ou de aleitamento misto (complementação, se trabalha fora, por exemplo), dar “dicas” eficazes de preparo adequado do leite sem contaminação, extração e conservação do leite materno e uso de copinhos.
- Cólicas do bebê – são temporárias (1º trimestre), são aliviadas por massagens, melhoram com aleitamento materno exclusivo, evitar chás com açúcar (maior fermentação e gases) e medicações sem prescrição;
- Problemas dermatológicos – cuidados higiênicos, como prevenir assaduras, o banho, cuidados com as fraldas (evitar sabão em pó, alvejantes e amaciante), destacar cuidados de higiene com os genitais;
- Pressões sociais – evitar o desmame precoce, principalmente em primigestas e adolescentes;
- “Exame do pezinho” – explicar do que se trata, e sua importância;
- Vacinação – mostrar o quanto é importante estar com a carteirinha em dia, e alertar quantas doenças podem ser evitadas com as vacinas;

-
- Ganho de peso – melhor padrão de saúde do bebê, mostrar o esperado para a idade e esclarecer padrão individual;
 - Relação mãe/filho: banho com a mãe, momentos de massagem, cuidados físicos e emocionais, valorização do tempo disponível com a criança;
 - Prevenção de acidentes;
 - Ciúme do irmão mais velho: como tratar as reações de infantilização, verbalização da rejeição;
 - Manobras alternativas: shantala, massagem terapêutica, musicoterapia e toque terapêutico;
 - Estimulação neuropsicomotora;
 - Autocuidado da mãe: estética, conforto, sexualidade, organização do tempo;
 - Planejamento familiar;
 - Direitos da criança;
 - Relação familiar: pai/mãe/filho. Distribuição das atribuições da família nos cuidados com o bebê e nos afazeres domésticos.

Grupos de 7 a 9 meses

- Alimentação - Orientação para adequada introdução alimentar: grupos alimentares, preparo das papas, quantidades oferecidas, consistência, aceitação dos bebês, progressão da quantidade e consistência ao longo dos meses, alimentação da família;

-
- Importância da avaliação nutricional – por que seguir o peso e comprimento da criança, estimular a mãe a manter seu bebê eutrófico (menor risco de doenças, melhor desenvolvimento físico e intelectual);
 - Desenvolvimento – identificar a percepção da família em relação à criança, e orientar como estimular a criança, importância do “alimento afetivo” para o bom desenvolvimento integral da criança, destacar as conquistas realizadas pela mesma;
 - Doenças diarreicas – quais são suas consequências nesse grupo etário (desnutrição, morbidades, morte e desidratação), correlacionar com hábitos higiênicos pessoais/alimentares e domiciliares, destino do lixo e esgotos, importância de água tratada, do aleitamento materno, alimentos adequados, uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) e quando procurar ajuda;
 - Doenças respiratórias – quando e como saber se é um simples resfriado ou uma afecção mais séria, aspectos ambientais (fumaça ou poeira da rua), estações do ano, aspectos domiciliares (insolação, ventilação, temperatura, umidade), tabagistas em casa e o perigo do fumo passivo, alergias respiratórias (animais, acúmulo de pó em brinquedos, tapetes, cortinas), orientar sinais de alerta como respiração rápida, tiragem e ruídos respiratórios, orientar cuidados profiláticos de aumento do aporte hídrico, vaporização, tapotagem, limpeza nasal, fracionamento da dieta e controle da temperatura.
 - Febre – o que é, como manejar e quais os sinais de alarme: convulsão, petequias e prostração.

Grupos de 10 a 24 meses

- Crescimento e desenvolvimento – como estimular a criança, aspectos peculiares do desenvolvimento emocional.

nal, a “angústia” normal dos 8 meses (o bebê “estranya” outras pessoas), brinca de esconder;

- Avaliação nutricional – como está a curva de crescimento de cada participante, o que atrapalhou, correlacionar com morbidades e desmame/mudanças na alimentação e propor soluções;
- Alimentação – Orientação para adequada introdução alimentar: grupos alimentares, preparo das papas, quantidades oferecidas, consistência, aceitação dos bebês, progressão da quantidade e consistência ao longo dos meses, alimentação da família; O leite ainda é o principal alimento até os 12 meses de idade. Após 12 meses oferecimento da alimentação da casa.
- Cuidados com os dentes – mostrar que a dentição decídua é tão importante quanto a permanente, limpeza após as mamadas e após as refeições, uso prolongado da chupeta, mamadas noturnas e seus riscos (aspiração e cáries);
- Prevenção de acidentes – quedas, queimaduras, irmãozinhos maiores, intoxicações/envenenamentos, riscos que o bebê corre ao engatinhar, evitar andador, com quem deixar a criança, riscos de transporte (cadeirinha do carro, carrinhos de passeio), riscos da exposição excessiva ao sol;
- Importância do exemplo dos pais – diálogo, contar histórias, brincar com as crianças, ensinar habilidades, valorizar as conquistas, evitar comparar com os outros primos ou vizinhos, construir brinquedos com sucata, bons hábitos alimentares.

Observações

- Convidar o pai e outros familiares para participarem dos grupos;

- Os grupos educativos devem ser coordenados por profissional de nível superior;
- Os grupos educativos podem se constituir, também, em espaço de educação continuada com a equipe de saúde;
- Podem ser utilizados vídeos e outros recursos audiovisuais nos grupos;
- Dependendo da área física destinada ao grupo, podem ser organizadas oficinas culinárias para preparo de papas, trocas de receitas, etc.;
- Pode ser interessante manter um painel no consultório e em outro local da unidade de saúde com alternativas criativas dadas pelas famílias no cuidado das crianças (receitas boas e baratas, alternativas para proteger a criança, construção de brinquedo). Vale também buscar ocupar os espaços públicos da região, adaptando-os para a utilização das crianças.

Contribuição da equipe multiprofissional nos grupos educativos

ACS	TÉCNICO/ AUXILIAR	ENFERMEIRO	MÉDICO	DENTISTA
O que é a Estratégia Saúde da Família	Incentivo ao Aleitamento Materno	Incentivo ao Aleitamento Materno	Incentivo ao Aleitamento Materno	Incentivo ao Aleitamento Materno
Como funciona o trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família	Evitar açúcar (início mínimo com 2 anos de idade)	Cuidados iniciais com o recém-nascido, de maneira segura.	Cuidados iniciais com o recém-nascido, de maneira segura.	Contraindicar o uso de mamadeiras e chupetas, e orientar acerca dos malefícios
O que é o cadastro da família e qual seu objetivo	Manter puericultura	Alimentação saudável e adequada a cada idade	Alimentação saudável e adequada a cada idade	Higienização oral após as mamadas

O que são as visitas do ACS, qual o objetivo e periodicidade	Vacinação de rotina	Crescimento e Desenvolvimento habituais	Crescimento e Desenvolvimento habituais	Alerta sobre os malefícios do açúcar
O que o ACS pergunta, observa e orienta durante a visita domiciliar	Higiene e cuidados de rotina	Vacinação Higiene e cuidados de rotina Atividade física e exposição ao sol Prevenção de acidadentes e violência Sinais de alerta	Vacinação Higiene e cuidados de rotina Atividade física e exposição ao sol Prevenção de acidadentes e violência Sinais de alerta	Alimentos saudáveis Escovação após o nascimento dos dentes Relação entre dentição decídua e dentição permanente saudáveis

Ressalta-se que a participação da equipe multiprofissional enriquece as discussões e amplia o olhar da abordagem, na educação em saúde. Neste sentido, incentiva-se a inserção das diferentes categorias profissionais, nos grupos educativos, não se restringindo apenas às mencinadas no quadro acima.



prevenção de acidentes domésticos e de transporte



17

No quadro abaixo os espaços destacados por faixa etária indicam as possibilidades de ocorrência de acidentes domésticos de maior frequência. As faixas etárias marcadas de forma mais intensa representam maior probabilidade de ocorrência de acidente.

TIPOS DE ACIDENTES	PREVENÇÃO	0 A 6 MESES	6M A 1 ANOS	1 A 2 ANOS	2 A 4 ANOS	4 A 8 ANOS	6 A 10 ANOS
SUFOCAÇÃO	Nunca use talco; ajuste o colchão com cuidado para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros						
	Evite o contato da criança com peças pequenas (clipes, botões, agulhas, moedas, anéis, brincos, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos). Utilize brinquedos grandes e inquebráveis, respeitando a faixa etária indicada pelo Inmetro.						
	Afaste a criança, de papéis de bala, sacos plásticos, cordões e fios.						
QUEDAS	Proteja o berço e o cercado com grades altas, com no máximo 6 cm entre elas; não deixe a criança sozinha em cima de móveis, nem sob os cuidados de outra criança.						
	Coloque redes de proteção ou grades nas janelas que possam ser abertas; Coloque barreira de proteção nas escadas e janelas; proteja os cantos dos móveis.						
	Nunca deixe a criança brincar em lajes que não tenham grades de proteção.						

TIPOS DE ACIDENTES	PREVENÇÃO	0 A 6 MESES	6M A 1 ANOS	1 A 2 ANOS	2 A 4 ANOS	4 A 8 ANOS	6 A 10 ANOS
QUEDAS	Certifique-se de que o tanque de lavar roupas e pias (lavatórios) estão bem fixos, para evitar que caiam e machuquem a criança, caso elas se pendurem ou se apõem neles.						
	A criança deve usar equipamento de proteção ao andar de bicicleta, patins e skate, e não circular em ruas que transitam veículos.						
ENVENENAMENTO	Nunca dê à criança remédio que não tenha sido receitado pelo médico. Nunca deixe a criança com acesso ao local dos medicamentos, todos devem ser administrados por um adulto.						
INTOXICAÇÃO	Mantenha produtos de limpeza (água sanitária, detergente) e/ou medicamentos fora de alcance da criança, colocando-os em locais altos e trancados. Evite o acesso a produtos como venenos (para ratos, formigas, mosquitos, moscas) e produtos inflamáveis (álcool e removedor de esmalte).						
QUEIMADURAS E CHOQUE ELÉTRICO	No banho, verifique a temperatura da água (ideal 37°C); Não fume enquanto estiver com a criança no colo.						
	Não deixe a criança soltar pipa (papagaio, arraia) em locais onde há fios elétricos, devido ao risco de choque na rede de alta tensão.						

TIPOS DE ACIDENTES	PREVENÇÃO	0 A 6 MESES	6M A 1 ANOS	1 A 2 ANOS	2 A 4 ANOS	4 A 8 ANOS	6 A 10 ANOS
QUEIMADURAS E CHOQUE ELÉTRICO	Cerque o fogão com uma grade; use as bocas de trás; deixe os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão; mantenha a criança longe do fogo, do aquecedor e do ferro elétrico. Não deixe chá/café recém preparados sobre mesas com toalhas que a criança possa puxar e o líquido cair sobre ela.						
	Crianças não devem brincar com fogo; evite que usem fósforo e álcool; mantenha-as longe de arma de fogo.						
	Não deixe a criança brincar com fogueiras e fogos de artifício (bombinha, produtos inflamáveis, fósforo, etc.)						
	Coloque protetores nas tomadas; evite fios elétricos soltos e ao alcance das crianças.						
AFOGAMENTO	A criança não deve ficar sozinha perto de baldes, tanques, vasos, cacimbas, poços e piscinas.						
	Ensine a criança a nadar. Mesmo que elas saibam nadar não é seguro deixá-las sozinhas em piscinas, lagos, rios açude e especialmente o mar.						
ACIDENTES NO TRÂNSITO	A criança nesta idade deve ser transportada no bebê conforto ou conversível – cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante (CTB)						

TIPOS DE ACIDENTES	PREVENÇÃO	0 A 6 MESES	6M A 1 ANOS	1 A 2 ANOS	2 A 4 ANOS	4 A 8 ANOS	6 A 10 ANOS
ACIDENTES NO TRÂNSITO	A criança nesta fase deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para a frente, corretamente instalada, conforme orientação do fabricante. (CTB)						
	A criança deve usar os assentos de elevação (boosters), com cinto de segurança de três pontos, e ser conduzido sempre no banco traseiro. (CTB)						
	A criança após os 7 anos e meio, pode usar apenas o cinto de segurança de três pontos, no banco de trás do carro. Só é permitido, por lei, sentar no banco da frente a partir dos 10 anos e com cinto de segurança (CTB)						
ATROPELAMENTO	Segure a criança pelo pulso, em locais com trânsito de veículos, evitando assim, que ela se solte e corra em direção à rua, estrada, avenida e rodovia.						
	Escolha lugares seguros para as brincadeiras (parques, praças, ciclovias, etc.). Não permita que a criança brinque e/ou corra em locais com trânsito de veículos, inclusive garagens e estacionamentos.						
	Em brincadeiras utilizando patins, skate, bicicleta, patinete, carrinho de rolimã a criança deve usar equipamento de proteção, e não circular em ruas que transitam veículos.						
	Oriente a criança das normas de trânsito.						



AEHLER, B. PALS - **Pediatric Advanced Life Support: study guide.**
4th Ed. Burlington: Jones & Bartlett Learing, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica à Saúde da Criança – Texto de Apoio para o Agente Comunitário de Saúde.** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades - referência para mulheres que não podem amamentar.** Brasília; Ministério da Saúde, 2005, 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 20) (Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Carências e micronutrientes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.** Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para Profissionais da Saúde.** Volume 1: Cuidados Gerais. 1º Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas Mais Comuns na Atenção Básica.** Cadernos de Atenção Básica, nº 28; volume II; 1º edição; 3º reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina**. Brasília: Editora MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Anemia por deficiência de ferro**. Portaria SAS/MS nº 1.247, de 10 de novembro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 10 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Volume 2: intervenções comuns, icterícia e infecções 2º. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Volume 3: problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. 2º. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Volume 4: cuidados com o recém-nascido pré-termo. 2º. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Cadernos de Atenção Básica, nº 33; 2º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal Biológica - Deficiência de Biotinidase.** 1º edição. Brasília-DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal Biológica - Hiperplasia Adrenal Congênita.** 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal Biológica - Manual Técnico.** 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez Passos para uma Alimentação Saudável. **Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos: Um Guia para Profissionais da Saúde na Atenção Básica.** Cadernos de Atenção Básica, 2º edição; 3º reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: AIDPI Criança 2 meses a 5 anos.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota Técnica nº 35/2018, de 01 de março de 2018. Anquiloglossia em recém-nascidos.** Diário Oficial, 1 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança: menina.** Passaporte da Cidadania. 3ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança: menino.** Passaporte da Cidadania. 3ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças diarréicas agudas.** Ministério da Saúde. Brasília, 20 de dezembro de 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Módulo 1: Saúde da Mulher. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>>. Acesso em 23 dez. 2022.

DEMAYER, E. **Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care: a guide for health administrators and programme managers.** Geneva: WHO, 1989.

FERNANDES, T. F.; SANTOS, R. C. **Suplementos vitamínicos e minerais.** In: Puericultura Passo a Passo. São Paulo: Atheneu; 2018. p. 80-4.

FERNANDES, T. F. **Deficiência de vitaminas e minerais.** In: Pediatria ambulatorial: da teoria à prática. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 227-335.

GEORGIEFF, M. K. **Iron deficiency in pregnancy.** Am J Obstet Gynecol., v. 223, n. 4, p. 516-24, 2020.

GONDIM, R. M. F.; MUÑIZ, D. R.; PETRI, V. **Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais.** Anais Brasileiros de Dermatologia., v. 86, n. 3, p. 527-36, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000300015>>. Acesso em: set. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática** [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v.

HOLICK, M.F. **The vitamin D deficiency pandemic: approaches for diagnosis, treatment and prevention.** Rev Endocr Metab Disord., n. 18, p. 153-65, 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for calcium and vitamin D.** Washington: National Academies Press, 2011. Disponível em: < <https://nap.nationalacademies.org/catalog/13050/dietary-reference-intakes-for-calcium-and-vitamin-d>>. Acesso em 10 dez. 2022.

KRAMER, LI. **Advancement of dermal icterus in the jaundiced newborn.** AmJ Dis Child., v. 118, n. 3, p. 454-8, 1969.

KUSARI, A.; HAN, A. M.; VIRGEN, C. A.; MATIZ, C.; RASMUSSEN, M.; FRIEDLANDER, S. F.; et al. **Evidence-based skin care in preterm infants.** Pediatr Dermatol., v. 36, n. 1, p. 16-23, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/pde.13725>>. Acesso em 23 dez. 2022.

LEITE, A. M.; CASTRAL, T. C.; SCOCHI, C. G. S. **Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos?** Rev Bras Enf [online], v. 59, n. 4, p. 538-42, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400012>>. Acesso em 23 dez. 2022.

MACCARTHY, EK, KIELY, ME. **The neonatal period: A missed opportunity for the prevention of iron deficiency and its associated neurological consequences?** British Nutrition Foundation. Nutr Bull., v. 44, n. 4, p. 309-19, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nbu.12407>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MAEDA, S. S.; BORBA, V. Z. C.; CAMARGO, M. B. R.; SILVA, D. M. W. J. L. C. B.; BORGES, J. L. C.; BANDEIRA, F.; LAZARETTI-CASTRO, M. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminação D.** Arq Bras Endocrinol Metab., v. 58, n. 5, p. 411-33, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0004-2730000003388>>. Acesso em 15 dez. 2022.

MANTADAKIS, E.C; CHATZMICHAEL, E; ZIKIDOU, P. **Iron Deficiency Anemia in Children Residing in High and Low-Income Countries: Risk Factors, Prevention, Diagnosis and Therapy.** *Mediterr J Hematol Infect Dis.*, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7340216/pdf/mjhid-12-1-e2020041.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

MISRA, M.; PACAUD, D.; PETRYK, A.; COLLETT-SOLBERG, P.F.; KAPPY, M. Drug and Therapeutics Committee of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. **Vitamin deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations.** *Pediatrics*, v. 122, n. 2, p. 398-417, 2008.

MUNNS, C.F.; SHAW, N.; KIELY, M.; SPECKER, B. L.; THACHER, T. D.; OZONO, K., et al. **Global consensus recommendations on prevention and management of nutritional rickets.** *J Clin Endocrinol Metab.*, v. 101, n. 2, p. 394-415, 2016.

OMS - Organización Mundial de la Salud. Série informes técnicos. **Anemia nutricionales: informe de um grupo de expertos en nutricion de la OMS.** Geneva: OMS; 1972.

OSÓRIO, M. M. **Fatores determinantes da anemia em crianças.** *J Pediatr*, v. 78, n. 4; p. 269-278, 2002.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal. Fundação Municipal de Saúde. Saúde da Família. **Protocolo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de baixo risco na atenção primária à saúde – 2^a. versão.** Ponta Grossa: Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, 2022. 109 p.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. **Manual Técnico do Programa Floresce Uma Vida,** Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2021, 39 p.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. **Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno.** Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 116 p.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Departamento de Planejamento em Saúde. Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente. **Protocolo de atenção integral à saúde da criança e do adolescente: alimentação e nutrição.** Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022. 67 p.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Programa Municipal de IST/AIDS, Tuberculose e Hepatites Virais. **Protocolo de seguimento das crianças expostas à sífilis e com sífilis congênita.** Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022. 4 p. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1272202212.pdf>>. Acesso em: dez. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Programa Crescendo com Saúde.** Curitiba: Prefeitura, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Protocolos de atenção integral à saúde da criança e adolescente.** BH Viva criança. Minas Gerais: Prefeitura, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Protocolos de atenção integral à saúde da criança na atenção básica no Programa de Saúde da família.** 3^a ed. São Paulo: Prefeitura, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Vulnerabilidades na Criança e no Adolescente - Fluxograma para melhoria à Criança.** Programa Capital Criança. Santa Catarina: Prefeitura, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RIBEIRÃO PRETO. **Protocolo de atenção à saúde da criança.** São Paulo: Prefeitura, 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. **Resolução SS nº 336, de 11 de novembro de 2017.** Saúde da criança e do adolescente. Diário Oficial: Seção I, 27 nov. 2017.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Área Técnica de Saúde da Criança. Atenção à Saúde da Criança. **Capítulo 2: A atenção à saúde da criança no Espírito Santo,** 2017. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 22.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA. **Protocolo de saúde de puericultura.** Paraná: Prefeitura, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR).** São Paulo: SBP, 2011. Disponível em: <http://sbp.com.br/pdfs/diretrizes_manejo_infec_vsr_versao_final1.pdf>. Acesso em nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Deficiência de vitamina D em crianças e adolescentes.** Documentos Científicos. Rio de Janeiro: SBP, 2014. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/vitamina_d_dcnutrologia2014-2.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Segurança da Criança e do Adolescente.** Belo Horizonte: SBP, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de orientação: saúde de crianças e adolescentes na era digital.** Rio de Janeiro: SBP, 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166dM_Orient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Hipovitaminose D em pediatria: recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção.** Departamento Científico de Endocrinologia e Metabologia. Guia Prático de Atualização. v. 1, p. 11, 2016.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). Departamentos Científicos SPSP, gestão 2016-2019. **Vitamina D e Osteoporose.** Recomendações: Atualização e Condutas em Pediatria. Guia Prático de Atualização. SPSP, n. 80, p. 11-4, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de nutrologia e hematologia-hemoterapia. **Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia, 2018. 13p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de orientação: #MENOS TELAS #MAIS SAÚDE.** Rio de Janeiro: SBP, 2019. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/menos-telas-mais-saude/>>. Acesso em: 23 dez. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Atualização sobre os Cuidados com a Pele do Recém-Nascido.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: SBP, n. 1, 12 p., 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22978c-DocCient-Atualiz_sobre_Cuidados_Pele_do_RN.pdf>. Acesso em 23 de dezembro de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamentos de Nutrologia e Hematologia. **Consenso sobre anemia ferropriva - Atualização: Destaques,** 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23172c-Diretrizes-Consenso_sobre_Anemia_Ferropriva.pdf>. Acesso em: dez. 2022.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; KOBINGER, M. E. B. A.; SAITO, M. I. BOURROUL, M. L. M. ZUCCOLOTTO, S. M. C. **Pediatria em Consultório.** 4^a Ed. São Paulo: Editora Savier, 2000. 794 p.

THORISDOTTIR, A.V., RAMEL A., PALSSON, G.I., TOMASSON, H., THORSDOTTIR, I. **Iron status of one-year-olds and association with breast milk, cow's milk or formula in late infancy.** Eur J Nutr., v. 52, p. 1661-8, 2013.

TOMA, T. S.; VENANCIO, S. I.; MARTINS, P. N.; SATO, H. K. **Uso profilático de palivizumabe na prevenção de infecção pelo vírus sincicial respiratório em crianças de alto risco.** Boletim do Instituto de Saúde (BIS), v. 14, n. 2, p. 213–220, 2013. Disponível em:< <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34135>>. Acesso em: 23 dez. 2022.

HAZELBAKER, U. N. C. **Assessment for Lingual Frenulum Function.** Disponível em: https://www.med.unc.edu/pediatrics/education/current-residents/rotation-information/newborn-nursery/hazelbaker_frenum.pdf. Acesso em 23 de dezembro de 2022.

WELFORT, V.R.; SARNI, R.O.; OLIVEIRA, F.L.; ROCHA, H.F. **Alimentação do lactente.** In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual da alimentação: da infância à adolescência. 4^a ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2018. p. 13-49.

World Health Organization (WHO). **Guideline: daily iron supplementation in infants and children.** Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204712/9789241549523_eng.pdf>. Acesso dez. 2022.

World Health Organization (WHO). **Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control.** Geneve: Word Health Organization; 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259425/9789241513067-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso dez. 2022.

ANEXO I

DADOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRO DO RN NO SIS-CRIANÇA

Local de Nascimento:

DNV:

Unidade de Saúde que pertencerá o RN:

RN de:

Registro Mãe Hospital: Leito: Registro RN Hospital:

Hygia da mãe:

Data Nascimento Mãe: Idade: Escolaridade:

Situação Conjugal:

Consultas de PN: Gestação: Parto Normal: Aborto: 00 Cesárea:

Sorologias: HIV: Sífilis: Hepat.B.: Hepat.C.: Toxoplasmose:

Endereço: Nº. Complemento:

Telefone:

Hygia RN: Data Nascimento RN: Hora: Tipo Parto:

Sexo: I.G.:

Peso em gr: Comprimento: PC: PT: Apgar 1: Apgar 5:

Data da Alta: Peso da alta em gr.:

Observações

Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)™

Por favor, responda as questões abaixo sobre a sua filha. Pense em como ela geralmente se comporta. Se você viu a sua filha apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, a sua filha olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, a sua filha olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se a sua filha pode ser surda?	Sim	Não
3	A sua filha brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	A sua filha gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	A sua filha faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	A sua filha aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	A sua filha aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	A sua filha se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, sua filha olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	A sua filha traz coisas para mostrar para você ou assegura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	A sua filha responde quando você a chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ela olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você a chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para a sua filha, ela sorri de volta para você?	Sim	Não
12	A sua filha fica muito incomodada com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, sua filha grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	A sua filha anda?	Sim	Não
14	A sua filha olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ela, ou vestindo uma roupa dela?	Sim	Não
15	A sua filha tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ela repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, a sua filha olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	A sua filha tenta fazer você olhar para ela? (POR EXEMPLO, a sua filha olha para você para ser elogiada/aplaudida, ou diz: "olha mãe!" ou "óh mãe!")	Sim	Não
18	A sua filha comprehende quando você pede para ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, a sua filha entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, a sua filha olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	A sua filha gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Sim	Não

Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)™.
Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.



UNIDADE: USF EUGÊNIO MENDES LOPES

Enderéço: Avenida Ivo Pareschi, 1300 - Jardim Uegênio Mendes Lopes, Ribeirão Preto - SP
CNES: 5545099 Telefone: (16) 3639-5617

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

CNS:

Uso interno:

- 1) Sulfato Ferroso 25mg/ml -----
Tomar ____ gotas, 1x/dia, junto com suco de fruta cítrica, por 6 meses.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo



RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

CNS:

Uso interno:

- 1) Permetrina 5% loção tópica -----
Aplicar na pele seca e fria, desde a cabeça até a sola dos pés, 1x/dia, à noite.
Remover o produto com banho no dia seguinte.
Repetir a aplicação após 7 dias.

Orientações: lavar roupas e objetos pessoais em temperatura mínima de 55º C.

Tratamento de contatos:

Nome: _____ Hygia: _____

Nome: _____ Hygia: _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo

UNIDADE: USF EUGÉNIO MENDES LOPES
Endereço: Avenida Ivo Pareschi, 1300 - Jardim Uegênia Mendes Lopes, Ribeirão Preto – SP
CNES: 5545099 **Telefone:** (16) 3639-5617

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

Idade:

CNS:

Uso interno:

- 1) Ivermectina 6 mg ----- 1 comprimido
 Tomar ____ comprimido, pela boca, dose única.

Orientações: lavar roupas e objetos pessoais em temperatura mínima de 55°C.

Tratamento de contatos:

Nome: _____ Hygia: _____

Nome: _____ Hygia: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo

UNIDADE: USF EUGÉNIO MENDES LOPES
Endereço: Avenida Ivo Pareschi, 1300 - Jardim Uegênia Mendes Lopes, Ribeirão Preto – SP
CNES: 5545099 **Telefone:** (16) 3639-5617

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

Idade:

CNS:

Uso tópico:

- 1) Permetrina 1% loção -----
 Aplicar em couro cabeludo 1x/dia, à noite, por 5 dias.
 Remover o produto com banho, no dia seguinte.
 Repetir a aplicação após 7 dias.

Tratamento de contatos:

Nome: _____ Hygia: _____

Nome: _____ Hygia: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE RIBEIRÃO PRETO**
Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Prudente de Moraes, 457
Fone: (16) 3977-9423 – Ribeirão Preto – SP



UNIDADE: USF EUGÊNIO MENDES LOPES

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

Idade:

CNS:

Uso tópico:

- 1) Retinol + calciferol + óxido de zinco ----- uso contínuo
Aplicar em região de fralda a cada troca.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo

UNIDADE: USF EUGÉNIO MENDES LOPES
Endereço: Avenida Ivo Pareschi, 1300 - Jardim Uegênia Mendes Lopes, Ribeirão Preto – SP
CNES: 5545099 **Telefone:** (16) 3639-5617

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

Idade:

CNS:

Uso interno:

1) Óleo Mineral -----

Tomar ____ ml, ____ X ao dia.

Observação: aumentar para ____ ml, ____ X/dia se não houver melhora em 1 semana. Após mais 7 dias, aumentar para ____ ml, ____ X/dia, se necessário.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo



UNIDADE: USF EUGÊNIO MENDES LOPES

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

Idade:

CNS:

Uso interno:

- 1) Sais de Reidratação Oral ----- envelopes
Tomar ____ml após cada episódio de diarreia ou vômito.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo



UNIDADE: USF EUGÊNIO MENDES LOPES

Endereço: Avenida Ivo Pareschi, 1300 - Jardim Uegênio Mendes Lopes, Ribeirão Preto - SP
CNES: 5545099 Telefone: (16) 3639-5617

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

CNS:

Uso tópico:

- 1) Nistatina Suspensão Oral 100.000UI/ml ----- 1 frasco
Aplicar 0,5 ml em cada lado da bochecha (mucosa oral), de 6/6 h, por, no mínimo sete dias, podendo se estender até no máximo por 14 dias.
OBSERVAÇÃO: suspender tratamento 48 horas após o desaparecimento dos sintomas.

Orientações de cuidados:

- Remover, quando possível, bicos de mamadeiras, chupetas, mordedores e outros. Caso não seja possível suspendê-los, lavá-los com água e sabão e ferver por 15 minutos;
 - Evitar beijar a criança próximo aos lábios;
 - Lavar sempre as mãos antes e após o contato com a criança.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo



UNIDADE: USF EUGÊNIO MENDES LOPES

Endereço: Avenida Ivo Pareschi, 1300 - Jardim Uegênio Mendes Lopes, Ribeirão Preto - SP
CNES: 5545099 Telefone: (16) 3639-5617

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

CNS:

Uso interno:

- 1) Cloreto de Sódio 0,9% ----- uso contínuo
Aplicar de 2 a 5 ml em cada narina, até a cada 3 horas ou antes de cada mamada.

Data: / /

Assinatura e Carimbo



UNIDADE: USF EUGÊNIO MENDES LOPES

RECEITUÁRIO

Usuário:

Hygia:

CNS:

Uso interno:

- 1) Dipirona 500mg/ml 1 frasco
Tomar ____ gotas a cada 6 horas, se temperatura maior ou igual a 37,8°C.

 - 2) Paracetamol 200mg/ml 1 frasco
Tomar ____ gotas a cada 6 horas, se temperatura maior ou igual a 37,8°C,
1 hora após ter tomado Dipirona, ou se febre voltar antes de 6 horas do uso
da Dipirona.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo