

# **PROTOCOLO DE PUERICULTURA**

Camila Granemann de Souza  
Cátia Regina dos Santos Elias  
Francine Zorzo  
Geresa Cristina de Souza da Silva  
Kátia Cilene Mendes Juliani  
Nancy Tazioli Zantut  
Nestor Daniel Huaco Palomino  
Rosana Gama Pereira Martins  
Rosecler Ceratti Foletto  
Sheila das Neves Martins

**FEVEREIRO/2018**

Este protocolo teve a colaboração e revisão do Grupo Condutor da Rede Cegonha de Brusque

## 1-CONSULTAS NOS PRIMEIROS 2 ANOS DE VIDAS

O cronograma de consultas prevê um acompanhamento dos menores de 2 anos com maior frequência e intervalos mais curtos, devido ao fato dessa faixa etária ser mais suscetível a intercorrências, com manifestações clínicas que podem se agravar rapidamente.

De 2 a 4 anos, os intervalos para avaliação médica e de enfermagem tornam-se maiores, devendo ser acompanhadas a cada 6 meses (NELSON, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda o seguinte esquema para as consultas de rotina:

1º semana	1º mês	2º mês	4º mês	6º mês	9ºmês	12ºmês	18º mês	24º mês
-----------	--------	--------	--------	--------	-------	--------	---------	---------

Algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência.

Em todas as consultas de rotina o profissional de saúde deve avaliar e orientar:

- Alimentação da criança;

-Peso, comprimento ou altura, perímetro cefálico (este último até os 2 anos) e IMC. Anotar nos gráficos correspondentes e atentar para a curva e mudanças nos gráficos (Páginas 56-75 da caderneta).

-Vacinas conforme esquema atualizado.

-Desenvolvimento. A caderneta de saúde da criança, disponibiliza uma sistematização para a vigilância do desenvolvimento infantil até os 3 anos de idade. Essa ferramenta permite acompanhar a aquisição dos principais marcos do desenvolvimento. Orientar sobre a estimulação precoce para o desenvolvimento neuropsicomotor (Pag. 44 a 47 da caderneta).

– Prevenção de Acidentes (Pag 33 a 36 da caderneta).

-Identificação de problemas ou riscos para a saúde. É muito importante orientar sobre sinais de alerta e sintomas que podem acontecer como: icterícia, letargia, irritabilidade, febre ou hipotermia, manchas na pele e petéquias, vômitos constantes, os quais de devem ser encaminhados o mais rápido possível para atendimento médico.

-O registro de todos os atendimentos deve ser realizados tanto na carteira de saúde da criança como no prontuário eletrônico (GMUS).

Sempre que a criança vier à Unidade de Saúde para atendimento de intercorrência ou rotina devem ser observados todos os aspectos do seu crescimento e desenvolvimento, promovendo uma avaliação integral.

**Tabela 1- Esquema para as Consultas Odontológicas em Puericultura**

Idade	Equipe
Teste da linguinha até 28 dias	CEO
06 meses	Unidade Básica
12 meses	Unidade Básica
24 meses	Unidade Básica

Após 24 meses a cada 6 meses

Unidade Básica

- ▶ No Hospital serão agendadas para o recém-nascido o primeiro atendimento da equipe de atenção básica que deverá acontecer ainda na primeira semana de vida e o teste da linguinha.
- ▶ As crianças que nascerem nos finais de semana e feriados, ou que forem transferidas para outros municípios por motivo de internação em UTI neonatal, devem buscar atendimento nas suas respectivas unidades de saúde para os devidos encaminhamento.
- ▶ Crianças de dois a cinco anos deverão ser acompanhadas a cada 6 meses pela Unidade Básica de Saúde de sua referência, após 5 anos anualmente, exceto as crianças de risco ou encaminhadas pelo médico da Atenção Básica para o médico pediatra.

## 2.TRIAGEM NEONATAL

**2.1 Teste da Linguinha:** O teste da linguinha é um exame padronizado que possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela língua presa que podem comprometer as funções exercidas pela língua: sugar, engolir, mastigar e falar (BRASIL, 2014).

- ▶ O teste da linguinha deverá ser agendado ainda no hospital.
- ▶ Todo recém-nascido que por algum motivo não conseguir agendar o teste da linguinha ainda no hospital, deverá agendar na sua respectiva Unidade de Saúde.
- ▶ Nos casos de anquiloglossia, o acompanhamento deverá ser realizado no CEO com a odontopediatra até os 12 meses.
- ▶ Bebês síndrômicos e prematuros em que ocorreu o desmame precoce serão acompanhados com a odontopediatra do CEO até os 12 meses.

**2.2 Teste da Orelhinha:** A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família (BRASIL, 2012).

- ▶ Sendo o reteste para exames com alteração realizado em até 15 dias de acordo com o protocolo nacional de saúde auditiva.

**2.3 Teste do Pezinho:** O Teste do Pezinho permite o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, gratuitos, para as seguintes doenças genéticas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Doenças Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Deficiência da Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita

(BRASIL, 2016). O Teste do Pezinho Master que abrange outras doenças sendo realizado na rede particular.

- ▶ É solicitada a segunda coleta para confirmação da suspeita de alguma alteração ou quando houver problemas com a mostra do sangue coletado.

**2.4 Teste do Olhinho:** O teste do reflexo vermelho (TRV) é uma ferramenta de rastreamento de alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares, tais como catarata (alteração da transparência do cristalino), glaucoma (alteração da transparência da córnea), toxoplasmose (alteração da transparência do vítreo pela inflamação), retinoblastoma (alteração da transparência do vítreo pelo tumor intraocular), descolamentos de retina tardios (BRASIL, 2013). Deverá ser repetido pelo médico na primeira consulta e, pelo menos, duas a três vezes ao ano, nos 3 primeiros anos de vida.

- ▶ Todos os nascidos devem ser submetidos ao TRV antes da alta da maternidade.

**2.5 Teste do Coraçãozinho:** Todo bebê tem direito de realizar o teste de coraçãozinho ainda na maternidade, entre 24h a 48h após o nascimento. O teste é simples, gratuito e indolor. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro. Sendo de grande importância pois detecta cardiopatias congênitas críticas que podem colocar em risco a vida do bebê. Resultado normal: Saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior e inferior direito) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior.

- ▶ Todos os nascidos devem ser submetidos ao Teste do Coraçãozinho antes da alta da maternidade.

### **3. AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

Uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno, que isoladamente é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida. Já a partir dos 6 meses de vida, devem ser introduzidos alimentos complementares ao aleitamento materno, por dois anos ou mais (BRASIL, 2012).

- ▶ Até os três meses se a criança estiver em aleitamento exclusivo deverá ter ganho de peso 20 gramas/dia. Caso peso menor, encaminhar ao pediatra.

#### **3.1 Contraindicações para a Amamentação**

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

- ▶ Nas seguintes situações, *o aleitamento materno não deve ser recomendado*:

- Mães infectadas pelo HIV.
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrófico humano de linfócitos T).

- Criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contraindicações absolutas ou relativas ao aleitamento. Em caso de dúvidas acessar:

[www.toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT](http://www.toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT)

<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

► Já nas seguintes situações maternas, recomenda-se a *interrupção temporária da amamentação*:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida somente na mama sadia.
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber *imunoglobulina humana antivariçela zoster* (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.
- Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.
- Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida somente na mama sadia.
- Consumo de drogas de abuso: recomenda-se a interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga.

**Tabela 2-Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após o consumo de drogas de abuso**

<b>Drogas</b>	<b>Período recomendado de interrupção da amamentação</b>
Anfetamina, ecstasy	De 24 a 36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína, crack	24 horas
Etanol	1 hora por dose ou até a mãe estar sóbria
Heroína, morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	De uma a duas semanas

Fonte: Caderno 33

### 3.2 Introdução Alimentar dos alimentos complementares

Considera-se atualmente que o período ideal para a introdução de alimentos complementares é após o sexto mês de vida, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança. Além disso, no sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, já manifesta excitação a visão do alimento, já sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. A introdução deve ser lenta e gradual, respeitando-se a aceitação da criança (BRASIL,2010).

#### **Tabela 3-Dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de 2 anos**

**Passo 1:** “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”.

**Passo 2:** “Ao completar 6 meses, introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.”

**Passo 3:** “Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

**Passo 4:** “A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.”

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

**Passo 6:** “Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.”

**Passo 7:** “Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições”.

**Passo 8:** “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida”.

**Passo 9:** “Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados”.

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

**Tabela 4 – Esquema para introdução dos alimentos complementares**

Faixa etária	Tipo de alimento
Até 6º mês	Leite materno exclusivo
6º a 24º mês	Leite materno complementado
6º mês	Frutas (amassadas ou raspadas)
6º mês	Primeira papa principal de misturas múltiplas
7º a 8º mês	Segunda papa principal de misturas múltiplas
9º a 11º mês	Gradativamente, passar para a refeição da família com ajuste da consistência
12º mês	Comida da família – observando a adequação dos alimentos

Fonte: Brasil. CAB. 2015

### 3.3 Criança que deverão ser encaminhadas para consultas com a Nutricionista:

- ▶ Crianças com baixo peso (< de 2,500Kg);
- ▶ Prematuras;
- ▶ Intolerantes a lactose;
- ▶ Alergia a proteína do leite de vaca;
- ▶ Refluxo;
- ▶ Filhos de mãe HIV positivo

► **Obesidade infantil**

**3.4 Criança que deverão ser encaminhadas para o Amamenta Brusque:**

O Amamenta Brusque é serviço de referência no município em aleitamento materno podendo ser encaminhadas para atendimento:

- Gestantes que tenham dúvidas ou que desejam saber mais sobre amamentação;
- Mães que estejam com dificuldades no Aleitamento (Ingurgitamento, fissuras, pega incorreta, em uso de bicos artificiais, com pouca produção láctea e demais situações...);
- Mulheres que retornarão ao trabalho e desejam manter o aleitamento exclusivo;
- Doadoras de leite humano, tendo em vista que o serviço é um posto de coleta de leite humano;

**4. SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINAS**

- A prescrição de vitaminas em crianças deverá ser cuidadosamente avaliada pelo médico da UBS ou pediatra.

**Vitamina A:** além da “predisposição para infecções” a deficiência da vitamina A também compromete a resposta imunológica do organismo à vacinação oral e nasal. Escassez ou excesso de vitamina A repercutem de forma negativa no organismo. O “Vitamina A Mais”-Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, do Ministério da Saúde, tem por objetivo reduzir e controlar a deficiência de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses e mulheres no pós-parto residentes em regiões consideradas de risco (NELSON, 2017).

**Vitamina D:** para a prevenção da deficiência, o Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda suplementação profilática de 400UI/dia a partir da 1º semana de vida até os 12 meses, e 600 UI/dia dos 12 aos 24 meses, inclusive para crianças em aleitamento materno exclusivo (NELSON et al, 2017).

**Suplementação de Sulfato Ferroso (25 mg/ml) até os 2 anos**

<b>Idade</b>	<b>Dosagem/medicação</b>
A partir do 1º mês se prematuro	Conforme peso ao nascer
A partir do 3º mês	1 mg/kilo de ferro

**5. ORIENTAÇÕES**

- O Exame Físico deve ser conforme a tabela da página 44 a 50 do Caderno de Atenção Básica



nº33. **Acessar em:** [dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33)

► Medidas de avaliação de hemograma associado ao PCR (para descartar infecção e inflamação) e da ferritina, são propostos como exames iniciais em todas as crianças aos 12 meses de idade. (SBP Junho 2018).

► Crianças entre 2 e 10 anos:

A realização do perfil lipídico deve ser rotina para todas as crianças com história familiar positiva de doenças cardiovasculares prematuras (pais e avós) ou outros fatores de risco de DCV – ou seja, que apresentam hipertensão, diabetes ou obesidade, têm parentes de primeiro grau com colesterol total superior a 240 mg/dL e com triglicérides superiores a 400 mg/dl ou têm história familiar desconhecida. Crianças maiores de 10 anos: O colesterol deve ser realizado como rotina.

Seguir valores de referência na página 83 do Caderno de Atenção Básica nº33.

**Acessar em:** [dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33)

► Outros exames laboratoriais de rotina serão solicitados somente com suspeita de doenças. Referência Caderno 33.

### Uso do Vermífugo

Idade	Medicação/dose
2 anos	Albendazol 400 mg dose única

**Repetir periodicamente a cada 4, 6 ou 12 meses até completar 5 anos de idade. Após, realizar dose anual. Casos específicos de verminoses estas doses poderão ser alteradas.**

► Atentar para sinais de Síndromes em geral e encaminhar ao pediatra, tais como: A Síndrome de Down que apresenta geralmente várias comorbidades e uma especial atenção deve ser dada ao Autismo pela sua elevada incidência e frequente diagnóstico tardio.

Deve-se suspeitar de autismo se houver a presença e a combinação de algumas destas situações:

<b>Indiferença:</b> as crianças não respondem aos chamados dos pais ou dos cuidadores, aparentando surdez; não respondem com sorriso social, não fazem contato “olho no olho”;
<b>Desinteresse</b> quando são estimuladas – por exemplo, quando lhe oferecem um brinquedo;
<b>Movimentos repetitivos</b> com a cabeça, com os antebraços e com as mãos: andam na ponta dos pés e balançam o tronco, mexem os dedos em frente aos olhos, emitem sons não usuais;
<b>Evitam relacionar-se</b> desde o início da vida, com <b>dificuldade ao contato físico</b> ;
<b>Ausência de reação</b> de surpresa: não diferem o conhecido do desconhecido, não discriminam o interlocutor;
<b>Dificuldade para brincar</b> de “faz de conta”, imitar gestos e expressões;
<b>Grande sensibilidade</b> a determinados tipos de sons;
<b>Atraso</b> importante no desenvolvimento da fala, elas falam de si na terceira pessoa, repetem palavras ou frases imediatamente ou algum tempo depois de tê-las ouvido (ecolalia);

<b>Tendência ao isolamento</b> , à autoagressão, à inquietação e a apresentar comportamentos estranhos;
<b>Repetição</b> da mesma atividade: giram objetos durante muito tempo;
<b>Salto de etapas</b> no desenvolvimento esperado, como, por exemplo, aprendem a ler sem que tenham aprendido sobre cores;
<b>Falta de iniciativas</b> espontâneas de compartilhar prazer, interesses e atividades. Em alguns casos, essas crianças apresentam <b>habilidades especiais</b> (matemática, habilidades musicais, de leitura e plásticas) e <b>alterações nas funções fisiológicas</b> (relacionadas ao sono, aos processos gastrointestinais e da alimentação).

### **Triagem oftalmológica**

O teste de snellen deverá ser realizado na UBS entre 3 a 4 anos. Deverá ser encaminhado ao oftalmologista com acuidade visual inferior a 20/40 e depois dos 6 anos de 20/30. Fluxo e encaminhamento conforme anexos.

### **REFERÊNCIAS**

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília-DF: 2012.

BRASIL. Lei nº 13.002, de 20 de Junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.htm) .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância : detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Departamentos de Cardiologia e Neonatologia da SBP. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diagnostico-precoce-oximetria.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança -11ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

NELSON. Tratado de Pediatria - Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. 20ª Edição. Elsevier. 2017.

Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 4. ed. -- Barueri, SP: Manole 2017. ISBN: 978-85-204-4612-6.

Manual de Neonatologia, 7. ed. John P. Cloherty, Guanabara 2015.

Consenso Sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica! Diretrizes dos Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Nº 2 / Junho / 2018, atualizado em 24.07.18

**Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. Quarta edição (revisada e ampliada). Departamento Científico de Nutrologia Sociedade Brasileira de Pediatria 2018 .**

**Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderneta de Saúde da Criança Menino. 12º ed. Brasília-DF: 2018.**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderneta de Saúde da Criança Menina. 12º ed. Brasília-DF: 2018.**

Nelson Textbook of Pediatrics. Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. 20TH Edition. Elsevier. 2016.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 – ROTEIRO ANAMNESE DA PRIMEIRA CONSULTA

### **1-GRAVIDEZ:**

Solicitar a Caderneta da Gestante extraindo os seguintes dados da gravidez e parto: Sorologias da mãe (HIV, Sífilis, Hepatites, Toxoplasmose, Citomegalovírus etc...), vacinas (Influenza, dTpa/dT e hepatite B). Porém é importante avaliar também: Gestações, partos, nascidos vivos, número de consultas, exames, USG, uso de antibióticos, vitaminas e outros medicamentos pelo seu efeito no RN

Na caderna de saúde da criança extrair dados no recém-nascido.

### **2-PARTO:**

Parto normal ou Cesariana (motivo) - Intercorrências no parto.

### **3-PESO AO NASCER:**

Peso:

- Normal: 2500 a 4000 gr

- Baixo peso ao nascer: Menos de 2500 gr.

### **4-COMPIMENTO:**

Comprimento em RN a termo normal de 48 a 53 cm.

### **5-PERÍMETRO CEFÁLICO:**

PC normal de 33 a 38 cm em RN a termo, porém atualmente se considera Microcefalia < 32 cm em RN a termo (Para menino igual ou inferior a 31,9 cm e, para menina, igual ou inferior a 31,5 cm.)

### **6-APGAR:**

Avaliar frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor com 1 minuto (índice de depressão intra-parto) e 5 minutos (evolução pós-parto) de nascidos.

### **7- IDADE GESTACIONAL**

Pela idade gestacional:

- A termo: De 37 a 41 semanas 6 dias

- Pré-termo. Menos de 37 semanas completas

- Pós-termo: De 42 semanas o mais.

### **8-TESTE DE ORTOLANI**

Repetir nas primeiras consultas
<b>9-TESTE DO REFLEXO VERMELHO:</b> Deverá ser repetido pelo médico na primeira consulta e, pelo menos, duas a três vezes ao ano, nos 3 primeiros anos de vida.
<b>10-TESTE DO PEZINHO:</b> Teste do pezinho entre o 5-7 dia.
<b>11-TRIAGEM AUDITIVA:</b> EMISSIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS (EOA) se alterado repetir ou PEATE (BERA). Se deficiente tratamento antes dos 6 meses evita perda funcional da linguagem. Repetir se fatores de risco.
<b>12-TESTE DO CORAÇÃOZINHO:</b> Confirmar se valores normais.
<b>13-TESTE DA LINGUINHA:</b> Realizado na Odontopediatria (CEO), encaminhar se não efetuado.
<b>14-VACINAS:</b> Orientar pelo calendário atualizado anualmente pelo PNI.
<b>15-ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS:</b> Fezes, número, consistência e cor, urina frequência e características.
<b>16-ALIMENTAÇÃO:</b> Leite materno exclusivo, fórmula, LV puro ou diluído com ou sem adicionais, boa mamada ou não, regurgitações, refluxo, sinais de dor de refluxo (esofagite), cólicas.
<b>17-INTERCORRÊNCIAS E PROBLEMAS</b>

## ANEXO 2 – ANAMNESE DE CONSULTA PERIÓDICA DE PUERICULTURA

<p><b>1-PERÍMETRO CEFÁLICO ..... PARA IDADE</b> No gráfico (página 56) a) De linha vermelha a vermelha (+2 a -2 escores z): Adequado para idade ACIMA DA MEDIANA (VERDE) b) Acima da linha vermelha (&gt;+2 escores z): Acima do esperado para idade ABAIXO DA MEDIANA (VERDE) c) Abaixo da linha vermelha (&lt;-2 escores z): Abaixo do esperado para idade.</p>
<p><b>2-PESO e COMPRIMENTO/ALTURA ..... PARA IDADE</b> No gráfico (página 58 a 69): a) De linha vermelha a vermelha (+2 a -2 escores z): Adequado para idade ACIMA DA MEDIANA (VERDE) b) Acima da linha vermelha (&gt; +2 escores z): elevado para idade. ABAIXO DA MEDIANA (VERDE) c) Abaixo da linha vermelha (&lt; -2 escores z): baixo para idade d) Abaixo da linha preta (&lt; -3) muito baixo para idade</p>
<p><b>3-IMC ..... PARA IDADE</b> No gráfico (página 70 a 74) a) Amarela a vermelha inferior (+1 a -2:): Adequado ACIMA DA MEDIANA (VERDE)</p>

- b) De Amarela a vermelha (>+1 a +2): Risco de sobrepeso até os 5 anos e sobrepeso nos maiores de 5 anos.  
 c) De vermelha a Preta: (>+2 a +3): Sobrepeso até os 5 anos e obesidade nos maiores de 5 anos.  
 d) Acima da preta (> +3): Obesidade até os 5 anos e obesidade grave nos maiores de 5 anos.  
**ABAIXO DA MEDIANA (VERDE)**  
 e) De vermelha a preta (<-2 a -3) Magreza  
 f) Debaixo da preta (<-3) Magreza acentuada.

#### **4-DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR ..... PARA IDADE**

Pode ser avaliado utilizando as tabelas de marcos de desenvolvimento presentes (P) ou ausentes (A) nas páginas 44 a 47 da caderneta da própria criança.

#### **5-VACINAS:**

Orientar pelo calendário atualizado “anualmente” do PNI. Lembrar que as primeiras vacinas são BCG e Hepatite B geralmente realizadas no hospital e após com 2,3,4,5,e 6 meses.

#### **6-ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS:**

Fezes, número, consistência e cor, urina frequência e características.

#### **7-ALIMENTAÇÃO:**

Leite materno exclusivo, formula, LV puro ou diluído com ou sem adicionais, boa mamada ou não, regurgitações, refluxo, sinais de dor de refluxo (esofagite), cólicas.

#### **8-INTERCORRÊNCIAS E PROBLEMAS:**

Perguntar conforme o caso.

### **ANEXO 3 - ROTEIRO EXAME FÍSICO DO RN E LACTENTE**

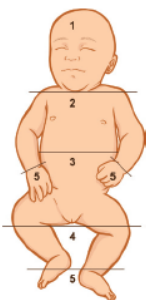
**1-APARENTE BOM ESTADO GERAL (BEG) , HIDRATADO (1)**  
 OU DESIDRATADO LEVE, MODERADO OU GRAVE

**2-EUPNEICO (2)**  
 OU TAQUIPNEICO, DISPNEICO, TAQUIDISPNEIA

**3-CORADO ATIVO E REATIVO**  
 OU HIPOCORADO, OU HIPOATIVO E HIPORREATIVO

**4-FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA (FAN)**  
 OU DEPRIMIDA OU ABAULADA

**5-ANICTÉRICO (5) OU ICTÉRICO**  
 ZONA DE KRAMER: +/4+ **ou** ++/4+ **ou** +++/4+ **ou** ++++/4+



- Zona 1. Icterícia de cabeça e pescoço (BT = 6mg/dl)  
 Zona 2. Icterícia até no umbigo (BT = 9mg/dl)  
 Zona 3. Icterícia até os joelhos (BT = 12mg/dl)  
 Zona 4. Icterícia até os tornozelos e/ou antebraço (BT = 15mg/dl)  
 Zona 5. Icterícia até região plantar e palmar (BT = 18mg/dl ou mais)

### 6-PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS, REFLEXO VERMELHO NORMAL

REFLEXO VERMELHO VISTO COM OFTALMOSCÓPIO Fazer ao nascer, na primeira consulta e com "2 meses", após isto com periodicidade definida pelo médico sendo sugerida com 6m, 9m, 1a e após cada 6 meses. O "Teste do Olhinho" pode detectar qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma congênito e outros problemas – cuja identificação precoce pode possibilitar o tratamento no tempo certo e o desenvolvimento normal da visão.

**7- OTOSCOPIA: MEMBRANA TIMPÂNICA TRANSLUCIDA** ou alterada (Sem brilho, eritematosa, abaulada)

### 8-OROSCOPIA E OROFARINGE SEM ALTERAÇÕES.

Observar se tem candidíase oral, palato fendido, ou outras anomalias

### 9-AUSCULTA PULMONAR: MURMULHO VESICULAR PRESENTE BILATERAL, SEM ESTERTORES

Observar apneias, desconfortos e gemidos.

**Tabela 1 – Frequência respiratória normal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)**

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

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007.

### 10-AUSCULTA CARDÍACA: BULHAS CARDÍACAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS, PULSOS E PERFUSÃO ADEQUADOS (9)

FC normal de 95-160 bpm. Observar sopros, pulsos (conferir femoral), perfusão periférica, cianoses. Lembrar que pode ter alterações cardíacas graves sem sopro.

**Tabela 2 – Frequência cardíaca normal**

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

Fonte: DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000, p. 43-45.

### 11-ABDOME: PLANO, DEPRESSÍVEL, NÃO DOLOROSO, SEM MASSAS, SEM VMG.

Conferir fígado, baço, distensão abdominal, procurar massas palpáveis.



### 12-COTO UMBILICAL SEM ALTERAÇÕES

Coto umbilical sem mau cheiro, sem eritema ao redor, sem secreções.

### 13-GENITÁLIAS EXTERNAS E ÂNUS SEM ALTERAÇÕES

Conferir fimose e testículos em bolsa escrotal em meninos e em meninas alterações genitais, sangue ou secreções.

### 14-ORTOLANI NEGATIVO - MORO POSITIVO - PREENSÃO PALMAR - SUCÇÃO

Conforme idade

### ATENÇÃO!

### SINAIS DE PERIGO!

Em todas as visitas domiciliares, é fundamental que o profissional de saúde saiba identificar sinais de perigo à saúde da criança. As crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves. São sinais que indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência com urgência (AMARAL, 2004):

- Recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar);
- Vômitos importantes (ela vomita tudo o que ingere);
- Convulsões ou apneia (a criança fica em torno de 20 segundos sem respirar);
- Frequência cardíaca abaixo de 100bpm;
- Letargia ou inconsciência;
- Respiração rápida (acima de 60mm);
- Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual);
- Febre (37,5°C ou mais);
- Hipotermia (menos do que 35,5°C);
- Tiragem subcostal;
- Batimentos de asas do nariz;
- Cianose generalizada ou palidez importante;
- Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;
- Gemidos;
- Fontanela (moleira) abaulada;
- Secreção purulenta do ouvido;
- Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite);
- Pústulas na pele (muitas e extensas);
- Irritabilidade ou dor à manipulação.

Para as crianças maiores de 2 meses, é importante observar se a criança não consegue beber ou mamar no peito, se vomita tudo o que ingere, se apresenta convulsões ou se está letárgica ou inconsciente (AMARAL, 2004) [D].

### ANEXO 4 - ROTEIRO VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO E PUÉRPERA

Nome da Mãe: _____ DN ___/___/____
Idade da Mãe: _____ Micro-área: _____
Nome do RN: _____ DN do bebê: ___/___/____
Endereço: _____
Telefone: _____ Data realização da visita: ___/___/____
Já registrou o nascimento? ( ) Sim ( ) Não Possui cartão do SUS?( ) Sim ( ) Não

Intercorrência neonatal: ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

**OBSERVE O RECÉM-NASCIDO:**

Pele e Mucosas: ( ) Hidratada, corada ( ) Cianótica ( ) Monilíase oral ( ) Monilíase perineal  
( ) Impetigo ( ) Icterícia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Coto Umbilical com sinais de infecção: ( ) Sim ( ) Não

Fontanelas (moleira): ( ) Abaulada ( ) Plana ( ) Deprimida

Olhos: Secreção ( ) Sim ( ) Não Outro: \_\_\_\_\_

Respiração: ( ) Normal ( ) Alterada Reflexos: ( ) Normais ( ) Alterados

A Criança já recebeu outro tipo de líquido? ( ) sim ( ) não

Se leite materno complementado: ( ) leite em pó ( ) leite em caixinha ( ) leite saquinho ( ) puro ( )  
diluído ( ) fórmula adequada. Outros: \_\_\_\_\_

Eliminações: \_\_\_\_\_

Sono: \_\_\_\_\_

Criança Ativa: ( ) Sim ( ) Não

Higiene do RN: \_\_\_\_\_ Interação Familiar: \_\_\_\_\_

Recebeu as vacinas na Maternidade: ( ) BCG ( ) Hepatite B ( ) Nenhuma

Realizou teste da Orelhinha: ( ) Sim ( ) Não

teste do Olhinho: ( ) Sim ( ) Não

teste do Pezinho: ( ) Sim ( ) Não

teste do Coração: ( ) Sim ( ) Não

teste da Linguinha: ( ) Sim ( ) Não

**OBSERVE A MÃE**

Estado Geral: ( ) Triste ( ) Queixosa ( ) Higiene Adequada

Alimentação: ( ) Adequada ( ) Inadequada

Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Tem febre? ( ) Sim ( ) Não

Amamentação: ( ) Exclusiva ( ) Artificial ( ) Misto

Mamas: ( ) Fissura ( ) Mamilo plano ( ) Ingurgitamento ( ) mastite ( ) dor

Está tendo alguma dificuldade em amamentar o bebê: Qual? \_\_\_\_\_

Episiotomia/cicatriz da cesária: ( ) Aberta ( ) Dolorosa ( ) Vermelha ( ) Presença de secreção purulenta

Relacionamento: ( ) Olha para o bebê ( ) Sorri para o bebê ( ) Fala sobre o bebê ( ) Pega no colo

Involução Uterina ( ) Sim ( ) Não

Presença de Lóquios ( ) Sim ( ) Não Características: \_\_\_\_\_

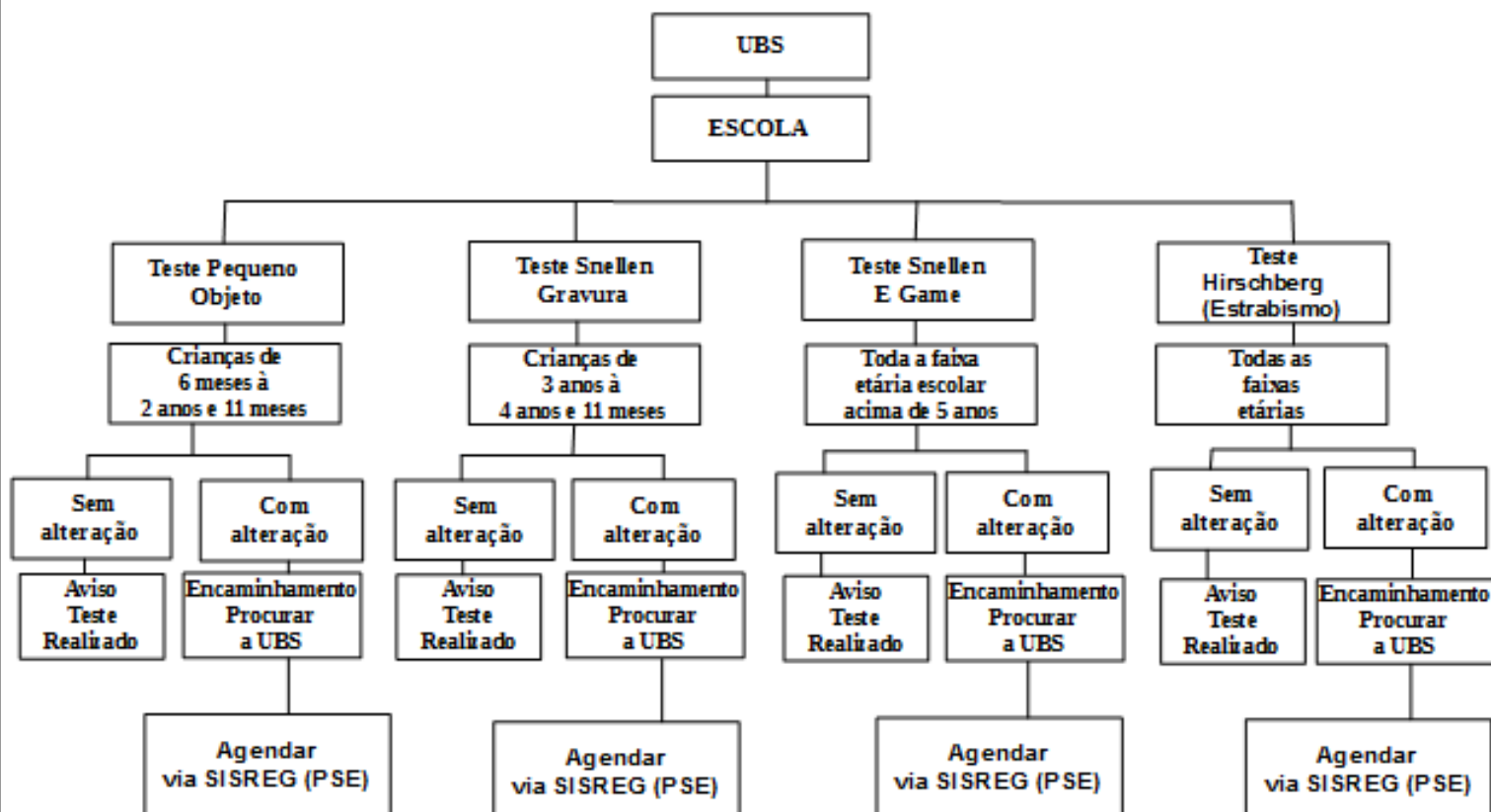
Situação social de risco (Moradia/Higiene/Renda dentre outros): ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_

Mantendo relação sexual: ( ) Sim ( ) Não

Recebeu orientação sobre contracepção: ( ) Sim ( ) Não

Profissional responsável pela Visita: \_\_\_\_\_

## FLUXO TRIAGEM VISUAL



ANEXO 6- ENCAMINHAMENTO PARA O TESTE DE SNELLEN

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA  
UNIDADE DE SAÚDE -----

Comunicamos aos Srs pais ou responsáveis, que a Equipe de Estratégia da Família e PSE da Unidade de Saúde, esteve na escola do seu filho (a), promovendo uma ação voltada a saúde dos olhos, realizando uma triagem visual para verificar o desempenho de visão de cada aluno (a).

Nome do educando: \_\_\_\_\_

Data da triagem visual: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Responsável pela triagem: \_\_\_\_\_

- Verificamos que seu filho(a) precisa de uma avaliação com o especialista Oftalmológico, devido ao déficit visual.  
 Verificamos que seu filho(a) passou na Triagem Visual.

TESTE REALIZADO

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teste de Snellen         | <input type="checkbox"/> Teste estrabismo | <input type="checkbox"/> Encaminhado para consultas |
| <input type="checkbox"/> Teste de Snellen Gravura |   | <input type="checkbox"/> Orientado                  |
| <input type="checkbox"/> Pequeno Objeto           |   | <input type="checkbox"/> Outros                     |

CONDUTA

SOLICITAMOS QUE PROCURE SUA UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA COM ESTE AVISO E COM OS SEGUINTE S DOCUMENTOS:  
- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE  
- TELEFONE PARA CONTATO

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**ANEXO 07 -  
PAGINAS 45-50 DA CADERNO Nº 33 DA ATENÇÃO BÁSICA  
EXAME FÍSICO DO RECÉM – NASCIDO**

O quadro a seguir se refere às recomendações de exame físico nas primeiras semanas de vida (DEMOTT et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004).

**Quadro 1 – Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido [D]**

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Peso, comprimento e perímetro cefálico	Avalie o <i>comprimento</i> e o <i>perímetro cefálico</i> da criança. Avalie o <i>peso</i> em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O <i>perímetro cefálico</i> com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou > +2 escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento (MACCHIAVEMI; BARROS FILHO, 1998).
Desenvolvimento social e psicoafetivo	Observe e avalie o <i>relacionamento</i> da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê: como respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo. Os marcos do desenvolvimento segundo a faixa etária são descritos na subseção 9.2.
Estado geral	Avalie a <i>postura</i> normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o <i>padrão respiratório</i> : a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o <i>estado de vigília</i> do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de <i>desidratação</i> e/ou <i>hipoglicemia</i> : pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A <i>temperatura axilar</i> normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.
Face	Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Pele	Observe a presença de: (a) <i>edema</i> (se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, isso sugere trauma de parto); (b) <i>palidez</i> (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica); (c) <i>cianose</i> (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia); (d) <i>icterícia</i> . O profissional deverá estar mais atento caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida, caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro (CANADIAN..., 2008) e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo, atingindo pernas e braços. Pesquise a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis). Esclareça a família quanto à benignidade do eritema tóxico.
Crânio	Examine as <i>fontanelas</i> : a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Bossa serossanguínea e cefalematomas (mais delimitados do que a bossa e que envolvem mais lentamente) desaparecem espontaneamente.



Tópicos do exame físico	Ações específicas
Olhos	<p><i>Reflexo fotomotor</i>: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anátomo-funcional (CANADIAN..., 2008).</p> <p><i>Teste do reflexo vermelho ou Bruckner test</i> (idem): deve ser realizado na penumbra (para a pupila ficar mais dilatada), com o oftalmoscópio colocado aproximadamente de 5cm a 10cm de distância dos olhos da criança (o importante é que o oftalmoscópio ilumine os dois olhos simultaneamente), para se observar o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade (GRAZIANO, 2002). É importante lembrar que todos os prematuros com 32 semanas ou menos e/ou menores de 1500g devem ser avaliados com dilatação de pupila por oftalmologista na 6ª semana de vida e acompanhados de acordo com o quadro clínico, pois o teste do reflexo vermelho detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e prognóstico reservado.</p> <p><i>Conjuntivites</i>: as pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus (SOCIEDADE..., 2006). A conduta correta é sempre coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para swab, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura. Após a coleta, deve-se iniciar imediatamente o tratamento com colírio (tobramicina ou ofloxacina) e, após o resultado, deve-se tratar o agravo de acordo com o agente etiológico. O grande risco é a conjuntivite por gonococo, pois a bactéria pode penetrar na córnea intacta e causar perfuração ocular em 24h.</p> <p><i>Estrabismo</i> (ou esotropia) e <i>nistagmo lateral</i> são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida (GRAZIANO, 2002). O exame para o seu diagnóstico está descrito no capítulo 4. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses.</p>



continuação

48

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Orelhas e audição	Oriente a família para a realização da <i>triagem auditiva neonatal universal</i> (Tanu) ou "teste da orelhinha". As justificativas para a triagem universal, o teste e as situações de risco para deficiência auditiva estão descritas no capítulo 7. Observe também a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.
Nariz	Avalie a forma e a possível presença de secreção (sífilis).
Boca	<i>Alterações morfológicas</i> podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, o freio lingual e a coloração dos lábios.
Pescoço	Avalie a <i>assimetria</i> facial e a <i>posição viciosa</i> da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade) (STAHÉLI, 2008).
Tórax	Avalie a <i>assimetria</i> , pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. A fratura de <i>clavícula</i> é manejada simplesmente prendendo-se o braço ao tórax, para proporcionar conforto ao bebê (STAHÉLI, 2008); tem caráter benigno e ocorre formação de calo ósseo em 2 a 3 semanas. Oriente a família para a involução espontânea de <i>mamas</i> , que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observe possíveis sinais de <i>sofrimento respiratório</i> (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). Conte a frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120bpm e 160bpm. Observe a possível presença de cianose, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, <i>ictus cordis</i> e sopros cardíacos. Verifique também os pulsos.

continua



Tópicos do exame físico	Ações específicas
Abdome	Observe a <i>respiração</i> , que é basicamente abdominal e deve estar entre 40mm e 60mm. Observe a forma do abdome: se ele estiver dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Diagnostique a presença de <i>hérnias</i> inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia (BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003). Diagnostique também a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal. Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto (resolvido com uso de nitrato de prata). Se a <i>região umbilical</i> estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência (AMARAL, 2004).
Genitália	Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Isso porque, na maioria das vezes, os testículos "descem" até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento (DÊNES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006). O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza <i>hidrocele</i> , que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança (idem). A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.
Ânus e reto	Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Sistema osteoarticular	Examine os <i>membros superiores e inferiores</i> , para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identifique a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênicas (STAHELI, 2008). O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para o ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verifique a presença de <i>displasia evolutiva do quadril</i> realizando os testes de Ortolani e de Barlow (DEMOTT et al., 2006; AMERICAN..., 2006; U.S. PREVENTIVE..., 2012; INSTITUTE, 2012).
Coluna vertebral	Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.
Avaliação neurológica	Observe <i>reflexos arcaicos</i> : sucção, preensão palmo-plantar e Moro (descrito no capítulo 8, sobre o acompanhamento do desenvolvimento), que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio. Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês. Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O tônus normal é de semiflexão generalizada (CANADIAN..., 2008).

Fonte: DEMOTT et al., 2006; PORTO ALEGRE, 2004 (com adaptações).