



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

CONSULTA PÚBLICA

PROTOCOLO DE PUERICULTURA

ATUALIZADO EM: OUTUBRO/2021

Rua Germano Schaefer, 66 - Centro
Brusque - Santa Catarina
88350-170 - fone: 47 33255 6800
www.brusque.sc.gov.br



Puericultura é a arte de promover e proteger a saúde das crianças, através de uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento com suas particularidades. Neste sentido, o Grupo Condutor da Rede Cegonha elaborou este protocolo como guia do atendimento básico de Puericultura nas UBS.



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 acompanhados a cada 6 meses.

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

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

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

Calendário Municipal aprovado pela secretaria de saúde pode ser consultado: **(ANEXO 07)**.

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

- Queixa principal, dúvidas, preocupações dos pais.
- Medidas Antropométricas: 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 da caderneta **(ANEXO 08)**.
- Vacinas de acordo com o calendário atualizado anualmente.
- Desenvolvimento neuropsicomotor. A caderneta de saúde da criança, disponibiliza um instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil. Essa ferramenta permite acompanhar a aquisição dos principais marcos do desenvolvimento e orientar sobre a estimulação precoce para o desenvolvimento neuropsicomotor.
- Aleitamento/Alimentação com ênfase na promoção do Aleitamento Materno.
- Eliminações fisiológicas, cólicas, refluxo.
- Prevenção de Acidentes (Conforme caderneta).
- Identificação de problemas ou riscos para a saúde. É muito importante orientar sobre sinais de alerta e sintomas que podem acontecer como: Secreção nasal, Cólica/Engasgos, Diarreia/Constipação, Vômitos/Golfadas, Dificuldades para respirar, Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) ou Hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$), Convulsões ou movimentos anormais, Hérnia inguinal/umbilical, icterícia, letargia, irritabilidade, manchas na pele e petéquias entre outros, os quais devem ser encaminhados o mais rápido possível para atendimento médico.
- Atentar para possibilidade de: Sífilis, Toxoplasmose, HIV, Hepatites, Citomegalovírus e demais (anexo 1 do roteiro da 1 consulta).

O registro de todos os atendimentos deve ser realizado 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.



2 TRIAGEM NEONATAL

- 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, é realizado na rede particular.
- ▶ É solicitada a segunda coleta para confirmação da suspeita de alguma alteração, prematuridade ou quando houver problemas com a amostra do sangue coletado.
- 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.
- 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.
- 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 congênicas 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.



- 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).

► Os agendamentos para o teste da linguinha devem ser realizados nas unidades básicas de saúde ainda nas primeiras duas semanas de vida, sendo que até 28 dias são encaminhados para a odontopediatra do CEO para a primeira consulta odontológica do recém-nascido. Após esse período, as crianças são agendadas, via SISREG, para a fonoaudióloga da rede.

Tabela 1- Esquema para as Consultas Odontológicas em Puericultura

Idade	Equipe
Teste da linguinha até 28 dias	CEO
06 meses de vida	Unidade Básica
Após 06 meses de vida realizar consulta odontológica da criança a cada 6 meses	Unidade Básica

► Nos casos de anquiloglossia, o acompanhamento deverá ser realizado no CEO com a odontopediatra até os 12 meses.

► Bebês sindrômicos serão acompanhados com a odontopediatra do CEO.

► Crianças de dois a cinco anos deverão ser acompanhadas a cada 6 meses pela Unidade Básica de Saúde de sua referência, exceto as crianças de risco que serão acompanhadas no Centro de Especialidades (CEO).



3 AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno. O leite materno é o alimento ideal para a criança, pois é adaptado às suas necessidades nos primeiros anos de vida.

É o único que contém anticorpos e outras substâncias que protegem a criança de infecções comuns enquanto ela estiver sendo amamentada, como diarreias, infecções respiratórias, infecções de ouvidos (otites) e outras. Os 2 primeiros anos de vida são os mais decisivos para o crescimento e desenvolvimento da criança, com repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. A amamentação nesse período pode prevenir o aparecimento de várias doenças na vida adulta (BRASIL,2019).

Nos primeiros 6 meses, a recomendação é que a criança receba somente leite materno. Nenhum outro tipo de alimento necessita ser dado ao bebê enquanto estiver em amamentação exclusiva: nem líquidos, como água, água de coco, chá, suco ou outros leites; nem qualquer outro alimento, como papinha e mingau. A oferta de outros alimentos antes dos 6 meses, além de desnecessária, pode ser prejudicial, porque aumenta o risco de a criança ficar doente e pode prejudicar a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco. Além disso, em geral a criança só está madura para receber outros alimentos em torno dos 6 meses (BRASIL,2019).

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

Orientar que mamadeiras e chupetas atrapalham a amamentação ou até mesmo podem causar o desmame precoce. Além disso, podem causar doenças e problemas na dentição, respiração e na fala do bebê.

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 linfotrópico 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 contra indicações absolutas ou relativas ao aleitamento. [Em caso de dúvidas acessar na base de dados de LACTMED no navegador ou aplicativo para celular.](#)

► 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.

Hepatite C= em casos de fissuras ou feridas sangrantes na mama, está recomendada a interrupção temporária da amamentação na mama afetada até a cicatrização completa. Manter ordenha e descarte do leite da mama lesionada durante o processo de cicatrização.

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

Drogas	Período recomendado de interrupção da amamentação
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 dos alimentos complementares

A partir dos 6 meses, o leite materno deve ser mantido, novos alimentos devem ser oferecidos e uma diversidade de cores, sabores, texturas e cheiros deve ser apresentada à criança. Uma alimentação adequada e saudável é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança.

No início, a criança deverá receber a comida amassada com garfo. Em seguida, deve-se evoluir para alimentos picados em pedaços pequenos, raspados ou desfiados, para que a criança aprenda a mastigá-los. Também podem ser oferecidos alimentos macios em pedaços grandes, para que ela pegue com a mão e leve à boca. Quando já estiver um pouco maior, a criança pode comer a comida da família, cortando-se os pedaços grandes, quando necessário. Não oferecer preparações líquidas e nem usar liquidificador, mixer ou peneira. Se a criança continuar com a consistência líquida, terá dificuldade em aceitar alimentos mais sólidos no futuro, podendo apresentar engasgo e ânsia de vômito.

Nos primeiros anos de vida, a variedade e a forma com que os alimentos são oferecidos influenciam a formação do paladar e a relação da criança com a alimentação. A criança que come alimentos saudáveis e adequados quando pequena tem mais chances de se tornar uma pessoa adulta consciente e autônoma para fazer boas escolhas alimentares (BRASIL,2019).

Nas tabelas 3 e 4 mostram a quantidade ideal de refeições em cada fase da introdução alimentar:

Tabela 3. Quantidades ideais de refeições para cada fase da introdução alimentar.

Até os 6 meses	6 meses	7 a 8 meses
Aleitamento materno exclusivo	Leite materno + 3 refeições que podem ser almoço (ou jantar) e 2 lanches; ou almoço, jantar e 1 lanche. Não há regra sobre qual refeição iniciar primeiro. O importante é que, ao completar 7 meses, ela já esteja recebendo 3 refeições.	O leite materno deve continuar a ser oferecido segundo a vontade da criança, sem substituir almoço e jantar. Ele pode ser oferecido entre as refeições e continua sendo o principal alimento da criança. Passe a ofertar 4 refeições: almoço, jantar e 2 lanches contendo fruta
Café da manhã	Leite materno	Leite materno
Lanche da manhã	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno



Almoço	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.</p>
Lanche da tarde	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno
Jantar	Leite materno	Idem almoço
Antes de dormir	Leite materno	Leite materno

Fonte: Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, 2019.



Tabela 4. Quantidades ideais de refeições para cada fase da introdução alimentar.

	8 a 9 meses	1 a dois anos
	<p>Os tipos de refeições continuam os mesmos após os 9 meses: almoço, jantar e 2 lanches com frutas</p> <p>A criança deve continuar a receber o leite materno quando desejar.</p>	<p>Além do leite materno, a criança recebe o café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar.</p> <p>Ofereça água ao longo do dia</p>
Café da manhã	Leite materno	<p>-Fruta e leite materno ou Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e leite materno ou</p> <p>- Raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) e leite materno</p>
Lanche da manhã	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno
Almoço e Jantar	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos- 1 alimento do grupo dos feijões - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras- 1 alimento do grupo das carnes e ovos



	Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.	Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.
Lanche da tarde	Fruta e leite materno	Leite materno e fruta ou • Leite materno e cereal (pães caseiros pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame)
Antes de dormir	Leite materno	Leite materno

Fonte: Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, 2019.

No início da introdução dos outros alimentos, não é preciso se preocupar com a quantidade (números de colheres) que a criança consome, pois o leite materno continua sendo o principal alimento da criança. O mais importante nesse momento é oferecer alimentos de qualidade e variados.

Tabela 5 -Doze passos para uma alimentação saudável para crianças menores de 2 anos

- Passo 1.** Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.
- Passo 2.** Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses.
- Passo 3.** Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
- Passo 4.** Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.
- Passo 5.** Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade.
- Passo 6.** Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.
- Passo 7.** Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.
- Passo 8.** Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.
- Passo 9.** Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.
- Passo 10.** Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.
- Passo 11.** Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.
- Passo 12.** Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Fonte: Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, pag. 229, 2019.



3.3 Crianças 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 gastroesofágico;
- ▶ Filhos de mãe HIV positivo
- ▶ Sobrepeso/obesidade

Para saber se a criança se encaixa nos critérios para o fornecimento de Fórmulas Infantis via Secretaria Municipal de Saúde consultar:

-PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS, SUPLEMENTOS ALIMENTARES E DIETAS ENTERAIS Disponível: <https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/>

3.4 Crianças 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.

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 .

Sulfato ferroso: Para prevenir a deficiência de ferro os Departamentos Científicos de Nutrologia e de Hematologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018-2021) passaram a recomendar a administração de ferro elementar para todo lactente nascido a termo, após o 3º mês de vida (com fator de risco) e 6º mês de vida (sem fator de risco) na dose de 1mg/kg/dia, até os 2 anos de idade. Independentemente de se em aleitamento materno exclusivo, fórmula infantil ou leite de vaca.

Público	Conduta*	Periodicidade
Crianças de 3 a 24 meses	01 mg de ferro elementar/kg	Diariamente até completar 24 meses

*A conduta está de acordo com as recomendações oficiais da Sociedade Brasileira de Pediatria (2018-2021).



5 ORIENTAÇÕES

► O Exame Físico deve ser conforme a tabela da página 44 a 50 do Caderno de Atenção Básica nº33. (ANEXO 6)

► Medidas de avaliação de hemograma associado ao PCR (para descartar infecção e inflamação) e da ferritina, são propostos como exames iniciais, a critério médico, 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 nas 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:

Valores séricos do perfil lipídico para crianças acima de 2 anos e adolescentes.

Lipoproteínas (mg/dL)	Desejáveis	Limítrofes	Elevados
CT	< 150	150-169	>170
LDL-C	< 100	100-129	>130
HDL-C	> 45		
TG	< 100	100-129	>130

CT: colesterol total

LDL-C: fração LDL do colesterol

HDL-C: fração HDL do colesterol

TG: triglicérides

► 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 Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) pela sua elevada incidência e frequente diagnóstico tardio.



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

Indiferença: as crianças não respondem aos chamados dos pais ou dos cuidadores, aparentando surdez; não respondem com sorriso social, não fazem contato “olho no olho”;
Desinteresse quando são estimuladas – por exemplo, quando lhe oferecem um brinquedo;
Movimentos repetitivos 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;
Evitam relacionar-se desde o início da vida, com dificuldade ao contato físico ;
Ausência de reação de surpresa: não diferem o conhecido do desconhecido, não discriminam o interlocutor;
Dificuldade para brincar de “faz de conta”, imitar gestos e expressões;
Grande sensibilidade a determinados tipos de sons;
Atraso 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);
Tendência ao isolamento , à autoagressão, à inquietação e a apresentar comportamentos estranhos;
Repetição da mesma atividade: giram objetos durante muito tempo;
Interesse restrito por objetos e temas, como, por exemplo, só gosta de brincar com carrinhos, ou sabe tudo sobre planetas, só fala de um tema.
Salto de etapas no desenvolvimento esperado, como, por exemplo, aprendem a ler sem que tenham aprendido sobre cores;
Falta de iniciativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses e atividades. Em alguns casos, essas crianças apresentam habilidades especiais (matemática, habilidades musicais, de leitura e plásticas) e alterações nas funções fisiológicas (relacionadas ao sono, aos processos gastrointestinais e à alimentação).



REFERÊNCIAS

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 .

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

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 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.

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.

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

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>.

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.

MANUAL DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL 2ª EDIÇÃO – ATUALIZADA - 2021/



Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP. 2021.

Manual de Neonatologia, 7. ed. John P. Cloherty, Guanabara 2015. MINISTÉRIO DA SAÚDE - CADERNETA DA CRIANÇA. 2da edição. PASSAPORTE DA CIDADANIA. Brasília DF 2020.

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

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

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

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

NELSON TEXTBOOK OF PEDIATRICS, TWENTY-FIRST EDITION. Copyright © 2020 Elsevier Inc.

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.

CONSENSO SOBRE ANEMIA FERROPRIVA: ATUALIZAÇÃO: DESTAQUES 2021. DIRETRIZES Departamentos Científicos de Nutrologia e Hematologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Nº 2 / Junho / 2018 atualizado em 26.08.21



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

ANEXOS



ANEXO 01 – 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-COMPRIIMENTO:

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:

Avalia a 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

9-TESTE DO REFLEXO VERMELHO:

Deverá ser repetido pelo médico na primeira consulta e, pelo menos, duas a três vezes ao ano, nos 3 primeiros anos de vida.

10-TESTE DO PEZINHO:

Teste do pezinho entre o 5-7 dia.

11-TRIAGEM AUDITIVA:

EMISSÕES 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.

12-TESTE DO CORAÇÃOZINHO:

Confirmar se valores normais.

13-TESTE DA LINGUINHA:

Realizado na Odontopediatria (CEO), encaminhar se não efetuado.

14-VACINAS:

Orientar pelo calendário atualizado anualmente pelo PNI.

15-ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS:

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

16-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.

17-INTERCORRÊNCIAS E PROBLEMAS



ANEXO 02 – ANAMNESE DE CONSULTA PERIÓDICA DE PUERICULTURA

1-PERÍMETRO CEFÁLICO PARA IDADE

No gráfico da caderneta:

- a) De linha vermelha superior a vermelha inferior (+2 a -2 escores z): Adequado
- b) Acima da linha vermelha superior (>+2 escores z): Acima do esperado
- c) Abaixo da linha vermelha inferior (<-2 escores z): Abaixo do esperado

Linha verde: Mediana, pode normalmente estar acima ou abaixo.

-Nos casos dos prematuros corrigira para idade biologica ate os 2 a 3 anos.

-O crescimento do sistema nervoso central é muito intenso no primeiro ano de vida, sendo avaliado pelo aumento do perímetro cefálico, que é de 2 cm/mês no primeiro trimestre, 1 cm/mês no segundo trimestre e 0,5 cm/mês no segundo semestre..

2-PESO e COMPRIMENTO/ALTURAPARA IDADE

- a) De linha vermelha superior a vermelha inferior (+2 a -2 escores z): Adequado

- b) Acima da linha vermelha superior (> +2 escores z): elevado

- c) Abaixo da linha vermelha inferior (< -2 escores z): baixo

- d) Abaixo da linha preta inferior (< -3 escores z): muito baixo

Linha verde: Mediana, pode normalmente estar acima ou abaixo.

Nos casos dos prematuros corrigira para idade biologica ate os 2 a 3 anos.

3-IMC PARA IDADE

No gráfico da caderneta

- a) Amarela a vermelha inferior (+1 a -2): Adequado

- b) De Amarela a vermelha superior (>+1 a +2): Risco de sobrepeso até os 5 anos e sobrepeso nos maiores de 5 anos.

- c) De vermelha superior a Preta superior: (>+2 a +3): Sobrepeso até os 5 anos e obesidade nos maiores de 5 anos.

- d) Acima da preta superior (> +3): Obesidade até os 5 anos e obesidade grave nos maiores de 5 anos.

- e) De vermelha inferior a preta inferior (<-2 a -3) Magreza

- f) Debaixo da preta inferior (<-3) Magreza acentuada.

4-DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTORPARA IDADE

Pode ser avaliado utilizando as tabelas de marcos de desenvolvimento presentes (P) ou ausentes (A) na 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, fórmula, LV puro ou diluído com ou sem adicionais, boa mamada ou não, regurgitação, refluxo, sinais de dor de refluxo (esofagite), cólicas.

8-INTERCORRÊNCIAS E PROBLEMAS:

Perguntar conforme o caso.

ANEXO 03 - ROTEIRO EXAME FÍSICO DO RN E LACTENTE

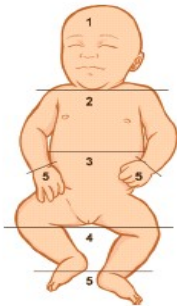
1-APARENTE BOM ESTADO GERAL (BEG) , HIDRATADO (1)
OU DESIDRATADO LEVE, MODERADO OU GRAVE

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 TRANSLÚCIDA 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.



Frequência respiratória normal, segundo a 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
De 0 a 2 meses	Até 60mrm

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

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.

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 - SUCCÃO

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 60rpm);
- 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 04 – 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	
Invólucro 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: _____	



ANEXO 05 -ROTEIRO VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO E PUÉRPERA- ACS

Nome da Mãe: DN / /	Idade da Mãe:
Nome do RN: DN do bebê: / /	
Endereço:	
Telefone:	Data realização da visita: / /
CNS:	
Teve algum problema no parto ou nascimento: () Sim () Não	
Qual:	
<u>OBSERVE O RECÉM-NASCIDO:</u>	
() Icterícia (amarelão)Outros: _____	
Coto Umbilical com sinais de infecção (vermelho, odor, quente, secreção):	
() Sim () Não	
A Criança já recebeu outro alimento além do leite materno? () sim () não	
Se leite materno complementado com:	
() leite de vaca em pó () leite de vaca em caixinha () leite de vaca pacote () leite de vaca não pasteurizado	
() leite de vaca diluído (qual a diluição?) () Composto lácteo () fórmula infantil	
() Água/Chá/Suco ou outro () Leite de vaca + mucilagem (tipo Mucilon,Neston, amido, ...)	
Eliminações (qual a frequência e aspecto):	
Sono () adequado () dorme pouco () dorme muito	
Higiene do RN adequada: () Sim () Não	
Interação mãe – bebê adequada: () Sim () Não	
() Olha para o bebê () Sorri para o bebê () Fala sobre o bebê () Pega no colo	
Recebeu as vacinas na Maternidade: () BCG() Hepatite B () Nenhuma	
Realizou teste da Orelhinha: () Sim () Não	teste do Pezinho: () Sim () Não
teste do Coração: () Sim () Não	teste da Linguinha:() Sim () Não
teste do Olhinho: () Sim () Não	
<u>OBSERVE A MÃE</u>	
Estado Geral: () Triste () Queixosa () Higiene Adequada	
Alimentação: () Adequada () Inadequada	
Tipo de parto: _____	
Tem febre? () Sim () Não	
Está tendo alguma dificuldade em amamentar o bebê? Qual?	
Mamas: () Fissura () Mamilo plano () Ingurgitamento () mastite () dor	
Situação social de risco (Moradia/Higiene/Renda dentre outros): () Sim () Não	
Qual?	
Recebeu orientação sobre contracepção:() Sim () Não	
Já recebeu algum atendimento anterior(Enfermeiro, pediatra...)?	
Profissional responsável pela Visita:	



ANEXO 06 — PÁGINAS 45-50 DO CADERNO Nº 33 DA ATENÇÃO BÁSICA EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO.

Quadro 1 – Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido

Tópicos do exame físico	Ações específicas
Peso, comprimento e perímetro cefálico	Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Avalie o peso 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 perímetro cefálico 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 relacionamento 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 postura normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o padrão respiratório: a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o estado de vigília do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia. A temperatura axilar 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
Pele	Observe a presença de: (a) edema (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) palidez (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) cianose (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia); (d) icterícia. 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



	<p>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</p>
Crânio	<p>Examine as fontanelas: 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 involuem mais lentamente) desaparecem espontaneamente.</p>
Olhos	<p>Reflexo fotomotor: 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 anatomofuncional (CANADIAN..., 2008). Teste do reflexo vermelho ou Bruckner test (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. Conjuntivites: 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</p>



	<p>conjuntivite por gonococo, pois a bactéria pode penetrar na córnea intacta e causar perfuração ocular em 24h. Estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral 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>
Orelhas e audição	<p>Oriente a família para a realização da triagem auditiva neonatal universal (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.</p>
Nariz	<p>Avalie a forma e a possível presença de secreção (sífilis).</p>
Boca	<p>Alterações morfológicas 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</p>
Pescoço	<p>Avalie a assimetria facial e a posição viciosa 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) (STACHELI, 2008)..</p>
Tórax	<p>Avalie a assimetria, 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 clavícula é manejada simplesmente prendendo-se o braço ao tórax, para proporcionar conforto ao bebê (STACHELI, 2008); tem caráter benigno e ocorre formação de calo ósseo em 2 a 3 semanas. Oriente a família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). Observe possíveis sinais de sofrimento respiratório (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, ictus cordis e sopros cardíacos. Verifique também os pulsos.</p>
Abdome	<p>Observe a respiração, 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</p>



	<p>diafragmática. Diagnostique a presença de hérnias 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 região umbilical estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência (AMARAL, 2004).</p>
Genitália	<p>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 (DENES; SOUZA; SOUZA apud JATENE; NOBRE; BERNARDO, 2006). O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele, 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.</p>
Ânus e reto	<p>Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.</p>
Sistema osteoarticular	<p>Examine os membros superiores e inferiores, 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 displasia evolutiva do quadril realizando os testes de Ortolani e de Barlow (DEMOTT et al., 2006; AMERICAN..., 2006; U.S. PREVENTIVE..., 2012; INSTITUTE, 2012).</p>



Coluna vertebral	Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.
Avaliação neurológica	Observe reflexos arcaicos: 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).



**ANEXO 07 - CRONOGRAMA DAS CONSULTAS – MÉDICAS E DE ENFERMAGEM –
PARA CRIANÇAS DE RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Idade	Crítérios	Equipe
De 0 a 7 dias	Todas as crianças	Atendimento na Primeira Semana de Vida pela equipe da Atenção Básica
1º mês	Todas as crianças de puericultura	Médico/Enfermeiro da Atenção Básica
2º mês	Todas as crianças de puericultura	Médico/Enfermeiro da Atenção Básica
4º mês	Todas as crianças de puericultura	Médico/Enfermeiro da Atenção Básica
6º mês	Todas as crianças de puericultura	Médico/Enfermeiro da Atenção Básica
9º mês	Todas as crianças de puericultura	Médico/Enfermeiro da Atenção Básica
12 meses	Todas as crianças de puericultura	Médico/Enfermeiro da Atenção Básica
18 meses	Todas as crianças de puericultura	Médico/Enfermeiro da Atenção Básica
24 meses	Todas as crianças de puericultura	Médico/Enfermeiro da Atenção Básica

Serão agendadas pela equipe do Amamenta Brusque no Hospital Azambuja (SUS) **consulta para o Pediatra criança:**

- Prematuras
 - Baixo peso ao nascerem
 - Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida (Intercorrências no parto)
 - Recém-nascido retido na maternidade por intercorrência clínica
 - Recém-nascido filho de mãe portadora do HIV, toxoplasmose ou sífilis
 - Outras intercorrências que caracterizem a criança como de *médio/alto risco* (BRASIL, 2016)
- *Caso seja identificada alguma situação de risco ou vulnerabilidade durante os atendimentos na Atenção Básica a criança deverá ser encaminhada para avaliação do pediatra.



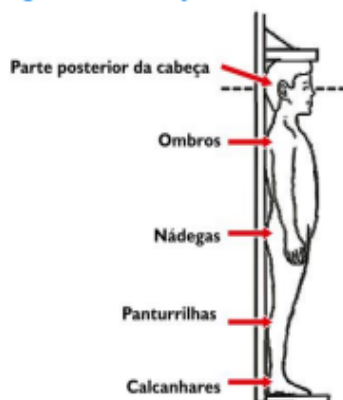
ANEXO 08 - ANTROPOMETRIA

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP	POP nº 11	Versão:01
		Rev:----	Páginas: 2
Aferição da estatura para toda a população.			
Objetivo (s)	Padronizar o método de coleta da estatura da população em todas as faixas etárias.		
Agente (s)	Profissionais da saúde habilitados (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas e profissionais de educação física).		
Materiais Necessários	Estadiômetro vertical ou horizontal (de acordo com a faixa etária).		
Processos			
<p>DEFINIÇÃO: O método antropométrico permite a avaliação do peso, da estatura e de outras medidas do corpo humano. Ele representa um importante recurso para a avaliação do estado nutricional do indivíduo e ainda oferece dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes.</p> <p>Pesar e medir são atividades de rotina nos serviços de saúde, e por serem atividades relativamente simples, a maioria das pessoas julga-se apta a realizá-las. No entanto, erros nos procedimentos, na leitura ou na anotação da medida são frequentes. Estas situações podem ser evitadas com treinamento das equipes, revisão constante dos conceitos e procedimentos e manutenção frequente dos equipamentos.</p> <p>Para que tais medidas sejam confiáveis e precisas, é necessário que os profissionais envolvidos nesta tarefa tenham alto senso de responsabilidade, concentração e atenção durante a realização do procedimento. Na dúvida, deve-se sempre o repetir.</p> <p>O valor da medida antropométrica deve ser anotado, imediatamente, com segurança e de forma legível.</p>			
<p>INDICAÇÃO: Usuários dos serviços da rede municipal de saúde.</p>			
<p>PROCEDIMENTOS:</p> <p>CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS</p> <ol style="list-style-type: none">1. Organizar os materiais necessários;2. Higienizar as mãos;3. Apresentar-se ao usuário/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;4. Deitar a criança no centro do estadiômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços.5. Manter, com a ajuda do responsável: - a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; - Os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do estadiômetro; - Os braços estendidos ao longo do corpo.6. As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o estadiômetro.7. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam8. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.9. Anotar o resultado na Caderneta de Saúde da Criança (tabela e gráfico).10. Registrar os dados coletados no prontuário eletrônico. <p>CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS, ADOLESCENTES E ADULTOS</p> <ol style="list-style-type: none">1. Organizar os materiais necessários;			

2. Higienizar as mãos;
3. Apresentar-se ao usuário/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Posicionar a criança, adolescente ou adulto descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
5. A cabeça do indivíduo deve ser posicionada no plano de Frankfurt (Figura 1).
6. As pernas devem estar paralelas, mas não é necessário que as partes internas das mesmas estejam encostadas. Os pés devem formar um ângulo reto com as pernas.
7. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Retirar o indivíduo quando tiver certeza de que o equipamento não se moveu.
8. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
9. Em caso de crianças (<10 anos), marcar a medida da estatura na Caderneta de Saúde da Criança (**tabela e gráfico**).
10. Registrar os dados coletados no prontuário eletrônico.

Nota: Idealmente, o indivíduo deverá encostar os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no estadiômetro ou parede. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles. O antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

Figura 1 - Aferição da estatura



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

Elaborado por: Ana Karolina Longo Boaventura; Camila Thais de Andrade; Gabriela Maria Natividade; Murilo Lyra Pinto; Rafaela Lopes Doria; Stéfany Caroline Andruszchak

Data da Elaboração:
11/11/2019

Revisado por: Sheila Neves Martins - Enfermeira
Nestor Daniel Huaco Palomino - Pediatra

Data da Revisão:

Validado por: Membros do NEPSHU

Data da Validação:
31/07/2020



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP	POP nº 12	Versão:01
		Rev: --	Páginas: 2
Aferição do Peso para toda a população.			
Objetivo (s)	Padronizar o método de coleta do peso corporal da população em todas as faixas etárias.		
Agente (s)	Profissionais da saúde habilitados (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas e profissionais de educação física).		
Materiais Necessários	Balança Pediátrica (mecânica ou digital); Balança Mecânica (plataforma); plataforma digital ou portátil;		
Processos			
<p>DEFINIÇÃO: O método antropométrico permite a avaliação do peso, da estatura e de outras medidas do corpo humano. Ele representa um importante recurso para a avaliação do estado nutricional do indivíduo e ainda oferece dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes.</p> <p>Pesar e medir são atividades de rotina nos serviços de saúde, e por serem atividades relativamente simples, a maioria das pessoas julga-se apta a realizá-las. No entanto, erros nos procedimentos, na leitura ou na anotação da medida são frequentes. Estas situações podem ser evitadas com treinamento das equipes, revisão constante dos conceitos e procedimentos e manutenção frequente dos equipamentos.</p> <p>Para que tais medidas sejam confiáveis e precisas, é necessário que os profissionais envolvidos nesta tarefa tenham alto senso de responsabilidade, concentração e atenção durante a realização do procedimento. Na dúvida, deve-se sempre o repetir. O valor da medida antropométrica obtida deve ser anotado, imediatamente, com segurança e de forma legível.</p>			
INDICAÇÃO: População em geral.			
PROCEDIMENTOS:			
AFERIÇÃO DO PESO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS.			
<ol style="list-style-type: none">1. Organizar os materiais necessários;2. Higienizar as mãos;3. Apresentar-se ao usuário/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;4. Destruar a balança;5. Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador;6. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados; Observação: Caso a balança seja digital, certificar-se que ela esteja ligada e zerada;7. Após constatar que a balança está calibrada, ela deve ser travada;8. Despir a criança com o auxílio do responsável (inclusive fraldas);9. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente. Destruar a balança, mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição. Orientar o responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;10. Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos;11. Depois mover o cursor menor para marcar os quilos/gramas;12. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;13. Travar a balança, evitando, assim, que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;14. Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.15. Anotar o resultado no prontuário e retirar a criança. Marcar a medida do peso na Cademeta de			



Saúde da Criança (**tabela e gráfico**).

Nota: Realizar a assepsia do prato da balança com álcool 70%.

AFERIÇÃO DO PESO DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS, ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS.

Todos devem ser pesados descalços e com roupas bem leves. Crianças, devem usar apenas calcinha, short ou cueca, na presença do responsável. Devem ser orientados a retirarem objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objetos que possam interferir no peso total. Se for utilizar balança mecânica de plataforma, certifique-se de que a mesma esteja afastada da parede.

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Apresentar-se ao usuário/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4. Destruar a balança;
5. Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador;
6. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
7. Após a calibração da balança, ela deve ser travada e só então a criança, adolescente e adulto deve subir na plataforma para ser pesado;
Observação: Caso a balança seja digital, certificar-se que a mesma esteja ligada e zerada;
8. Posicionar o indivíduo de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição;
9. Destruar a balança;
10. Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos;
11. Depois mover o cursor menor para marcar os gramas;
12. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
13. Travar a balança, evitando, assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;
14. Realizar a leitura de frente para o equipamento, para visualizar melhor os valores apontados ;
15. Retirar a criança, adolescente ou adulto da balança;
16. Retornar os cursores ao zero na escala numérica;
17. Anotar o resultado no prontuário do paciente e no caso de crianças (<10 anos), marcar a medida do peso na Caderneta de Saúde da Criança (**tabela e gráfico**).
18. Registrar os dados coletados no prontuário eletrônico.

REFERÊNCIAS:

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

Elaborado por: Ana Karolina Longo Boaventura; Camila Thais de Andrade; Gabriela Maria Natividade; Murilo Lyra Pinto; Rafaela Lopes Doria; Stéfany Caroline Andruszchak

**Data da
Elaboração:**
11/11/2019

Revisado por: Sheila Neves Martins - Enfermeira
Nestor Daniel Huaco Palomino - Pediatra

Data da Revisão:

Validado por: Membros do NEPSHU

Data da Validação:
31/072020



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP	POP nº 13	Versão:01
		Rev: ---	Páginas: 2
Aferição do perímetro cefálico			
Objetivo (s)	Padronizar o método de coleta do perímetro cefálico de crianças menores de dois anos.		
Agente (s)	Profissionais da saúde habilitados (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas e profissionais de educação física).		
Materiais Necessários	Fita métrica flexível (não extensível/inelástica).		
Processos			
DEFINIÇÃO: A partir da aferição do perímetro cefálico é possível detectar alterações no desenvolvimento do cérebro e patologias neuropsicomotoras. Para que tal medida seja confiável e precisa, é necessário que os profissionais envolvidos nesta tarefa tenham alto senso de responsabilidade, concentração e atenção durante a realização do procedimento. Na dúvida, deve-se sempre o repetir. O valor da medida antropométrica obtida deve ser anotado, imediatamente, com segurança e de forma legível.			
INDICAÇÃO: Os registros do perímetro cefálico da criança devem ser aferidos nos gráficos de crescimento em todas as consultas, para crianças de risco ou não, até os 2 anos de idade.			
PROCEDIMENTOS: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material;2. Higienizar as mãos;3. Apresentar-se ao cliente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;4. Deitar a criança na superfície de apoio e posicioná-la em decúbito dorsal, garantindo o posicionamento correto da criança;5. A fita deve ser posicionada sobre a proeminência occipital e sobre os arcos das sobrancelhas;6. Fixa-se a cabeça da criança;7. A fita deve ser colocada firmemente ao redor do osso frontal sobre o sulco supraorbital, passando-a ao redor da cabeça, no mesmo nível de cada lado, e colocando-a sobre a proeminência occipital máxima.8. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;9. O pavilhão auricular não deve ser incluído na circunferência. (Figura 2)10. Anotar o resultado no prontuário do paciente e no caso de crianças (<10 anos), marcar a medida na Caderneta de Saúde da Criança (tabela e gráfico).11. Registrar os dados coletados no prontuário eletrônico.			

Figura 2 - Aferição do perímetro cefálico



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Governo do Amazonas. INSTRUTIVO PARA MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO. Disponível em:

<http://www.saude.am.gov.br/docs/zika/INSTRUTIVO_PC_REV01.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Elaborado por: Ana Karolina Longo Boaventura; Camila Thais de Andrade; Gabriela Maria Natividade; Murilo Lyra Pinto; Rafaela Lopes Doria; Stéfany Caroline Andruszchak

Data da Elaboração:
11/11/2019

Revisado por: Sheila Neves Martins - Enfermeira
Nestor Daniel Huaco Palomino - Pediatra

Data da Revisão:

Validado por: Membros do NEPSHU

Data da Validação:
31/072020

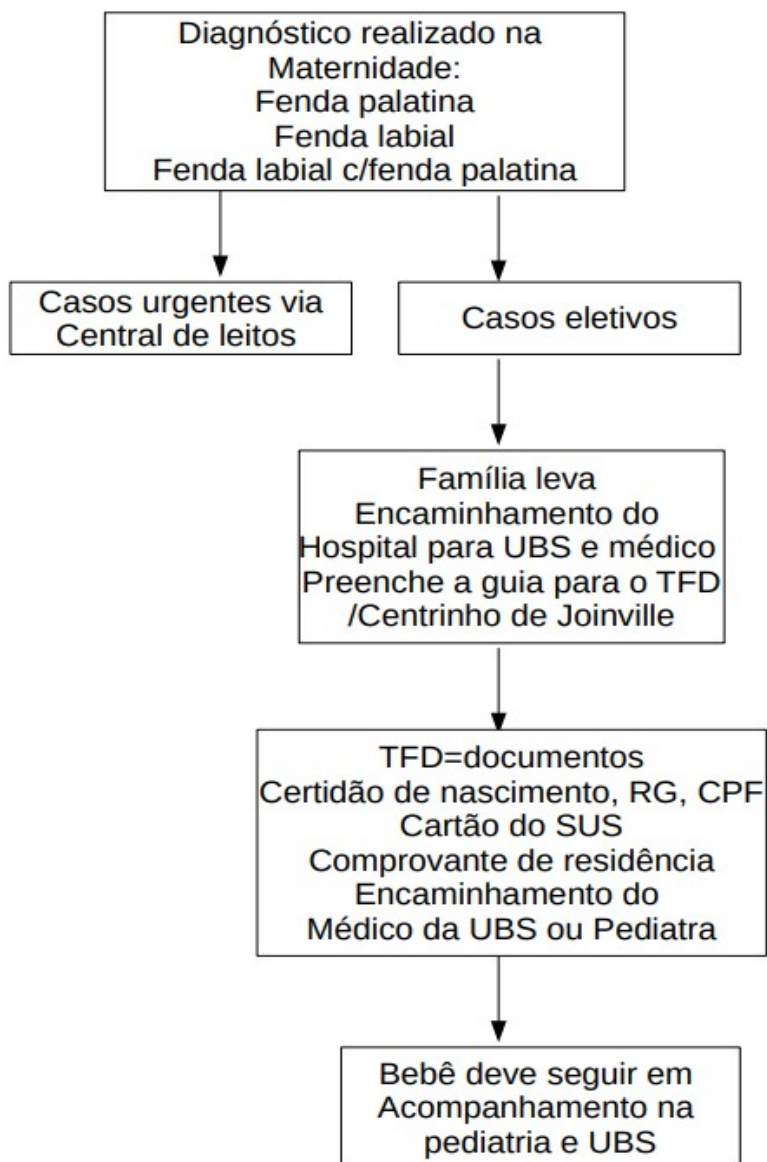


ANEXO 9 - FLUXOGRAMA MUNICIPAL DE COLETA DE CARIÓTIPO NO HOSPITAL

Fluxograma Municipal de encaminhamento para crianças com lesões labiopalatais



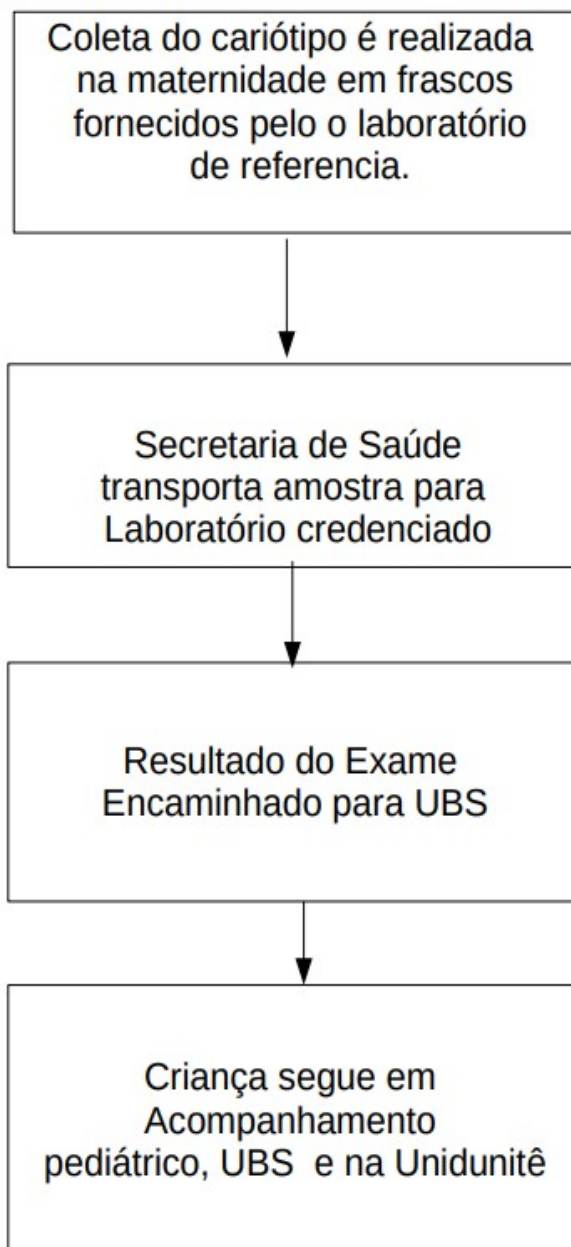
PREFEITURA DE
BRUSQUE





ANEXO 10 - FLUXOGRAMA MUNICIPAL DE COLETA DE CARIÓTIPO NO HOSPITAL

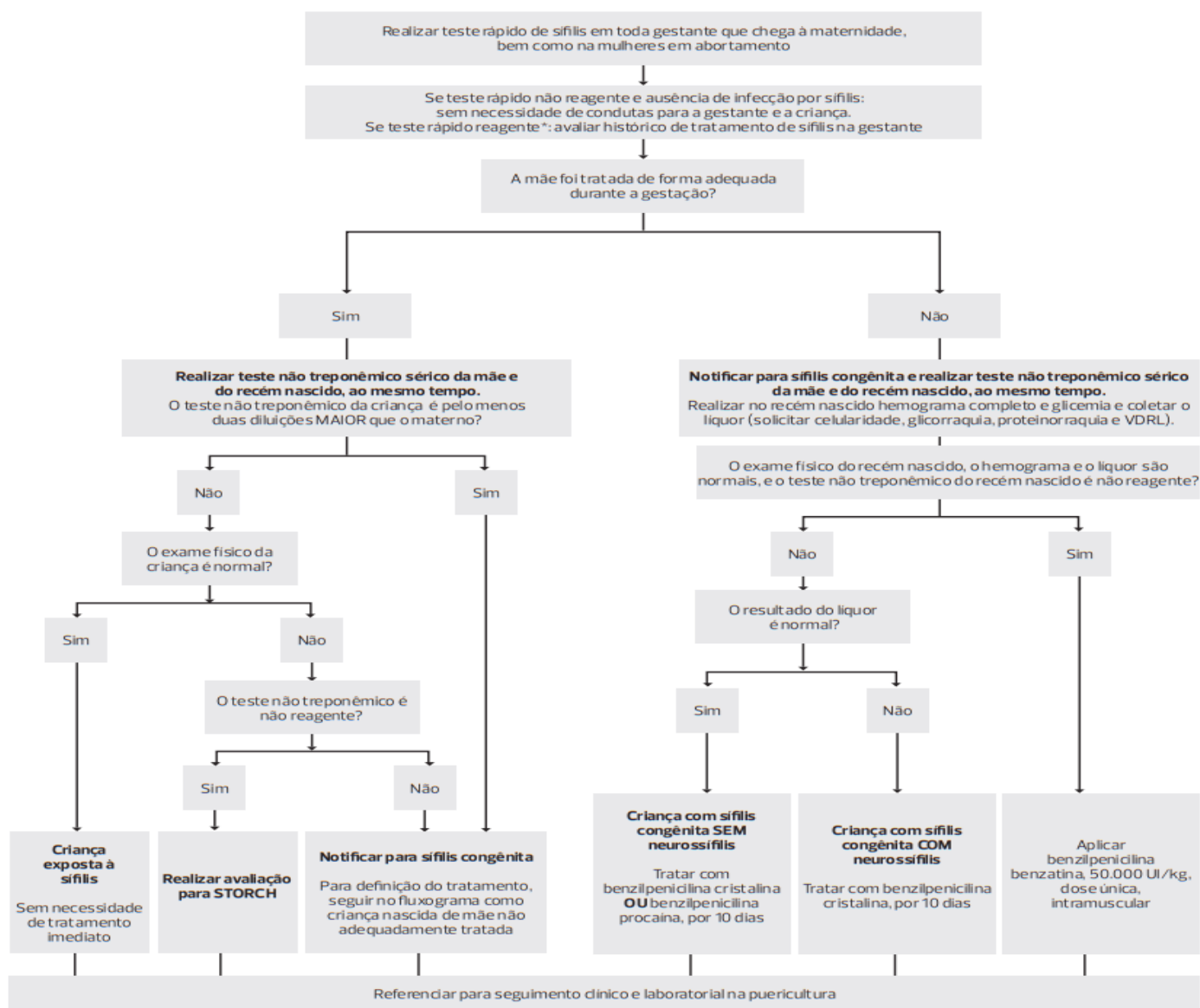
Fluxograma Municipal de Coleta de Cariótipo





ANEXO 11 - MANEJO DA CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS E DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

Figura 11 – Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: TNT – Teste não treponêmico periférico.

*Crianças nascidas de mulheres diagnosticadas com sífilis antes da gestação atual, com histórico documentado de tratamento adequado dessa sífilis anterior à gestação, com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: antes, 1:16, depois, menor ou igual a 1:4), e que durante a gestação atual se mantiveram com títulos de teste não treponêmico baixos e estáveis, não são consideradas crianças expostas à sífilis, e não precisam coletar VDRL no momento do parto.