MANUAL DE ACOMPANHAMENTO E REFERENCIAMENTO DA CRIANÇA

ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CONTAGEM

3ª Edição- 2023

CONTAGEM
2021

©2021. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem.
Para acesso à versão eletrônica, consultar o endereço: http://www.contagem.mg.gov.br

Elaboração, distribuição e informações
Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Av. General David Sarnoff, 3113 - Cidade Industrial
Contagem – MG
CEP: 32210-110

Organização e Edição Técnica
Ivana Santana Andrade

Elaboração Técnica
Amélia Marques Nunes
Ariane Ruiz Gutierres
Cristiane de Souza Carvalho
Deborah Hofman B.Bessa
Fátima Oliveira
Fernanda Cunha de Carvalho
Giulliana de Aguiar Cantoni
Helen Vieira Rosa
Juscélio Pereira da Silva
Lucas Divino Costa de Almeida
Matheus Luiz Lopes Amaral
Maria Izabel Chagas Costa
Renato Oberdá
Vinícius Oliveira Pimenta
Virgínia S. Barbosa
Viviane dos Reis Gade Cruz

Projeto Gráfico Produção Visual
Assessoria de Comunicação Secretaria Municipal de Saúde

Ficha Catalográfica

Contagem. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Acompanhamento e Referenciamento da Criança - Atenção Primária de Contagem.** Contagem, 2021. 58p.

Conteúdo

1- INTRODUÇÃO 3

2- AÇÕES QUE DEVEM SER ABORDADAS E CONDUZIDAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ATENDIMENTO DO RECÉM-NASCIDO ATÉ 2 ANOS DE IDADE 5

3- ESTRATIFICAÇÕES DE RISCO 10

3.1 CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO HABITUAL AO NASCER E ACOMPANHAMENTO ATÉ 2 ANOS DE IDADE 12

3.2 CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INTERMEDIÁRIO AO NASCER E ACOMPANHAMENTO ATÉ 2 ANOS DE IDADE 15

3.3 CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO AO NASCER E ACOMPANHAMENTOATÉ 2 ANOS DE IDADE 16

4- CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA PEDIATRA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA 17

5- CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA (CENTRO MATERNO INFANTIL DE CONTAGEM), EM RECÉM NASCIDO ATÉ 28 DIAS DE VIDA: 19

REFERÊNCIAS 21

ANEXO 1 – ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DOS GRUPOS OPERATIVOS NAS UBS 22

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (OBESIDADE E DESNUTRIÇÃO) 23

ANEXO 3- ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO, INTERCORRÊNCIAS NA AMAMENTAÇÃO, AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL, PROTOCOLO DE BRISTOL E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR 26

ANEXO 4- SUPLEMENTAÇÃO DO FERRO PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP) E MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) 39

ANEXO 5- ORIENTAÇÕES QUANTO AOS CUIDADOS BÁSICOS COM O RECÉM-NASCIDO EM CASA E ORIENTAÇÕES SOBRE LIMPEZA DA BOCA E DENTES DA CRIANÇA 41

ANEXO 6 43

1) PARÂMETROS DE CRESCIMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS, ...43

2) PARÃMETROS DE SINAIS VITAIS DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS, ...43

3) PARÂMETROS PARA EXAME FÍSICO NA 1ª CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO, ...43

4) PARÂMETROS DOS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO DE 0 A 10 ANOS 43

ANEXO 7- CÁLCULO DA IG CORRIGIDA EM CRIANÇAS NASCIDAS COM MENOS DE 34 SEMANAS 47

ANEXO 8- ASMA NA INFÂNCIA 49

ANEXO 9- CRITÉRIOS PARA PRESCRIÇÃO DA PALIVIZUMABE 53

ANEXO 10- MONITORAMENTO DO RN COM ALTERAÇÃO CONGÊNITA/ MICROCEFALIA 56

ANEXO 11- FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL NAS UBS À SAUDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL 59

ANEXO 12 - FLUXOGRAMA DAS AÇÕES DA 1ª SEMANA DE VIDA DE SAÚDE INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SINAIS DE RISCO NA PUÉRPERA E CRIANÇAS ATÉ 28 DIAS DE VIDA 61

ANEXO 13-FLUXO DE ATENDIMENTO E COLETA DO TESTE DO PEZINHO NA UNIDADE DE SAÚDE 64

ANEXO 14-FLUXOGRAMA SOBRE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL– TESTE DA ORELHINHA NA UNIDADE DE SAÚDE .70

ANEXO 15-FLUXOGRAMA SOBRE SEGUIMENTO DE CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS OU SÍFILIS CONGÊNITA 72

ANEXO 16-MEDICAMENTOS QUE A ENFERMAGEM PODE PRESCREVER 73

ANEXO 17 - CHECK LIST E LINHA DO TEMPO PARA O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS 75

1- INTRODUÇÃO

O médico generalista e o enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde são competentes para o atendimento da criança na Atenção Primária. O pediatra deve lidar com as doenças cuja abordagem envolve uma maior densidade tecnológica, em equipamentos, e um acúmulo de experiência específica nos tipos de doenças menos comuns naquela população.

As infecções respiratórias, por exemplo, devem ser tratadas pelo generalista. Nos casos em que é necessária a investigação de outros fatores que podem estar interferindo na freqüência e na gravidade dos episódios, este poderá contar com a ajuda do pediatra. O pediatra direcionará esse fluxo nos casos de alta pediátrica ou encaminhamentos para outros médicos especialistas.

Objetivando aperfeiçoar o uso dos recursos em saúde, impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão desses fluxos de referenciamento aos pediatras da Atenção Primária, esse Manual foi elaborado discriminando as principais situações clínicas de atribuição desses profissionais.

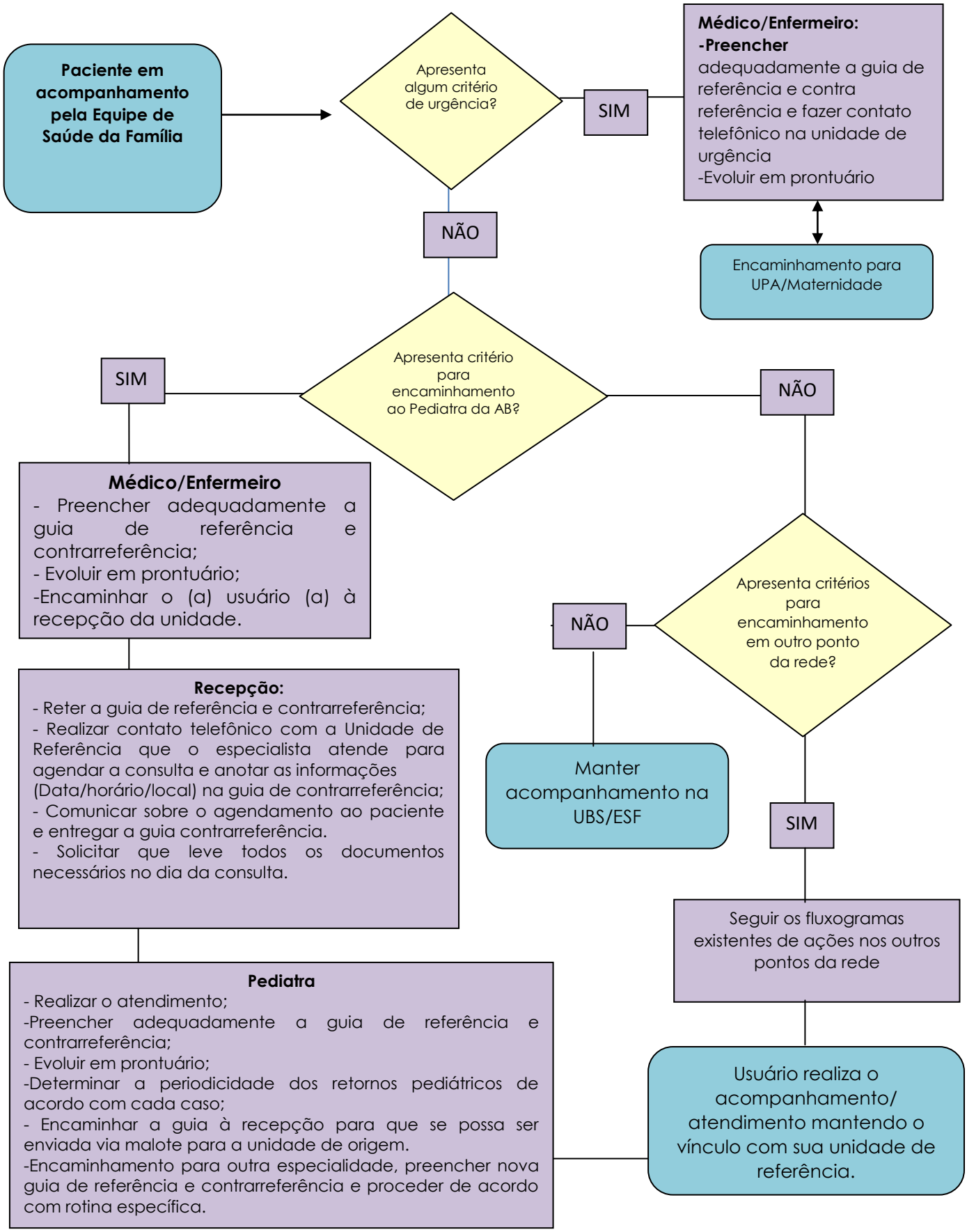
É fundamental haver uma comunicação entre as equipes de Atenção Primária para estabelecer uma linha de cuidado integral e longitudinal do paciente. Para efetivar essa ação, é necessário implementar fluxos de referenciamento bem delineados, que estabeleçam quais são os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e quais são aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados pela Atenção Primária.

Além disso, é essencial o preenchimento correto do encaminhamento, contendo além das particularidades de cada quadro clínico, os seguintes itens:

- Identificação do (a) paciente (nome completo, endereço, telefone, idade, Cartão Nacional de Saúde – CNS);
- Nome da mãe;
- Sinais e sintomas;
- Exame físico;
- Resultado de exames relevantes, com a respectiva data;
- Medicamentos em uso e tratamentos prévios da condição (com dose e posologia).

Segue, assim, o Fluxograma de Referenciamento no atendimento da criança até 12 anos, 11 meses e 29 dias, que define a competência e atribuição da equipe e do pediatra de referência, através do conceito de risco e vulnerabilidade.

FLUXOGRAMA DE REFERENCIAMENTO PARA O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



2- AÇÕES QUE DEVEM SER ABORDADAS E CONDUZIDAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ATENDIMENTO DO RECÉM-NASCIDO ATÉ 2 ANOS DE IDADE

2.1 ATENDIMENTO PRECOCE AO RECÉM NASCIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Ver ANEXO 12)

De acordo com a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015)**, que sinaliza a importância do atendimento ao binômio (mãe e filho) de forma precoce na Atenção Primária à Saúde, segue orientações aos profissionais da saúde e sobre o momento específico de atendimento de forma integral a puérpera e o recém-nascido, após a alta da maternidade.

2.1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA: PORTA DE ENTRADA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):

A Atenção Primária é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. Para atender esses princípios, a Atenção Primária desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

2.1.2 CAPTAÇÃO PRECOCE DO RECÉM NASCIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

- **NO PRÉ NATAL:** Criar vínculo com as gestantes, acompanhar o pré natal de acordo com fluxo próprio; realizar busca ativa das gestantes faltosas; identificar a gestante de alto risco; vincular a gestante com a maternidade; realizar visitas domiciliares semanalmente após a 36ª semana de gestação; orientar sobre cuidados com o bebê e as ações do 3º ao 5º dia de vida;
- **NA ALTA HOSPITALAR DO RN:** Agendamento da maternidade das altas dos recém nascidos para continuidade do atendimento na Atenção Primária. Deverá ser agendado por via do Sistema de informação (VIVVER), ou via telefônica ou por e-mail institucional. A unidade de saúde deverá disponibilizar vagas semanais (média 2-3 vagas de consultas da equipe) para este fim, agendando o RN e a puérpera até 72 horas após a alta hospitalar.
- **BUSCA ATIVA:** A equipe deverá realizar busca ativa e cadastro de todas as crianças < 2 anos do território;
- **DEMANDA ESPONTÂNEA**: Mãe ou responsável que comparece à UBS com criança< 2 anos deverá ser acolhida e orientada. Se nova moradora da área de abrangência, realizar cadastro e os devidos agendamentos. Se não pertence à área: realizar os devidos encaminhamentos para a unidade que pertence.

"A gestação e o nascimento devem ser priorizados na atenção à saúde da população". *Atenção à Saúde do Recém-nascido- Guia para os profissionais-MS-2014*

2.1.3 **ACOLHIMENTO:** Toda gestante, puérpera e recém-nascido devem ter prioridade no atendimento. Devem ser acolhidos no mesmo dia, avaliados e assistidos na atenção primária onde procuram assistência, de modo a não haver perda de oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso.Se morador de outra área de abrangência, realizar o encaminhamento adequado após o atendimento.

2.1.4 AÇÕES À PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO- IDEAL ENTRE O "3º E O 5º DIA DE VIDA" E A "PRIMEIRA CONSULTA NA 1ª SEMANA DE VIDA"

TESTE DO PEZINHO:
Profissional responsável: Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro;

I. Data Ideal: entre o 3º e 5º dia de vida. Podendo ser realizado em papel filtro até o 30º dia de vida. Após essa data, verificar fluxo no **anexo 13** (Fluxograma do atendimento e coleta do Teste do Pezinho).

.

Outras ações essenciais para avaliar o binômio neste dia:

- Verificar anotações da caderneta da criança e da Gestante, Sumário de alta/Registros;
- Realizar o Teste do Pezinho de acordo com as orientações (**anexo 13);**
- Verificar presença de Icterícia;
- Realizar imunização do RN se necessário e verificar esquema vacinal da puérpera;
- Verificar a Amamentação **(anexo 3)**;
- Avaliar o coto umbilical e as devidas orientações de cuidado **(anexo 5);**
- Orientar sobre cuidados /Higiene com o RN **(anexo 5)**;
- Atualizar ou realizar o cadastro familiar;
- Agendar a 1ª consulta na 1ª semana de vida com o enfermeiro ou médico **(anexo 12)**;
- Se sinais de risco, solicitar avaliação imediata do enfermeiro ou médico. Se necessário encaminhar para a urgência **(anexo 12)**.

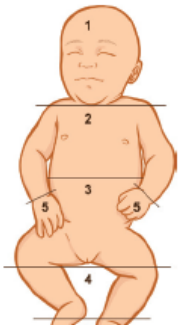
PRIMEIRA CONSULTA NA 1ª SEMANA DE VIDA (**anexo 12):**
Profissional responsável: Enfermeiro OU Médico;
Data Ideal: na 1ª Semana de Vida da Criança.
A ESSÊNCIA desta 1ª consulta é de acolhimento, observação e orientação, com o intuito de acolher a família, identificar precocemente quaisquer problemas e sanar possíveis dúvidas. É ideal ser realizada no mesmo dia da coleta do Teste do Pezinho. Orienta-se organizar previamente este agendamento com os familiares.
Ações Principais:

- Avaliação geral mãe e filho (história do pré natal/parto e Dinâmica Familiar);
- Verificar anotações da caderneta da criança, da gestante, Sumário de alta/Registros;
- Verificar realização e resultados das Triagens Neonatais:
  Triagem Auditiva (TAN): deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida (**anexo 14**);
  Teste do Coraçãozinho (Teste do Reflexo Vermelho): realizado antes da alta hospitalar;
  Teste do Olhinho: realizado antes da alta hospitalar;

II. **Teste do Pezinho**: ideal entre o 3º e 5º dia de vida na atenção primária, se o bebê estiver internado a realização será na maternidade municipal (**anexo 13**);

- Monitorar o Teste do Pezinho através do site do NUPAD: resultado, necessidade de nova coleta devida amostra inadequada OU alterada, agendamento de sorologia OU consulta urgente;
- Realizar exame físico no RN (**anexo 6-Parâmetros para exame físico na 1ª consulta do RN);**
- Verificar o Frênulo Lingual, principalmente se mãe apresentar dificuldades na amamentação **(anexo3-Frênulo Lingual e amamentação)**;
- Verificar Aleitamento Materno: É um dos fatores mais relevantes para que a criança sobreviva ao primeiro ano de vida, por isso é importante estimular a puérpera quanto à amamentação. Verificar durante uma mamada a pega, a posição, a sucção, a frequência, a duração, queixa de dor e fissura. Apoiar as dificuldades com retorno precoce para reavaliação e controle do peso **(anexo 3)**;
- Verificar existência precoce de agravos a saúde da criança;
- Verificar presença de Icterícia neonatal Zonas de Kramer:

Zonas de Kramer **Zona 1 e 2:**Encaminhar para avaliação médica na unidade básica;
Demais zonas: Encaminhar para o Centro Materno Infantil **imediatamente.**



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)

- Verificar esquema vacinal. O RN: dose única de BCG e a 1ª dose da Hepatite B. A Puérpera: Hepatite B, dT, Influenza, COVID e tríplice viral. Observação: Mulheres amamentando crianças menores de 6 meses não devem ser imunizadas contra a febre amarela;
- Orientar cuidados/ higiene com o bebê **(anexo 5)**;
- Avaliar o coto umbilical e orientações **(anexo 5)**;
- Registrar os dados antropométricos (peso, comprimento, perímetro cefálico) nos quadros e tabelas da Caderneta da Criança e no Prontuário/ Sistema de Informação. Esse é o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil;
- Realizar agendamento da consulta pós parto e planejamento reprodutivo;
- Realizar a Estratificação de Risco e agendar consulta de acordo com fluxograma da puericultura (Ver item abaixo).

FLUXOGRAMA DAS AÇÕES DA 1ª SEMANA DE VIDA DE SAÚDE INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CAPTAÇÃO PRECOCE DO RECÉM NASCIDO

- No Pré Natal: busca ativa das gestantes faltosas e **semanalmente após a 36ª semana de gestação**;
- Busca Ativa da equipe a todas as crianças < 2 anos do território;
- Alta Responsável do CMI: agendar atendimento da equipe de saúde da família até 72 horas após a alta hospitalar;
- Demanda Espontânea: mãe ou responsável comparece à UBS.

Garantir atendimento por Visita Domiciliar e/ou Consulta na UBS IMEDIATAMENTE

AÇÕES DO 5º DIA DE VIDA (TÉCNICO DE ENFERMAGEM OU ENFERNEIRO)

- Verificar anotações da caderneta da criança/Sumário de alta/Registros;
- Realizar o Teste do Pezinho de acordo com as orientações do fluxo a parte;
- Verificar presença de Icterícia;
- Realizar imunização do RN se necessário e verificar esquema vacinal da puérpera;
- Verificar a Amamentação;
- Avaliar o coto umbilical e as devidas orientações de cuidado;
- Orientar sobre cuidados /Higiene com o RN;
- Atualizar ou realizar o cadastro familiar;
- Agendar consulta de acordo com fluxograma da puericultura

Puérpera com dificuldades na amamentação e/ ou RN com sinais de alerta?

SIM → Encaminhar para avaliação imediata do enfermeiro ou médico da equipe; Garantir encaminhamento s/n para a Urgência

NÃO ↓

AGENDAR A PRIMEIRA CONSULTA NA 1ª SEMANA DE VIDA (ENFERMEIRO OU MÉDICO)

- Avaliação geral mãe e filho (história do pré natal/parto e Dinâmica Familiar);
- Verificar anotações da caderneta da criança, da gestante, Sumário de alta/Registros;
- Verificar anotações e resultados das Triagens Neonatais:
  - Triagem Auditiva- TAN,
  - Teste do Coraçãozinho,
  - Teste do Olhinho,
  - Teste do Pezinho
- Verificar existência precoce de agravos a saúde da criança;
- Orientar cuidados com o bebê;
- Verificar presença de Icterícia;
- Verificar esquema vacinal da puérpera e RN;
- Verificar a Amamentação;
- Verificar o Frênulo Lingual;
- Avaliar o coto umbilical e orientações;
- Realizar agendamento da consulta pós parto e planejamento reprodutivo;
- Realizar a Estratificação de Risco e Agendar consulta de acordo com fluxograma da puericultura (Risco Habitual, Médio e Alto Risco)

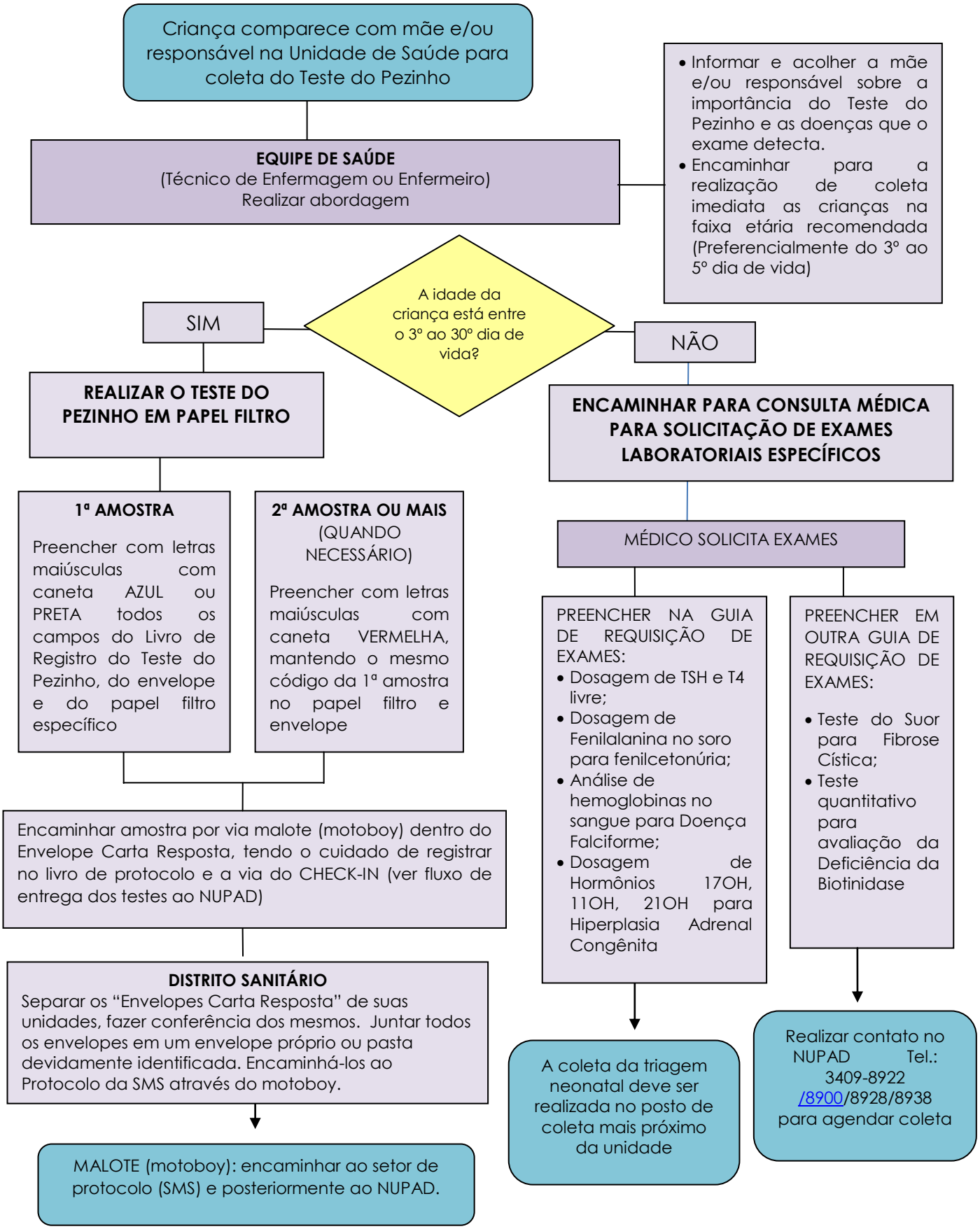
RN com sinais de Risco (no anexo)

NÃO ←

SIM → Encaminhar para Urgência; fazer contato prévio e contrarreferência ao CMI

Encaminhar para agendamento do RN conforme fluxo próprio de estratificação de risco/puericultura:
-**Risco Habitual:** retorno com1 mês de idade na equipe;
-**Médio Risco**: avaliação pediatra/ equipe Multiprofissional;
- **Alto Risco:** avaliação pediatra, eq. Multiprofissional Intervenção Precoce

FLUXOGRAMA PARA A COLETA DO TESTE DO PEZINHO PELAS UNIDADES DE SAÚDE



3- ESTRATIFICAÇÕES DE RISCO

A estratificação de risco estabelece critérios para garantir o cuidado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer. A identificação dos recém-nascidos de risco habitual, de médio e de alto risco ao nascer possibilita oferecer cuidados diferenciados para essas crianças. É importante que sejam de fato discriminativos, para que incluam somente aquelas crianças que precisam de cuidados mais intensos.

As crianças entre 0 (zero) a 2 (dois) anos de idade geralmente chegam à unidade de saúde devido à procura espontânea da família à unidade ou devido à uma Visita domiciliar do ACS. Em outros casos, a maternidade entra em contato com a UBS para agendamento da consulta. Dessa forma, cabe à equipe realizar a captação IMEDATA e as Ações do 5º dia de vida. O Enfermeiro ou médico responsável pela 1ª consulta desta criança na unidade de saúde deve realizar a Estratificação de Risco de acordo com orientações abaixo:

1. A estratificação de risco ao nascer deve ser realizada na maternidade E no primeiro atendimento do RN na UBS;

2. Os critérios da estratificação devem ser reavaliados de forma contínua e dinâmica, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, porque as crianças podem ter evolução que permita mudança de risco;

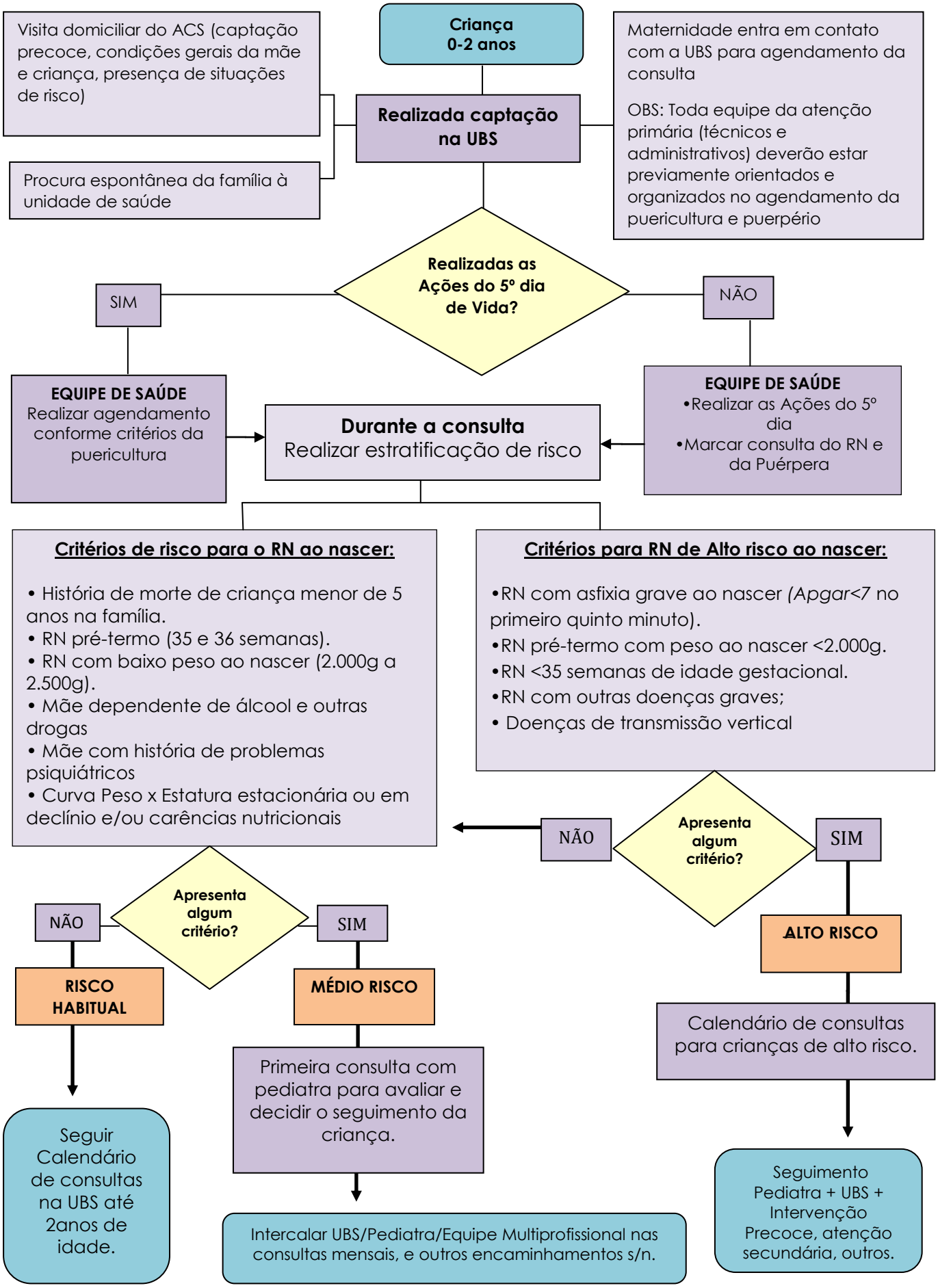
3. O acompanhamento da criança é realizado pela Atenção Primária, onde pode ser mantido exclusivamente ou de forma compartilhada com outros profissionais quando for necessário;

4. Quando o cuidado for compartilhado entre a equipe da UBS, pediatra e equipe multiprofissional é de extrema importância a construção e execução do Plano de Cuidados compartilhado da criança;

5. Mesmo que a criança necessite de acompanhamentos de outros setores, a atenção primária deve manter vínculo com a família e a continuidade do cuidado deve ser garantida.

Nos tópicos abaixo, maiores detalhamentos dos critérios classificados como Risco Habitual, Intermediário (médio) e Alto Risco.

FLUXOGRAMA- ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO ATENDIMENTO À CRIANÇA (0-2 anos)



IMPORTANTE:

- ✓ **As Situações socioeconômicas** que apresentem risco para o RN deverão ser discutidas juntamente com os profissionais da Equipe Multiprofissional e avaliadas caso a caso, para melhor forma de acompanhamento e monitoramento familiar;

- ✓ **Benefícios do Cadastro Único:** a equipe de saúde deve orientar a família a procurar o CRAS de sua referência para avaliação de critérios de recebimento da Bolsa Família OU outro benefício. Central de Atendimento (3352-5418/5367);

- ✓ **Crianças e Adolescentes Institucionalizados:** menor abrigado em Instituição Social devido grave violação de seu direito previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), encontram-se em situação de rompimento dos laços afetivos, impactando significativamente em seu desenvolvimento físico e psíquico (ver fluxo do atendimento da atenção Primária das crianças e adolescentes Institucionalizados- **anexo 11**);

- ✓ **Vale Social:** No caso de crianças /adolescentes com doenças crônicas em tratamento em Unidade Pública de Saúde ou Clínica conveniada ao SUS (ex: NUPAD) que necessitem de transporte para o comparecimento às consultas e/ou exames (ver orientações do Transporte em Saúde)**;**

- ✓ **Vigilância em Saúde:** Acompanhamento da vigilância, prevenção e controle de riscos e agravos. Atenção aos indícios de violência, abandono, depressão pós-parto.

3.1 CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO HABITUAL AO NASCER E ACOMPANHAMENTO ATÉ 2 ANOS DE IDADE

A estratificação de Risco Habitual é considerada como risco inerente ao ciclo de vida do RN. São critérios verificados na Maternidade e na 1ª consulta da Atenção Primária: APGAR > 7 no 5º minuto; Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g; Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas e sem comprometimentos maiores de vulnerabilidades sociofamiliares.

A equipe da **Atenção Primária** deve garantir as consultas às crianças através de previsão de agendamento com base nos nascidos vivos do território, sendo previsto acompanhamento para todos os seus ciclos de vida: recém-nascido, primeiro ano de vida, pré-escolar e escolar.

3.1.1 CALENDÁRIO DE CONSULTAS DE RISCO HABITUAL:

No quadro a seguir, **proposta mínima** de acompanhamento da criança (recomendação do MS e SBP) a ser realizado na atenção primária às crianças classificadas como risco habitual.

A **Equipe Multiprofissional, Pediatra e Odontólogo** devem-se organizar para o acompanhamento e realização de atividades educativas, como ao estímulo ao aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, saúde bucal, vacinação, entre outros. Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme a necessidade determinada por problemas de saúde.

CALENDÁRIO MÍNIMO PARA ATENDIMENTO AO RISCO HABITUAL AO NASCER		
Período	**Profissional da Atenção Primária**	**Outros profissionais da saúde**
1ª Semana de vida	Consulta OU visita domiciliar do Enfermeiro	Odontólogo
1º Mês	Consulta com Médico	
2º Mês	Consulta do Enfermeiro	
3º Mês	**Grupo operativo (ANEXO 1)**	**Equipe Multiprofissional/Pediatra**
4º Mês	Consulta do Médico	
5º Mês	**Grupo operativo (ANEXO 1)**	**Equipe Multiprofissional/Pediatra**
6º Mês	Consulta Médico	Odontólogo
9º Mês	Consulta do Enfermeiro	
12º Mês	Consulta com Médico	Odontólogo
15º Mês	Consulta do Enfermeiro	
18º Mês	Consulta com Médico	
24º Mês	Consulta com Médico	Odontólogo

- Os revezamentos entre profissionais poderão ser alterados de acordo com quadro de recurso humano da equipe.
- Os Grupos Operativos poderão ser organizados pela equipe em qualquer fase da criança. Segue uma sugestão no quadro acima.
- A estratificação deve ser reavaliada de forma contínua e dinâmica, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida.

3.1.2 AÇÕES NECESSÁRIAS EM TODAS AS CONSULTAS DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS DE IDADE:

Em todas as consultas do enfermeiro e médico devem realizar as seguintes ações:

- Após a 1ª consulta na "1ª semana de vida do RN", seguir calendário mínimo de consultas para o risco habitual: consultas no 1º, 2º, 4º e 6º mês, trimestrais até o 18º mês e consulta no 24º mês. Depois, consulta anual até o 9º ano de idade;
- A medição do peso, altura, perímetro cefálico (PC) é obrigatório em todas as consultas;
- Avaliação odontológica nos 1ºs dez dias de vida e semestralmente até 2 anos. Depois, anualmente;
- Grupos Operativos envolvendo profissionais da Equipe Multiprofissional, ESF, pediatra, dentista (em torno do 3º e 5º mês de vida). Abordar temas como amamentação, alimentação complementar, cuidados gerais, saúde bucal, prevenção de acidentes, dentre outros;
- Em toda consulta de puericultura é essencial uma avaliação adequada da saúde da criança e de seu micro e macroambiente, ou seja, no contexto de sua família e comunidade;
- Registrar os dados antropométricos nos quadros e tabelas da Caderneta da Criança e no Prontuário/ Sistema de Informação. Esse é o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil.
- Os desvios da Curva de crescimento devem ser investigados e tratados precocemente, para evitar comprometimento da saúde atual e futura da criança;
- Compartilhar as informações preenchidas na caderneta com os pais, explicando a evolução nas curvas de crescimento e o marcos de desenvolvimento (promoção da corresponsabilidade);
- Avaliar o Marcos de Desenvolvimento e Crescimento **(anexo 6);**
- Avaliar consumo alimentar;
- Avaliar estado vacinal;
- Orientar sobre horas de consumo em tecnologia segundo padrão orgânico;
- Avaliar condições do meio ambiente e cuidados domiciliares dispensados à criança;
- Avaliar padrão quantitativo e qualitativo do sono;
- Avaliar saúde bucal;
- Cultura da paz e prevenção da violência;
- Registrar todos os dados acima no prontuário e sistema de informação;
- Agendar os retornos logo após a consulta realizada conforme calendário proposto;
- No caso de férias ou licença médica do enfermeiro ou médico, manter a consulta com o outro profissional da unidade, inclusive para a consulta da 1ª semana de vida.

3.2 CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INTERMEDIÁRIO AO NASCER E ACOMPANHAMENTO ATÉ 2 ANOS DE IDADE

A equipe da Atenção Primária deve ofertar uma atenção equânime e integral que depende da estratificação de risco e da presença de vulnerabilidade. Assim, a atenção da criança deve ser diferenciada se for detectada a vulnerabilidade sociofamiliar.
Ao detectar na primeira consulta critérios abaixo, deve agendar com pediatra e a Equipe Multiprofissional para uma avaliação e decisão em conjunto do seguimento da criança. A UBS deverá manter o vínculo e consultas intercaladas com as demais.

<table>
<tr><th>Critérios que caracteriza a criança de Risco Intermediário</th><th>Equipe Multiprofissional</th><th>Pediatra</th><th>Atenção Primária</th></tr>
<tr><td>VULNERABILIDADE SÓCIOFAMILIAR
• Situação de vulnerabilidade: situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;
• Mãe com menos de 4 consultas de pré-natal;
• Mãe com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;
• Mãe com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
• Mãe com gravidez indesejada e COM dificuldades de aceitação;
• Mãe com gravidez decorrente de violência sexual;
• Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitável;
• Mãe sem suporte familiar;
• Chefe da família sem fonte de renda;
• Depressão pós-parto e/ou baby blues (Diagnóstico atual ou pregresso);
• Um dos pais com: transtorno mental severo;
• Deficiência física e/ou doença neurológica;
• Pais com dependência de álcool e outras droga.</td><td>Avaliação da equipe: Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Farmacêutico</td><td>Quando necessário</td><td rowspan="2">Consultas OU visitas domiciliares: Mensal até o 6º mês; Bimensal até 1 ano; Trimestral até 2 anos de idade;

Ações Educativas envolvendo a Equipe Multiprofissional;

Atualização de vacinas de rotina e outras necessárias;

Verificar critérios da Palivizumabe (anexo 9);

Busca ativa de faltosos ao tratamento;

Monitorar realização de exames necessários.</td></tr>
<tr><td>• Peso ao nascer ≥ 2.000g e < 2.500g;
• Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas;
• Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;
• Criança sem realização de triagem neonatal;
• Desmame precoce (antes do 6º mês de vida);
• Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou Sobrepeso;
• Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado;
• Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro e um período de 3 meses.</td><td>Quando necessário</td><td>Realizar a Avaliação e Controle;

Direcionamento do caso,

Encaminhamentos necessários</td></tr>
<tr><td>Evolução sem melhora ou piora dos fatores de risco, comprometimento da saúde da criança: reclassificar como Alto Risco e realizar os devidos encaminhados</td><td colspan="3">Equipe Especializada, Intervenção Precoce</td></tr>
</table>

3.3 CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO AO NASCER EACOMPANHAMENTOATÉ 2 ANOS DE IDADE

O RN de alto risco deverá manter cuidado compartilhado entre as equipes da atenção primária e secundária. A Unidade de Saúde que a família está cadastrada deverá manter o monitoramento desse seguimento, conhecendo a programação de procedimento ao qual aquela criança deverá ser submetida.

Critérios de Alto Risco	**Ações da Atenção Primária E Equipe Multiprofissional**	**Ações Pediatra**
Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g;	Consultas OU visitas domiciliares: **Mensal até o 6º mês;** **Bimensal até 1 ano;** **Trimestral até 2 anos de idade;** Ações Educativas envolvendo a Equipe Multiprofissional; Atualização de vacinas de rotina e outras necessárias; Verificar critérios da Palivizumabe; Busca ativa de faltosos ao tratamento; Monitorar realização de exames necessários	Avaliação; Controle; Direcionamento do caso; Encaminhamentos necessários**:** **Atenção Especializada e Intervenção Precoce**
Idade gestacional ≤ 34 semanas;		
Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto);		
Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão;		
Malformação congênita: defeitos cardíacos, defeitos do tubo neural e anormalidades cromossômicas, como a síndrome de Down;		
Alteração da Triagem Neonatal: Coraçãozinho, do Olhinho e da Orelhinha;		
Alteração das doenças triadas no Teste do pezinho: Tratamento no NUPAD e clínicas conveniadas		
Doenças de transmissão vertical		
Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação;		
Desnutrição grave e/ou obesidade		
Doenças metabólicas com repercussões clínicas (DM, Dislipidemia);		
RN com permanência prolongada em UTI;		
Sinais de violência / maus tratos: Seguir fluxo da violência		

4- CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA PEDIATRA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com a classificação de risco relatado acima, segue algumas situações para encaminhamentos ao pediatra:

4.1 CRIANÇAS < 2 ANOS:

- ✓ RN com sofrimento fetal agudo: APGAR < 7 no 5º dia de vida;
- ✓ RN que necessitaram de internação neonatal (UTI neonatal, unidade de cuidados intermediários);
- ✓ Doenças infecciosas de transmissão de transmissão perinatal: HIV, Z STORCH (zika, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples e chikungunya);
- ✓ Recém nascido com doença crônica (pulmonar, cardíaca, renal, hepática, endócrina, neurológica, hematológica);
- ✓ Recém nascido com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor;
- ✓ Crescimento e Desenvolvimento inadequado;
- ✓ Dificuldades na amamentação;
- ✓ Pré-termo tardio (IG acima de 35 semanas);
- ✓ Pequenos para idade gestacional (percentil de peso menor que 10);
- ✓ Com baixo peso ao nascer para avaliação de ganho ponderal;
- ✓ Obesidade e Desnutrição (**anexo 2**);
- ✓ Seguimentos de casos de infecção do trato urinário;
- ✓ Reações adversas de vacina;
- ✓ Intercorrências repetidas com repercussão clínica;
- ✓ Necessidade de monitoramento do seguimento ambulatorial com especialidades médicas e Doenças Crônicas:
    - Asma dentro dos critérios de risco e/ou alterações clínicas e sociais que necessitem de intervenções e ou encaminhamentos. (Maiores orientações "ASMA: Manual de Diagnóstico e Manejo dos pacientes na Atenção Primária/2019" Contagem;
    - Outras PNEUMOPATIAS: Diagnóstico duvidoso ou suspeita de DPOC; Paciente com pneumonia de repetição; Tosse persistente a esclarecer, refratária aos tratamentos propostos.
    - CARDIOPATIAS;
    - NEFROPATIAS;
    - INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA;
    - ORTOPEDIA;
    - ENDOCRINOLOGIA, principalmente a diabetes;
    - PROBLEMAS NEUROLÓGICOS, como exemplo:
        - Epilepsia;
        - Convulsão febril;
        - Cefaléia com sinais de alerta (Sinais de alerta da cefaléia: Vômitos, déficit motor, diminuição do rendimento escolar e sonolência);
        - Atraso da linguagem;
        - Paralisia cerebral;
        - Fechamento precoce da fontanela anterior;

- Distúrbios paroxísticos não epilépticos (tiques, mioclonia benigna do sono, perda de fôlego, síncope vasovagal ou neurocardiogênica, tremor essencial, coreias);
- Estigmas neurocutâneos ou presença de estigmas cutâneos na região dorsal;
- Características faciais sindrômicas;
- Suspeita de transtorno do espectro autista;
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, sintomas externalizantes (ansiedade, agressividade, irritabilidade) e sintomas internalizantes;
- Microcefalia e macrocefalia

4.2 CRIANÇAS ENTRE 2 A <13 ANOS:

- Todas as Crianças egressas da UTI Pediátrica (Com internação prolongada e/ou de repetição.
- Crianças com doenças respiratórias crônicas: Com 2 ou mais episódios de pneumonia comprovado por exame (RX) e com histórico de internação nos últimos 12 meses.
- Crianças com doenças gastrointestinais crônicas Com repercussão nutricional (diarréia crônica, doença celíaca, atresia das vias biliares, cirrose, alergias e intolerâncias alimentares, doença do refluxo gastresofágico.
- Crianças com asma persistente moderada não controlada e persistente grave Com mais de 3 episódios de bronco espasmo em 60 dias, sem melhora ao tratamento adequado.
- Crianças com alterações renais crônicas, com destaque para hidronefrose, hematúria persistente por mais de 60 dias Com destaque para hidronefrose, hematúria persistente por mais de 60 dias (macro ou microscópica com ou sem hipertensão arterial); infecção urinária recorrente (comprovada por urocultura sem resposta ao tratamento instituído); síndrome nefrótica.
- Crianças com alterações endócrinas Diabetes mellitus, distúrbios da tireóide.
- Crianças com obesidade: Grau 1 com comorbidades e/ou desnutrição (moderada a severa).
- Crianças de 0 a 6 anos com atraso em seu desenvolvimento global a despeito de uma estimulação adequada.
- Crianças com hipertensão arterial.
- Alterações clínicas e sociais que necessitem de intervenções e encaminhamentos necessários.

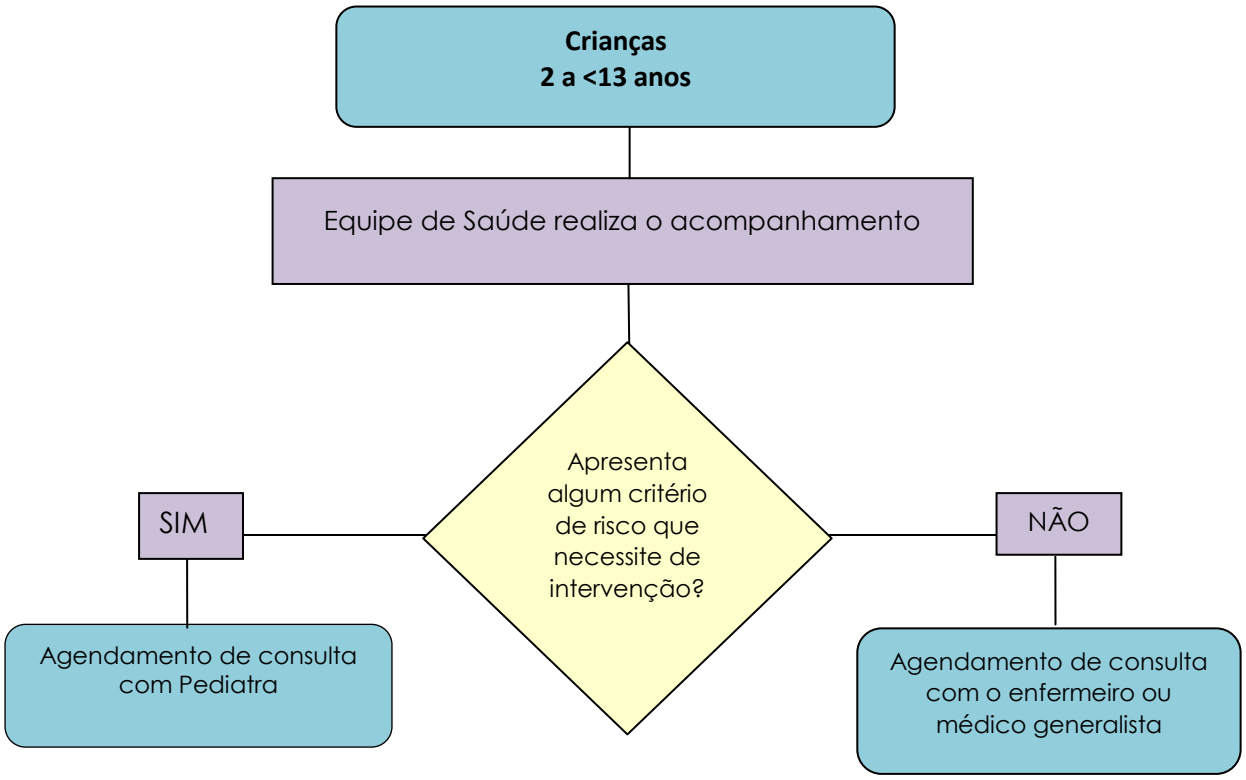
5- CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA (CENTRO MATERNO INFANTIL DE CONTAGEM), EM RECÉM NASCIDO ATÉ 28 DIAS DE VIDA:

- Febre (Temperatura axilar ≥ 37,8ºC);
- Hipotermia (Temperatura axilar <36,3ºC);
- Hipoatividade;
- Palidez cutaneomucosa;
- *Cútis marmórea* (ou pele mosqueada);
- Episódios de cianose;
- Desidratação (Avaliar: fontanela anterior deprimida, pele com turgor, elasticidade reduzida e redução da diurese);
- Dificuldade de sucção;
- Gemência;
- Esforço respiratório FR ≥ 60irpm, vide escala BSA;
- Redução de diurese;
- Períodos prolongados (maior que 3 horas) sem amamentação;
- Hipoglicemia com glicemia capilar ≤ 40mg/dl;
- Lesões de pele (Lesões pustulosas e bolhosas);
- Alterações do coto umbilical (Sinais flogísticos e secreção purulenta com odor fétido);
- Presença de secreção ocular por mais de uma semana;
- Quadros de distensão abdominal com presença de fezes sanguinolentas;
- Ausência de evacuações por mais de uma semana.

ENCAMINHAMENTO RESPONSÁVEL

PREENCHER ADEQUADAMENTE A GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA
FAZER CONTATO TELEFÔNICO NA UNIDADE DE URGÊNCIA/ CENTRO MATERNO INFANTIL ANTES DE ENCAMINHAR

FLUXOGRAMA - DE ATENDIMENTO DA CRIANÇA
De 2 a12 anos, 11 meses e 29 dias



ATENÇÃO:

Acompanhamento das crianças entre 2 a < 13 anos:

- Garantir o acompanhamento dos pacientes dentro dessa faixa etária, avaliando critérios de risco e/ou alterações clínicas e sociais que necessitem de intervenções e/ou encaminhamentos.
- De 2 a 9 anos de idade: Consulta com o médico Generalista, anualmente, próxima à data de aniversário.

Critérios de Encaminhamento ao pediatra:

- Obesidade e Desnutrição (**anexo 2**);
- Doenças Crônicas como:
  - Asma dentro dos critérios de risco/ alterações clínicas e sociais ou outras pneumopatias **(anexo 8);**
  - Cardiopatias;
  - Nefropatias;
  - Diabetes;
  - Problemas neurológicos;
- Crescimento e Desenvolvimento inadequado;
- Egresso de Internações Hospitalares;
- Seguimentos de casos de infecção do trato urinário;
- Reações adversas de vacina;
- Intercorrências repetidas com repercussão clínica.
- Crianças classificadas como médio e alto risco.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, Volume I. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso: 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade. 1 ed. Distrito Federal: Editora MS. 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 16 ago. 2018.

FHEMIG. Diretrizes Clínicas Procedimento Operacional Padrão – Protocolo Clínico. Asma na Infância. Revisão: 2012. Disponível em:http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/docman/Protocolos_Clinicos-1/76-021-asma-na-infancia-24072012/file

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Manual Atenção à Saúde da criança. 1ª ed. Belo Horizonte: SAS/SES. 2005, 214p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2ª edição. Caderno de Atenção Básica. 2015.

Sociedade Brasileira de Pediatria- Departamento Científico de Nutrologia. Manual de Alimentação da Infância à Adolescência. 4ª edição revisada e ampliada. 2018.

ANEXO 1 – ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DOS GRUPOS OPERATIVOS NAS UBS

Os grupos operativos devem ser planejados conjuntamente (Equipe Multiprofissional, ESF, Pediatra, Saúde Bucal, dentre outros). Os temas abordados podem variar desde alimentação complementar, prevenção de acidentes, cuidados gerais, amamentação, prevenção de cáries, marcos do desenvolvimento/crescimento, obesidade infantil, entre outros.

Outros grupos operativos podem ser implementados na equipe, como por exemplo, a "Consulta Zero", ofertada as gestantes no último trimestre abordando temas pertinentes aos cuidados com o recém-nascido garantindo um olhar integral a criança conforme a faixa etária e os riscos socioeconômicos apresentados.

- ✓ Convocar lactentes (com 3 meses e 5 meses de idade) ou outro público alvo para participarem dos grupos operativos. Para isso, sugerimos criar uma agenda para a organização do grupo.
- ✓ Orientar as mães a trazerem tanto o Cartão do SUS quanto a Caderneta de Saúde do filho
- ✓ O responsável pela organização do grupo deverá possuir ensino superior completo. Entretanto, esse pode ser auxiliado por outros profissionais da saúde da família.

A fim de deixar a explicação mais didática, vamos dividir o fluxo da realização do grupo em ETAPAS.

Etapas:

✓ 1º etapa:

- Será voltada para receber os participantes e anotar seus dados cadastrais no sistema de informação.

✓ 2º etapa:

- Em local apropriado, realizar e anotar as coletas dos dados antropométricos (Peso e Comprimento, perímetro cefálico) no prontuário de atendimento individual do sistema de informação e na caderneta da Criança.

✓ 3º etapa:

- Voltada para as orientações do profissional de saúde com ensino superior sobre alimentação saudável e diversos temas pertinentes à idade.
- Preencher no sistema de informação a realização da atividade.
- Tempo aproximado: 1h - 1h e 30min

✓ 4º etapa:

- Agendamento dos participantes seguindo o calendário de puericultura proposto no município.

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (OBESIDADE E DESNUTRIÇÃO)

A. Crianças (0-10 anos):

O referencial para classificar o estado nutricional de crianças menores de 5 anos são as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 (OMS, 2006). Já para as crianças de 5 a 10 anos incompletas é utilizada a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (OMS, 2007).

Para a avaliação do estado nutricional de crianças entre zero e 10 anos de idade, são necessárias as seguintes informações: Data de nascimento, Data do atendimento, Peso, Estatura* e Sexo.

* A mensuração da altura de crianças de zero a 24 meses de idade deve ser realizada com a criança deitada (comprimento) e entre as crianças maiores de 24 meses a mensuração deve ser feita em pé.

Passos para a classificação do estado nutricional:

- ✓ Mensuração do peso e da altura.
- ✓ Cálculo do IMC.
- ✓ Cálculo da idade em meses.
- ✓ Analisar a curva de crescimento, peso e IMC da criança.
- ✓ Avaliação dos valores encontrados de acordo com a referência.

- Um importante instrumento para a classificação do estado nutricional é a Caderneta da Criança. Os dados de peso e altura devem ser colocados no gráfico e avaliados na curva de crescimento.
- Registrar os dados de peso, altura e PC no gráfico da Caderneta da Criança (MS) e avaliar sua curva de crescimento, segundo os índices antropométricos utilizados (ascendente, horizontal ou descendente)
- Apresentar o diagnóstico encontrado ao responsável pela criança no momento do atendimento, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso.
- Avaliar os hábitos alimentares da criança, prática de aleitamento materno (em menores de 2 anos), a disponibilidade e variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc.)
- Avaliar a prática de atividade física e o número de horas que a criança passa em frente a vídeos (televisão, computador, vídeo game etc.) por dia.
- Avaliar a alimentação da criança no ambiente escolar e as possíveis influências nas suas escolhas alimentares.

- O acompanhamento do crescimento de crianças pré-termo ou com baixo peso para a idade gestacional exige um cuidado maior, pois elas não tiveram seu crescimento intrauterino adequado. (ver **anexo 7**- cálculo da IG corrigida).

São situações de alerta entre crianças:

- Peso elevado para idade, com curva de crescimento ascendente.
- Para menores de 2 anos, quando apresentar peso acima do adequado, avaliar também a altura da criança. Caso apresente déficit de altura, essa pode ser recuperada, na maioria dos casos, com uma intervenção adequada e imediata.

- O índice antropométrico mais recomendado pelo Sisvan para avaliação do excesso de peso é o IMC-para-idade. Isso porque a associação para determinar o risco à saúde é mais sensível quando avaliada a relação entre o peso e o quadrado da medida de altura (IMC) do que com a medida isolada da altura (Peso-para-estatura). Acima do percentil 97 (Escore-z +2), a criança apresenta obesidade. Assim, esta deve receber as devidas orientações para iniciar seu tratamento e ser encaminhada para o pediatra de referência, sem perder o vínculo com sua unidade básica.
- Crianças em um percentil 3 ou menor (escore Z < -2) também devem ser encaminhadas para o pediatra de referência, sem perderem o vínculo com sua unidade básica.

B. Adolescentes (10-20 anos):

Para a classificação do estado nutricional dos adolescentes, deve ser adotada a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (OMS, 2007). Para a avaliação do estado nutricional de adolescentes de 10 a 19 anos de idade são necessárias as seguintes informações: Data de nascimento, Data do atendimento, Peso, Estatura e Sexo.

Passos para a classificação do estado nutricional:

- ✓ Mensuração do peso e da altura.
- ✓ Cálculo do IMC.
- ✓ Cálculo da idade em meses.
- ✓ Com o valor obtido, é possível usar a tabela da Caderneta da Criança para identificar sobrepeso ou obesidade.
- ✓ Avaliação dos valores encontrados de acordo com a referência. Um importante instrumento para a classificação do estado nutricional é a Caderneta do Adolescente. Os dados de peso e altura podem ser colocados no gráfico e avaliados na curva de crescimento.
- ✓ Avaliar o estágio de maturação sexual de acordo com o proposto por Tanner (a seguir).

Observações importantes para essa faixa etária:

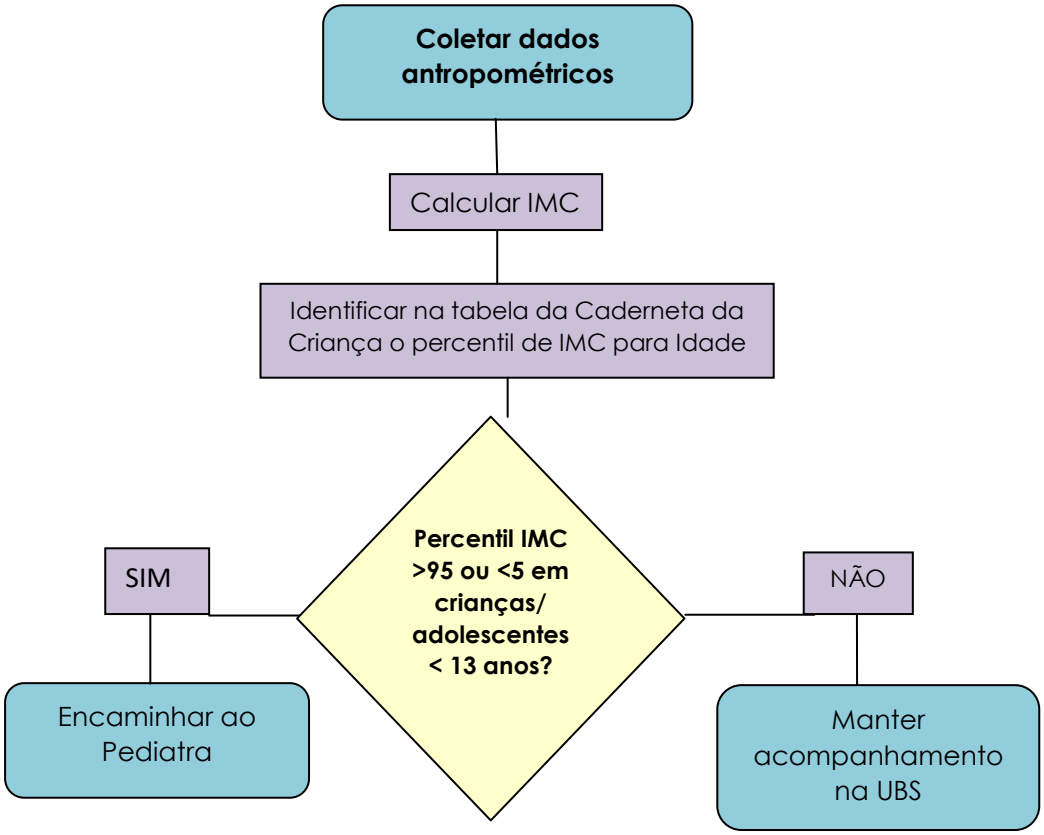
- Um adolescente classificado com IMC-para-idade abaixo do percentil 0,1 (Escore-z -3) é muito magro. Em populações saudáveis, encontra-se um adolescente nessa situação para cada mil. Contudo, alguns casos correspondem a transtornos alimentares. Em caso de suspeita dessas situações, o adolescente deve ser referenciado para o pediatra, se menor que 13 anos (se maior que 13 anos, encaminhar para especialidade necessária);
- Acima do percentil 97 (Escore-z +2), o adolescente pode apresentar obesidade. A obesidade é uma doença crônica de natureza multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo, acarretando prejuízos à saúde. Dessa forma, o adolescente deve ser referenciado para o pediatra, se menor que 13 anos, (se maior que 13 anos, para especialidade necessária) sem perder seu vínculo com sua unidade básica;
- Um adolescente classificado com estatura-para-idade acima do percentil 99,9 (Escore-z +3) é muito alto, mas raramente corresponde a um problema. Contudo, alguns casos correspondem a desordens endócrinas e tumores. Em caso de suspeitas dessas situações, o adolescente deve ser referenciado para o pediatra;
- Os adolescentes classificados com IMC-para-idade abaixo do percentil 3 (Escore-z -2) devem sem referenciados ao pediatra para uma melhor avaliação.

- Ao ser classificado com o peso acima do adequado (excesso de peso), o profissional deverá apresentar ao adolescente e/ou responsável o diagnóstico encontrado, explicar o que representa e dar as devidas orientações para cada caso.

✓ **Outras ações importantes:**

- Avaliar a orientação da curva de crescimento, segundo os índices antropométricos utilizados (ascendente, horizontal ou descendente).
- Registrar os dados na Caderneta de Saúde do Adolescente.
- Avaliar os hábitos alimentares do adolescente – usar formulário do SISVAN como referência.
- Avaliar a prática de atividade física e o número de horas que o adolescente passa em frente a vídeos (televisão, computador, vídeo game etc.) por dia.
- Avaliar a alimentação do adolescente fora do ambiente de casa – escola, finais de semana, lanches fora do lar e as possíveis influências dos grupos sociais nas suas escolhas alimentares.

FLUXOGRAMA- AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL



ANEXO 3- ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO, INTERCORRÊNCIAS NA AMAMENTAÇÃO, AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL, PROTOCOLO DE BRISTOL E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

3.1- ORIENTAÇÕES QUANTO A AMAMENTAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam **o Aleitamento Materno exclusivo até os seis meses de idade.** A partir desse período, está indicada a introdução da alimentação complementar saudável, e deve-se estimular a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais, de acordo com a vontade da criança e da mãe, desde que esta continuidade seja nutritiva. O incentivo e apoio ao aleitamento materno devem ocorrer no pré-natal, sala de parto, alojamento conjunto e após a alta hospitalar, bem como nas unidades de alto risco que atendem o recém-nascido.
Amamentar estimula o correto crescimento e desenvolvimento orofacial, contribuindo para a evolução natural da sucção, deglutição, respiração, mastigação e fala.

3.1.1 Duração e Frequência das mamadas

Deve-se deixar que cada bebê estabeleça seu próprio ritmo e mame em livre demanda, ou seja, sempre que quiser, sem horário fixo. A mãe precisa aprender a reconhecer os sinais do seu filho e amamentá-lo sempre que ele tiver fome. No entanto, é importante que ela observe se as mamadas estão sendo eficaz, o que garantirá um tempo adequado de amamentação e de intervalo entre elas. O choro nem sempre é sinal de fome. Bebês choram quando estão com fome, com sono ou irritados por algum motivo: dor, calor ou frio.

3.1.2 Alternância das mamas

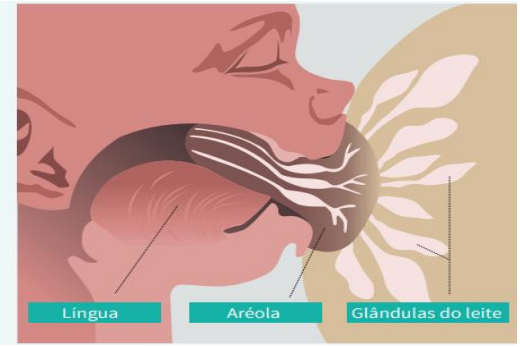
Não há regras rígidas para isso. Depende de fatores relacionados ao binômio mãe-bebê. Deve-se orientar a mãe a tentar perceber se a mama ainda está com acúmulo de leite (pois totalmente vazia ela nunca fica) antes de passar para a outra mama. Normalmente o bebê larga sozinho a mama quando o fluxo de leite diminui. Caso seja necessário oferecer a segunda mama numa mesma mamada, a mãe precisará começar por essa mama, na próxima vez.

3.1.3 Bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras:

Todos esses produtos prejudicam a amamentação. Os bebês que fazem uso de mamadeiras e chupetas acabam largando o peito e diminuindo o contato entre mãe e filho. Além disso, atrapalhaa erupção e o correto posicionamento dos dentes e aumenta o risco de contaminação do leite e o desenvolvimento de doenças.

PONTOS CHAVES DA PEGA ADEQUADA:

- Mais aréola visível acima da boca do bebê
- Boca bem aberta
- Lábio inferior virado para fora



ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Orientar a mãe a não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas ou fazer uso de outras drogas;
- Orientar uso de medicamentos somente com prescrição;
- Orientar uso de sutiã com boa sustentação, porém sem compressão excessiva durante a gravidez e puerpério;
- Estimular descanso entre as mamadas, sempre que o bebê estiver dormindo;
- Orientar a não deixar o bebê mamar em outra mãe, pelo risco de contrair doenças contagiosas, tais como: AIDS e Hepatite;
- Estimular a mãe a doar o excesso de leite para o Posto de Coleta de Leite Humano do CMI.
- Observar eliminações do bebê, sinais de hidratação, estado geral do bebê.
- Orientar ingesta de líquidos em quantidade suficiente para saciedade (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la).

3.2 DEFINIÇÕES DE TERMO DO ALEITAMENTO MATERNO ADOTADA PELA OMS/2015

Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama, ou leite humano ordenhado, e nenhum outro alimento líquido ou sólido, com possível exceção para medicamentos; ou seja, toda a energia e nutrientes são fornecidos pelo leite materno.

Aleitamento materno predominante: quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas ou chás, mas não recebe outro leite.

Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou dele extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento, incluindo leite não-humano.

Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

QUADRO 1- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA MAMADA:

Comportamentos favoráveis	Comportamentos indicativos de dificuldades
Posição	
( ) Mãe relaxada e confortável ( ) Corpo e cabeça do bebê tocando o peito ( ) Queixo do bebê tocando o peito ( ) Nádegas do bebê apoiadas ( ) Escore posição 1	( ) Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê ( ) Corpo do bebê distante do da mãe ( ) O bebê está com o pescoço virado ( ) O queixo do bebê não toca o peito ( ) Só ombros/cabeça apoiados ( ) Escore posição 2
Respostas	
( ) O bebê procura o peito quando sente fome ( ) O bebê roda e busca o peito ( ) O bebê explora o peito com a língua ( ) Bebê calmo e alerta ao peito ( ) Bebê mantém a pega da aréola ( ) Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, fisgadas) ( ) Escore resposta 1	( ) Nenhuma resposta ao peito ( ) Nenhuma busca observada ( ) O bebê não está interessado no peito ( ) Bebê irrequieto ou chorando ( ) Bebê não mantém a pega da aréola ( ) Nenhum sinal de ejeção de leite ( ) Escore resposta 2
Estabelecimento de laços afetivos	
( ) Mãe segura o bebê no colo com firmeza ( ) Mãe e bebê mantém contato visual ( ) Grande quantidade de toques mãe/filho ( ) Escore afetivo 1	( ) Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente ( ) Nenhum contato ocular mãe/filho ( ) Mãe e bebê quase não se tocam ( ) Escore afetivo 2
Anatomia	
( ) Mamas macias e cheias antes da mamada ( ) Mamilos projetando-se para fora ( ) Tecido mamário com aparência saudável ( ) Mamas com aparência arredondada ( ) Escore anatomia 1	( ) Mamas ingurgitadas e duras ( ) Mamilos planos ou invertidos ( ) Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão ( ) Mamas esticadas ou caídas ( ) Escore anatomia 2
Sucção	
( ) Boca bem aberta ( ) Lábio inferior projeta-se para fora ( ) Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito ( ) Bochechas de aparência arredondada ( ) Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa ( ) É possível ver e/ou ouvir a deglutição ( ) Escore sucção 1	( ) Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente ( ) Lábio inferior virado para dentro ( ) Não se vê a língua do bebê ( ) Bochechas tensas ou encovadas ( ) Sucções rápidas com estalidos ( ) Pode-se ouvir barulho altos, mas não a deglutição ( ) Escore sucção

Adaptado do UNICEF por Carvalhares.[12]

Aspectos avaliados	Nº de comportamentos negativos investigados	Comportamentos negativos observados/ Classificação dos escores		
		Bom	Regular	Ruim
Posição mãe/criança	05	0-1	2-3	4-5
Respostas da dupla	06	0-1	2-3	4-6
Adequação da sucção	06	0-1	2-3	4-6
Anatomia das mamas	04	0	1	2-4
Afetividade	03	0	1	2-3

Fonte: Carvalhares (2003)

3.3RAZÕES MÉDICAS ACEITÁVEIS PARA USO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO DEFINIDAS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

3.3.1- Condições que justificam contra indicar a amamentação **PERMANENTEMENTE:**

Infecção pelo HIV	Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para HIV recomendam que mulheres que vivam com HIV ou com HTLV não amamentem, mesmo que a carga viral seja baixa, há possibilidade de transmissão do vírus durante a amamentação.
Fonte: World Health Organization, 2009.	

3.3.2-Condições que justificam contra indicar a amamentação **TEMPORARIAMENTE:**

Doenças maternas graves	Septicemia ou outras condições clínicas que impedem a mãe de cuidar do seu filho.
Vírus do Herpes simples tipo 1	Deve ser evitado o contato direto entre as lesões mamárias da mãe e a boca do bebê até que as lesões estejam curadas.
Doença de Chagas	Deve ser evitado o contato direto entre as lesões mamárias da mãe e a boca do bebê até que as lesões estejam curadas.
Uso de alguns medicamentos como: drogas sedativas, psicoterápicas, antiepilépticas e opiáceos e suas combinações	Provocam efeitos colaterais tais como tontura e depressão respiratória. Se possível buscar alternativas de drogas compatíveis com a amamentação.
Uso de radiofármacos como o Iodo-131 radioativo	A mãe pode voltar a amamentar cerca de dois meses após o uso. Esta substância pode ser evitada, uma vez que existem alternativas mais seguras.
Uso em excesso de iodo ou iodo tópico (ex. povidone-iodato)	Pode resultar em anormalidades eletrolíticas ou supressão da tireóide no bebê. Recomendam-se usar alternativas mais seguras e manter a amamentação.
Uso de medicamentos antineoplásicos	Interromper a amamentação durante a terapia.
Álcool, opiáceos, benzodiazepínicos e maconha (cannabis)	Podem causar sedação tanto na mãe como no bebê. As mães devem ser incentivadas a não usar tais substâncias e ter apoio para abstinência.
Fonte: World Health Organization, 2009.	

3.4INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES NO ALEITAMENTO MATERNO:

INTERCORRÊNCIA	MANEJO
Bebê que não suga ou tem sucção fraca *Atentar para o ganho de peso do recém-nascido e eliminações.*	Orientar a ordenha (no mínimo cinco vezes ao dia) para garantir a continuidade da produção do leite. Suspender o uso de chupeta ou mamadeira. Estimule o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole. Oferecer o leite ordenhado em colher ou copo. Atenção: crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação.
Demora na apojadura ou "descida do leite"	Orientar que normalmente ocorra em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea. Estimular a autoconfiança da mãe. Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha. A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama. Para mais informações, ver CAD 23, parte1. 2
Dor dos mamilos/ Fissuras	Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema. Não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante. Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada doseio. Ordenhar manualmente antes da mamada. Passar o leite do final das mamadas nas lesões. Uso de "rolinhos" de fralda nos mamilos para evitar aderência do mamilo lesionado no sutiã.
Mamilos planos ou invertidos	Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o "bico" com a auréola. Promover a confiança para mãe; ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor. Ensinar manobras que auxiliam a aumentar os mamilos, comocompressasfriasesucçãopor30 a 60 segundos, com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml cortada na parte estreita e como êmbolo inserido na extremidade cortada. Pega assimétrica. Manter a ordenha para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança.
Ingurgitamento mamário ("leite empedrado" – quando há a compressão dos ductos lactíferos, que impede *a saída de leite dos alvéolos)*	Ordenha manual antes da mamada. Massagens delicadas, com movimentos circulares. Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos. Ordenha de alívio após as mamadas se necessário. Uso de sutiã com alças largas e firmes. Compressas frias de, no máximo, 10 minutos entre as mamadas.
Galactocele	Por tratar de formação cística nos ductos mamários, o tratamento é feito com aspiração, no entanto frequentemente tem que ser extraído cirurgicamente.
Reflexo de ejeção do leite exagerado	Orientar a ordenha antes de cada mamada. Estimular a doação de leite materno. Orientar posição de amamentação recostada.

Baixa produção de leite	Melhorar a pega do bebê, se necessário; aumentar a freqüência das mamadas; oferecer as duas mamas em cada mamada; dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; trocar de seio várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente; evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores (intermediários) de mamilos; consumir dieta balanceada; ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la; repousar. Realizar ordenha manual e mecânica após sucção do bebê para maior estímulo. Realizar relactação.
Bloqueio de ducto lactífero	Evitar sutiã muito apertado, e uso de cremes nos mamilos. Esvaziamento adequado das mamas: amamentar com frequência; utilizar distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite da área; calor local e massagens suaves da região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas; ordenhar a mama caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la. Caso haja o ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, ele pode ser removido esfregando-o com uma toalha ou com uma agulha esterilizada.
Fenômeno de Raynaud (isquemia intermitente causada por vasoespasmo)	O manejo consiste em tratar a causa básica, como ajustar a pega e verificar anquiloglossia que podem estar causando compressão excessiva do mamilo. Compressas mornas podem aliviar a dor. Quando a dor é importante e não há melhora com as medidas já citadas (o que é raro), podem-se utilizar alguns medicamentos.
Candidíase (monilíase)	Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem ser tratados simultaneamente. Manifesta- se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhadas, brilhante com fina descamação. Na criança, aparecem placas brancas na região oral. Porém nem sempre há sintomas na criança. O tratamento inicial da mãe é tópico, após cada mamada, com nistatina, clotrimazol, miconazol, ou cetoconazol, por 14 dias. Orientar manter os mamilos secos, expor à luz alguns minutos no dia. Chupetas são fontes importantes de reinfecção. Evitar uso de intermediários, conchas e absorventes de seio. Encaminhar para avaliação médica.
Mastite Caso não haja regressão do quadro com o tratamento em48 horas, considerar a possibilidade de abscesso	Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmento da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana. A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras. Não suspender o aleitamento. Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual. Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada. Encaminhar para avaliação médica.

Abscesso mamário Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de áreas à palpa de flutuação	Reconhecer precocemente os sinais de alerta. Exige intervenção rápida, geralmente é causada por mastite não tratada ou início tardio do tratamento. Encaminhar ao CMI. Drenagem cirúrgica. Antibioticoterapia e esvaziamento da mama afetada regularmente (descritos no manejo da mastite infecciosa). Interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia. Manutenção da amamentação na mama sadia. Encaminhar para avaliação médica.

3.5 FRÊNULO LINGUAL E AMAMENTAÇÃO

Um dos fatores que podem interferir negativamente na amamentação, diminuindo a habilidade do recém-nascido para fazer uma pega e sucção adequadas, dificultando o adequado estímulo à produção de leite e o esvaziamento da mama e causando dor nas mães durante a amamentação é a anquiloglossia. Essa condição, se não identificada precocemente, pode levar ao desmame precoce e/ou baixo ganho de peso, com introdução desnecessária da mamadeira. Nesse sentido, avaliação do frênulo lingual do recém-nascido deve ser instituída como um procedimento rotineiro a ser realizado pelos profissionais da saúde que atendem o binômio mãe e recém-nascido. A avaliação do frênulo lingual deve fazer parte do exame físico do recém-nascido na maternidade e na atenção básica. O Ministério da Saúde recomenda a utilização do **Protocolo Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool)** pelos profissionais da saúde que atenda o binômio mãe e recém-nascido. Ele fornece uma medida objetiva e de execução simples da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na seleção dos lactentes que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica e na monitorização do efeito desse procedimento.

A anquiloglossia pode ser classificada em leve ou parcial (condições mais comuns) e severa ou completa, condição rara em que língua está fundida ao assoalho da boca. Muitas vezes o diagnóstico não é realizado na maternidade. Por isso, a importância de uma avaliação criteriosa da dinâmica da amamentação e do frênulo lingual na Atenção Básica, principalmente no primeiro contato da mãe e bebê e/ou nas consultas da puericultura. Nos casos de suspeita de anquiloglossia, ou houver dúvida no diagnóstico, o bebê deverá ser encaminhado para uma avaliação multiprofissional (pediatra, fonoaudiólogo, odontólogo e outros) e seus pais devem ser orientados sobre possíveis dificuldades na amamentação, para que não ocorra o desmame precoce nesse período.

Pontuação do Protocolo Bristol (escore)

- As pontuações para os quatro itens são somadas, podendo variar de 0 a 8;
- **Escores de 0 a 3:** indicam potencial redução mais grave da função da língua**.** Em caso de interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual e escore menor ou igual a 3, sugere-se que a atenção básica encaminhe para uma avaliação multiprofissional;
- **Escores 4 ou 5**: indicam redução da função da língua. Em caso de interferência na amamentação atribuída ao frênulo língual, sugere-se avaliação multiprofissional para condução do caso;

- O escore resultante da aplicação do Protocolo Bristol deve ser registrado na Caderneta de Saúde da Criança, na seção "Observações". Esse procedimento é importante para orientar o acompanhamento e evolução da criança por todos os profissionais da saúde.

Aspectos avaliados	0	1	2	Escore
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	Formato de coração	Ligeira fenda/entalhada	Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	Fixado na face interna da gengiva (atrás)	Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)?	Elevação mínima da língua	Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	Ponta da língua fica atrás da gengiva	Ponta da língua fica sobre a gengiva	Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

Intervenção cirúrgica na Anquiloglossia

Caso esse escores se confirmem e não exista outros fatores que justifiquem as dificuldades na amamentação, após a avaliação multiprofissional, considerar como uma boa prática a indicação de procedimento cirúrgico.

A cirurgia para liberação do frênulo lingual pode ser realizada por **Odontólogos e Médicos**. No município de Contagem, padronizamos que o procedimento será realizado pelo Odontólogo do Centro de Especialidades Odontológicas. **O agendamento do procedimento deverá ser feito pelo telefone 3398-5910 ou 3398-7182.**

3.6- ESQUEMAS ALIMENTAR PARA CRIANÇA QUE ESTÁ EM ALEITAMENTO MATERNO

No quadro a seguir, apresenta-se uma proposta de esquema alimentar para crianças menores de um ano de idade. Esse esquema não é rígido, é apenas um guia para a orientação das mães quanto à época e frequência de introdução da alimentação complementar. Embora a amamentação deva continuar em livre demanda após os seis meses de vida, é possível estabelecer um esquema para a administração da alimentação complementar, de forma a aproximar gradativamente os horários da criança aos da família. Após os seis meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia, que podem se almoço (ou jantar) e 2 lanches; ou almoço, jantar e 1 lanche. Não há regras sobre qual refeição iniciar primeiro. O importante é que, ao completar 7 meses, ela já esteja recebendo 3 refeições. Com 12 meses a criança já deve receber, no mínimo, cinco refeições ao dia.

ESQUEMA ALIMENTAR DA CRIANÇA	**DO NASCIMENTO ATÉ 6 MESES**	**PERÍODO**	**AOS 6 MESES DE IDADE**	**ENTRE 7 A 11 MESES**
LEITE MATERNO Incentivar o Aleitamento Materno. Orientar sobre ordenha, armazenamento, conservação do LM para mãe trabalhadora (12 horas refrigerador e 15 dias no congelador). Oferecer LM no copinho ou colher, evitando mamadeira.	**LEITE MATERNO EXCLUSIVO LIVRE DEMANDA** Não há necessidade de oferecer água e principalmente outros líquidos como chás e sucos	**CAFÉ DA MANHÃ**	**Leite materno**	**Leite materno**
		LANCHE DA MANHÃ	**Fruta** (amassada/ raspada) **e Leite materno**	**Fruta** amassada /raspada **e Leite materno**
		ALMOÇO	**Almoço** amassada •Média de 2 a 3 colheres de sopa. •Junto à refeição pode se oferecer pedaço pequeno de fruta	**Almoço** (amassada/ pedaços pequenos e bem cozidos). •Entre 7 e 8 meses: média de 3 a 4 colheres de sopa. •Entre 9 e 11 meses: média de 4 a 5 colheres de sopa •Junto à refeição pode se oferecer pedaço pequeno de fruta
		LANCHE DA TARDE	**Fruta** (amassada /raspada) **e Leite materno**	**Fruta** amassada /raspada **e Leite materno**
		JANTAR	**Leite Materno**	**Jantar** igual ao almoço
		CEIA	**Leite Materno**	**Leite Materno**

3.7- ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇA NÃO AMAMENTADA E ALIMENTADA COM FÓRMULA INFANTIL:

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, a primeira alternativa é oferecer a fórmula infantil por ser um produto mais adequado ao organismo ainda imaturo da criança do que o leite de vaca integral. Os novos alimentos deverão ser oferecidos a partir dos 6 meses, inclusive a água (orientando sempre a adequada diluição do produto). A partir dos 9 meses, a fórmula infantil pode ser substituída pelo leite de vaca integral (orientações do "Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos-M.S. 2019")

ESQUEMA ALIMENTAR DA CRIANÇA	DO NASCIMENTO ATÉ 6 MESES	PERÍODO	AOS 6 MESES DE IDADE	ENTRE 7 E 8 MESES DE IDADE	ENTRE 9 E 11 MESES DE IDADE
FÓRMULA INFANTIL (F.I) Orientar uso quando esgotada possibilidade de relactação. Orientar quanto à higiene no preparo e uso de água fervida e filtrada. As fórmulas infantis seguem as recomenda-ções do "Codex Alimentárius".	**FÓRMULA INFANTIL (F.I.) PARA LACTENTES** Orientar seguir recomenda-ções de diluição do produto e administra-ção de quantidades adequadas de acordo com peso e idade da criança. Seu preparo deve ser próximo ao momento do consumo e não oferecer as sobras da refeição "láctea" anterior.	**CAFÉ DA MANHÃ**	**Fórmula Infantil**	**Fórmula infantil**	**Leite de vaca integral**
		LANCHE DA MANHÃ	**Fruta** amassada/ raspada	**Fruta** amassada /raspada	**Fruta**
		ALMOÇO	**Almoço** amassada- •Média de 2 a 3 colheres de sopa. •Junto à refeição pode se oferecer pedaço pequeno de fruta	**Almoço** amassada/ pedaços pequenos e bem cozidos •Média de 3 a 4 colheres de sopa. •Junto à refeição pode se oferecer pedaço pequeno de fruta	**Almoço** amassada/ pedaços pequenos e bem cozidos •Média de 4 a 5 colheres de sopa. •Junto à refeição pode se oferecer pedaço pequeno de fruta
		LANCHE DA TARDE	**Fruta** amassada, raspada/ **Fórmula infantil**	**Fruta / Fórmula infantil**	**Fruta/ leite de vaca integral**
		JANTAR	**Fórmula infantil**	**Jantar** igual ao almoço	**Jantar** igual ao almoço
		CEIA	**Fórmula infantil** Oferecer água filtrada nos intervalos	**Fórmula infantil** Oferecer água filtrada nos intervalos	**Leite de vaca integral** Oferecer água filtrada nos intervalos

3.8- ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇA NÃO AMAMENTADA E ALIMENTADA COM LEITE DE VACA MODIFICADO EM CASA:

A criança alimentada com leite de vaca modificado poderá receber novos alimentos a partir dos 4 meses para evitar deficiências nutricionais, pois esse leite não possui todos os nutrientes de que ela precisa. A partir desta idade, o leite de vaca integral não deve mais ser diluído e o leite de vaca em pó deve ser preparado conforme orientações do rótulo. Se a criança der sinais de que está pronta para receber novos alimentos, aos 4 meses, recomenda-se dar fruta (de manhã e tarde), almoço, jantar e água nos intervalos. Nos outros horários do dia, o leite de vaca integral deve ser oferecido. Os alimentos devem ser amassados. A quantidade total de leite oferecida não deve ultrapassar 500 ml por dia, pois quantidades superiores podem trazer riscos como a anemia.

A criança alimentada com leite de vaca modificado precisa receber suplementação de vitaminas e minerais conforme orientações médicas. Até completar quatro meses de idade, o leite deve ser diluído e acrescido de óleo (ver quadro abaixo). (**"Orientações do MS: Aleitamento e a Alimentação Complementar-2015" / Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos-2019).**

ESQUEMA ALIMENTAR DA CRIANÇA	**DO NASCIMENTO ATÉ 4 MESES**	**PERÍODO**	**Aos 4 meses de idade**	**Entre 5 e 11 meses de idade**
LEITE DE VACA MODIFICADO EM CASA Orientar uso quando esgotada possibilidade de relactação e impossibilidade financeira para aquisição da Fórmula infantil, respeitando condições e desejos da família. **Oferecer água filtrada nos intervalos**	**ATÉ 4 MESES** **LEITE INTEGRAL DILUÍDO: 2/3 de leite integral fluido + 1/3 de água fervida** Exemplo: •70ml de leite+30 ml de água fervida= 100ml •100ml de leite + 50ml de água= 150ml •130ml de leite + 70 ml de água= 200 ml **O leite diluído deve ser acrescido de 1 colher de chá de óleo para cada 100 ml (até 4 meses de idade).**	**CAFÉ DA MANHÃ**	**Leite integral sem diluição**	**Leite Integral sem diluição**
		LANCHE DA MANHÃ	**Fruta** amassada/ raspada	**Fruta** amassada/ raspada
		ALMOÇO	**Almoço** Amassada •Média de 2 a 3 colheres de sopa. •Junto à refeição pode se oferecer pedaço pequeno de fruta	**Almoço** Amassada/ pedaços pequenos •Entre 5 e 6 meses: Média de 2 a 3 colheres de sopa. •Entre 7 e 8 meses: Média de 3 a 4 colheres de sopa. •Entre 9 e 11 meses: Média de 4 a 5 colheres de sopa. •Junto à refeição pode se oferecer pedaço pequeno de fruta
		LANCHE DA TARDE	**Fruta/ Leite Integral**	**Fruta / Leite Integral**
		JANTAR	**Leite integral**	**Jantar** igual ao almoço
		CEIA	**Leite de vaca Integral**	**Leite Integral**

3.9- COMPARATIVO: NUTRIENTES DO LEITE HUMANO, LEITE DE VACA INTEGRAL E FÓRMULA INFANTIL

	LEITE HUMANO	LEITE DE VACA INTEGRAL	FÓRMULA INFANTIL
PROTEÍNAS	Quantidade adequada, fácil de digerir	Quantidade aumentada, difícil de digerir devido à relação caseína/ proteínas do soro	Melhor relação proteínas do soro/caseína ou parcialmente hidrolisada do soro de leite. Algumas fórmulas infantis possuem redução proteica e melhor perfil de aminoácidos
LIPÍDEOS	Suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase	Adicionado ácidos graxos essenciais (DHA, ARA), redução da gordura saturada e acréscimo de óleos vegetais (AGE)
MINERAIS	Quantidade adequada	Excesso de cálcio e fósforo, sódio, cloro e potássio	Modificação nos teores dos minerais. Relação cálcio/fósforo adequada, favorecendo a mineralização óssea
FERRO E ZINCO	Pouca quantidade, bem absorvido	Pouca quantidade, mal absorvido	Adicionado
VITAMINAS	Quantidade suficiente	Deficiente D, E e C V	Vitaminas adicionadas
HMO	Quantidade suficiente	Deficiente	Adicionado
PREBIÓTICOS	Quantidade suficiente	Deficiente	Adicionado (GOS, FOS)
PROBIÓTICOS	Quantidade suficiente	Deficiente	Adicionado
ÁGUA	Suficiente	Necessário extra	Necessário extra

3.10- ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INTRODUÇÃO ALIMENTAR

- ✓ Incentivar o **Aleitamento Materno** até 2 anos ou mais e de forma exclusiva até os 6 meses. Orientar sobre ordenha, armazenamento, conservação do LM para mãe trabalhadora (12 horas refrigerador e 15 dias no congelador). Oferecer LM no copinho ou colher, evitando mamadeira;
- ✓ Menor de 2 anos **não é recomendado uso leite desnatado**. Volume máximo de leite integral e/ ou Fórmula Infantil de 500 ml/dia após a introdução de alimentos complementares.
- ✓ Reforçar a escovação de dentes ou limpeza oral após as refeições**. Os cuidados com a Saúde Bucal** da criança devem ser introduzidos o mais precocemente possível. A primeira visita ao dentista deve ser feita ainda na gestação. O ideal é que a mãe seja encaminhada para uma consulta com o dentista de referência para receber as orientações necessárias para manter a correta saúde bucal do seu filho. Logo nos primeiros meses de vida do bebê é recomendado encaminhá-lo para uma consulta para iniciar seu acompanhamento pela equipe de Saúde Bucal e estabelecimento de vínculo. O dentista estará apto a recomendar uma dieta e práticas que favoreçam a saúde oral do bebê. As ações de cuidado com a saúde bucal da criança devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde. O trabalho de prevenção deve estar direcionado em um primeiro momento à gestante, aos pais e aos cuidadores e posteriormente à própria criança. No trabalho multiprofissional, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros e outros profissionais ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais durante os exames, devem fazer o encaminhamento para o serviço odontologia.
- ✓ A fruta deve ser ingerida **"in natura"** ao invés do suco. Inicialmente amassada, após 12 meses em pedaços.
- ✓ A refeição deve conter um alimento de cada grupo alimentar: Cereais ou tubérculos + legumes + verduras + carne ou ovo. No início os alimentos devem ser bem amassados com garfo, nunca liquidificados ou peneirados. Com 8 meses pode se oferecer alimentos picados em pedaços pequenos. Após 12 meses, dar alimentos na consistência de adulto, mesma refeição da família, desde que seja leve(pouco sal, açúcar e óleo) e saudável.

CEREAL OU TUBÉRCULO: *Arroz, Milho, Macarrão, Batatas, Mandioca, Inhame, Cará, Farinha de trigo, Aveia*

LEGUMINOSA: *Feijões, Soja, Ervilha, Lentilha, Grão-de-bico.*

PROTEÍNA ANIMAL*: Carne bovina, Vísceras, Carne de frango, Carne suína, Carne de peixe, Ovos.*

HORTALIÇA: *Verduras, alface, couve, repolho, Legumes, tomate, abóbora, cenoura, pepino.*

- ✓ Alimentos potencialmente alergênicos, como ovo, devem ser introduzidos a partir de 6 meses de idade para ajudar no desenvolvimento da tolerância imunológica.
- ✓ Orientar higienização de frutas e hortaliças em solução clorada.
- ✓ Não oferecer açúcar, doces e alimentos industrializados a < 2anos. Uso mínimo de sal. Todos os alimentos podem ser preparados com óleos vegetais, porém em quantidade reduzida, não oferecer frituras.
- ✓ Evitar mel no primeiro ano de vida pelo risco de contaminação.

Não misturar os alimentos para que a criança possa experimentar cada sabor.

- ✓ Orientar que a criança pode rejeitar algum alimento nas primeiras vezes, deve ser insistido até pelo menos 8 vezes.
- ✓ Respeitar sinais de saciedade e fome, não forçar a criança a comer:
  - 6 meses: Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar conforme aceitação.
  - 7 meses: cerca de 6 colheres de sopa
  - 9 meses: cerca de 7 colheres de sopa
  - 12 meses: cerca de 9 colheres de sopa

ANEXO 4- SUPLEMENTAÇÃO DO FERRO PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP) E MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

A prevenção da anemia em âmbito coletivo deve ser realizada pela manutenção das políticas públicas revisadas de proteção ao aleitamento materno e suplementação profilática, fortificação de alimentos e refeições, estímulo aos testes de triagem neonatal para análise de outras causas da anemia, orientações adequadas para alimentação complementar do lactente e uso adequado de fórmulas infantis.

A recomendação do Ministério da Saúde recomenda que crianças entre seis e 24 meses devem ser suplementados profilaticamente com sulfato ferroso na dosagem de 1mg/kg peso/dia. A recomendação vigente da Sociedade Brasileira de Pediatria orienta a suplementação profilática com dose de 1mg de ferro elementar/kg /dia dos três aos 24 meses de idade, independentemente do regime de aleitamento. Verifique as orientações abaixo:

4.1 Orientações do uso do Sulfato Ferroso pelo **Ministério da Saúde/caderno "Aleitamento e a Alimentação Complementar-2015.**

Início da Suplementação com ferro aos 6 meses de idade, mantendo até 24 meses:1 mg de ferro elementar/Kg de peso diariamente até completar 24 meses.

Recomendações especiais para o cuidado de crianças:

A. Casos de anemia já diagnosticados: o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia definida pelo profissional de saúde responsável.

B. Para crianças pré-termo (< 37 semanas) ou nascidas com baixo peso (< 2.500 g), a conduta de suplementação segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria.

C. Crianças em aleitamento materno exclusivo só devem receber suplementos a partir do sexto mês de idade. Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação poderá ser realizada **a partir dos quatro meses de idade**, juntamente com a introdução dos alimentos complementares.

D. As parasitoses intestinais não são causas diretas da anemia, mas podem piorar as condições de saúde das crianças anêmicas. Por isso, para o melhor controle da anemia, faz-se necessário que, além da suplementação de ferro, sejam

implementadas ações para o controle de doenças parasitárias como a ancilostomíase e a esquistossomose.

E. As crianças e/ou gestantes que apresentarem doenças que cursam por acúmulo de ferro, como doença falciforme, talassemia e hemocromatose, devem ser acompanhadas individualmente para que seja avaliada a viabilidade do uso do suplemento de sulfato ferroso. Ressalta-se que a complementação de ferro oral a essas crianças deve ser considerada, por apresentarem igual chance de desenvolverem anemia por deficiência de ferro na fase de crescimento. O diagnóstico das doenças que cursam por acúmulo de ferro está previsto no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) fase II, que inclui o diagnóstico da doença falciforme e hemoglobinopatias.
F. A suplementação profilática com ferro pode ocasionar o surgimento de efeitos colaterais em função do uso prolongado. Os principais efeitos são: vômitos, diarréia e constipação intestinal. É fundamental que as famílias sejam orientadas quanto à importância da suplementação, bem como sejam informadas sobre a dosagem, periodicidade, efeitos, tempo de intervenção e formas de conservação, para que a adesão seja efetiva, garantindo a continuidade e o impacto positivo na diminuição do risco da deficiência em ferro e de anemia entre crianças.

4.2 Orientações do uso do Sulfato Ferroso pela "**Sociedade Brasileira de Pediatria**" (atualizado em 24/07/2018*):*

Iniciar a suplementação com ferro aos 3 meses de idade e manter prescrição pelo menos até o 2º ano de vida, independente do regime de aleitamento:

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno exclusivo ou não	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em uso de menos de 500 ml de fórmula infantil por dia	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2500g	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 2500 e 1500g	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este prazo, 1mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 1500 e 1000g	3 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1000g	4 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano

Fonte: Consenso sobre Anemia Ferropriva. Departamentos de Nutrologia e Hematologia – SBP/2018

OBSERVAÇÃO: Suplementação de vitaminas (vitamina D, vitamina C, polivitamínico): avaliação médica/pediátrica, principalmente após "Desmame" (introdução de outro leite e/ou alimentos complementares).

ANEXO 5- ORIENTAÇÕES QUANTO AOS CUIDADOS BÁSICOS COM O RECÉM-NASCIDO EM CASA E ORIENTAÇÕES SOBRE LIMPEZA DA BOCA E DENTES DA CRIANÇA

CUIDADOS DIÁRIOS	ORIENTAÇÃO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS SOBRE OS 1ºS CUIDADOS EM CASA
Contato dos pais com o bebê: Os bebês gostam de sentir que os pais estão junto dele e de ouvir as vozes. O toque cria laços afetivos e ajudar o desenvolvimento emocional e social	- Conversar com a criança; - Cantar para a criança; - Falar seu nome e fazer carinho tocando-a suavemente. - Incentivar o contato físico com seu bebê
O choro do bebê: O choro é um comportamento normal para os bebês, é uma das maneiras que eles têm de se expressar.	- Aconchegar o bebê ao colo ou colocar no peito para acalmá-los. -Informar aos pais que os bebês não ficam viciados em colo. O bebê precisa se sentir seguro e cuidado para ser uma criança mais independente no futuro.
O sono do bebê: O bebê recém-nascido dorme muito	- Orientar que o bebê precisa de um lugar tranquilo, arejado e limpo para dormir; -Orientar posicionamento na cama/berço: de barriga para cima; -Desaconselhar o uso de travesseiro e cobertor. A boca e nariz da criança devem estar sempre descobertas; -Agasalhar com roupa adequada à temperatura do ambiente; -Orientar, nos primeiros meses de vida, que o berço do bebê esteja ao lado da cama dos pais ou cuidadores para facilitar os cuidados e a amamentação durante a noite; -Durante o dia o sono do bebê pode ser em ambiente normalmente iluminado e com exposição ao barulho normal e à noite em ambiente escuro e silencioso.
A hora do banho: Este é um momento muito relaxante	- Orientar a utilização exclusiva de uma banheira, bacia ou balde para o procedimento do banho do bebê; - Colocar em um local protegido, onde não haja risco de queda e exposição ao vento; - Usar água morna e sabonete neutro em pequena quantidade. Nunca colocar a criança na água sem antes experimentar a temperatura com a própria mão; - Enxague bem o bebê. Secar bem as dobrinhas da pele e o umbigo antes de vestir a roupinha.

Cuidados com o umbigo: O coto umbilical costuma cair até o final da segunda semana de vida dos bebês.	- Realizar a lavagem cuidadosa das mãos antes de manipular o RN; - Lavar o coto umbilical somente com água e sabão na hora do banho ou sempre que estiver com alguma sujidade; - Após o procedimento, secar bem a região; - **O Ministério da Saúde (2019) indica o uso de álcool a 70% no local do coto após o banho, mas com cuidado. Evitar que o álcool pingue na pele ao redor do umbigo ou em outras partes do corpo do bebê.** - Orientar a procurar a unidade de saúde se: área ao redor do umbigo ficar vermelha ou se aparecer secreção amarelada, com pus e mau cheiro; - Orientar a não utilizar faixas, moedas ou qualquer outro objeto ou substância sobre o coto.
A troca de fraldas: As assaduras são muito dolorosas para o bebê	- Trocar as fraldas sempre que estiverem molhadas ou sujas; - Limpar o bebê preferencialmente com água. Não use talco.
Icterícia	**-** Orientar sobre a icterícia: Se a cor amarela aparecer nas primeiras 24 horas de vida, se for muito forte, se estiver espalhada por todo o corpo ou se durar mais de duas semanas, é necessário que o RN seja avaliado com urgência pelo profissional de saúde.
Amamentação	- Observar uma mamada e realizar as orientações adequadas.
Calendário vacinal	-Orientar sobre a importância da vacinação para manter a criança saudável desde o nascimento.

ORIENTAÇÕES SOBRE LIMPEZA DA BOCA E DENTES- SAÚDE BUCAL

- A partir do nascimento do primeiro dente de leite é indispensável utilizar uma escova de dente pequena e com cerdas macias, com pequena quantidade de creme dental com flúor equivalente a um grão de arroz. **Esta é a quantidade ideal até 3 anos e 11 meses.**

- **A partir dos 4 anos de idade**, a quantidade de creme dental deve ser equivalente a um grão de ervilha. O creme dental deve conter uma concentração mínima de 1.000 ppm de Flúor que pode ser verificada no tubo da pasta (pode ser usada o mesmo creme dental da família/ adulto). Deve-se cuidar para que a criança não engula a espuma que se forma durante a escovação.

O uso do fio dental é indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia. Os pais ou cuidadores devem escovar os dentes das crianças até que elas aprendam a fazer isso sozinha, o que acontece por volta dos seis anos de idade, mas devem acompanhar o procedimento das crianças até perceberem que elas estão fazendo a higienização bucal de maneira correta. O creme dental deve ser mantido fora do alcance das crianças.

ANEXO 6

1) PARÂMETROS DE CRESCIMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS,
2) PARÃMETROS DE SINAIS VITAIS DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS,
3) PARÂMETROS PARA EXAME FÍSICO NA 1ª CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO,
4) PARÂMETROS DOS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO DE 0 A 10 ANOS

1) PARÂMETRO DE CRESCIMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS

PARÂMETROS DE CRESCIMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS				
		Peso	**Comprimento**	**PC**
	1º trimestre	700 g/mês (25-40g/dia)	2 cm/mês	2cm/mês
	2º trimestre	600 g/mês (20g/dia)	2 cm/mês	1cm/mês
	3º trimestre	500 g/mês (15g/dia)	1 cm/mês	0,5cm/mês
	4º trimestre	400 g/mês (10g/dia)	1 cm/mês	0,5cm/mês
2º anode vida	**1º semestre**	200 g/mês	10 cm/ano	2 cm/ano
	2º semestre	180 g/mês		
OBS:Usar régua antropométrica e não fita para medida de Estatura.				

2) PARÂMETROS DE SINAIS VITAIS ATÉ 2 ANOS DE IDADE

FR	**0-2meses**	**60irpm**
	2 a11 meses	50 irpm
	12 meses a 5 anos	40 irpm
FC média	0-11meses	125 bpm
	1ano	120 bpm
	2 anos	110 bpm
Tax	Hipotermia <36,2 Febre >37,8	

OBS: Aferir FR e FC ainda no colo do cuidador, sem muita manipulação, evitando choro que altera os valores.

3) PARÂMETROS PARA EXAME FÍSICO NA 1ª CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

Fonte: Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | DEMOTT et al., 2006

TÓPICOS DO EXAME FÍSICO	PARÂMETROS PARA O EXAME FÍSICO NA 1ª CONSULTA DO RN
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.
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. O marcos do desenvolvimento segundo a faixa etária é descritos no item 04.
Estado geral	Avalie a postura normal do RN: 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 36,4ºC e 37,5ºC 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 RN 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 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) desaparece espontaneamente.
Olhos	Verifique realização do Teste do Olhinho (teste do reflexo vermelho) na maternidade e a possíveis alterações. 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. **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. 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. **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. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses**
Orelhas e audição	Verifique a realização da triagem auditiva ou teste da orelhinha (TAN) na maternidade. Se não realizado, agendar de acordo fluxo da TAN. Observe também a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas
Nariz e boca	No nariz: Avalie a forma e a possível presença de secreção (sífilis). Na boca: 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.
Pescoço	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)
Tórax	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 (STAHELI, 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.
Abdome	Observe a respiração, que é basicamente abdominal e deve estar entre 40mrm e 60mrm. 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 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. 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
Genitália	Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do RN, 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. 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
Ânus e reto	Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.
Sistema osteoarticular	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 congênitas (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
Coluna	Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.

vertebral	
Avaliação neurológica	Observe reflexos arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro, 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

4) PARÂMETROS DOS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS

CALENDÁRIO DE CONSULTAS MÍNIMAS	PARÂMETROS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS
15 dias	Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. **Reflexos:** • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno
2 meses	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
4 meses	Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.
6 meses	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de "permanência do objeto".A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.
9 meses	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
12 meses	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais). Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.

De 3 a 6 anos	Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio. Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos "não se misturam" com meninas e vice-versa).
De 7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, "fechando" algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

ANEXO 7- CÁLCULO DA IG CORRIGIDA EM CRIANÇAS NASCIDAS COM MENOS DE 34 SEMANAS

O acompanhamento do crescimento de crianças pré termo ou com baixo peso para a idade gestacional exige um cuidado maior, pois elas não tiveram seu crescimento intra uterino adequado.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são eventos que aumentam o risco da criança para alterações globais em seu desenvolvimento. **Para a avaliação do desenvolvimento em crianças nascidas com menos de 34 semanas deverá ser feito o caculo da IG corrigida** assim como deve ser feito para a avaliação do crescimento. Para RNPT≤ 34semanas são imprescindíveis o cálculo da IG corrigida para lançamento nos gráficos e curva de crescimento. Trata-se de um "ajuste" para sabermos que idade o recém-nascido pré-termo (RNPT) teria se tivesse nascido a termo, o que nos ajuda a acompanhar seu crescimento e seu desenvolvimento, de acordo com sua idade maturativa. Também usamos para a introdução da dieta complementar, feita a partir de 6 meses (idade corrigida). O cálculo é recomendado até 2 anos de idade e até 3 anos, se o IG for menor do que 28 semanas.

Calcular IG corrigida para:

Exemplo: RNPT IG 32 sem + 1d com 5 dias de vida de idade cronológica.

Idade gestacional corrigida será: 32sem+6dias.

Após completar 40 sem de IG corrigida usar a fórmula:

Idade corrigida = idade cronológica - (40 semanas - idade gestacional em semanas)

Usar como referência quadro abaixo de desconto da prematuridade para facilitar cálculo:

Semanas de Nascido	Cálculo por semanas de vida
34 semanas	6 semanas = 1mês e meio
33 semanas	7 semanas = 1 mês e 3 semanas
32 semanas	8 semanas = 2 meses
31 semanas	9 semanas = 2 meses e 1 semanas
30 semanas	10 semanas = 2 meses e meio
29 semanas	11 semanas = 2 meses e 3 semanas
28 semanas	12 semanas = 3 meses
27 semanas	13 semanas =3 meses e 1 semanas
26 semanas	14 semanas = 3 meses e meio
25 semanas	15 semanas = 3 meses e 3 semanas
24 semanas	16 semanas = 4 meses

ANEXO 8- ASMA NA INFÂNCIA

Asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por sinais e sintomas, recorrentes ou persistentes, de obstrução de vias aéreas, relacionados à hiperresponsividade brônquica e desencadeados por fatores como exercício físico, alérgenos e infecções virais. Esses sintomas são tosse, chiado/chieira no peito, dor torácica e dificuldade respiratória.

CLASSIFICAÇÃO DA ASMA (NÍVEL DE CONTROLE):

O paciente com asma pode ser classificado de acordo com os níveis de controle. Assim podemos definir o planejamento terapêutico (de acordo com as etapas do tratamento), inclusive a necessidade de referenciamento para Atenção Especializada.

- **Paciente controlado**

Controle ambulatorial de **3 a 6 meses**. No acompanhamento dos pacientes em uso de profilaxia, deve-se reduzir a dose do corticóide inalatório (beclometasona) ao conseguir o controle dos sintomas durante 3meses. A seguir, reduzir a dosagem a cada consulta de modo progressivo, suspendendo o medicamento ao permanecer 3mesesassintomático.

- **Paciente parcialmente controlado/ não controlado**

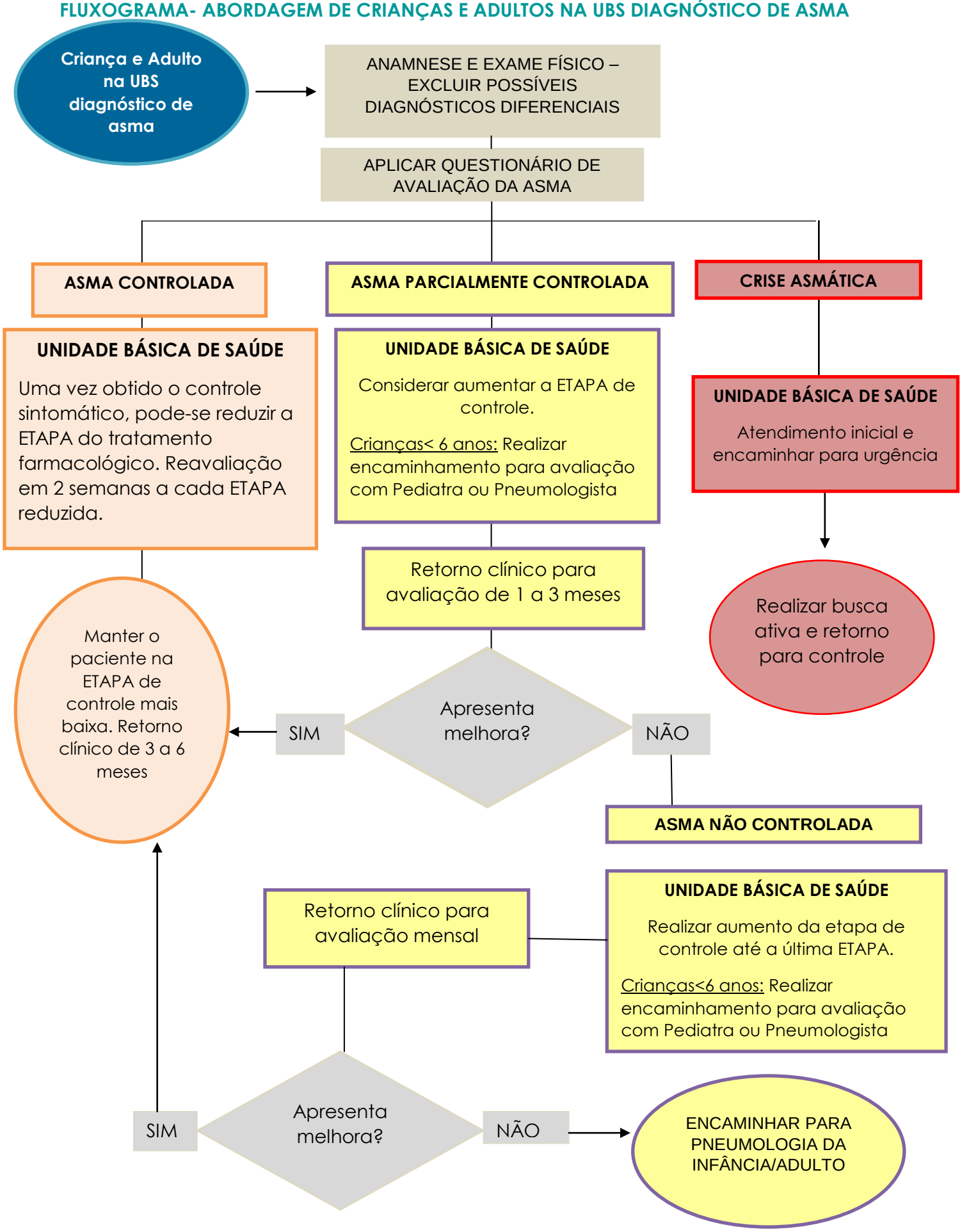
-Controle ambulatorial de **1 a 3 meses** para os pacientes parcialmente controlados;
-Controle clínico **mensal** para os pacientes não controlados, intercalando com consulta com o especialista.

O profissional médico deve julgar a passagem para a etapa seguinte, considerando aspectos como a satisfação do paciente com o nível de controle, efeitos adversos do medicamento a serem prescritos, atividades do paciente, comorbidades e história de asma quase fatal.

OBS. Em menores de 2 anos, nem sempre é possível identificar os "asmáticos", sendo as crises de broncoespasmo secundárias, principalmente, a infecções virais, constituindo uma condição transitória que só necessita de medicação sintomática (80% desses lactentes não apresentarão crises na infância e juventude). Considera-se aceitável substituir o termo asma por "lactente sibilante" ou "Bebê Chiador" nessa faixa etária entre aqueles com sibilância contínua há pelo menos 1mês ou três episódios de broncoespasmo nos últimos 2 meses. ***Nesses casos, é importante realizar o encaminhamento para o Pneumologista Pediátrico para avaliação***.

Maiores detalhamentos, consultar o documento **"ASMA, Manual de Diagnóstico e Manejo dos pacientes na Atenção Primária- 2019" – Município de Contagem.**

FLUXOGRAMA- ABORDAGEM DE CRIANÇAS E ADULTOS NA UBS DIAGNÓSTICO DE ASMA



FLUXOGRAMA– MANEJO DA CRISE ASMÁTICA NAATENÇÃO PRIMÁRIA

Crise asmática leve a moderada

Verificar sinais e sintomas clínicos. Saturação de O_2 e Frequência Cardíaca

- **Administrar β2 Agonista de curta ação** POR VIA INALATÓRIA **-** Salbutamol spray (100 mcg/jato)
  - Adultos: 4 a 8 jatos a cada 20 minutos (até 3 vezes)
  - Criança: 2 a 3 jatos a cada 20 minutos (até 3 vezes)
- Administrar oxigênios e $SatO^2$< 92% em adultos ou < 95% em crianças - pela cânula nasal de 1 a 3l/min ou por máscara a 6 litros/min
- Avaliar a necessidade de corticóide oral antes do segundo ciclo de broncodilatador caso o paciente não apresente qualquer evidência de melhora já no primeiro ciclo de **β2 Agonista de curta ação**

Boa Resposta

REAVALIAR O PACIENTE

Aguardar 1 hora após a estabilização do quadro

Boa Resposta

Alta com prescrição de:

- Sabultamol spray com espaçador 2-4 jatos de 4/4horaspor 48 horas até melhora total dos sintomas
- Corticóide oral:
  - Adulto: prednisona1 mg/kg/dia (máximo 50mg) por 5 a 7dias
  - Crianças: prednisolona 1-2mg/kg/dia (máximo40mg) por 3 a 5dias

Agendar retorno programada de acordo com Etapa do tratamento e nível de controle do usuário

Resposta Parcial

- **Administrar Corticóide Oral (caso não tenha sido administrado):**
  - Adulto: prednisona 1 mg/kg/dia (máximo 50mg)
  - Crianças: prednisolona 1-2mg/kg/dia (máximo40mg)
- **Administrar B2 Agonista** (Sabultamol spray com espaçador) - 4jatos de 1/1hora

REAVALIAR O PACIENTE

Aguardar 1 hora após a estabilização do quadro

Boa Resposta

Alta com prescrição de:

- Sabultamol spray com espaçador 2-4 jatos de 4/4horaspor 48 horas até melhora total dos sintomas
- Corticóide oral:
  - Adulto: prednisona1 mg/kg/dia (máximo 50mg) por5a7dias
  - Crianças: prednisolona 1-2mg/kg/dia (máximo40mg) por3a5dias.

Garantir o retorno em 48 horas e agendar consulta médica em 7 dias.

Sem Resposta (após β2 Agonista de curta ação, corticóide sistêmico e oxigênio)

Entrar em contato com a Unidade de Urgência de Referência e ligar para o SAMU

- Manter Sabultamol spray com espaçador **4 jatos de 1/1hora**
- Manter o paciente em oxigenoterapia pela cânula nasal de 1 a 3l/min ou por máscara a 6 litros/min até a chegada do transporte
- Monitorar frequência Cardíaca e Saturação

Quadro 1- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ASMA EM CRIANÇAS <6 ANOS

Nas últimas 04 semanas, a criança apresentou		Bem controlado	Parcialmente controlado	Sem controle
Sintomas diários de asma por mais de alguns minutos, mais de uma vez por semana?	**Sim** ☐	**Nenhum desses**	**1-2 desses critérios**	**3-4 desses critérios**
	Não ☐			
Despertar noturno ou tosse noturna devido sintomas de asma?	**Sim** ☐			
	Não ☐			
Medicação de Alívio para asma mais de1 vez por semana?	**Sim** ☐			
	Não ☐			
Alguma limitação de atividade, devido sintomas de asma? (corre ou brinca menos com outras crianças, falta de ar quando anda ou corre)	**Sim** ☐			
	Não ☐			

FONTE: Adaptado do GINA- 2018

Quadro 2- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ASMA EM CRIANÇAS DE 6-11 ANOS, ADOLESCENTES E ADULTOS

Nas últimas 04 semanas, o paciente apresentou		Bem controlado	Parcialmente controlado	Sem controle
Sintomas diários de asma mais do que 2 vezes por semana?	**Sim** ☐	**Nenhum desses**	**1-2 desses critérios**	**3-4 desses critérios**
	Não ☐			
Despertar noturno, devido sintomas de asma?	**Sim** ☐			
	Não ☐			
Medicação de Alívio para asma mais do que 2 vezes por semana	**Sim** ☐			
	Não ☐			
Alguma limitação de atividade, devido sintomas de asma?	**Sim** ☐			
	Não ☐			

FONTE: Adaptado do GINA- 2018

Quadro 3 - MANEJO DA ASMA EM CRIANÇAS < 6 ANOS

Siga para a direita até que a asma esteja controlada

Siga para a esquerda para encontrar e manter a menor dose de controle

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
	Corticoide Inalatório(CI) de abaixa dosagem BECLOMETASONA100 mcg diárias ou equivalente (Budesonida Inalante 400mcg/dia para crianças≥ 1 ano)[1]com reavaliação da dosagem se quadro inadequado em 2 semanas **Alternativa:** Antagonista de Leucotrienos: **6m a 5 anos – 4mg/dia dose única, não disponível na Rede SUS-Contagem (dose dependente da idade), se CI não puder ser usado.**	Considerar CI de baixa dosagem dupla (Beclometasona 200mcg/dia de ou equivalente) Alternativa: Se a criança vinha usando antagonista de leucotrienos reconsiderar a associação de CI entre100-200mcgde Beclometasona/dia	Continuar com a dose da etapa anterior **Referenciar ao Pneumologista Pediátrico** Alternativa: associar Antagonista de Leucotrienos: 6m a 5 anos – 4mg/dia dose única, não disponível na Rede SUS-Contagem (dose dependente da idade)
e/ou B2 agonistasdecurtaaçãoparaalívio dos sintomas 2-4 jatos a cada 4- 8horas (em qualquer uma das ETAPAS)			

[1]MedicaçãoPadronizada no Estado- Componente Especializado na Assistência Farmacêutica. FONTE: GINA 2018- ADAPTADO

Quadro 4- MANEJO DA ASMA EM CRIANÇAS ENTRE 6 A 11ANOS

Siga para a direita até que a asma esteja controlada

Siga para a esquerda para encontrar e manter a menor dose de controle

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
Corticóide Inalatório de baixa dosagem BECLOMETASONA 100-200mcg de **12/12horas com reavaliação dosagem se quadro inadequado em 2 semanas**	Corticóide Inalatório(CI) dose equivalente a 200-400 mcg de beclometasona/dia**12/12 horas com reavaliação dosagem se quadro inadequado em 2 semanas** Alternativa: **Antagonista deLeucotrienos**(não disponível na Rede SUS-Contagem) –dose dependente da idade-, se CI não puder ser usado.	Considerar aumentar o CI para > 400mcg/dia até 800mcg/dia dose de beclometasona ou equivalente. Alternativa: Se a criança vinha usando antagonista dele ou reconsiderar a associação de CIentre100-400mcgde Beclometasona/dia	**Referencia ao Pneumologista Pediátrico**
e/ou B2 agonistasdecurtaaçãoparaalívio dos sintomas 2-4 jatos a cada 4- 8horas (em qualquer uma das ETAPAS)			

FONTE: GINA 2018- ADAPTADA

Quadro 5- MANEJO DA ASMA EM MAIORES DE 12ANOS

Siga para a direita até que a asma esteja controlada

Siga para a esquerda para encontrar e manter a menor dose de controle

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
Corticóide inalatório (CI) de Baixa dosagem (BECLOMETASONA 200mcg de 12/12 horas com reavaliação dosagem se quadro inadequado em 2 semanas	Corticóide inalatório(CI) dose equivalente a 200-400 mcg de beclometasona/dia **Ou** Adicionar ß2 de Longa Ação[1]. Observar resposta: Se boa resposta, continue com ß2 de longa ação, sempre como CI associado. Se houve resposta, mas foi insuficiente, continue com ß2 de longa ação e aumente a dose do CI para a 200-400µg /dia (se ainda não estava com essa dose).	Aumente o CI para400-800µg/dia dose de beclometasona ou equivalente.	Aumentar a dose de CI para 800-1000 µg /dia dose de beclometasona ou equivalente.	Considerar aumento de CI de 1000-2000µg /dia dose de beclometasona ou equivalente **Referenciar ao Pneumologista**
e/ou B2 agonistas de curta ação para alívio dos sintomas 2-4 jatos a cada 4- 8horas (em qualquer uma das ETAPAS)				

[1] Medicação Padronizada no Estado- Componente Especializado na Assistência Farmacêutica

FONTE: GINA 2018- ADAPTADA

ANEXO 9- CRITÉRIOS PARA PRESCRIÇÃO DA PALIVIZUMABE

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos principais agentes etiológicos das infecções que acometem o trato respiratório inferior entre lactentes e crianças menores de 2 anos de idade. Lactentes com menos de seis meses de idade, principalmente prematuros, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas são a população de maior risco para desenvolver infecção respiratória mais grave, necessitando de internação por desconforto respiratório agudo em 10% a 15% dos casos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA AQUISIÇÃO DO PALIVIZUMABE:

- Crianças prematuras nascidas com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias);
- Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia broncopulmonar, ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada;
- A partir dos 2 anos de vida deve ser considerada a indicação de profilaxia durante a sazonalidade do VSR, nas seguintes condições:

- Crianças com cardiopatia congênita indicada segundo critérios acima e que permanece com repercussão clínica da doença, com necessidade de uso de medicamentos específicos;
- Crianças que preencheram critério de doença pulmonar crônica da prematuridade e continuam necessitando de tratamento de suporte como o uso de corticóide para doença pulmonar crônica, diurético ou suplemento de oxigênio durante os seis últimos meses, antes do início da segunda sazonalidade do VSR;

Outros Esclarecimentos:

- Em recém-nascidos internados que preenchem critério de uso, a administração de palivizumabe poderá ser iniciada a partir de 7 dias de vida, desde que observada a estabilidade clínica do paciente. –
- As crianças com 12 meses ou menos, com diagnóstico de doença cardíaca congênita (DCC) com significante repercussão hemodinâmica mais beneficiada com a imunoprofilaxia com palivizumabe, com significativa redução de hospitalização incluem aquelas com cardiopatia acianótica em uso de medicamentos para controlar insuficiência cardíaca congestiva e que irão precisar de procedimento cirúrgico, assim como crianças com hipertensão pulmonar moderada a severa.

APRESENTAÇÃO, POSOLOGIA RECOMENDADA

- Palivizumabe 100 mg/mL - solução injetável – frasco 0,5 ml
- Palivizumabe 100 mg/mL - solução injetável – frasco 1 ml

O acesso ao medicamento é garantido apenas na sazonalidade de **março a julho de cada ano** (período de maior circulação do VSR em Minas Gerais) podendo as aplicações iniciar-se no mês de fevereiro. A posologia recomendada é **15 mg/kg de peso corporal, administrados uma vez por mês durante o período de maior prevalência do VSR** previsto na respectiva comunidade, no total de, no máximo, cinco aplicações mensais consecutivas, dentro do período sazonal. A primeira dose deve ser administrada um mês antes do início do período de sazonalidade do VSR e as quatro doses subsequentes devem ser administradas com intervalos de 30 dias durante este período no total de até 5 doses. Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando, assim, de 1 a 5 doses, não se aplicando após o período de sazonalidade do VSR.

O Palivizumabe será administrado em ambiente hospitalar- **Maternidade Municipal de Contagem**- e deve ser administrado exclusivamente por via intramuscular (IM), com técnica asséptica; de preferência na face anterolateral da coxa.

SOLICITAÇÃO E APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO PALIVIZUMABE PARA PACIENTES AMBULATORIAIS:
O Médico da Atenção Primária pode realizar a prescrição do medicamento para as crianças que atendam os critérios de inclusão citados nessa nota. Para isso, são necessários os seguintes documentos do paciente:

I. Documentos cópia do CPF e carteira de identidade do responsável;

II. Cópia do comprovante de residência;

III. Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);

IV. Cópia da certidão de nascimento;

V. Receita médica;

VI. Formulários específicos;

Observações:

- Pacientes prematuros anexar, também, cópia do relatório de alta hospitalar da unidade neonatal e informar doses já realizadas internados/ anotar também no cartão da criança;
- Pacientes cardiopatas anexar cópia do relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados.

O médico solicitante deverá preencher o Formulário de Solicitação do Palivizumabe (clique aqui) preencher e assinar juntamente com o Responsável Legal o Termo de Consentimento Informado bem como orientá-lo sobre os documentos necessários conforme "Relação de Documentos para abertura de Processo Administrativo de solicitação de Palivizumabe" (documentos acima relacionados); Com toda documentação, o responsável legal da criança deverá dirigir-se a ***FARMÁCIA DE MINAS: AVENIDA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 2777- CARLOS PRATES- Bhte (2ª a 6ª feira de 8 ás 17 horas/observando o período fevereiro a julho)***para abertura do processo administrativo de solicitação de Palivizumabe A farmácia de Minas irá realizar o cadastro do paciente e processo administrativo no SIGAF, bem como proceder com sua análise conforme a Portaria SAS/MS nº 522, de 13 de maio de 2013, que aprova o protocolo do uso do Palivizumabe no âmbito do SUS no momento de sua apresentação. A dispensação consiste na aplicação do medicamento ao paciente na unidade de aplicação referenciada: Maternidade Municipal de Contagem. As crianças com o seu responsável são informados pela "Farmácia de Minas" para entrar em contato com a "Maternidade Municipal" e fazer o agendamento da aplicação da medicação. Devem comparecer mensalmente na unidade conforme agendamento realizado e apresentar documentação de identificação da criança e do responsável. A Maternidade Municipal foi orientada a registrar as informações pertinentes na Caderneta de Saúde da Criança ou caderneta similar, tais como dose aplicada; perda quando houver; peso da criança; nº do lote do medicamento; intercorrências e os agendamentos da dose subsequente, se ainda dentro da sazonalidade.

ANEXO 10- MONITORAMENTO DO RN COM ALTERAÇÃO CONGÊNITA/ MICROCEFALIA

- ✓ O monitoramento tem objetivo de acompanhar todo o seguimento e assistência das crianças com diagnóstico confirmado ou em investigação de alterações congênitas/ microcefalia. É necessário o preenchimento da "Ficha de Investigação" com a atualização dos dados das crianças mensalmente. Os casos que demandarem este acompanhamento serão enviados para a unidade de saúde responsável.

- ✓ A coleta das informações deverá ser feita através de visita domiciliar ou busca no prontuário realizado pelo enfermeiro da unidade básica de saúde ou outro profissional de saúde habilitado e designado pela Referência Técnica Distrital.

- ✓ Além de acompanhadas por meio da puericultura, as crianças também devem ser encaminhadas para o NASF, Serviços de Reabilitações, médicos especialistas conforme encaminhamentos.

- ✓ Na ausência de informante durante a visita domiciliar, a equipe deverá realizar novas tentativas (mínimo três) até a obtenção de informações. No caso de mudança de endereço, importante tentar algum contato com vizinhos ou parentes e abordar sobre sua nova localização. Preencher a "**Ficha de Investigação de casos com alteração congênita/ microcefalia"** com essas novas informações para que outra unidade de saúde ou outro município possa fazer a busca. Registrar em prontuário todas as tentativas de visitas e informações encontradas.

- ✓ É fundamental que a equipe de saúde atente-se em resguardar a ética e o sigilo profissional.

FLUXOGRAMA - FLUXO DOS CASOS SUSPEITOS DE ALTERAÇÃO CONGÊNITA/ MICROCEFALIA

EPIDEMIOLOGIA SES/MG e de CONTAGEM CLASSIFICAM CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMATÓRIOS DE ALTERAÇÕES CONGÊNITAS/ MICROCEFALIA

Núcleo Técnico de saúde da Mulher e Criança/SAS encaminha caso suspeito/ confirmatório de alteração congênita para unidade de saúde responsável

UNIDADE DE SAÚDE (Enfermeiro e/ou Médico Generalista) Providenciar busca ativa URGENTE

Seguir fluxograma de recém-nascido de **ALTO RISCO:**

- Captação do Recém-nascido até 3º dia após alta da maternidade (visita domiciliar da equipe e consulta na 1ª semana preferencialmente do Enfermeiro);
- Ações da 1ª semana integral do RN;
- Identificação de Situação de Risco;
- Agendamento com Pediatra da referência;
- NASF;
- Serviços de Reabilitações do município;
- Outros especialistas necessários

Acompanhamento multidisciplinar da equipe do NASF e outras especialidades necessárias, mas mantendo o vínculo com sua Unidade de Saúde de referência, garantindo **consultas e ou visitas domiciliares mensais até 2 anos** ou até sair do critério de risco.

INFORMAR **MENSALMENTE** AO SETOR DA SAS "**NÚCLEO TÉCNICO DA SAÚDE DA MULHER E CRIANÇA**":

•Dados antropométricos (peso, PC, altura)

• Agendamentos com especialistas, Eq Multiprofissional, Serviços de Reabilitações, outros.

•Estado Geral da criança

Dados da **Ficha de Investigação de casos com alteração congênita/microcefalia**

IMPORTANTE

•Na ausência de informante durante a visita domiciliar, a equipe deverá realizar novas tentativas (mínimo três) até a obtenção de novas informações. No caso de mudança de endereço, importante tentar algum contato com vizinhos ou parentes e abordar sobre sua nova localização.

•Preencher a "**Ficha de Investigação de casos com alteração congênita/ microcefalia**" com essas novas informações para que outra unidade de saúde ou outro município possa fazer a busca. Registrar em prontuário todas as tentativas de visitas e informações encontradas.

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE ALTERAÇÃO CONGÊNITA /MICROCEFALIA- retornar o mais breve após preenchimento ao "Núcleo técnico de saúde da Mulher e Criança /SAS"

Prezada equipe de saúde,

Esses dados serão requisitados à sua equipe **MENSALMENTE** sobre essas crianças com suspeita ou confirmação de alterações congênitas. São dados importantes para uma avaliação em conjunto com a epidemiologia. Favor retornar por malote essas fichas com o máximo de dados possíveis.

DISTRITO:	UBS:
NOME DA CRIANÇA:	DN:
NOME DA MÃE	DN:
ENDEREÇO:	BAIRRO:
TELEFONE:	
PERÍMETRO CEFÁLICO AO NASCER:	LOCAL DA NOTIFICAÇÃO:
TIPO DE CLASSIFICAÇÃO FINAL:	

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO ENFERMEIRO E/OU MÉDICO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE
DATA DA ÚLTIMA CONSULTA NA UNIDADE DE SAÚDE: / / ( ) CONSULTA COM ENFERMEIRO ( ) GENERALISTA ( ) PEDIATRA
*PESO: *ESTATURA: *PC: DADOS GERAIS: **Obs: anotar os dados mesmo sendo de convênios médicos ou outros**
ATENDIMENTOS DE PROFISSIONAIS DO NASF (DATA E QUAL PROFISSIONAL):
ATENDIMENTO EM SERVIÇO ESPECIALIZADO (DATA E QUAL ESPECIALIDADE)
DIFICULDADES APRESENTADAS DA EQUIPE DURANTE A VISITA DOMICILIAR: ( )NÃO ENCONTRADO CRIANÇA E RESPONSÁVEIS- **a equipe deverá fazer 3 tentativas de visitas** ( ) MUDOU DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA**- Qual local?**_____**Telefone de contato:**_____ ( ) MUDOU DE MUNICÍPIO**- Qual local?**_____**Telefone de contato:**_____ **Obs: procurar com vizinho e parente provável local da mudança e telefone de contato para dar o seguimento.**

_____

Assinatura e carimbo

ANEXO 11- FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL NAS UBS À SAUDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL/ ABRIGO

- Puericultura
- Reavaliações sistemáticas
- Quadro Agudo
- Necessidade de atenção à saúde (vacinação e outros)

Realizar a acolhida da criança/adolescente e identifica as demandas de saúde para avaliação

Serviço de Acolhimento da Instituição:
- Realizar contato com a UBS de Referência no Território
- Enviar periodicamente à UBS de referência relação dos nomes atualizados das crianças/adolescentes que estejam em sua responsabilidade

Serviço de Acolhimento/UBS de Referência/Distrito Sanitário:
Elaborar qual o melhor plano para atendimento a ser ofertado às demandas apresentadas, considerando os Preceitos e Diretrizes da PNAB:
- Atendimento na instituição pelos profissionais da Equipe
- Atendimento individual ou coletivo na UBS

UBS

ROTEIRO PARA A PRIMEIRA AVALIAÇÃO NA UBS:

Enfermeiro/Médico generalista

- Avaliação da situação de saúde (Anamnese completa, exame físico geral e exames laboratoriais)
- Atualização da situação vacinal
- Avaliação odontológica
- Avaliação da saúde mental
- Encaminhamentos conforme necessidades levantadas*

***As crianças e adolescentes devem ser priorizados nos agendamentos nas UBS, NASF, Pediatras, Ginecologistas, dentistas, nas consultas especializadas e exames de Média e Alta Complexidade**[1]

AÇÕES CONTÍNUAS NAS UBS
- Acompanhamento do cuidado (mesmo das crianças referenciadas para outros pontos de assistência da rede)
- Registro (em prontuário e de produção) de todos os casos
- Visitas programadas da equipe nas instituições
- Ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (saúde sexual, prevenção de ISTs e Gravidez, álcool e outras drogas, cultura da paz)
- Ações de capacitação e acompanhamento dos educadores/cuidadores dos serviços de acolhimento, famílias acolhedoras e adotivas principalmente em casos de necessidade de cuidados diferenciados

DISTRITO SANITÁRIO

- Apoiar as equipes no planejamento e implantação das ações de saúde, nos Serviços de Acolhimento;
- Articular com outras áreas ou serviços ligados direta ou indiretamente às ações prestadas pela Equipe aos Serviços de Acolhimento, se necessário;
- Participar nas Audiências Concentradas na Vara da Infância e Juventude junto com representante da Secretaria de Saúde dos casos referentes ao seu território.
- Colaborar na implementação do "Fluxograma de atenção integral nas UBS à saúde de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional".

PREFEITURA DE CONTAGEM- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -SUS

CHEQUINHO DE AGENDAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM INSTITUIÇÕES SOCIAIS DE CONTAGEM

Data	Nome e data nascimento	Instituição e UBS	Especialidade e Exame de média e alta complexidade	Respo ns.

PREFEITURA DE CONTAGEM- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -SUS

CHEQUINHO DE AGENDAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM INSTITUIÇÕES SOCIAIS DE CONTAGEM

Data	Nome e data nascimento	Instituição e UBS	Especialidade e Exame de média e alta complexidade	Respons.

ANEXO 12 - FLUXOGRAMA DAS AÇÕES DA 1ª SEMANA DE VIDA DE SAÚDE INTEGRAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

CAPTAÇÃO PRECOCE DO RECÉM NASCIDO

- No Pré Natal: busca ativa das gestantes faltosas e **semanalmente após a 36ª semana de gestação**;
- Busca Ativa da equipe a todas as crianças < 2 anos do território;
- Alta Responsável do CMI: agendar atendimento da equipe de saúde da família até 72 horas após a alta hospitalar;
- Demanda Espontânea: mãe ou responsável comparece à UBS.

Garantir atendimento por Visita Domiciliar e/ou Consulta na UBS IMEDIATAMENTE

AÇÕES DO 5º DIA DE VIDA (TÉCNICO DE ENFERMAGEM OU ENFERNEIRO)

- Verificar anotações da caderneta da criança/Sumário de alta/Registros;
- Realizar o Teste do Pezinho de acordo com as orientações do fluxo a parte;
- Verificar presença de Icterícia;
- Realizar imunização do RN se necessário e verificar esquema vacinal da puérpera;
- Verificar a Amamentação;
- Avaliar o coto umbilical e as devidas orientações de cuidado;
- Orientar sobre cuidados /Higiene com o RN;
- Atualizar ou realizar o cadastro familiar;
- Agendar consulta de acordo com fluxograma da puericultura

Puérpera com dificuldades na amamentação e/ ou RN com

SIM → Encaminhar para avaliação imediata do enfermeiro ou médico da equipe; Garantir encaminhamento s/n para a Urgência

NÃO ↓

AGENDAR A PRIMEIRA CONSULTA NA 1ª SEMANA DE VIDA (ENFERMEIRO OU MÉDICO)

- Avaliação geral mãe e filho (história do pré natal/parto e Dinâmica Familiar);
- Verificar anotações da caderneta da criança, da gestante, Sumário de alta/Registros;
- Verificar anotações e resultados das Triagens Neonatais:
  - Triagem Auditiva- TAN,
  - Teste do Coraçãozinho,
  - Teste do Olhinho,
  - Teste do Pezinho
- Verificar existência precoce de agravos a saúde da criança;
- Orientar cuidados com o bebê;
- Verificar presença de Icterícia;
- Verificar esquema vacinal da puérpera e RN;
- Verificar a Amamentação;
- Verificar o Frênulo Lingual;
- Avaliar o coto umbilical e orientações;
- Realizar agendamento da consulta pós parto e planejamento reprodutivo;
- Realizar a Estratificação de Risco e Agendar consulta de acordo com fluxograma da puericultura (Risco Habitual, Médio e Alto Risco)

RN com sinais de Risco (no anexo)

NÃO → Encaminhar para agendamento do RN conforme fluxo próprio de estratificação de risco/puericultura:
-**Risco Habitual:** retorno com1 mês de idade na equipe;
-**Médio Risco**: avaliação pediatra/ equipe Multiprofissional;
- **Alto Risco:** avaliação pediatra, eq. Multiprofissional Intervenção Precoce

SIM → Encaminhar para Urgência; fazer contato prévio e contrarreferência ao CMI

AÇÕES DA 1ª SEMANA DE VIDA DE SAÚDE INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A organização da assistência à saúde da criança se inicia durante a consulta de pré-natal, parto e pós-parto. Ao considerar a importância desses atendimentos, no momento das ações deve-se atentar para:

- Busca ativa da **gestante faltosa no pré-natal e evolução da ação em prontuário;**
- Garantir o atendimento das ações do **3º ao 5º dia** para os recém-nascidos;
- São recomendadas 02 consultas de puerpério, sendo uma na primeira semana e a outra até 42 dias após o parto;
- Puérperas que realizaram pré-natal de alto risco no CCE Iria Diniz, deverão **também** realizar a consulta puerperal neste serviço;
- Puérpera considerada de risco pelas maternidades, mas que realizaram o pré-natal de risco habitual deverá realizar a consulta do puerpério patológico também com o ginecologista da atenção básica;
- Agendar na 1ª semana de vida do RN: Consulta de puericultura com o enfermeiro ou médico (a depender da situação da unidade de saúde) na unidade de saúde ou domiciliar, posteriormente seguir cronograma de consultas do fluxo da Puericultura;
- Verificar se o RN realizou a Triagem Auditiva Neonatal /TAN, Teste do Coraçãozinho e Teste do Olhinho na maternidade de origem (ver fluxo da TAN);
- Monitorar resultado do Teste do Pezinho: necessidade de recoleta, resultado alterado, solicitação de sorologia;
- Verificar Relatório de Alta Hospitalar da mãe e da criança, Declaração de Nascido Vivo (DNV), Caderneta da Criança, encaminhamentos e outros documentos fornecidos na maternidade;
- Verificar vacinação da criança e da mãe e atualizar s/n:
    - RN: dose única de BCG e a 1ª dose da Hepatite B;
    - Puérpera: Hepatite B, dT, Influenza, COVID e tríplice viral.
        - Observação: Mulheres amamentando crianças menores de 6 meses **não** devem ser imunizadas contra a febre amarela;
- Apoiar e orientar o Aleitamento Materno; é um dos fatores mais relevantes para que a criança sobreviva ao primeiro ano de vida, por isso é importante:
    - Orientar e estimular a puérpera quanto à amamentação;
    - Verificar a pega, posição, sucção, frequência, duração, hidratação materna, dor, fissura;
    - Apoiar as dificuldades com retorno precoce para reavaliação e controle do peso.
- Orientar sobre cuidados/Higiene: banho, água morna, limpeza do coto umbilical e características;
- Verificar a Icterícia com o corpo desnudo do RN;
- Registrar os dados antropométricos nos quadros e tabelas da Caderneta da Criança e no Prontuário/ Sistema de Informação. **Esse é o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil;**
- Realizar agendamento da consulta pós parto e planejamento reprodutivo;
- Realizar a Estratificação de Risco e agendar consulta de acordo com fluxograma da puericultura (Risco Habitual, Médio e Alto Risco)

SINAIS DE RISCO QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO PARA A URGÊNCIA DAS PUÉRPERAS E CRIANÇAS ATÉ 28 DIAS DE VIDA:

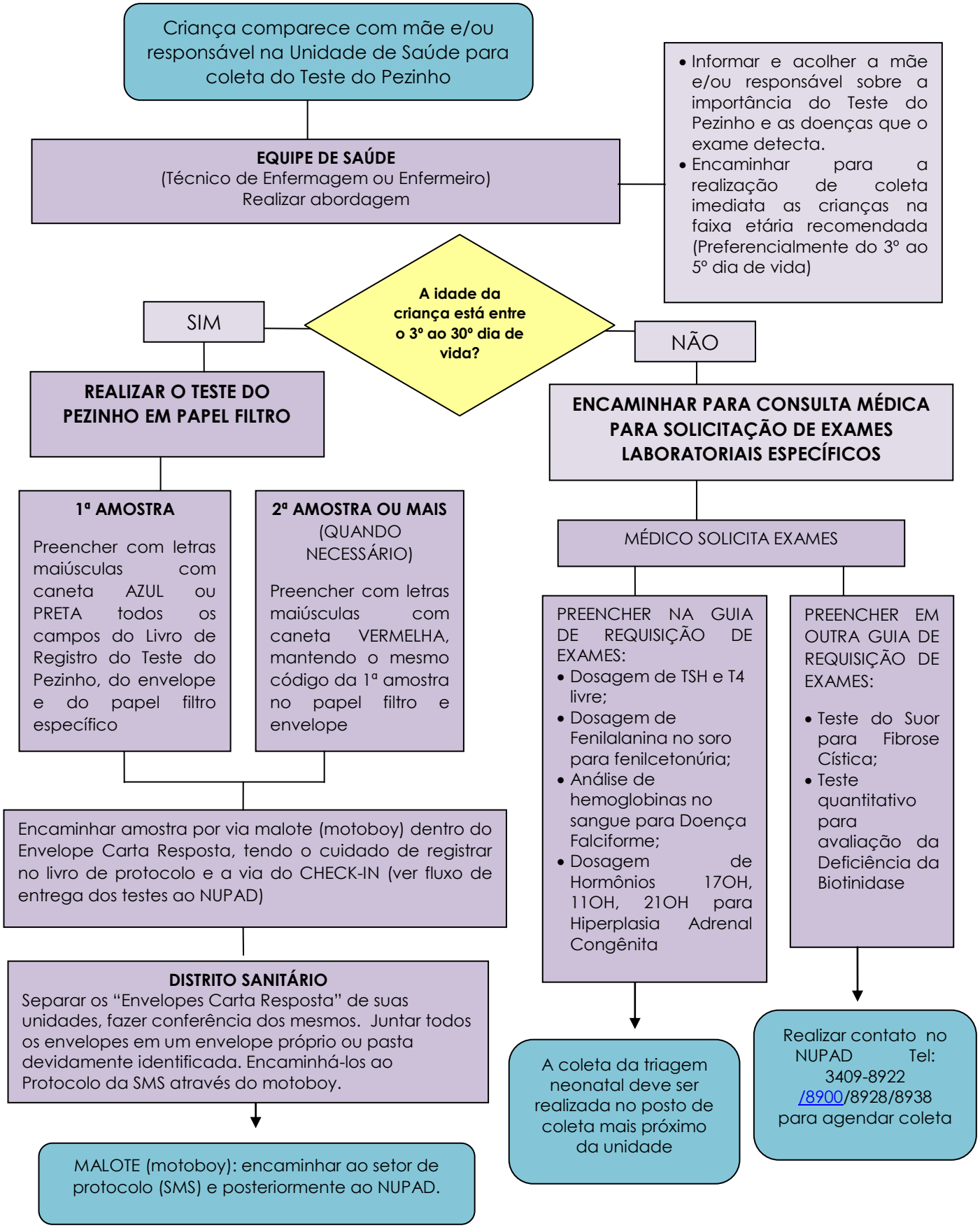
Ao identificar sinais de alerta, realizar avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar (Centro Materno Infantil).

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA DAS PUÉRPERAS
• Febre; • Cefaléia constante, com PA em nível normal e sem alívio com uso de sintomático em pacientes submetidas a parto cesariano ou anestesia; • Sangramento vaginal aumentado; • Dor pélvica ou infecção; • Ferida operatória com sinais de infecção; • Leucorréia fétida; • Alteração da pressão arterial (hipotensão ou hipertensão); • Tontura frequente/ alteração do nível de consciência; • Suspeita de abcesso mamário e galactocele.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA ATÉ 28 DIAS DE VIDA:
• Febre (Temperatura axilar ≥ 37,8 °C); • Hipotermia (Temperatura axilar < 36,3°C); • Hipoatividade; • Palidez cutaneomucosa; • *Cútis marmórea* (ou pele mosqueada); • Episódios de cianose; • Desidratação (Avaliar: fontanela reduzida e redução da diurese); • Dificuldade de sucção; • Gemência; • Esforço respiratório FR ≥ 60irp; • Redução de diurese; • Períodos prolongados (maior que 3 horas) sem amamentação; • Hipoglicemia com glicemia capilar ≤40 mg/dl; • Lesões de pele (Lesões pustulosas e bolhosas); • Alterações do coto umbilical (Sinais flogísticos e secreção purulenta com odor fétido); • Presença de secreção ocular por mais de uma semana; • Quadros de distensão abdominal com presença de fezes sanguinolentas; • Ausência de evacuações por mais de uma semana.

ENCAMINHAMENTO RESPONSÀVEL
PREENCHER ADEQUADAMENTE A GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA FAZER CONTATO TELEFÔNICO NO CENTRO MATERNO INFANTIL ANTES DE ENCAMINHAR.

ANEXO 13-FLUXO DE ATENDIMENTO E COLETA DO TESTE DO PEZINHO NA UNIDADE DE SAÚDE



PROCEDIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO

Executante

- **Enfermeiro (a) e/ou técnico de Enfermagem**

Materiais/ Equipamentos

Material do almoxarifado:
- Luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Gaze estéril;
- Algodão;
- Livro de registro;
- Esparadrapo microporoso;
- Caixa para descarte de material perfurocortante.

Material enviado pelo NUPAD via Sedex:
- Lanceta específica;
- Papel Filtro;
- Suporte para secagem;
- Cartela com códigos predefinidos pelo NUPAD;
- Envelope específico para o papel filtro;
- Envelope Carta Resposta.

Descrição do Procedimento

- Preparar com antecedência alguns Kits para serem utilizados posteriormente. Importante usar luvas de procedimento para a preparação de todo material: Para cada amostra colhida, serão atribuídas três etiquetas contendo o mesmo código.
  - Uma etiqueta impressa com código de barras para ser colada no papel filtro;
  - Uma etiqueta impressa com código de barras para ser colada na frente do envelope branco;
  - Uma etiqueta impressa sem código de barras para ser colada no protocolo de entrega
- Reservar alguns envelopes brancos e papéis filtro sem etiqueta fixada para os casos de 2ª amostra de uma mesma criança.
- Organizar todo material necessário para a coleta em uma mesa. Colocar a tira de papel filtro em superfície limpa;
- Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame;
- Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família. Utilizar caneta azul ou preta. Preencher todos os campos de forma legível, com letra maiúscula, sem abreviaturas;
- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- Solicitar ao familiar que permaneça em pé e segure a criança na posição de "Arroto" ou de "Mamada". O profissional deverá se posicionar sentado, próximo a mesa com o material a ser utilizado.
- O calcanhar da criança deverá sempre estar abaixo do nível do coração;
- Segurar o pezinho com uma das mãos para imobilizar e facilitar a punção;
- Escolher uma das áreas laterais da região plantar do calcanhar;
- Fazer anti-sepsia no local com algodão levemente umedecido em álcool a 70%. Aguardar a secagem naturalmente antes de iniciar a coleta;
- Com a lanceta em mãos, girar a sua extremidade para retirar o lacre;
- Envolver o pé e o tornozelo da criança com o dedo indicador e polegar, deixando exposta apenas a área do calcanhar a ser puncionada;
- Posicionar a lanceta em uma das laterais da região plantar, perpendicularmente ao local da punção e pressionar firmemente contra a pele da criança;
- Após a punção, descartar a lanceta na caixa de perfurocortante;
- Remover a primeira gota com uma gaze estéril ou algodão seco (sem álcool) logo no início;
- Aguardar a formação de uma GRANDE GOTA;
- Assim que a GRANDE GOTA se formar, aproximar o papel filtro da mesma, encostando-a no meio da área delimitada. Não forçar o contato da pele do calcanhar com o papel filtro;
- Pode-se fazer com o dedo indicador e polegar (que envolvem o calcanhar) uma compressão leve, seguida por uma descompressão mais demorada. Evitar ordenhas e compressões fortes e repetidas;
- Pode-se fazer uma "Manobra com gaze estéril", que consiste em uma limpeza mais vigorosa no local da punção, visando eliminar um possível coágulo;

- Depositar uma gota em cada área do papel filtro (cinco círculos);
- Pedir ao familiar para pressionar o local da punção com gaze estéril ou algodão para hemostasia;
- Aplicar um curativo na punção;
- Em situações de não obtenção de gotas adequadas, realizar uma nova punção. A nova punção pode ser realizada no mesmo pé, porém do lado oposto, ou no outro pé. Nestes casos, utilizar uma nova lanceta;
- Pode-se utilizar um segundo papel filtro para compensar uma primeira tira com manchas consideradas insuficientes. Após secas as amostras, enviar os dois papéis filtros dentro do envelope específico, separados por um papel limpo;
- **Nunca complete uma gota insuficiente colocando sangue no verso do papel filtro.**
- Colocar a amostra para a secagem por no mínimo 3 horas em posição horizontal no "suporte de secagem", evitando o contato do sangue com qualquer superfície, nunca os expondo ao sol;
- Não utilizar, em hipótese alguma, qualquer forma artificial para a secagem da amostra (estufa, luz solar, calor de motores, etc.);
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos conforme *"Instrução Normativa SMS-AB - Nº01 e Nº02";*
- Deixe o local organizado;
- Após secagem, colocar cada amostra coletada dentro de seu envelope específico (conferir nome e código);
- Reunir todos os envelopes com suas amostras coletadas e colocá-los dentro do "Envelope Carta Resposta";
- Preencher o "Chequinho" (impresso com relação de nomes e códigos) em duas vias: uma via dentro do "Envelope Carta Resposta" e outra anexada na parte de fora do mesmo. Fechar o envelope adequadamente;
- Preencher caderno de protocolo da unidade com os dados do código de cada amostra coletada e a data a ser enviada ao distrito;
- Colocar o "Envelope Carta Resposta" dentro da bolsa do malote da unidade sempre com antecedência ao dia programado do malote distrital;
- O motoboy entrega o malote no distrito de referência e aguarda o administrativo distrital organizar todos os envelopes em um único envelope. Após, encaminha ao Protocolo da Secretaria de Saúde (SMS);
- Protocolo da SMS encaminha no mesmo dia ou no máximo dia seguinte para o NUPAD;

Cuidados

- Não realizar coleta em salas frias e/ou com ar refrigerado;
- Não há necessidade de jejum da criança;
- Iniciar coleta somente após checar se todos os dados foram preenchidos corretamente. O preenchimento dos campos deve ser feito, de preferência, com **a Caderneta da Criança** em mãos. Caso isso não seja possível, os campos podem ser preenchidos de acordo com informações autodeclaradas;
- "Nunca deixe de colher ou enviar amostras por falta de alguma informação da mãe e da criança;
- A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso;
- Evitar tocar nos círculos do papel filtro antes ou após a coleta para prevenir contaminação da amostra ou intercorrência na camada de papel;
- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, faça uma nova punção para obter a quantidade necessária;
- A amostra depois de seca deve ficar de cor amarronzada;
- Nunca retenha as amostras no serviço por um tempo maior que o estritamente necessário (não deixe acumular), pois isso estará atrasando a realização do exame e liberação do resultado, prejudicando assim uma possível criança portadora de patologias congênitas;
- Caso a amostra seja colhida no final do expediente de trabalho, a mesma estará em processo de secagem quando a Unidade de Saúde for fechada. Nesta situação a amostra poderá ser

mantida no suporte, ao ar livre (temperatura ambiente), em local seguro, até a reabertura da unidade no próximo dia útil.

Obs: feriado prolongado: se a amostra estiver seca, guardar dentro do envelope branco, no isopor, na geladeira (exceto geladeira da vacina). Se não estiver seca, deixar no suporte na posição horizontal com um campo estéril em cima para proteger. Fixar a base do suporte com fita crepe.

- O teste é realizado entre o 3º e 5º dia de vida da criança (ideal). **Este é o período adequado de coleta, possibilitando que a criança seja tratada dentro do prazo necessário para evitar sequelas neurológicas, danos diversos ao organismo e até mesmo o óbito.**
- Os resultados da análise de amostras colhidas em papel filtro serão disponibilizados online no site do Nupad (www.nupad.medicina.ufmg.br) para a Unidade de Saúde e família do paciente em três dias, após o recebimento da amostra pelo laboratório.
- O acesso aos resultados só será possível por meio da inserção de USUÁRIO e SENHA fornecidos pelo Nupad à Secretaria Municipal de Saúde.
- Estes resultados deverão ser impressos pela UBS ou pela Secretaria Municipal de Saúde e deverá ser entregue ao responsável pela criança.
- Recomenda-se o acesso diário ao site do Nupad para verificação de novos resultados, pendências de novas amostras ainda não colhidas e comunicações diversas.
- Manter atualizado todos os dados da unidade de saúde (telefone, endereço, etc) para melhor comunicação.

RESPONDA AS PENDÊNCIAS PELO PORTAL DO NUPAD:

- Na cor vermelha: verificar as comunicações de amostras alteradas;
- Na cor verde: verificar as solicitações de amostras inadequadas;
- Na cor azul: o site mostra as comunicações de encaminhamento para teste do suor;
- Na cor preta: visualizar as comunicações de amostras em seguimento de protocolo ou com pendências relativas ao cadastro (conflito de código, data de coleta, data de nascimento, etc.)

Resultados Esperados

- Detectar e tratar precocemente as seguintes patologias: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme, Deficiência de Biotinidase, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística, Toxoplasmose Congênita e Distúrbios da Beta Oxidação dos Ácidos Graxos. Aguardando novas etapas de ampliação de doenças triadas pela Lei 14.154/21.

Ações nas Anormalidades

- Em caso de dúvidas quanto à verificação, comunicar ao enfermeiro.

FLUXO PARA ENTREGA DO TESTE DO PEZINHO REALIZADO PELAS UNIDADES DE SAÚDE ATÉ O NUPAD

UNIDADE DE SAÚDE
Acolher o Recém-nascido e encaminhar para o exame do Teste do Pezinho (ideal entre o 3º e 5º dia de vida)

EQUIPE DE ENFERMAGEM
(enfermeiro e técnico de enfermagem)
Após a coleta da amostra do Teste do Pezinho e sua secagem adequada de acordo com orientações e fluxos específicos: **Realizar as seguintes orientações para a entrega até os serviços do NUPAD**

- Colocar cada amostra coletada dentro do seu envelope específico (conferir dados de nome e código).
- Reunir todos os envelopes com suas amostras coletadas e colocá-los dentro do "Envelope Carta Resposta".
- Preencher o "Chequinho" (impresso com relação de nome e código) em duas vias: uma via dentro do Envelope Carta Resposta e outra via grampeada na parte de fora do mesmo. Fechar o envelope adequadamente.
- **Preencher caderno de protocolo da unidade** com os dados do código de cada amostra coletada e a data a ser enviada ao Distrito.
- Colocar o "Envelope Carta Resposta" dentro da bolsa do malote da unidade **sempre com antecedência** ao dia programado do malote distrital.

"***O motoboy não é responsável em fazer a cobrança do envio das amostras e a checagem do protocolo se dará no Distrito".***

MOTOBOYS

- Recolher o Malote das unidades de saúde nos dias já pré-estabelecidos;
- Entregar o malote no Distrito de referência e **AGUARDAR** neste local para que sejam **SEPARADOS e CONFERIDOS** os Envelopes Carta Resposta pelo responsável pelo distrito.

DISTRITO SANITÁRIO

- **RECEBER** o malote e **SEPARAR** os Envelopes Carta Resposta das unidades de saúde;
- **CONFERIR** os "chequinhos' e completá-los se houver necessidade;
- Colocar todos os "Envelopes Carta Resposta" com seus devidos "chequinhos" num único envelope/ pasta (OU relacioná-los numa lista). Escrever por fora do envelope/pasta o nome do Distrito e seu conteúdo;
- Entregar ao motoboy este envelope/pasta para que possa ser encaminhado ao Protocolo da SMS.
- Assinar o caderno de protocolo das unidades de saúde, declarando recebimento dos Envelopes Carta Resposta.

PROTOCOLO (SMS)

- Receber os envelopes e conferir;
- Encaminhar diariamente para Faculdade de Medicina ao setor "AMOSTRA DO NUPAD". Endereço: Av. Alfredo Balena, 190. Belo Horizonte.

SETOR "AMOSTRA DO NUPAD" - FACULDADE DE MEDICINA

- Receber os Envelopes
- Assinar o "Chequinho" ou lista dos códigos para que o motoboy entregue no Setor de Protocolo da SMS

AO NUPAD - REFERENTE À SOLICITAÇÃO DE EXAME DE TRIAGEM NEONATAL **(TESTE DO PEZINHO)**

UNIDADE DE SAÚDE: DATA DE ENVIO:

CÓDIGO DO NUPAD	NOME DO RECÉM NASCIDO	DATA DA COLETA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

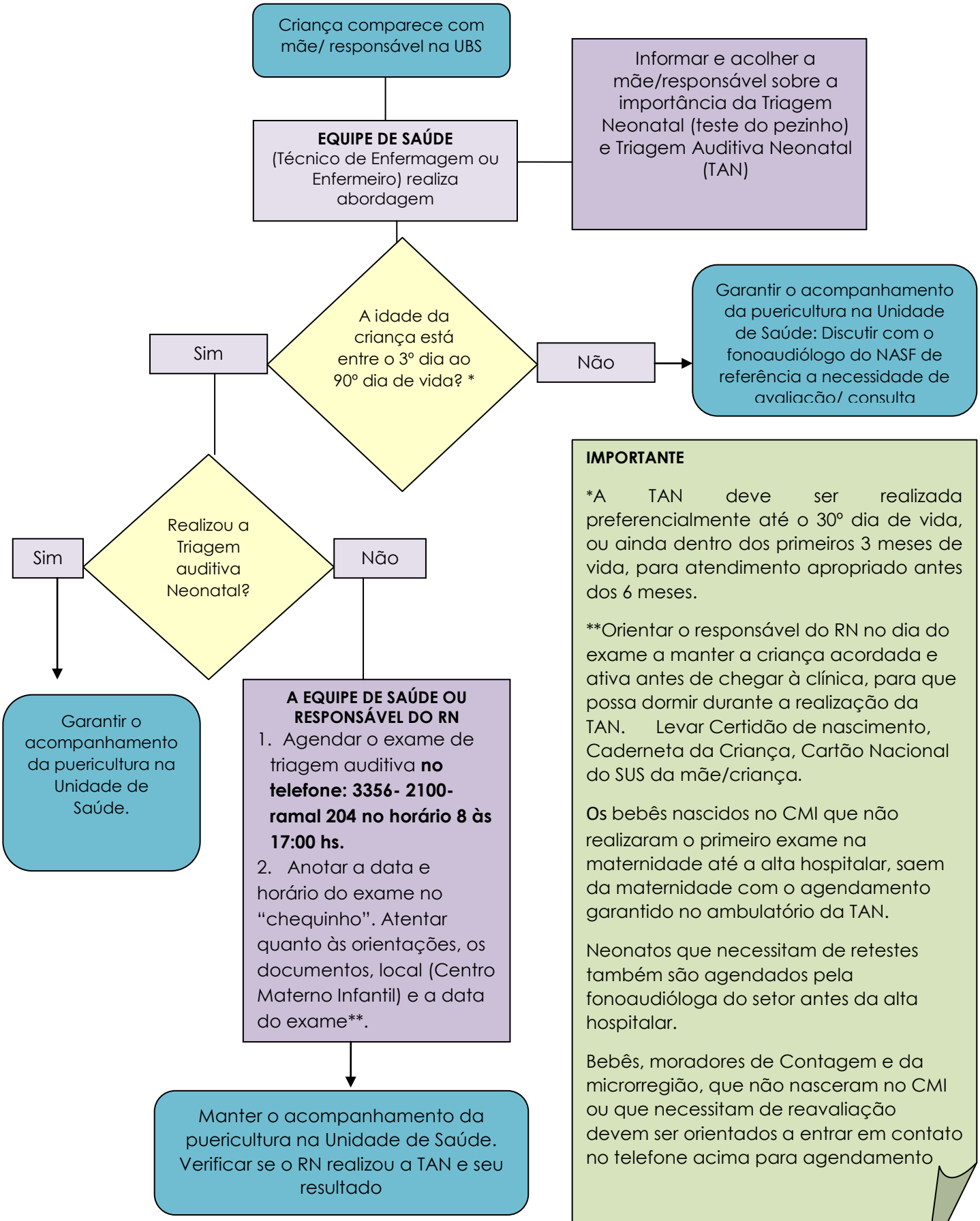
AO NUPAD - REFERENTE À SOLICITAÇÃO DE EXAME DE TRIAGEM NEONATAL **(TESTE DO PEZINHO)**

UNIDADE DE SAÚDE: DATA DE ENVIO:

CÓDIGO DO NUPAD	NOME DO RECÉM NASCIDO	DATA DA COLETA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

ANEXO 14-FLUXOGRAMA SOBRE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL– TESTE DA ORELHINHA NA UNIDADE DE SAÚDE



IMPORTANTE

*A TAN deve ser realizada preferencialmente até o 30º dia de vida, ou ainda dentro dos primeiros 3 meses de vida, para atendimento apropriado antes dos 6 meses.

**Orientar o responsável do RN no dia do exame a manter a criança acordada e ativa antes de chegar à clínica, para que possa dormir durante a realização da TAN. Levar Certidão de nascimento, Caderneta da Criança, Cartão Nacional do SUS da mãe/criança.

Os bebês nascidos no CMI que não realizaram o primeiro exame na maternidade até a alta hospitalar, saem da maternidade com o agendamento garantido no ambulatório da TAN.

Neonatos que necessitam de retestes também são agendados pela fonoaudióloga do setor antes da alta hospitalar.

Bebês, moradores de Contagem e da microrregião, que não nasceram no CMI ou que necessitam de reavaliação devem ser orientados a entrar em contato no telefone acima para agendamento

ORIENTAÇÕES SOBRE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL –TAN – TESTE DA ORELHINHA NA UNIDADE DE SAÚDE

A Triagem Auditiva Neonatal é um exame para avaliar a integridade da função auditiva e deve ser realizado em todos os recém nascidos e não apenas nos que possuem fator de risco para doença auditiva. Há estimativa que 10% dos RNs vivos apresentam indicadores de risco de deficiência auditiva (IRDA). Metade dos casos de deficiência auditiva pode ser prevenida e seus efeitos minimizados, se forem realizados o diagnóstico e a intervenção precoce.

ORIENTAÇÕES DURANTE AS AÇÕES DO 5º DIA DE VIDA DO RECÉM NASCIDO A RESPEITO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL:

- Verificar se o Recém-Nascido (RN) já realizou o exame de Triagem Neonatal (TAN) na Caderneta da Criança ou resultado à parte.
- A TAN deve ser realizada preferencialmente até o 30º dia de vida, ou ainda dentro dos primeiros 3 meses de vida, para atendimento apropriado antes dos 6 meses.
- Se o RN não fez o exame e estiver dentro da faixa etária preconizada, fazer contato telefônico diretamente no **Centro Materno Infantil para seu agendamento. Telefone: 3356-2100- ramal 204, horário 8 às 17:00 hs.** A mãe ou responsável do RN também poderá agendar o exame por esse telefone. Fornecer o Chequinho da TAN a este responsável com as devidas orientações, documentação necessária, data e endereço.
- Orientar os responsáveis da criança a levar: Certidão de Nascimento, Cartão Nacional do SUS da criança/ mãe e a Caderneta de Vacina da criança no dia da realização da TAN.
- Orientar o responsável do RN no dia do exame a manter a criança acordada e ativa antes de chegar à clínica, para que possa dormir durante a realização da TAN. O exame é rápido e não provoca dor.
- No retorno da criança à consulta de puericultura, verificar o resultado da TAN e a necessidade de reteste e tratamento. Manter o acompanhamento da puericultura na Unidade de Saúde. Verificar se o responsável está levando a criança nas consultas agendadas fora da unidade de saúde.
- Bebês, moradores de Contagem e da microrregião, que não nasceram no CMI ou que necessitam de reavaliação devem ser orientados a entrar em contato no telefone acima para agendamento.

Modelo de "Chequinho" para facilitar o agendamento da Triagem Auditiva (TAN) quando não realizada na Maternidade ao nascimento. Os responsáveis do RN poderão fazer seu agendamento por telefone:

PREFEITURA DE CONTAGEM- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -SUS

TESTE DA ORELHINHA- Triagem Auditiva Neonatal – ligar imediatamente após consulta do seu recém-nascido
Agendamento no telefone: 3356-2100- ramal 204- horário 8 às 17 horas

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES: ●Levar Certidão de Nascimento, Cartão de Vacina/ Caderneta da Criança, Cartão Nacional do SUS da mãe e criança ●É um exame rápido e não provoca dor. Tentar deixar a criança acordada antes de chegar a Maternidade, pois no momento do exame a criança tem que estar dormindo.
DATA DO EXAME: _____ ás ___:___ horas. **LOCAL:** MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM- "CENTRO MATERNO INFANTIL" - AV. JOÃO CÉSAR DE OLIVEIRA, 4495- NOVO ELDORADO- procurar recepção do PA obstétrico

ANEXO 15-FLUXOGRAMA SOBRE SEGUIMENTO DE CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS OU SÍFILIS CONGÊNITA

SEGUIMENTO CLÍNICO DA CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS OU NOTIFICADA COM SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tratamento adequado na Maternidade/SAD?

NÃO → Reavaliação clínico-laboratorial (pediatra/ Infecto) e reiniciar tratamento

SIM ↓

UBS/ EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ PEDIATRA DE REFERÊNCIA/ EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

- Manter o controle de puericultura mesmo que acompanhado pela Atenção Especializada: consulta e/ou visita domiciliar na: 1ª semana de vida; Mensal até o 6º mês de vida; Bimensal do 6º mês até 1º ano de vida; Trimestral do 1º ano até 2º ano de vida;
- Verificar se feito Notificação Compulsória da criança exposta à sífilis OU sífilis congênita pela maternidade e realizar se necessário;
- Avaliar risco a outras IST materno. Oferecer testes rápidos para a mãe da criança e suas parcerias sexuais;
- Realizar busca ativa/ visita domiciliar na mesma semana se falta nas consultas agendadas. Persistindo as faltas, solicitar interferência da equipe Multiprofissional

CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS (gestante com sífilis tratada adequadamente no pré-natal)

- Agendar consulta com Infecto-pediatra: Frequência de consultas de acordo com cada caso;

- Fazer busca ativa de sinais e sintomas referente às manifestações precoces de sífilis congênita a cada retorno;

- Fazer vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor;

- Solicitar e monitorar VDRL sérico com titulação no 1º, 3º, 6º, 12º, 18º e 24º mês de idade;

- A partir do 18º mês se não houver achados clínicos e laboratoriais exclui-se sífilis congênita.

CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

- Agendar consulta com Infecto-pediatra: **Mensal** até o 6º mês; **Bimestral** do 6 ºaté 12º mês; **Semestral** do 12º até 24º mês;

- Solicitar e monitorar VDRL sérico com titulação no 1º, 3º, 6º, 12º, 18º e 24º mês de idade;

-Realizar o TPHA ou FTA-Abs (teste treponêmico) após os 18 meses de idade para confirmação do caso;

-Nos casos de LCR (Líquido Cefalorraquidiano) alterados inicialmente, coletar LCR a cada 6 meses até sua normalização bioquímica, citológica e sorológica;

- Conferir encaminhamento da maternidade de origem para a "**Intervenção a Tempo/ Precoce**", caso necessário, realizá-lo. Manter contato semestralmente com o serviço da Atenção Especializada sobre o caso;

- Solicitar e monitorar controle semestral até 2 anos de idade: Oftalmológico, Audiológico, neurológico e Odontológico.

Melhora do quadro clínico?

NÃO →

- Elevação do título sorológico ou da sua não negativação até o 18º mês de idade;
- Alterações liquóricas persistentes

REINVESTIGAR:

Reavaliação clínico-laboratorial completa da criança e proceder ao retratamento

SIM →

- Dois exames VDRL consecutivos negativos;
- Títulos do VDRL declinarem nos primeiros 3 meses e negativarem até o 18º mês de idade.

ALTA CLÍNICA:

A criança foi tratada corretamente

ANEXO 16-MEDICAMENTOS QUE A ENFERMAGEM PODE PRESCREVER

De acordo com a Portaria 001/99 SMS e Norma Técnica 001/15, que trata da delegação de atribuições aos enfermeiros da área de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, estão relacionados abaixo, os medicamentos que podem ser prescritos ou transcritos pelos enfermeiros (as).

ARBOVIROSES
Sais para reidratação oral 27,9 g/envelope
Paracetamol 500 mg/comp
Dipirona 500 mg/mL - (Cada 1 mL=20 gotas) frasco 10ml
Paracetamol 200 mg/mL- frasco 15 mL

HIPERTENSÃO ARTERIAL (Manutenção da prescrição do médico (a)).
AAS 100 mg/comp
Anlodipino 5 mg/comp
Atenolol 50 mg/comp
Enalapril 5 mg e 20 mg/comp
Espironolactona 25 mg e 100 mg/comp
Furosemida 40 mg/comp
Hidroclorotiazida 25 mg/comp
Losartan 25 mg e 50 mg/comp

SAÚDE DA MULHER
Ácido Fólico 0,2mg/ml –frasco 30ml
Fluconazol 150 mg/comp (Exceto para micose de pele e unhas e contraindicado para tratamento em gestante).
Levonorgestrel 0,15 mg + Etinilestradiol 0,03 mg -cartela 21 drágeas
Levonorgestrel 0,75 mg - cartela 2 comp
Metronidazol gel Vaginal 100mg/g – bisnaga 50g (Gestante é contraindicado no primeiro trimestre da gravidez).
Metronidazol 250 mg/comp
Miconazol 20 mg/g - 2% Creme vaginal- bisnaga 80g
Noretisterona 0,35 mg - cartela 35 comp
Sulfato Ferroso 40 mg(fe)/comp

PARASITOSE EM ADULTO
Albendazol 400 mg/comp (Contraindicado para gestantes) – frasco 10ml
Albendazol suspensão oral 40 mg/mL
Ivermectina 6 mg/comp
Metronidazol 250 mg/comp
Permetrina 5% - Solução Tópica- frasco 60ml

PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO
Adesivo de Nicotina 7mg/14mg/21mg (para os pacientes inseridos no grupo classificados no Teste de fagerström <5)
Pastilha ou Goma de Mascar de Nicotina 2mg (para os pacientes inseridos no grupo e classificados no Teste de fagerström <5)

DIABETS MELLITUS (Manutenção da prescrição do médico (a)).
Glibenclamida 5 mg/comp
Insulina NPH 100 ui/mL humana; frasco 10 mL
Insulina regular 100 ui/mL humana; frasco 10 mL
Metformina 850 mg/comp

SAÚDE DA CRIANÇA
Dipirona 500 mg/mL - (Cada 1 mL=20 gotas) Frasco 10ml (RN com febre deve-se encaminhar para a consulta médica imediatamente, devido ao risco de complicações e de óbito; para reação vacinal/ Iminência de convulsão/resfriado comum).
Ivermectina 6 mg/comp
Miconazol 2% Creme Vaginal – bisnaga 80g
Nistatina 100.000 UI/mL -50 ml
Paracetamol 200 mg/mL; gotas; 15 mL (RN com febre deve-se encaminhar para a consulta médica imediatamente, devido ao risco de complicações e de óbito; para reação vacinal/ Iminência de convulsão/resfriado comum).
Sais para reidratação oral 27,9 g/envelope
Cloreto de Sódio 0,9% NASAL – frasco 30ml
Sulfato Ferroso 25 mg(fe)/mL (Apenas profilático).

PARASITOSE EM CRIANÇA
Albendazol 400 mg/comp
Albendazol suspensão oral 40 mg/mL – frasco 10ml
Ivermectina 6 mg/comp
Metronidazol 250 mg/comp
Metronidazol a 4% (Suspensão) - Frasco 100mL (crianças acima de um ano).
Permetrina 5% - Solução Tópica – Frasco 60ml

TUBERCULOSE (Manutenção da prescrição do médico (a)).
Etambutol 400 mg/comp
Isoniazida 100 mg/comp
Pirazinamida 500 mg/comp
Pirazinamida Suspensão 30mg/mL
Rifanpicina 150mg +Isoniazida 75mg + Pirazinamida 400mg +Etambutol 275mg (4:1)
Rifanpicina 20 mg/mL
Rifanpicina 150 mg/comp +Isoniazida 75 mg/comp
Etionamida 250 mg/comp
HANSENÍASE (Manutenção da prescrição do médico (a)).
Hanseníase - Blisters Multi e Paucibacilar

OUTROS (PARA > 12 ANOS)
Dexametasona 10 g – 1mg/g. Tubo 10g
Loratadina 10 mg/comp
Complexo B VIT (B1, B2, B6, Nicotinamida, Pantotenato de Cálcio) comprimido
Paracetamol 500 mg/comp
Sais para reidratação oral 27,9 g/envelope
Sulfato Ferroso 40 mg(fe)/comp
Sulfadiazina de Prata 1% - tubo 50g
Cloreto de Sódio 0,9% NASAL – Frasco 30ml

Obs: Enfermeiros (as) não podem justificar ou colocar CID nas receitas para aumentar seu tempo de atendimento.

Assistência Farmacêutica de Contagem/ Atenção Básica– Novembro2019

Arquivos gerais/ rotinas/ Boletins e normas/ Medicamentos que a enfermagem pode prescrever/transcrever 2015

ANEXO 17 - CHECK LIST E LINHA DO TEMPO PARA O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS

CHECK LIST- 1ª CONSULTA DA CRIANÇA NA ESF

PREFEITURA DE CONTAGEM
TRABALHO PELA VIDA

ANAMNESE (verificar se as ações foram realizadas na caderneta da criança e registros de alta hospitalar)

- ☐ Pré Natal/Parto/Nascimento/ Relação mãe e filho;
- ☐ Dados e intercorrências na caderneta da gestante, da criança e sumário de alta;
- ☐ Idade Gestacional; Apgar;
- ☐ Antropometria ao nascer (peso, comprimento, perímetro cefálico);
- ☐ RNPT ≤ 34 sem: Calcular IG corrigida;
- ☐ Triagem Auditiva (TAN);
- ☐ Teste do Coraçãozinho;
- ☐ Teste do Olhinho;
- ☐ Teste do Pezinho;

EXAME FÍSICO E COMPORTAMENTAL (avaliar condições/comportamentos estratégicos para a fase de vida)

- ☐ **Alterações Fenotípicas:** Fenda palatina; Fenda palpebral oblíqua; Implantação baixa de orelhas; Lábio leporino; Olhos afastados; Pescoço curto e/ou largo; prega palmar única; Quinto dedo da mão curto e recurvado.
- ☐ **Amamentação:** boa pega; boa sucção; uso de complementação; intercorrência ou complicação apresentada;
- ☐ **Antropometria no atendimento** (peso, comprimento, perímetro cefálico);
- ☐ **Exame do Frênulo lingual** (Pontuações do Protocolo de Bristol): Se resultado alterado ou dúvidas, a UBS deverá encaminhar para especialista (fonoterapeuta; odontólogo ou pediatra). Se necessária cirurgia: CEO;
- ☐ **Icterícia**: presença de icterícia em Zona 1 (cabeça e pescoço) e Zona 2 (até o umbigo) encaminhar atendimento médico na UBS para reavaliação; presença de icterícia nas demais zonas encaminhar para o CMI imediatamente
- ☐ **Coto umbilical**;
- ☐ **Vacinação da criança** (verificação de vacinas de rotina, especiais e uso de Palivizumabe) e da puérpera;
- ☐ **Marcos de desenvolvimento**: Apoio Plantar; Sucção; Preensão Palmar; **Preensão** dos artelhos; **Reflexo** cutâneo-plantar; **Reflexo** de Moro; **Reflexo** tônico-cervical

ATENÇÃO! Realizar busca ativa da puérpera e RN faltosos na primeira consulta e/ou na realização do teste do pezinho

EXTRATIFICAÇÃO DE RISCO (identificar qual o risco a criança se enquadra e realizar os agendamentos necessários para a continuidade da assistência)

- ☐ **Risco habitual:** Seguir fluxo de puericultura na UBS
- ☐ **Médio Risco:** Realizar agendamento de retorno/encaminhamentos conforme necessidade. Manter acompanhamento na UBS
  - História de morte de criança menor de 5 anos na família;
  - RN pré-termo (35 e 36 semanas);
  - RN baixo peso ao nascer (2.000 a 2.500 g);
  - Mãe dependente de álcool e/ou drogas;
  - Mãe com história psiquiátrica;
  - Curva de relação Peso x Estatura estacionária ou em declínio e/nutricionais
- ☐ **Alto Risco**: Realizar agendamento de retorno/ encaminhamentos conforme necessidade. Manter acompanhamento na UBS
  - RN com asfixia grave ao nascer (APGAR < 7no 1° 5° minuto);
  - RN pré-termo com peso ao nascer< 2.000 g;
  - RN < 35 semanas de Idade Gestacional;
  - RN com outras doenças graves, malformações congênitas, cromossomapatias, doenças metabólicas;
  - RN com permanência prolongada em UTI;
  - Doenças de transmissão vertical;
  - Hiperbilirrubinemia com exsanguíneo-transfusão.

SINAIS DE RISCO QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO PARA O CMI

- Febre (Temperatura axilar ≥ 37,80);
- Hipotermia (Temperatura axilar<36,3°C);
- Hipoatividade;
- Palidez cutaneomucosa;
- Cútis marmórea (ou pele mosqueada);
- Episódios de cianose;
- Desidratação (Avaliar: fontanela anterior deprimida, pele com turgor, elasticidade reduzida e redução da diurese)
- Dificuldade de sucção;
- Esforço respiratório FR ≥ 60 irpm;
- Gemência;
- Redução de diurese;
- Períodos prolongados (maior que 3 horas) sem amamentação;
- Hipoglicemia com glicemia capilar ≤ 40mg/dl;
- Lesões de pele (Lesões pustulosas e bolhosas)
- Alterações do coto umbilical fétido (Sinais flogísticos e secreção purulenta com odor fétido);
- Presença de secreção ocular por mais de uma semana;
- Quadros de distensão abdominal com presença de fezes sanguinolentas;
- Ausência de evacuações por mais de uma semana

CHECK LIST- CALENDÁRIO DE CONSULTAS E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA ESF

PREFEITURA DE CONTAGEM
TRABALHO PELA VIDA

CONSULTA COM 1º MÊS DE IDADE - Médico

- [ ] Marcos do Desenvolvimento para faixa etária
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura.
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Situação Vacinal
- [ ] Encaminhar para avaliação odontológica
- [ ] Resultados de triagens neonatais

CONSULTA COM 2º MÊS DE IDADE – Enfermeiro

- [ ] Marcos do Desenvolvimento para faixa etária
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Situação Vacinal

CONSULTA COM 3º MÊS DE IDADE – GRUPO OPERATIVO (multiprofissional)

- [ ] Shantala
- [ ] Amamentação
- [ ] Saúde Bucal
- [ ] Outras
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura.
- [ ] Situação Vacinal

CONSULTA COM 4º MÊS DE IDADE – Enfermeiro

- [ ] Marcos do Desenvolvimento para faixa etária
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Situação Vacinal
- [ ] Suplementação de Sulfato ferroso*

CONSULTA COM 5º MÊS DE IDADE – GRUPO OPERATIVO (multiprofissional)

- [ ] Introdução Alimentar (Nutricional)
- [ ] Prevenção de acidentes
- [ ] Cuidados
- [ ] Outros
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura.
- [ ] Situação Vacinal

CONSULTA COM 6º MÊS DE IDADE – Médico

- [ ] Marcos do Desenvolvimento para faixa etária
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Situação Vacinal
- [ ] Encaminhar para avaliação odontológica
- [ ] Suplementação de Sulfato ferroso*

CONSULTA COM 9º MÊS DE IDADE – Enfermeiro

- [ ] Marcos do Desenvolvimento para faixa etária
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Situação Vacinal
- [ ] Suplementação de Sulfato ferroso*

CONSULTA COM 12º MÊS DE IDADE – Médico

- [ ] Marcos do Desenvolvimento para faixa etária
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Situação Vacinal
- [ ] Suplementação de Sulfato ferroso*

CONSULTA COM 15º MÊS DE IDADE – Enfermeiro

- [ ] Marcos do Desenvolvimento para faixa etária
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Situação Vacinal
- [ ] Suplementação de Sulfato ferroso*

CONSULTA COM 18º e 24º MÊS DE IDADE – Médico

- [ ] Marcos do Desenvolvimento para faixa etária
- [ ] Dados antropométricos nos gráficos de PC, Peso e estatura
- [ ] Marcador de Consumo alimentar (e-SUS)
- [ ] Situação Vacinal
- [ ] Suplementação de Sulfato ferroso*

*Ministério da Saúde recomenda suplementação de ferro de crianças entre seis e 24 meses com sulfato ferroso na dosagem de 1mg/kg peso/dia. Se criança não estiver em aleitamento materno, iniciar no 4º mês; Sociedade Brasileira de Pediatria orienta a suplementação profilática com dose de 1mg de ferro elementar/kg /dia dos três aos 24 meses de idade, independente do regime de aleitamento: Recém-nascido a termo (de risco habitual): 1 mg de ferro elementar/kg/dia em aleitamento materno ou não. Recém-nascido com peso inferior a 2.500g e/ou prematuro devem ser avaliados pelo pediatra para alterar a dosagem.

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenação de Atenção Básica

LINHA DO TEMPO PARA O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA ATÉ 2 ANOS

Idade	1ªsem	1m	2m	3m	4m	5m	6m	9m	12m	15m	18m	24m
VACINAS	BCG/Hep B		Penta/VIP /Rota Pneumo 10	Meningo C	Penta/VIP /Rota Pneumo 10	Meningo C	Penta/VIP	Febre amarela	Tríplice viral/ Pneumo 10 Meningo C	DTP /VOP/ Tríplice viral + Varicela (ou tetra) Hepatite A		
Consultas	Enfermeiro /Avaliação Odonto-lógica	Médico Generalista	Enfermeiro	Grupo* ou Consulta Enfermeiro	Médico	Grupo* ou consulta Enfermeiro	Médico Generalista	Enfermeiro	Médico Generalista /Avaliação Odontológica	Enfermeiro	Médico Generalista /Avaliação Odontológica	Médico Generalista Avaliação Odontológica

.1ª CONSULTA NA 1ª SEMANA DE VIDA DO RECÉM NASCIDO- ENFERMEIRO (PREFERENCIALMENTE) OU MÉDICO

Principais Condutas / Exame Físico / Orientações

•História pré-natal e parto. Verificar dados e intercorrências na caderneta da gestante, da criança e sumário de alta.
• HF: comorbidades, social, violência.
•Relação mãe-filho, dinâmica familiar, rede de apoio, depressão puerperal.
•Testes: coraçãozinho, olhinho, orelhinha, pezinho (3º ao 5º dia de vida).
•Sorologia para toxoplasmose (filhos de mãe susceptível solicitar IgG e IgM de toxoplasmose).
•Cartão de vacina da mãe e RN.
•Características do coto umbilical. Orientar cuidados, banho, posição de dormir, cólicas, eliminações.
• Calcular IG corrigida para RNPT≤ 34sem:
Exemplo: RNPT IG 32sem+1d com 5 dias de vida de idade cronológica. Idade gestacional corrigida será: 32sem+6dias. Após completar 40sem de IG corrigida usar a fórmula:
Idade corrigida = idade cronológica - (40 semanas - idade gestacional em semanas)
A IG corrigida para prematuros deverá ser utilizada até2 anos da criança. Ao registrar o dado no gráfico da caderneta da criança, a anotação é feita na idade corrigida.Ver quadro:

IG	"DESCONTO" da prematuridade
34 sem	6 sem= 1mês e meio
33 sem	7 sem= 1 mês e 3 sem
32 sem	8 sem= 2 meses
31 sem	9 sem= 2 meses e 1 sem
30 sem	10 sem= 2 meses e meio
29 sem	11 sem= 2 meses e 3 sem
28 sem	12 sem= 3 meses
27 sem	13 sem=3 meses e 1 sem
26 sem	14 sem= 3 meses e meio
25 sem	15 sem= 3 meses e 3 sem
24 sem	16 sem= 4 meses

•Reflexos Primitivos (Moro, sucção, busca, preensão, etc).
•Evitar introdução ou uso prolongado de bicos artificiais.
•Orientar a mãe/ pai sobre "Planejamento Familiar".
•Estado geral (postura, estado de vigília, padrão respiratório, sinais de desidratação ou hipoglicemia, pouca diurese, letargia).
•Medidas e Sinais Vitais: peso (recupera peso de nascimento cerca de 15 dias pós-parto), Estatura, PC, FC, FR e TAX.

Parâmetros Sinais Vitais

FR	0–2meses	60irpm
	2 a11 meses	50irpm
	12 meses a 5 anos	40irpm
FC média	0–11meses	125bpm
	1ano	120bpm
	2 anos	110 bpm
TEMPERATURA	Hipotermia<36,2 Febre>37,8	

OBS: Aferir FR e FC ainda no colo do cuidador, sem muita manipulação, evitando choro que altera os valores.
•Avaliar corpo desnudo do RN - Icterícia Neonatal:
- Zonas 1 e 2: Avaliação médica na UBS
-Demais zonas: Encaminhar ao CMI imediatamente após contato

ZONAS DE KRAMER

Zona 1. Icterícia da 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)

•AVALIAÇÃO DA MAMADA: pega, posição, sucção, frequência, duração, vínculo.
•AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL nas 1ªs consultas: utilizar protocolo de Bristol

Amamentação/Critério de Risco/ Sinais de Risco

•Incentivar o Aleitamento Materno exclusivo até 6 meses, estendendo até 2 anos ou mais. Apoiar as dificuldades com retorno precoce para reavaliação e controle do peso.

REALIZAR A EXTRATIFICAÇÃO DE RISCO

•RISCO HABITUAL:Seguir calendário de consultas na UBS.

•MÉDIO RISCO:
Agendar consulta com pediatra de referência, intercalar após (UBS/Pediatra/NASF,outros):
➢História de morte de criança < de 5anos na família
➢RNPT 35 a 36semanase/ou PIG 2000-2500g
➢Mãe dependente de álcool e/ou drogas
➢Mãe com história psiquiátrica
➢Curva de relação Peso x Estatura estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais.

•ALTO RISCO:
Agendar com prioridade consulta pediátrica, intercalar após (UBS/Pediatra/NASF/outras especialidades,reabilitação, outros):
➢RN com história de asfixia grave ao nascer (APGAR 5`<7)
➢RNPT < 35 semanas e/ou peso <2000g
➢RN com doença grave (malformações congênitas, cromossomapatias, doenças metabólicas, outras)
➢RN com permanência prolongada em UTI
➢Doenças de transmissão vertical
➢Hiperbilirrubinemia com exsanguíneo-transfusão.

SINAIS DE RISCO NO <2 ANOS(encaminhar ao CMI)
Febre> 37,8°C, Hipotermia <36,3C°/ Hipoatividade / Palidez / Pele Mosqueada/ Cianose / Gemência / Esforço Respiratório e FR↑ / Desidratação: oligúria, fontanela deprimida, ausência de lágrimas no choro, turgor diminuído. Dificuldade de sucção. Período prolongado sem mamar / Alterações no coto umbilical (hiperemia, secreção purulenta com odor fétido) /Secreção ocular acima de 1 semana / Hipoglicemia< 40mg/dl / Distensão abdominal e fezes com sangue /Pústulas na pele / Ausência de evacuações por mais de 1 semana, ou fezes acólicas ou hipocólicas (esbranquiçadas) /Irritabilidade extrema à manipulação.

CONDUTAS DE ROTINA NAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES

♦Após a 1ª consulta na "1ª semana de vida do RN", seguir "Linha do Tempo"acima: consultas mensais até o 6º mês,trimestrais até o 18º mês e consulta no 24º mês. Depois, consulta anual até o 9º ano de idade.
♦Avaliação odontológica nos 1ºs dez dias de vida e semestralmente até 2 anos. Depois, anualmente.
♦**Grupos Operativos**(*)envolvendo profissionais do NASF, ESF, pediatra, dentista (em torno do 3º e 5º mês de vida).Abordar temas como amamentação, alimentação complementar, cuidados, saúde bucal, prevenção de acidentes, dentre outros.

♦Estímulo ao desenvolvimento da função parental.
♦Manter orientações sobre amamentação;alimentação complementar e saudável; estimulação do desenvolvimento; sono; eliminações; intercorrências; importância da vacinação sempre em dia e as "Fake News"; prevenção de acidentes; maus tratos e violência.

♦Exame físico completo: atentar para visão, audição, saúde bucal, mental.
Medidas antropométricas: Peso, Estatura, PC, IMC.
Sinais vitais: FC, FR, Tax.

♦Avaliação da curva do crescimento e identificação de atraso no desenvolvimento.

♦Atenção às doenças prevalentes na infância: desnutrição, obesidade, doenças diarréicas, doenças respiratórias.

♦Suplementação de sulfato ferroso: 1mg/kg/dia do 6º a 24º mês (**Orientação MS**, se não amamentada iniciar no 4º mês) OU a partir do 3º até 24ºmês, independente do regime de alimentação(**Orientações da SBP**).

♦Evoluir em prontuário, lançar dados no E-SUS (Consulta Individual +Marcador de Consumo Alimentar).
♦Preencher a Caderneta da Criança(inclusive lançar dados nos gráficos de peso, altura, PC e IMC)).

♦Realizar controle de faltosos.
♦Agendar consulta subsequente.

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenação de Atenção Básica

SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO:

•**Ministério da Saúde** recomenda suplementação de ferro de crianças entre seis e 24 meses com sulfato ferroso na dosagem de 1mg/kg peso/dia. Se criança não estiver em aleitamento materno, iniciar no 4º mês.

•**Sociedade Brasileira de Pediatria** orienta a suplementação profilática com dose de 1mg de ferro elementar/kg /dia dos três aos 24 meses de idade, independente do regime de aleitamento:**Recém-nascido a termo (de risco habitual): 1 mg de ferro elementar/kg/dia em aleitamento materno ou não**. Recém-nascido com peso inferior a 2.500g e/ou prematuro devem ser avaliados pelo pediatra para alterar a dosagem.

SUGESTÕES DE ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS < 1 ANO

ESQUEMA ALIMENTAR DA CRIANÇA < 1 ANO	NASCIMENTO ATÉ 6 MESES	PERÍODO	AO COMPLETAR 6 MESES	7 A 11 MESES
LEITE MATERNO (LM) •Incentivar o Aleitamento Materno •Orientar sobre ordenha, armazenamento, conservação do LM para mãe trabalhadora (12 horas refrigerador e 15 dias no congelador). •Oferecer LM no copinho ou colher, evitando mamadeira.	LEITE MATERNO EXCLUSIVO LIVRE DEMANDA Não há necessidade de oferecer água e principalmente outros líquidos como chás e sucos	**CAFÉ DA MANHÃ**	Leite materno	Leite materno
		LANCHE DA MANHÃ	Fruta amassada/raspada e Leite materno	Fruta amassada/raspada e LM
		ALMOÇO	Almoço amassada	Almoço amassada/ pedaços pequenos e bem cozidos
		LANCHE DA TARDE	Fruta amassada/raspada e Leite materno	Fruta amassada/raspada e LM
		JANTAR	Leite Materno	Jantar amassada/ pedaços pequenos e bem cozidos
		CEIA	Leite Materno	Leite Materno
FÓRMULA INFANTIL(F.I) •Orientar uso quando esgotada possibilidade de relactação •Orientar quanto a higiene no preparo, diluição correta e uso de água fervida e filtrada **•A partir dos 9 meses, a fórmula infantil pode ser substituída pelo leite de vaca integral** – *(M.S. 2019")*	FÓRMULA INFANTIL (F.I.) PARA LACTENTES Orientar seguir recomendações de diluição do produto e administração de quantidades adequadas de acordo com peso e idade da criança. Seu preparo deve ser próximo ao momento do consumo e não oferecer as sobras da refeição"láctea" anterior.	**CAFÉ DA MANHÃ**	Fórmula Infantil	Fórmula infantil
		LANCHE DA MANHÃ	Fruta amassada/raspada	Fruta amassada/raspada
		ALMOÇO	Almoço amassada	Almoço amassada/ pedaços pequenos e bem cozidos
		LANCHE DA TARDE	Fruta amassada, raspada/ Fórmula infantil	Fruta / Fórmula infantil
		JANTAR	Fórmula infantil	Jantar amassada/ pedaços pequenos e bem cozidos
		CEIA	Fórmula infantil	Fórmula infantil
LEITE DE VACA MODIFICADO EM CASA • Orientar uso quando esgotada possibilidade de relactação e impossibilidade financeira para aquisição da Fórmula infantil, respeitando condições e desejos da família •Criança alimentada com leite de vaca modificado precisa receber suplementação de vitaminas e minerais conforme orientações médicas	ATÉ 4 MESES Leite integral diluído: 2/3 de leite fluido+1/3 de água fervida/ filtrada + 1 colher de chá de óleo para cada 100 ml de leite diluído (igual a 27 calorias, melhora a densidade energética) 4º e 5º MÊS: (Leite de vaca integral sem diluição): •4º mês: Iniciar com fruta no lanche da manhã e da tarde +almoço •5º mês: mesmo anterior e acrescentar Jantar	**CAFÉ DA MANHÃ**	Leite Integral sem diluição	Leite Integral sem diluição
		LANCHE DA MANHÃ	Fruta amassada/raspada	Fruta amassada/raspada
		ALMOÇO	Almoço Amassada/pedaços peq.	Almoço amassada/pedaços peq.
		LANCHE DA TARDE	Fruta / Leite Integral	Fruta / Leite Integral
		JANTAR	Jantar amassada/pedaços pequenos	Jantar amassada/pedaços peq.
		CEIA	Leite Integral	Leite Integral

AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL - PONTUAÇÃO DO PROTOCOLO BRISTOL

Aspectos avaliados	0	1	2	Escore
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	Formato de coração	Ligeira fenda/entalhada	Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	Fixado na face interna da gengiva (atrás)	Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)?	Elevação mínima da língua	Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	Ponta da língua fica atrás da gengiva	Ponta da língua fica sobre a gengiva	Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

As pontuações para os quatro itens são somadas, podendo variar de 0 a 8:
- Escores de 0 a 3: indicam potencial redução mais grave da função da língua**.** Em caso de interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual e escore menor ou igual a 3, sugere-se que a atenção básica encaminhe para uma avaliação multiprofissional;
- Escores 4 ou 5: indicam redução da função da língua. Em caso de interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual, sugere-se avaliação multiprofissional para condução do caso.

PARÂMETROS DE CRESCIMENTO

		PESO	COMPRIMENTO	PC
1º ANO DE VIDA	**1º TRIM**	700 g/mês (25-40g/dia)	2cm/mês	2cm/mês
	2º TRIM	600 g/mês (20g/dia)	2cm/mês	1cm/mês
	3º TRIM	500 g/mês (15g/dia)	1cm/mês	0,5cm/mês
	4º TRIM	400 g/mês (10g/dia)	1cm/mês	0,5cm/mês
2º ANO DE VIDA	**1º SEM**	200 g/mês	10cm/ano	2 cm/ano
	2º SEM	180 g/mês		

SUS
PREFEITURA DE
CONTAGEM
TRABALHO PELA VIDA