

PROTOCOLO DE ATENÇÃO

INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

“SUBSÍDIO À LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA”

(Enfermagem)

**FEVEREIRO
2017**

Agradecimento

O presente protocolo foi revisado com participação de vários profissionais da Rede Municipal de Sorocaba.

Agradecemos a contribuição de cada profissional nos diversos momentos deste trabalho.

Missão

Identificar os fatores de risco à saúde, inclusive de doenças crônicas degenerativas do adulto e desenvolver estratégias de atenção à saúde da criança e do adolescente no contexto da família e da comunidade, a partir do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da população de Sorocaba de zero aos 17 anos, 11 meses e 29 dias. (lei ECA 8069/90 criança de zero a 12 anos incompletos e adolescência até 18 anos)

Visão

Ter uma abordagem mais abrangente da nutrição infantil, do crescimento e desenvolvimento desde a vida intra-uterina, de modo intersetorial e integral da criança na sua família e na sociedade para garantir os direitos da criança em sua plenitude e promover uma expectativa de vida maior e com melhor qualidade.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. AÇÕES	16
2.1 INSCRIÇÃO	16
2.2 PRÉ CONSULTA	17
2.3 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM.....	17
2.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM	19
2.5 CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	20
2.6 CONSULTA MÉDICA.....	21
3. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS	23
3.1 MÉDICO	23
3.2 ENFERMEIROS (CONSULTA DE ENFERMAGEM).....	24
3.3 AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM	25
4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS.....	27
4.1 ALTO RISCO.....	27
4.2 MÉDIO RISCO	28
4.3 BAIXO RISCO	28
5. CRONOGRAMA DE ATENDIMENTOS	29
5.1 ALTO RISCO.....	29
5.2 MÉDIO RISCO	31
5.3 BAIXO RISCO	33
5.4 OBSERVAÇÕES:.....	34
6. CONSULTA ODONTOLÓGICA	36
7. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	37
7.1 ALTURA	37



7.1.1 Menores de 2 anos de idade – Antropometria horizontal.....	37
7.1.2 Dois anos de idade – Antropometria vertical	38
7.2 PESO	38
7.2.1 Balança pediátrica mecânica (Menores de 2 anos de idade ou até com 16 kg)	38
7.2.2 Balança pediátrica digital	39
7.2.3 Balança plataforma mecânica (maiores de 2 anos de idade)	39
7.2.4 Balança plataforma eletrônica	40
7.3 ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC):	41
7.4 CIRCUNFERÊNCIA CEFÁLICA.....	41
8. SINAIS VITAIS.....	43
8.1 TEMPERATURA	43
8.2 PULSO	43
8.3 PRESSÃO ARTERIAL.....	44
8.3.1 Como Aferir pressão Arterial.....	44
8.3.2 Valores de PA para MENINOS de acordo com idade e percentil de estatura	45
8.3.3 Valores da PA para MENINAS de acordo com idade e percentil de estatura	47
8.4 RESPIRAÇÃO.....	48
9. HIGIENE GERAL E CUIDADOS.....	49
9.1 BANHO.....	49
9.2 CUIDADOS COM COTO UMBILICAL.....	50
9.2.1 Dicas.....	51
9.2.2 Sinais de alerta	51
9.3 TROCA DE FRALDAS	51

9.4 CUIDADOS COM AS UNHAS.....	51
9.5 PREVENÇÃO DE ASSADURAS.....	52
9.6 MONILÍASE ORAL.....	52
9.7 CÓLICAS.....	53
9.8 ERITEMA TÓXICO.....	53
10. FUNDAMENTOS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	54
11. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (DNPM) DE 0 A 24 MESES	56
11.1 ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS RECOMENDADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	59
11.1.1 Perímetro cefálico.....	60
11.1.2 Suspeita de Microcefalia.....	60
11.1.3 Índice de massa corpórea (IMC).....	61
11.2 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 01 MÊS DE IDADE	61
11.3 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 02 MESES	63
11.4 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 3 MESES	64
11.5 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 04 MESES	65
11.6 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 05 MESES	66
11.7 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 06 MESES	67
11.8 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 07 MESES	68
11.9 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 08 MESES	69
11.10 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 09 MESES	70
11.11 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 10 MESES	71
11.12 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 11 MESES	72
11.13 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 12 MESES	73
11.14 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 13 A 15 MESES.....	74

11.15 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 18 MESES	75
11.16 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 24 MESES	76
12. PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA	78
12.1 PUBERDADE - CARACTERÍSTICAS:	78
13. SINAIS DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR NO LACTENTE	81
13.1 SINAIS DE ALERTA.....	81
13.1.1 Na área motora:.....	81
13.1.2 Na área visual:.....	82
13.1.3 Na área auditiva:.....	82
13.1.4 Na área mental:	82
13.2 PRÉ-ESCOLAR (3 - 5 ANOS)	82
14. SCREENING LABORATORIAL EM PUERICULTURA	84
15. TRIAGEM NEONATAL	86
15.1 TESTE DE BRUCKNER OU DO REFLEXO VERMELHO OU TESTE DO OLHINHO	86
15.1.1 Diagnóstico	86
15.1.2 Retinopatia na Prematuridade	88
15.2 TESTE AUDITIVO OU TESTE DA ORELHINHA	90
15.3 TESTE DA LINGUINHA (AVALIAÇÃO DE FRÊNULO LINGUAL)	91
15.4 TESTE DO PEZINHO.....	91
15.4.1 Idade.....	92
15.4.2 Fluxo do Teste do Pezinho não realizado (apenas nascidos em outro município)	92
15.4.3 Segunda Coleta para hemoglobinopatias em Recém-nascidos pré- termos e/ou que receberam transfusão sanguínea.....	93

15.4.4 Fluxo do Teste do Pezinho Alterado (recoleta).....	93
15.4.5 Alterações:.....	94
15.5 TESTE CORAÇÃOZINHO.....	97
15.5.1 Diagnóstico de cardiopatia congênita crítica:.....	97
15.5.2 O teste da oximetria.....	98
15.5.3 Local de aferição	98
15.5.4 Momento da aferição	98
15.5.5 Resultado normal.....	98
15.5.6 Resultado anormal.....	98
15.5.7 Limitações.....	98
16. CONTROLE SÍFILIS	100
17. INVESTIGAÇÃO DE HEPATITE B E C NA GESTAÇÃO.....	102
17.1 FLUXO DA VIGILÂNCIA DAS HEPATITES B E C.....	102
18. ALEITAMENTO MATERNO.....	103
18.1 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA:...	103
18.2 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE:	103
18.3 PREPARO DAS MAMAS NA GESTAÇÃO:.....	105
18.4 ATENÇÃO AOS PONTOS-CHAVE EM RELAÇÃO AO ATO DE AMAMENTAR:.....	106
18.4.1 Pontos-chave do posicionamento adequado:.....	106
18.4.2 Pontos-chave da pega adequada:	106
18.4.3 Queixa comum: pouco leite	107
18.5 PROBLEMAS PRECOSES E TARDIOS ENFRENTADOS PELAS MÃES:.....	109
18.6 UBS AMIGA DA AMAMENTAÇÃO:	110
19. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	112

19.1 DEZ PASOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	114
19.2 O ALEITAMENTO MATERNO É O PADRÃO – OURO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL.....	117
19.3 ESQUEMA DA ALIMENTAÇÃO A PARTIR DOS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO	117
19.4 PRINCIPAIS RISCOS: ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INADEQUADA.....	121
19.5 ALIMENTAÇÃO A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE PARA CRIANÇAS QUE NÃO ESTÃO EM ALEITAMENTO MATERNO	123
19.6 ALIMENTAÇÃO PARA LACTENTES ENTRE 1 E 2 ANOS DE IDADE	123
19.7 DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS:	124
20. PERÍODO PRÉ ESCOLAR 2 A 6 ANOS DE IDADE.....	127
20.1 DIFICULDADES ALIMENTARES MAIS FREQUENTES:.....	128
21. PERÍODO DO ESCOLAR 7 A 10 ANOS DE IDADE.....	130
21.1 PRÁTICAS ALIMENTARES INADEQUADAS:	130
22. PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA	132
22.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	132
23. PROGRAMAS DE FÓRMULAS INFANTIS E SUPLEMENTAÇÕES.....	135
23.1 FÓRMULA DE PARTIDA	135
23.2 FÓRMULAS DE SEGUIMENTO	137
23.3 DESCRIÇÃO DO FLUXO DA FÓRMULA DE PARTIDA (1º SEMESTRE) E TRANSIÇÃO PARA A FÓRMULA DE SEGUIMENTO.....	140
23.4 FÓRMULAS DE TRANSIÇÃO.....	141
23.5 FLUXO DAS FÓRMULAS ESPECIAIS	141

23.6 LEITE FLUIDO ENRIQUECIDO COM FERRO E VITAMINA A E D...	142
23.7 SUPLEMENTOS ALIMENTARES OU FÓRMULAS ESPECIAIS	144
24. RECOMENDAÇÕES PARA A MELHORIA DO ESTADO NUTRICIONAL	145
25. IMUNIZAÇÃO	147
25.1 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA 2017	148
25.2 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇA MAIORES DE 7 ANOS ATÉ ADOLESCÊNCIA.....	149
25.3 EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO.....	150
25.4 VACINAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	152
25.4.1 Documentos necessários para solicitação do medicamento:	152
25.4.2 Fluxo para encaminhamento “Palivizumabe”	154
26. CUIDADOS COM SAÚDE BUCAL	155
26.1 ODONTOLOGIA INTRAUTERINA	155
26.2 ODONTOLOGIA PARA BEBÊ	156
26.3 HIGIENE BUCAL DA CRIANÇA.....	159
27. ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	161
27.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA.....	162
27.2 ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	166
28. ACIDENTES NA INFÂNCIA.....	168
28.1 RECÉM-NASCIDO	168
28.2 PRIMEIRO ANO DE VIDA.....	168
28.3 CRIANÇAS DE 1 A 3 ANOS	169
28.4 DICAS DE SEGURANÇA EM CASA.....	169
29. PROGRAMA ASMA.....	172

29.1 TRATAMENTO DA ASMA.....	172
29.1.1 Como utilizar Medicamentos.....	172
29.1.2 Nebulizadores em asma brônquica.....	176
30. VIGILÂNCIA DA CRIANÇA INTERNADA - ALTA QUALIFICADA DOENÇA RESPIRATÓRIA.....	178
31. PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO ...	181
31.1 AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS DE RISCO	182
CRITÉRIOS PARA VISITA DOMICILIAR	183
31.2 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA POLICLÍNICA MUNICIPAL PROGRAMA RÉCEM-NASCIDO DE RISCO.....	184
32. PROGRAMA BEBÊ SAUDÁVEL	186
32.1 VIGILÂNCIA DOS RECÉM-NASCIDOS QUE PASSARAM EM ATENDIMENTO NAS UPHS	188
33. ESPECIALIDADES INFANTIS DA REDE PÚBLICA:.....	189
REFERÊNCIAS	190
ANEXO 1 - TABELA DE CÓDIGOS NO SIS PARA GRUPOS DE ATENDIMENTOS	193
ANEXO 2 - PLANILHA DE CONTROLE MENSAL DE FORMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO.....	194
ANEXO 3 - PLANILHA DE CONTROLE DE INSCRIÇÃO MENSAL DE FORMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO (FRENTE).....	195
ANEXO 4 - PLANILHA DE CONTROLE DE INSCRIÇÃO MENSAL DE FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO (VERSO).	196
ANEXO 5 - FICHA DE EXCLUSÃO DA FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO.....	197
ANEXO 6 - FICHA DE INSCRIÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO ENRIQUECIDO (FRENTE).....	198

ANEXO 7 - FICHA DE INSCRIÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO ENRIQUECIDO (VERSO)	198
ANEXO 8 - FICHA DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO ENRIQUECIDO	200
ANEXO 9 - FORMULÁRIO ESTADUAL DE FÓRMULAS ESPECIAIS (FRENTE).....	201
ANEXO 10 - FORMULÁRIO ESTADUAL DE FÓRMULAS ESPECIAIS (VERSO).....	202
ANEXO 11 - FOLHETO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (FRENTE).....	203
ANEXO 12 - FOLHETO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (DENTRO).....	204
ANEXO 13 - FOLHETO INFORMATIVO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (FRENTE)	205
ANEXO 14 - FOLHETO INFORMATIVO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (DENTRO).....	206
ANEXO 15 - FOLHETO INFORMATIVO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (DENTRO).....	207
ANEXO 16 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO (FRENTE/VERSO)	208
ANEXO 17 - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE (FRENTE/VERSO)	210
ANEXO 18 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS (FRENTE/VERSO)	212
ANEXO 19 - FICHA MUNICIPAL DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	214
ANEXO 20 – CARTÕES DE RISCO DO RN DE RISCO	214
ANEXO 21 – GRÁFICO DE CRESCIMENTO DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS DE IDADE – MENINOS (FRENTE)	216

ANEXO 22 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS DE IDADE – MENINOS (VERSO).....	217
ANEXO 23 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DE 5 ANOS AOS 19 ANOS DE IDADE – MENINOS (FRENTE)	218
ANEXO 24 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DE 5 ANOS AOS 19 ANOS DE IDADE – MENINOS (VERSO)	219
ANEXO 25 – GRÁFICO DE CRESCIMENTO DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS DE IDADE – MENINAS (FRENTE).....	220
ANEXO 26 – GRÁFICO DE ACRESCIMENTO DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS DE IDADE – MENINAS (VERSO).....	221
ANEXO 27 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DE 5 ANOS AOS 19 ANOS DE IDADE – MENINAS (FRENTE).....	222
ANEXO 28 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DE 5 ANOS AOS 19 ANOS DE IDADE – MENINAS (VERSO).....	223
ANEXO 29 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	224

1. INTRODUÇÃO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde o nascimento é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos das doenças na infância; identificando problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e situações de risco, buscando atuar de forma precoce nas intercorrências; ações como pesar, medir, avaliar os marcos de desenvolvimento e aquisição de novas habilidades, além do registro e avaliação da Caderneta da Criança, devem ser incorporadas na rotina de atendimento às crianças e adolescentes pelas equipes de saúde. Para que estas ações contribuam para a melhoria da saúde infantil, é necessária a capacitação continuada das equipes de saúde, o seguimento dos protocolos estabelecidos, bem como o trabalho integrado das equipes de saúde.

As ações de atenção à criança garantem o acesso e qualificação à assistência através da organização do trabalho em equipe e sistematização do atendimento.

O Protocolo compreende os seguintes programas:

- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança;
- Programa de Fórmulas Infantis e Suplementações Alimentares;
- Programa Recém Nascido de Risco;
- Programa Bebê Saudável;
- Programa de Controle da Asma Infantil;
- Ações conjuntas no Atendimento de Urgência /Emergência, Hospitalar e de Especialidade;
- Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família – utilização parcial do SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Programa de Redução da Mortalidade Infantil.

Objetivo geral:

Diagnosticar e implementar ações sobre os fatores de risco de morbimortalidade infantil, visando a linha de cuidado desde a preconcepção até a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Objetivos específicos:

- Acompanhar crianças de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias. Embora a Pediatria abrange esta faixa etária, o atendimento pediátrico nas UBS é de 0 a 13anos, 11 meses e 29 dias, podendo ser estendido em concordância com o profissional;

- Os atendimentos infantis de urgência e emergência são realizados na UPHZO, UPHZL e UPA Éden (Unidade Pré Hospitalar Zona Oeste, Leste e Éden), PA (Pronto Atendimento Laranjeiras e Brigadeiro Tobias);

- E atendimento nas especialidades infantis Policlínica, AME e GPACI;

- Promover a equidade e adequar-se às necessidades locais da cada Unidade Básica de Saúde;

- Promover integração mãe - filho- família-UBS;

- Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês;

- Orientar alimentação complementar;

- Orientar sobre saúde bucal;

- Atingir a meta preconizada pelo Programa Nacional de Imunização para cada vacina;

- Identificar precocemente as alterações no estado geral da saúde incluindo saúde bucal, auditiva e visual;

- Identificar precocemente as alterações de peso, altura e perímetro cefálico;

- Acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança;

- Identificar fatores de risco relacionados à prevenção de acidentes e violências na infância;

- Realizar ações educativas periódicas e multidisciplinares;
- Acompanhamento integral de acordo com risco: alto, médio e baixo. Sendo obrigatória a reclassificação em cada consulta médica, propiciando a melhora no atendimento da criança, pois a classificação e reclassificação de risco auxiliam as ações desenvolvidas pela equipe e também direciona o próximo agendamento;
- Verificar resultado dos exames de Triagem neonatal (exame do pezinho, avaliação auditiva, teste do coraçãozinho e realizar o teste do reflexo vermelho);
- Implementar ações articuladas com o plano municipal pela 1ª infância.

2. AÇÕES

2.1 INSCRIÇÃO

Agendamento da consulta pediátrica na 1º semana de vida do recém-nascido, através do Programa RN de Risco que integra as maternidades SUS (Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Santa Casa e Santa Lucinda) e Unidades Básicas de Saúde/Unidades Saúde da Família;

Busca espontânea das crianças não nascidas em maternidades SUS locais;

É necessária a presença do pai, da mãe ou do responsável legal.

Na inscrição do programa:

- Explicar o que é o programa;
- Realizar inscrição no SIS e fazer cartão SUS;
- Orientar a vacinação;
- Incentivar aleitamento materno e orientar alimentação;
- Identificar condições sociais, familiares e ambientais;
- Preencher impressos do programa;
- Realizar a 1ª consulta médica e identificar o risco;
- Marcar retorno conforme cronograma, de acordo com o risco atualizado (obrigatória reavaliação deste em toda consulta médica).

Observações:

1- Se o cartão de agendamento do hospital for esquecido na primeira consulta ou o registro de nascimento da criança o atendimento deverá ser realizado. Tais documentos deverão ser apresentados na próxima consulta;

2- Verificar o critério de risco e em caso de dúvida entrar em contato com o Programa Recém Nascido de Risco (3219-2228);

3- O agendamento é feito por email vindo do **Programa Recém Nascido de Risco** com: nome e SIS da mãe, data de nascimento, sexo, hospital de nascimento, data da consulta mãe e bebê e o critério de risco;

4- Durante a primeira consulta do RN encaminhar o prontuário do pré-natal da mãe para o pediatra, conforme descrito na Circular DAB nº 79 de 03 de novembro de 2010, para auxiliar no melhor seguimento da criança.

2.2 PRÉ CONSULTA

ANOTAR DADOS ANTROPOMÉTRICOS (REALIZADO PELA ENFERMAGEM OU MÉDICO):

- Peso (deverá ser verificado sem roupas e sem fraldas e na criança maior preservar sua individualidade e sempre com o responsável pela criança no momento da aferição);
- Altura;
- PC (perímetro cefálico);
- Índice de massa corpórea (IMC);
- Temperatura;
- Pressão arterial (PA).

Verificados de maneira adequada com equipamentos calibrados. Reforçamos a educação continuada dos profissionais.

2.3 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

- Manter o ambiente limpo e organizado, repor sabonete, papel toalha, lápis, borracha, fita métrica, caneta, antropômetro, papel lençol e impressos;
- Providenciar materiais para a desinfecção dos objetos da sala;
- Repor e trocar impresso e materiais necessários nos consultórios;
- Verificar dados antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico e IMC) e registrar no gráfico de crescimento;

- Realizar de maneira adequada com equipamentos calibrados, o peso da criança deverá ser realizado sem roupas/sem fralda e sempre com o responsável presente no momento da medida;

- Registrar prontuário e carteira de saúde;
- Verificar sinais vitais: temperatura e pressão arterial (conforme protocolo);
- Identificar condições sociais, familiares e ambientais e orientar higiene, formação de vínculos entre outros;

- Verificar se o desenvolvimento neuropsicomotor (conforme orientações de páginas 56 a 82 e anexo 29 deste protocolo) está adequado para a idade e orientar sobre estímulos necessários para o desenvolvimento adequado;

- Estímulo e orientação sobre o aleitamento materno;
- Perguntar e orientar sobre alimentação adequada à idade (conforme orientações de páginas 103 a 146 deste protocolo);

- Verificar vacinação na caderneta da saúde da criança e vacinar se atrasada.
- Reforçar orientações sobre saúde bucal;
- Orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária e observar sinais de violência (conforme orientações de páginas 165 a 168 deste protocolo);

- Agendar retorno (conforme risco) no prontuário, ficha controle e no cartão de agendamento da criança;

- Realizar busca ativa diariamente das crianças faltosas agendadas pelo Programa RN de Risco e das acompanhadas na unidade de saúde através de telefone, aerograma e visita domiciliar. Anotar sempre no prontuário as condutas;

- Manter atualizado no Sistema de Informação (SIS) o endereço e telefone para contato. Manter atualizado no SIS o grupo a qual a criança pertence (asma, suplementação alimentar e outros) – (Anexo1 Tabela de códigos SIS);

- Orientar sobre a próxima consulta;

- Encaminhar para vacina ou pós-consulta;
- Registrar atendimentos/procedimentos no SIS;
- Realizar a busca ativa das crianças com vacinação atrasada.

2.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Explicar para a mãe o funcionamento do PAC, a importância, os objetivos e esclarecer dúvidas, para fortalecer o vínculo da família com a UBS.

- Preencher todos os impressos do programa, inclusive os gráficos do prontuário e da caderneta de saúde da criança.

- Identificar condições sociais, familiares e ambientais.

- Incentivar aleitamento materno (prioridade) e orientar alimentação.

- Orientar a vacinação.

- Avaliar os sinais vitais se correspondem à situação clínica e à idade da criança. Não esquecer de verificar a Pressão Arterial pelo menos 2 vezes ao ano (iniciar aos 3 anos de idade e em crianças menores se doença associada). Avaliar dados antropométricos (peso, comprimento ou altura, perímetro cefálico – PC obrigatório até 2 anos) e preencher o gráfico.

- Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e orientar estimulação de acordo com a faixa etária.

- Avaliar e orientar sobre saúde bucal, auditiva e visual.

- Identificar fatores de risco relacionados à prevenção de acidentes e violência na infância.

- Verificar resultado do exame do pezinho, avaliação auditiva, teste do coraçãozinho e teste do reflexo vermelho, e dar os devidos encaminhamentos necessários;

- Atender conforme protocolos específicos da Vigilância em Saúde e fluxos municipais vigentes.

- Realizar discussão com a equipe sobre as crianças faltosas e apoio do conselho tutelar. **Falta sem justificativa** mais que 2 vezes consecutivas comunicar Conselho tutelar através de e-mail; avaliar cada caso criteriosamente e se necessário realizar esta comunicação na primeira falta. Quando criança assistida em conjunto com RN de Risco e/ou SAME fazer discussão em conjunto.

2.5 CONSULTA ODONTOLÓGICA

- 1ª avaliação no primeiro trimestre de vida (se houver possibilidade no último trimestre da gestação), preferencialmente atendimento em grupo.

- 2ª avaliação aos 6 meses de idade em grupo.

- Consultas serão agendadas conforme avaliação odontológica e classificação de risco determinadas pelo dentista.

- Identificar condições sociais, familiares e ambientais.

- Incentivar aleitamento materno (prioridade) e orientar alimentação.

- Orientar sobre hábitos deletérios (chupeta, dedo).

- Orientar sobre Traumatismos bucais (acidentes com comprometimento dos dentes, lábios e língua)

- Realizar a classificação de risco odontológico.

- Encaminhar quando houver necessidade de especialistas (guias de referências preenchidas corretamente).

- Preencher todos os impressos do programa.

- Explicar para a mãe o funcionamento do PAC, a importância dos cuidados de saúde bucal, esclarecer dúvidas, para fortalecer o vínculo da família com a UBS.

2.6 CONSULTA MÉDICA

- Realizar 1ª consulta, nos primeiros 7 dias de vida do RN e identificar risco para seguimento do cronograma, em caso de dúvida quanto ao risco entrar em contato com o **Programa RN de Risco** (32192228) e por e-mail (rnrisco@sorocaba.sp.gov.br)

- Explicar para a mãe o funcionamento do PAC, a importância, os objetivos e esclarecer dúvidas, para fortalecer o vínculo da família com a UBS.

- Preencher todos os impressos do programa, inclusive os gráficos do prontuário e da caderneta de saúde da criança.

- Identificar condições sociais, familiares e ambientais.

- Incentivar aleitamento materno (prioridade) e orientar alimentação.

- Orientar a vacinação.

- Avaliar os sinais vitais se corresponde à situação clínica e à idade da criança. Não esquecer de verificar a pressão arterial pelo menos 2 vezes ao ano (iniciar aos 3 anos de idade e em crianças menores se doença associada). Avaliar dados antropométricos (peso, comprimento ou altura, perímetro cefálico – PC obrigatório até 2 anos) e preencher o gráfico.

- Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e orientar estimulação de acordo com a faixa etária.

- Avaliar e orientar sobre saúde bucal, auditiva e visual.

- Identificar fatores de risco relacionados à prevenção de acidentes e violência na infância.

- É obrigatório a realização da classificação de risco e reavaliação em todas as consultas.

- Encaminhar quando houver necessidade de especialistas (guias de referências preenchidas corretamente).

- Verificar resultado do exame do pezinho, avaliação auditiva, teste do coraçãozinho, teste da linguinha, teste do reflexo vermelho e seguir o protocolo de reavaliação- Triagem Neonatal conforme o Protocolo Estadual de Prevenção de Cegueira Infantil.

- Atender conforme protocolos específicos de Vigilância em Saúde e fluxo municipal vigente

- Durante a primeira consulta do RN, o prontuário do pré-natal da mãe deverá ser consultado, conforme descrito na Circular DAB nº79 de 03 de novembro de 2010, para auxiliar no melhor seguimento da criança.

3. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

3.1 MÉDICO

- Consulta médica;
- Trabalhar em equipe;
- Promover e participar das avaliações periódicas e dos grupos educativos;
- Visita domiciliar com a equipe de enfermagem quando necessário;
- Preencher a Caderneta da Criança, com orientações em relação a interpretação e sua importância; verificar vacina e acompanhamento neuropsicomotor da criança além de preenchimento de gráfico.
- Discutir casos específicos, sempre que necessário, com a equipe.
- Incentivo ao Aleitamento Materno e ações de promoção à saúde;
- Realizar consultas médicas nas Unidades de Saúde e, quando necessário no domicílio;
- Emitir diagnósticos, prescrever tratamentos, realizar intervenções necessárias para assistência integral ao paciente;
- Aplicar seus conhecimentos utilizando recursos da medicina preventiva e terapêutica, e de urgência e emergência, para promover, proteger e recuperar a saúde dos clientes e da comunidade;
- Possuir conhecimento sobre normas, rotinas, objetivos e definições das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde;
- Ter conhecimento do fluxograma de pacientes atendidos que requeiram encaminhamentos e/ou utilização do serviço de ambulância para remoção;
- Desenvolver atividades de educação em saúde pública, junto com o paciente e a comunidade;
- Participar das ações de vigilância epidemiológica;

3.2 ENFERMEIROS (CONSULTA DE ENFERMAGEM)

- Orientar, capacitar e supervisionar as auxiliares e técnicos de enfermagem em suas atividades;

- Definir atribuições e delegar tarefas para a equipe de enfermagem;
- Promover a integração de equipe no desenvolvimento do programa;
- Promover visitas domiciliares às crianças de risco, quando necessário;
- Promover atividades educativas;
- Promover orientação e acompanhamento sobre aleitamento materno;

- Realizar o recebimento do e-mail do Programa RN de Risco sobre a 1ª consulta do recém-nascido, nos primeiros 7 dias de vida do RN, controlar em planilha, abrir prontuário no SIS, realizar o agendamento no sistema SIS e identificar o risco no SIS. Em caso de dúvida entrar em contato com o **Programa RN de Risco** (32192228) e por e-mail (rnrisco@sorocaba.sp.gov.br);

- Registrar o peso no gráfico de crescimento com orientações as mães como interpretá-lo e informar sobre a importância do mesmo;

- Executar ações de enfermagem bem como realizar consultas de enfermagem, conforme atribuição específica e cronograma estabelecido.

- Planejar, coordenar, organizar, supervisionar, controlar e executar serviços de enfermagem, empregando técnicas de rotina e/ou específicos, para possibilitar a promoção, proteção e a recuperação da saúde individual ou coletiva;

- Elaborar estudos, pesquisas e levantamentos que forneçam subsídios a definição de planos e políticas de revisão, implantação ou manutenção de procedimentos e programas relativos às atividades de sua área de atuação;

- Efetuar a organização e execução das atividades de enfermagem desenvolvidas nas unidades de atendimento;

- Avaliar sistematicamente os registros e anotações das atividades realizadas pela equipe de enfermagem;

- Executar treinamentos específicos do pessoal de enfermagem, rotinas e programas especiais;
- Desenvolver atividades de educação em saúde pública junto à comunidade e ao cliente; participar de ações de vigilância epidemiológica;
- Executar tarefas relativas à organização, controle e desenvolvimento administrativo, financeiro, de recursos humanos e materiais de sua área;

3.3 AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM

(ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM) COM SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO

- Avaliação das condições de saúde das crianças e seu estado de desenvolvimento e crescimento; educação em saúde e condutas preventivas.
- Solicitar e avaliar a Caderneta da Criança;
- Anotar informações pertinentes à prescrição de enfermagem;
- Indagar e anotar dados sobre alimentação, vacinação e hábitos de vida, conforme instrumento padronizado;
- Orientar as mães ou responsáveis pela criança sobre: higiene, alimentação, aleitamento materno, prevenção de acidentes, vacinas e outras doenças (agudas ou crônicas)
- Registrar intercorrências no gráfico de crescimento e encaminhar para o enfermeiro ou para o médico;
- Orientar sobre a próxima consulta;
- Encaminhar para vacina e/ou pós-consulta;
- Registrar atendimentos/procedimentos e atualizar classificação de risco no SIS;

- Realizar busca ativa das crianças faltosas (consulta, vacina e demais acompanhamentos).

- Executar sob delegação e supervisão direta, ações de enfermagem de nível médio técnico aplicando técnicas corretas orientadas pelo Enfermeiro, colaborar no desenvolvimento dos programas de atenção à saúde e desenvolver atividades de apoio administrativo, cabendo-lhe:

- Colaborar com o Enfermeiro no planejamento de ações dentro das diversas áreas de atenção em saúde, perfil epidemiológico e realidade local;

- Inteirar-se das políticas de saúde vigentes; analisar e propor melhorias contínuas para os processos de trabalho juntamente com os demais membros da equipe;

- Auxiliar o Enfermeiro na programação e controle sistemático na avaliação de resultados de programas e ações de saúde;

- Participar dos programas e das atividades de assistência integral a saúde individual e de grupos específicos particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

- Primar pelo desenvolvimento pessoal de competências técnicas, relacionais e comportamentais em benefício do usuário, família e coletividade;

- Participar das atividades de educação em saúde visando à promoção, prevenção e reabilitação dos pacientes, dos diversos âmbitos, colaborando no estabelecimento de parcerias com equipamentos da comunidade;

- Executar procedimentos de enfermagem prescritos pelo Enfermeiro visando atender as necessidades do ser humano em sua integralidade;

- Preparar e prestar Assistência ao cliente durante a realização de exames médicos especializados e em consultas de enfermagem nos programas de saúde;

Executar atividade de atendimento ao público e administrativas relacionadas à enfermagem, tais como, levantamento e controle de dados, registro, digitação, arquivos, preenchimento de impressos, prontuário e operação de sistemas;

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

4.1 ALTO RISCO

- Prematuros
- RN com baixo peso (PN < 2500g)
- Asfixia perinatal moderada no 5º minuto
- Muito baixo peso para idade e/ou muito baixa estatura para idade (Curva de crescimento OMS, 2006)
- Desmame precoce (primeiro trimestre de vida e reavaliar)
- Doenças crônicas (anemia, asma grave/moderada, doenças genéticas, malformações, cardiopatia, neuropatia)
- Infecção precoce (1º ano de vida)
- Nº de internações > ou = 3 no 1º ano de vida
- Infecções de repetição (principalmente broncopneumonia e Infecções do Trato Urinário)
- Vínculo mãe / filho inadequado
- Atraso de DNPM com lesão central
- Mãe usuária de drogas
- Mães soropositivas (HIV+).
- Mãe adolescente (reclassificar após avaliação)
- Perda de criança menor de 1 ano de idade na família (óbito de irmão)
- Renda per capita inferior a meio salário mínimo.
- Condições de moradia insalubres.
- Ausência materna (reclassificar após avaliação do cuidador)

- Teste do pezinho alterado

4.2 MÉDIO RISCO

- Baixo peso para idade e/ou baixa estatura para idade (Curva de crescimento OMS, 2006)
- Asma leve
- Chefe de família desempregado
- Outro filho com menos de 2 anos
- Morte de filho com menos de 5 anos
- Baixa escolaridade da mãe (reclassificar após avaliação)

4.3 BAIXO RISCO

Criança eutrófica que não apresente as situações apontadas acima.



5. CRONOGRAMA DE ATENDIMENTOS

5.1 ALTO RISCO

Idade	Profissional	
VD < 7 dias de vida (ESF)	Enfermeiro	
Até 7 dias de vida	Ped	
15 dias de vida	Ped	
30 dias de vida	Ped	
45 dias de vida	Ped	
60 dias de vida	Ped	Dentista (coletivo + aval. clínica)
75 dias de vida	Ped	
3º mês	Ped	
4º mês	Ped	
5º mês	Ped	
6º mês	Ped	Dentista (coletivo + aval. clín. + clas. de risco)
7º mês	Enfermeiro	
8º mês	Ped	
9º mês	Enfermeiro	
10º mês	Ped	
11º mês	Ped ou Gener	
12º mês	Ped	
13º mês	Enfermeiro	
14º mês	Ped ou Gener	
15º mês	Aux./Téc. Enf.	



16º mês	Ped	
17º mês	Enfermeiro	
18º mês	Ped ou Gener	
19º mês	Aux./Téc. Enf.	
20º mês	Ped	
21º mês	Enfermeiro	
22º mês	Ped ou Gener	
23º mês	Aux./Téc. Enf.	
24º mês	Ped	

- Visita domiciliar do Enfermeiro antes de 7 dias de vida do RN.
- 4 a 7 dias de vida consulta agendada pelo RN de Risco na Maternidade ou demanda espontânea vinda de outras Maternidades.
- Alto risco consulta quinzenal até o 3º mês ou semanal conforme solicitação médica.
- A partir do 3º mês mensal até o 6º ou a critério médico a manutenção quinzenal.
- No 7º, 9º,13º,17º,21º mês consulta de enfermeira.
- No 8º, 10º,11º,12º,14º,16º 18º,20º,22º,24º mês consulta médica.
- No 11º, 14º,18º,22º mês consulta médica com o generalista se ESF.
- De 24 meses a 5 anos - quadrimestral ou antes conforme critério médico consulta médica com pediatra.
- A partir de 5 anos – semestral.

5.2 MÉDIO RISCO

Idade	Profissional	
VD <7dias de vida (ESF)	Enfermeiro	
Até 7 dias de vida	Ped	
15 dias de vida	Ped	
30 dias de vida	Ped	
45 dias de vida	Ped	
60 dias de vida	Ped	Dentista (coletivo + aval. clínica)
75 dias de vida	Ped	
3º mês	Ped	
4º mês	Ped	
5º mês	Ped	
6º mês	Ped	Dentista (coletivo+aval. clín.+clas. de risco)
7º mês	Enfermeiro	
8º mês	Ped ou Gener	
9º mês	Enfermeiro	
10º mês	Ped ou Gener	
11º mês	Enfermeiro	
12º mês	Ped	
13º mês	Enfermeiro	
14º mês	Aux./Téc. Enf.	
15º mês	Ped ou Gener	



16º mês	Enfermeiro	
17º mês	Aux./Téc. Enf.	
18º mês	Ped	
19º mês	Enfermeiro	
20º mês	Aux./Téc. Enf.	
21º mês	Ped ou Gener	
22º mês	Enfermeiro	
23º mês	Aux./Téc. Enf.	
24º mês	Ped	

- Visita domiciliar do Enfermeiro antes de 7 dias de vida do RN.
- 4 a 7 dias de vida consulta agendada pelo RN de Risco na Maternidade ou demanda espontânea vinda de outras Maternidades.
- Médio risco consulta quinzenal até o 1º mês ou semanal conforme solicitação médica.
- Do 1º ao 6º mês consulta médica com pediatra.
- No 7º, 9º, 11º, 13º, 16º, 19º, 22º mês consulta com enfermeiro.
- No 8º, 10º, 15º, 21º mês consulta médica com o médico generalista se ESF.
- No 12º, 18º e 24º mês consulta médica com pediatra.
- No 14º, 17º, 20º e 23º atendimento de enfermagem individual.
- De 24 meses a 5 anos - semestral ou antes conforme critério médico consulta médica com pediatra.
- A partir de 5 anos – anual (próximo do aniversário).



5.3 BAIXO RISCO

Idade	Profissional	
VD <7dias de vida (ESF)	Enfermeiro	
Até 7 dias de vida	Ped	
15 dias de vida	Ped	
30 dias de vida	Ped	
60 dias de vida	Ped	Dentista (coletivo + aval. clínica)
3º mês	Ped ou Enfermeiro	
4º mês	Ped	
5º mês	Ped	
6º mês	Ped	Dentista (coletivo+aval. clín.+clas. de risco)
7º mês	Enfermeiro	
8º mês	Aux./Téc. Enf.	
9º mês	Ped ou Gener	
10º mês	Enfermeiro	
11º mês	Aux./Téc. Enf.	
12º mês	Ped ou Gener	
13º mês	Enfermeiro	
14º mês	Aux./Téc. Enf.	
15º mês	Ped ou Gener	
16º mês	Enfermeiro	
17º mês	Aux./Téc. Enf.	
18º mês	Enfermeiro	
19º mês	Enfermeiro	

20º mês	Ped ou Gener	
21º mês	Enfermeiro	
22º mês	Aux./Téc. Enf.	
23º mês	Enfermeiro	
24º mês	Ped	

- Visita domiciliar do Enfermeiro antes de 7 dias de vida do RN.
- 4 a 7 dias de vida consulta agendada pelo RN de Risco na Maternidade ou demanda espontânea vinda de outras Maternidades.
- Baixo risco consulta quinzenal até o 1º mês ou semanal conforme solicitação médica.
- Do 1º ao 6º mês consulta médica com pediatra.
- No 3ª, 7º, 10º, 13º, 16º, 18º, 19º, 21º e 23º mês consulta com enfermeiro.
- No 9º, 12º, 15º, 20º mês consulta médica com o médico generalista se ESF.
- No 8º, 11º, 14º, 17º e 22º atendimento de enfermagem individual.
- No 24º mês consulta médica com pediatra.
- De 24 meses a 5 anos - anual (próximo do aniversário) ou antes conforme critério médico consulta médica com pediatra.
- A partir de 5 anos – anual (próximo ao mês de aniversário).

5.4 OBSERVAÇÕES:

- O lactente com baixo ganho de peso ou sem ganho de peso deverá ser reavaliado no mínimo semanalmente ou a critério médico.
- Hipoglicemia no lactente deve-se reavaliar diariamente (e/ou a critério médico) e encaminhamento quando necessário.

- A reavaliação do risco deverá ser realizada em todas as consultas médicas.
- Sempre que necessário deverá ser feito o atendimento imediato com o médico ou dentista, independente do risco.
- Cabe ao médico avaliar quando a criança muda de risco, comunicar a enfermagem e assim, mudar o cronograma. Na consulta de enfermagem (CE) qualquer dúvida ou mudança nas condições da criança/família discutir com equipe médica a mudança de risco.
- Anotar todas as orientações feitas à família no prontuário e no receituário de maneira legível.
- Não esquecer que a receita deverá ser carbonada quando conter antibioticoterapia além do nome completo das crianças, nome das medicações de forma legível, carimbo com assinatura e data da consulta.
- Adolescentes deverão ter pelo menos 1 avaliação pediátrica/clínica anual.
- De 5 a 18 anos de idade, o cronograma deverá ser de acordo com a orientação do pediatra, sendo que todas as crianças e adolescentes deverão ter pelo menos uma avaliação pediátrica anual.
- Atendimento pediátrico exclusivo até 13 anos, 11 meses e 29 dias; fica a critério do pediatra e clínico (vinculo) manter o atendimento até 18 anos, 11 meses e 29 dias.
- Dar alta do PAC, nas seguintes situações: óbito e mudança de município (confirmado), no caso de mudança de endereço confirmado (dar alta da unidade se o responsável pela criança solicitar formalmente a mudança para outra Unidade).

6. CONSULTA ODONTOLÓGICA

Consultas poderão ser agendadas conforme avaliação odontológica e classificação de risco determinadas pelo dentista.

1ª consulta – 2 meses de idade (antes da erupção dos dentes) - Orientação em grupo;

2ª consulta – após a erupção do primeiro dente decíduo – Orientação em grupo + avaliação e classificação de risco.

Alto risco odonto - trimestral

Médio risco odonto - semestral

Baixo risco odonto - semestral

Classificação odonto	Alto Risco odonto	Médio Risco odonto	Baixo Risco odonto
A partir 12 meses	Retorno Trimestral	Retorno Semestral	Retorno Semestral

7. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

A antropometria não deve ser entendida como uma simples ação de pesar e medir, mas como uma atitude de vigilância; isso significa ter um olhar atento para o estado nutricional, permitindo uma ação precoce, quando constatada alguma alteração. Pois as medidas irão subsidiar ações voltadas para a promoção e assistência à saúde tanto individual quanto coletivamente.

7.1 ALTURA

7.1.1 Menores de 2 anos de idade – Antropometria horizontal

Essa medida exige frequentemente duas pessoas; a régua é provida de uma elevação fixa para a cabeça e uma elevação móvel para os pés; a criança é colocada em posição dorsal na maca, com a cabeça encostado na parte fixa da régua, o pescoço reto e o queixo afastado do peito, os ombros totalmente em contato com a superfície de elevação fixa da régua, os braços estendidos ao longo do corpo e as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a maca; a mãe segura a cabeça e o profissional segura os pés com as solas ficando perpendiculares ao plano da maca ambos exercem uma tração suave para assegurar a obtenção do comprimento máximo o comprimento é observado e registrado.

Ao nascimento a criança geralmente mede em torno de 50 centímetros; no primeiro semestre crescem em média 15 centímetros; no segundo semestre crescem 10 centímetros (no final do primeiro ano encontra-se com 75 centímetros).

Entre 1 e 3 anos de idade, crescem 10 centímetros por ano, na idade de 4 anos apresentam 1 metro de estatura.

Dos 3 aos 12 anos, geralmente crescem de 6 a 6,5 centímetros por ano.

Medindo crianças menores de 2 anos

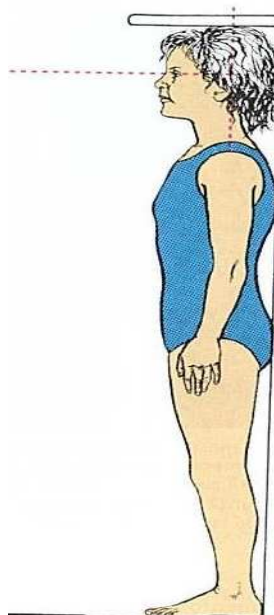
Antropômetro horizontal



7.1.2 Dois anos de idade – Antropometria vertical

Posicionar a criança descalça no centro do equipamento, com a cabeça livre de adereços e em pé ereto com os braços estendidos ao longo do corpo a cabeça erguida e olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro na parede.

Os pés unidos mostram um ângulo reto com as pernas, abaixar a parte móvel do equipamento, fixando contra a cabeça. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento e anotar o resultado no prontuário.



7.2 PESO

7.2.1 Balança pediátrica mecânica (Menores de 2 anos de idade ou até com 16 kg)

O peso é avaliado por uma balança de escala que deve ser calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

Colocar o papel lençol ou papel toalha sobre o prato da balança, deixar a criança sem fralda, colocá-la sentada ou deitada (conforme a idade) no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente; mover os cursores sobre a escala

numérica, primeiro o maior para os quilos depois o menor para os gramas até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

Realizar a leitura de frente para o equipamento, com os olhos no mesmo nível da escala, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.

Retirar a criança, retornar os cursores ao zero na escala numérica.

Fazer a anotação do peso no prontuário na Carteira de vacina da criança.

7.2.2 Balança pediátrica digital

A balança deve estar ligada antes de a criança ser colocada sobre a mesma; esperar que a balança chegue ao zero; a mãe deve retirar toda a roupa da criança, inclusive a fralda.

Colocar a criança no centro do prato da balança, sentada ou deitada de modo que o peso fique distribuído manter a criança parada (o máximo possível) nessa posição; orientar a mãe / responsável a manter se próximo sem tocar na criança e no equipamento, aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor, realizar a leitura e fazer a anotação no prontuário e na carteira da criança.

7.2.3 Balança plataforma mecânica (maiores de 2 anos de idade)

A balança deve estar apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme; afastada da parede e travada.

Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário calibrá-la, girando lentamente o calibrador até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

Mover os cursores sobre a escala numérica, primeiro o maior para os quilos depois o menor para os gramas até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

Retirar blusas deixar com menos roupa possível e descalço.

Realizar a leitura de frente para o equipamento a fim de visualizar melhor os valores apontados pelo cursor.

Retirar a criança retornar os cursores ao zero na escala numérica; anotar o peso no prontuário e no cartão da criança.



7.2.4 Balança plataforma eletrônica

A balança deve estar ligada antes da criança ou adolescente ser colocado sobre ela; esperar que a balança chegue ao zero. Colocar a criança ou adolescente no centro do equipamento com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto e com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo e mantê-lo parado nessa posição; realizar a leitura e anotar no prontuário e na Carteira da criança.



7.3 ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC):

Índice de Massa Corporal (IMC) - para-idade: expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura. É utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças e tem a vantagem de ser um índice que será utilizado em outras fases do curso da vida.

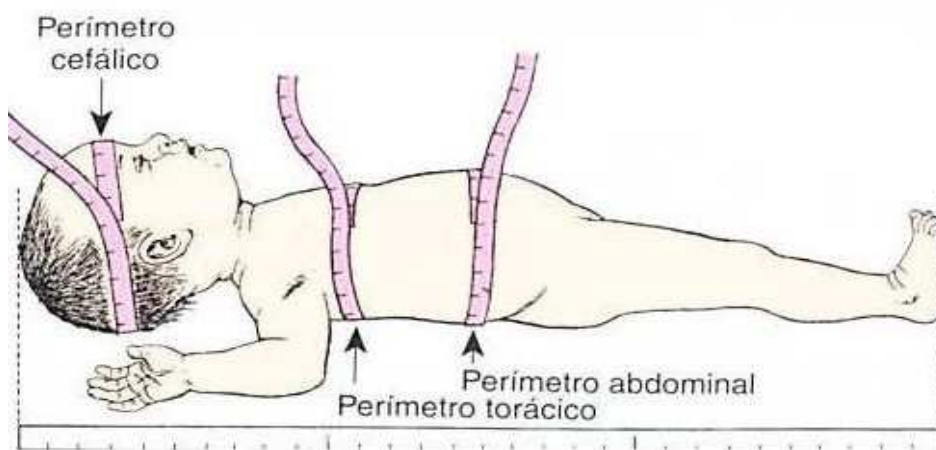
Para o cálculo do IMC, é utilizada a seguinte fórmula: **IMC= $\frac{\text{Peso medido (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$**

Relação entre o peso medido (em quilogramas) e a estatura (em metros) elevada ao quadrado.

É recomendado a classificação do Índice de Massa Corporal – IMC por idade proposta pela Organização Mundial da Saúde, tanto para menores de 5 anos (WHO, 2006), como para crianças a partir dos 5 anos (WHO, 2007). Esta classificação deve ser feita a partir das curvas de crescimento do IMC/idade para meninas ou para meninos de acordo com a faixa etária.

7.4 CIRCUNFERÊNCIA CEFÁLICA

É a medida da circunferência máxima da cabeça ao nível occipitofrontal; a fita métrica é colocada em volta da cabeça, passando sobre a parte mais elevada da proeminência frontal e na parte mais alta do occipital para oferecer a medida correta.



A circunferência torácica é igual à cefálica até os 6 meses de idade.

Perímetro cefálico em média 35 cm (meninos) e 34 cm (meninas) (Norma Informativa nº03/2016 AVS/AAS/SES/PMS)

Idealmente, o resultado da medição do perímetro cefálico de um recém-nascido para caracterização de um caso de microcefalia deveria ser comparado a um gráfico de perímetro cefálico de acordo com a idade gestacional e sexo do paciente. No entanto, optou-se por fixar um valor de referência operacional para recém-nascidos a termo, 32,0 cm de perímetro cefálico, cuja medida igual ou inferior a esse valor será considerada para notificação do caso como microcefalia.

É sabido, que esse valor representa percentil 2,6 para meninos e 5,6 para meninas, tanto no gráfico de PC adotado pela OMS quanto pelo CDC/EUA. Apesar da medida de referência para meninas ser um pouco mais baixo, 31,5 cm, foi mantido o valor de referência em 32,0 cm para ambos os sexos, exclusivamente para facilitar a operação nos serviços de saúde de modo mais simplificado possível. Além disso, as análises dos dados até então registrados, mostram que o total de notificações referentes a diferença de 0,5 cm para meninas (PC de 31,5 cm a 32,0 cm) não são significativas para impactar na capacidade de investigação. Estas orientações podem ser ajustadas futuramente.

8. SINAIS VITAIS

8.1 TEMPERATURA

Temperatura corporal é o equilíbrio entre a produção e a perda de calor do organismo, mediado pelo centro termo regulador.

- Hipotermia: temperatura abaixo do normal.
- Normotermia: temperatura corporal normal 36° a 37°
- Afebril: ausência de elevação da temperatura.
- Febrícula ou subfebril: 37,2° C a 37,8° C.
- Febre ou hipertermia: a partir de 37,8° C.
- Pirexia: 40 ° C
- Hiperpirexia: a partir de 41° C.

A temperatura do corpo é verificada através de um termômetro digital na região axilar; deve ser fazer assepsia do termômetro (algodão e álcool) e secar área axilar se sudorese e aguardar o tempo necessário.

8.2 PULSO

Em lactentes o pulso apical é mais confiável, ouvir com estetoscópio no ápice do coração, conte o pulso por 1 minuto, em funções de possíveis irregularidades de ritmo e de preferência quando criança estiver calma ou dormindo.

Frequência cardíaca média em lactentes

Idade	Frequência média
Nascimento	140
6 meses	130
6 a 12 meses	115
1 a 2 anos	110

8.3 PRESSÃO ARTERIAL

A pressão arterial pode ser aferida anualmente a partir de 3 anos de idade, se não tiver histórico familiar ou patologia associada, até a adolescência e em crianças com sintomas de hipertensão; o manguito deve ser de tamanho apropriado, o balão inflável que seja aproximadamente 40% da meia linha da circunferência do braço entre o olecrânio e o acrômio.

8.3.1 Como Aferir pressão Arterial

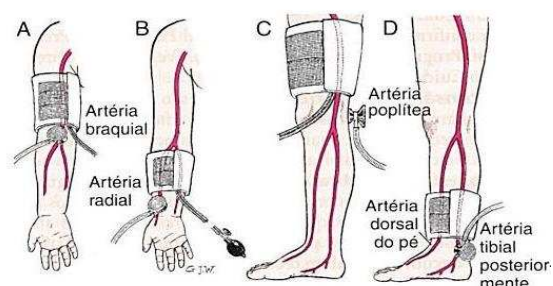
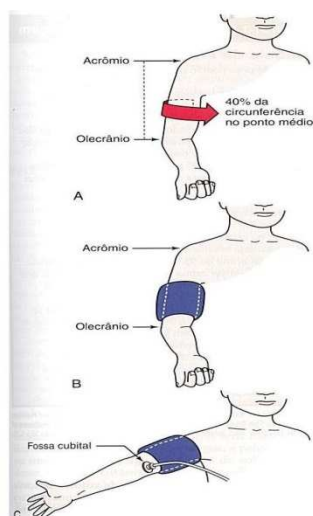


Figura (Wong Fundamentos de enfermagem Pediátrica)

Varição idade	Largura	Comprimento	Circunferência máxima braço
Rn	3cm	6cm	≤6cm
Criança	5cm	15cm	6 - 15cm
Infantil	8cm	21cm	16-21cm
Adulto pequeno	10cm	24cm	22-26cm

7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2016.



8.3.2 Valores de PA para MENINOS de acordo com idade e percentil de estatura

Idade (Ano)	PA Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
		+- Percentil de Altura -+													
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90

7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2016.



Idade (Anos)	PA	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
	Percentil	+- Percentil de Altura -+							+- Percentil de Altura -+						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
11	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2016.



8.3.3 Valores da PA para MENINAS de acordo com idade e percentil de estatura

Idade (Ano)	PA Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)								PA DIASTÓLICA (mmHg)					
		Percentil de Estatura ->													
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	96	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88

7ªDiretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2016.



Idade (Anos)	PA	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
	Percentil	+- Percentil de Altura							+- Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119-121		122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2016.

8.4 RESPIRAÇÃO

Conte e frequência respiratória em crianças da mesma maneira de pacientes adultos; em lactentes observe movimentos abdominais.

Idade	Frequência
Lactentes de 0 a 2 meses	30/60 minutos
Lactentes de 1 a 12 meses	30/50 minutos
Lactentes acima de 1 ano	40/minutos

9. HIGIENE GERAL E CUIDADOS

9.1 BANHO

- Deve ser realizado diariamente; além de garantir a higiene, conforto e tranquilidade à criança;
- Não há um horário padrão, o único cuidado é evitar as horas mais frias do dia;
- Deixar o ambiente sem corrente de ar;
- Separar o material necessário;
- Banheira plástica que será utilizada exclusivamente para o banho;
- Água morna;
- Sabonete neutro em barra ou líquido;
- Álcool a 70%;
- Hastes flexíveis com ponta de algodão ou gaze;
- Toalha macia;
- Fralda descartável;
- Roupas que serão colocadas no bebê após o banho;
- Lavar a banheira antes do banho com água e sabão;
- Colocar 1/3 de água na banheira;
- Água morna (temperatura ideal de 37 a 38 °C) Colocar primeiro a água fria e depois a morna, testando a temperatura com a região anterior do antebraço (parte interna do braço);
- Retirar a roupa do recém-nascido e enrolar na toalha;
- Iniciar o banho lavando a face e a cabeça; em seguida o corpo de preferência colocar na banheira enrolado com toalha molhando aos poucos e após realizar o banho no restante do corpo;
- Manter sempre a cabeça do bebê elevada para evitar afogamento;

- Lavar o coto umbilical normalmente, durante o banho com água e sabão;
- Após o banho enxugar o bebê delicadamente com uma toalha macia, iniciando pela cabeça e pela face e descendo pelo resto do corpo com cuidado especial nas dobras pescoço, axilas e virilha para evitar a dermatite de contato;
- Limpar o coto umbilical com álcool a 70%;
- Colocar a fralda e vestir o bebê com roupas confortáveis e adequadas à temperatura ambiente.

9.2 CUIDADOS COM COTO UMBILICAL

- Limpar ao redor do coto com cotonete embebido em álcool 70%, com movimentos circulares até retirar toda a sujidade;
- Proceder à limpeza do coto com cotonete e álcool á 70%;
- Secar toda área com cotonete;
- Dobrar a fralda expondo o coto umbilical para evitar a proliferação de microorganismos;
- Realizar a limpeza do coto umbilical 3x ao dia.



9.2.1 Dicas

- Pequenos sangramentos são normais.
- Com o passar dos dias, o coto vai ficando escuro e vai cair; normalmente entre 5-10 dias. Não se preocupe se isso não acontecer dentro do previsto, pois há casos em que demora alguns dias há mais; desde que o coto esteja seco e sem odor.
- Não utilize faixas, curativos oclusivos nem nenhum outro tipo de produto para cobrir o coto.

9.2.2 Sinais de alerta

Presença de secreção com odor e hiperemia ao redor do coto umbilical procurar o pediatra imediatamente.

9.3 TROCA DE FRALDAS

- Lavar as mãos antes e depois de limpar e trocar a criança;
- Retirar parcialmente fralda;
- Limpar a região dos genitais com algodão embebido em água morna ou lavar com água morna e sabonete;
- Se houver fezes, retirar o excesso e proceder à limpeza habitual; no menino cuidado para não levar fezes ao pênis e na menina sempre limpar de frente para trás para evitar a contaminação da uretra e da vagina, posicionar a nova fralda e aplicar pomada neste momento se houver necessidade.

9.4 CUIDADOS COM AS UNHAS

- Cortar as unhas sempre que necessárias, inclusive após nascimento;
- Segurar firmemente mão da criança;

- Usar tesoura ponta romba.

9.5 PREVENÇÃO DE ASSADURAS

- Lavar as mãos antes e após trocar a criança;
- Realizar higiene com água morna e sabão na região perianal, não esfregar a pele do bebê e utilizar sabão neutro secar bem para evitar a umidade;
- Troque as fraldas com frequência;
- As fraldas descartáveis devem se moldar perfeitamente na cintura e nas pernas, devendo se adaptar ao formato das coxas para não vazarem;
- Para recém-nascidos, deve limpar apenas com algodão e água morna devido sensibilidade cutânea;
- Banho de sol de manhã é importante para fortalecimento da pele;
- Aplique suavemente uma fina camada de creme protetor apropriado após cada troca de fralda, em particular depois do banho e à noite e em especial nas dobras; essa fina camada servirá de proteção para evitar o contato direto da pele com a urina e as fezes.

9.6 MONILÍASE ORAL

São placas esbranquiçadas aderidas à língua, palato e mucosa oral; muitas vezes é difícil de diferenciar do leite aderido à mucosa; o recém-nascido pode recusar a mamar por sentir dor.

- Realizar limpeza com água filtrada e gaze e deve ser tratado com medicamentos antifúngicos.

9.7 CÓLICAS

A cólica é atribuída à imaturidade do sistema gastrointestinal da criança, a ingestão de ar provoca a distensão e dores abdominais, por isso um choro iniciado por qualquer motivo pode contribuir para a formação de gases que desencadeia a cólicas ou dificuldades de amamentação pega incorreta.

- Realizar massagens pode aliviar o desconforto do bebê; realizar canguru aquece e massageia naturalmente a barriga; massagem no abdome, fazendo movimentos leves e circulares; cruzar as pernas do bebê levá-las até a região abdominal, pressionando bem de leve e trazendo-as de volta suavemente estes movimentos repetidos durante algum tempo, descontraí o abdome e facilita a eliminação dos gases e das fezes; mude a posição do lactente com frequência; carregue-o com a mão sob o abdome e aplique uma pressão suave.

9.8 ERITEMA TÓXICO

São lesões sólidas com tamanho de 1 a 3 mm, consistindo em pápulas e pústulas. O rash localiza na face, tronco e nádegas, o quadro é facilmente notado nos períodos de choro. Não há manifestações sistêmicas e os grupos de lesões apresentam cura sem alterar a pigmentação local; tem duração de 5 a 7 dias à etiologia é desconhecida.

- O tratamento é aliviar o desconforto gerado, especialmente ao refrescar e secar a área afetada a principal recomendação é evitar o uso de roupa de lã; deve realizar banho com sabão glicerinado.

- Banho de sol ira ajudar.

*Em casos de pústulas deverá ser avaliado pelo Pediatra.

10. FUNDAMENTOS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um processo dinâmico que abrange diversas dimensões interrelacionadas: crescimento; desenvolvimento; amadurecimento; diferenciação e maturação dependem de uma sequência de influências endócrinas, genéticas, constitucionais, ambientais e nutricionais.

Desenvolvimento é a capacidade do corpo de adquirir funções, ou seja, é a capacidade que a criança apresenta em realizar tarefas.

Desenvolvimento e crescimento são processos integrados e devem ser avaliados em todas as consultas.

O desenvolvimento se faz no sentido céfalo-caudal (da cabeça para os membros inferiores, isto é, de cima para baixo) e próximo-distal (da parte central do corpo para as extremidades, portanto, de dentro para fora).

Levando-se em consideração alguns marcos de maturidade neurológica e marcos do desenvolvimento, podemos ter no 1ºano de vida 4 períodos importantes:

- a) Fase cervical – 0 a 3 meses;
- b) Fase troncular – 4 a 6 meses;
- c) Fase de Reptação (rastejamento) – 7 a 9 meses;
- d) Fase de deambulação – 10 a 12 meses;

Idades:

➤ **Primeira infância:** 0 a 2 anos

Recém-nascido: 0 a 28 dias

Lactente: 29 dias a 2 anos

➤ **Segunda infância:** 2 a 10 anos

Pré - escolar: 2 a 5 (7) anos

Escolar: 5 (7) a 10 anos

- **Terceira infância:** 10 aos 20 anos incompletos (19 anos 11 meses e 29 dias)

- **Pré-puberdade:** ausência de sinais puberdade (Tanner 1)

- **Puberdade:** Tanner 2 em diante (Tanner 2 a 5)

- **Adolescência tardia:** 16 a 20 anos

11. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR (DNPM) DE 0 A 24 MESES

0 a 28 dias

Nascimento

Pré-termo < 37 semanas

Termo 37 a 41 semanas

Pós-termo após 42 semanas

Peso em geral de 2500g a 3.500g RN a termo

Altura meninos em média 50 cm

Meninas em média 47 a 49 cm

Perímetro cefálico em média 35 cm (meninos) e 34 cm (meninas)

A Secretaria da Saúde Municipal, por meio da Área de Vigilância em Saúde (AVS) e da Área de Assistência a Saúde (AAS), elaborou a Nota Informativa nº 03/2016 que estabelece o Fluxo de notificação e coleta de exames de gestantes com exantema e casos com microcefalia e/ou alterações do SNC em fetos e recém-nascidos.

Devido as várias lacunas ainda existentes no conhecimento sobre a infecção pelo vírus Zika e a Síndrome Congênita do Zika, deve ser ressaltado que as informações e recomendações, divulgadas na referida Nota Informativa municipal, são passíveis de revisão e serão divulgadas oportunamente.

Suspeito de Síndrome Congênita do Zika	
Idade	Conduta
Até o 7º dia de vida	<p>1) Suspeitar e notificar a vigilância epidemiológica se alteração em perímetro cefálico (PC), conforme:</p> <p>a) RN com 37semanas ou mais: PC menor de 31,9 CM(meninos) e menor de 31,5 (meninas)</p> <p>b) RN pré-termo: PC menor que -2 desvios padrão</p> <p>2) Solicitar: Ultrassonografia transfontanela e/ ou tomografia (se não foi solicitado pelo hospital ao nascimento) de crânio sem contraste no caso de persistência de dúvida diagnóstica, encaminhamento para a atenção especializada, se alterações.</p>
0 até 3 anos de vida	<p>1) Iniciar estimulação precoce (auditiva, visual, motora, habilidades sociais e cognitivas, linguagem, motricidade e orofacial), tão logo a criança esteja clinicamente estável, sem necessariamente ter o diagnóstico de Zika vírus confirmado.</p> <p>2) Usar o brincar na estimulação precoce, conforme manual: Diretrizes de estimulação de Crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de Microcefalia.</p> <p>3) Manter segmento na atenção especializada em conjunto com a equipe da atenção básica(mediante a classificação de risco biopsicossocial).</p>

Orientações gerais:

- Amamentação;
- Cuidado com as mamas é de extrema importância, nesta fase é comum fissura e algia, devido às dificuldades de amamentação. Orientar a higiene da aréola com o próprio leite materno, banho de sol (5-10 min) no período da manhã ou no final da tarde, manter mamilos secos e arejados (sutiã de algodão).
- Observar se a pega está correta e posição confortável para binômio, esvaziar as mamas se necessário (massagem + ordenha);

- Cuidados com o coto umbilical e higienização correta;
- Banho, higiene no couro cabeludo (dermatite seborreica);
- Higiene oral com gaze e água filtrada;
- Higiene nas genitais com algodão e água morna devido à sensibilidade cutânea do RN;
- Colocar no banho de sol 15 minutos antes das 10 horas da manhã e no final da tarde de preferência RN somente de fralda local onde não haja corrente de ar;
- Usar sabonete líquido glicerinado para o banho;
- É comum nesta fase hiperemia no glúteo, higienizar bem com algodão e água expor ao sol fortalece a pele e usar pomadas preventivas (evitar uso de lenços umedecidos e talcos);
- O RN está em período de adaptação a obstrução nasal é frequente (lavagem com solução salina 6 gotas em cada narina);
- Horários e períodos de amamentação não definidos (livre demanda);
- Perda de peso até 10% na primeira semana de vida, com ganho após de 20 a 25 gramas por dia;
- Dorme em média 20 horas por dia.

Deve passar em consulta médica com pediatra no máximo até 7 dias de vida, o prontuário materno do Pré-natal deverá ser encaminhado ao consultório do pediatra na primeira consulta.



11.1 ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS RECOMENDADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

FAIXA ETÁRIA	Crianças de 0 a 5 anos incompletos	Crianças de 5 a 10 anos incompletos	Adolescentes de 10 a 19 anos
Índices Antropométricos	Peso para idade	Peso para idade	-
	Peso para estatura	-	-
	IMC para idade	IMC para idade	IMC para idade
	Estatura para idade	Estatura para idade	Estatura para idade

Avaliação de Peso, Estatura, Perímetro Cefálico e Índice de Massa Corpórea

Primeiro Ano de Vida

Idade	Peso	Estatura	P. Cefálico
1º trimestre	700g/mês	15 cm no semestre	2 cm/mês
2º trimestre	600g/mês		1 cm/mês
3º trimestre	500g/mês	10 cm no semestre	0,5 cm/mês no semestre
4º trimestre	400g/mês		

Segundo Ano de Vida

Idade	Peso	Estatura	P. cefálico
1º semestre	200g/mês	10cm no ano	-----
2º semestre	180g/mês		-----

Após podemos utilizar a fórmula:

PESO: $2n + 9$

Terceiro Ano de Vida

Idade	Peso	Estatura	P. cefálico
1º semestre	Cálculo $2n+9$	10cm no ano	-----
2º semestre			-----

Após o 3º ano podemos usar a fórmula:

PESO: $2n + 9$

ESTATURA = $(n-3) \times 6 + 95$



ESTATURA ALVO:

Meninos: altura do pai + (altura da mãe + 13) = resultado (+/- 10)

2

Meninas: (altura do pai – 13) + altura da mãe = resultado (+/- 10)

2

11.1.1 Perímetro cefálico

Sabe se que o crescimento da caixa craniana = volume cerebral

Perímetro cefálico em média 35 cm (meninos) e 34 cm (meninas) (Norma Informativa nº03/2016 AVS/AAS/SES/PMS)

No 1º ano de vida ele deverá aumentar cerca de 12 cm.

Este aumento não é constante; geralmente cresce: 2 cm/mês no:

- 1º trimestre (totalizando 6 cm)
- 1 cm /mês no 2º trimestre (totalizando mais 3 cm)
- 0,5 cm /mês no 2º semestre (totalizando mais 3 cm)
- No total o PC irá crescer cerca de 20 cm do nascimento até idade adulta

11.1.2 Suspeita de Microcefalia

- RN com menos de 37 semanas de idade gestacional, apresentando perímetro cefálico menor que -2desvios-padrão, segundo a tabela do Intergrowth, para a idade gestacional e sexo.
- RN com 37 semanas ou mais de idade gestacional, apresentando perímetro cefálico menor ou igual a 31,5 cm para meninas e 31,9 cm para meninos, equivalente a menor que -2desvios-padrão para a idade e sexo, segundo a tabela da OMS.

11.1.3 Índice de massa corpórea (IMC)

Índice de Massa Corporal (IMC) - para-idade: expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura. É utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças e tem a vantagem de ser um índice que será utilizado em outras fases do curso da vida.

Para o cálculo do IMC, é utilizada a seguinte fórmula: **IMC= $\frac{\text{Peso medido (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$**

Relação entre o peso medido (em quilogramas) e a estatura (em metros) elevada ao quadrado.

É recomendado a classificação do Índice de Massa Corporal – IMC por idade proposta pela Organização Mundial da Saúde, tanto para menores de 5 anos (WHO, 2006), como para crianças a partir dos 5 anos (WHO, 2007).

Esta classificação deve ser feita a partir das curvas de crescimento do IMC/idade para meninas ou para meninos de acordo com a faixa etária.

11.2 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 01 MÊS DE IDADE

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	2500g a 3.500g RN a termo	
ESTATURA	Em média 50 cm	47 49 cm

Desenvolvimento físico

Ganho de peso de 150 a 210 g por semana, perímetro cefálico aumenta de 1,5cm por mês, reflexos primitivos e acentuados presentes.

Neuropsicomotor

A respiração é mais regular, engole com mais segurança, reage positivamente ao conforto e negativamente ao desconforto, sono médio de 20/24hs com despertar bem definido e o comando ocular já permite fixação em estímulos luminosos e interesse ao rosto humano em campo limitado de visão, mostrando nesta situação uma redução da atividade física.

Respostas menos evidentes quando com estômago cheio (o que absorve sua atenção).

Postura é assimétrica, com tendência para manter a cabeça em rotação para um dos lados (Reflexo Tônico cervical espontâneo completo, fragmentado ou esboçado).

Assume postura fletida; mãos predominantemente fechadas o reflexo de preensão é forte.

Chora para demonstrar desprazer, emite pequenos sons e sons confortáveis durante a amamentação.

Olha para a pessoa e observa.

Alimentação

Aleitamento Materno Exclusivo – incentivar e orientar cuidados com as mamas a puérpera (pega correta, banho de sol, uso de protetores de mama não aderentes, higienização com água e o próprio leite).

Imunização

Orientações gerais:

- Higiene do bebê (banho, unhas e cabelos);
- Mudança de posição para maior conforto durante o sono;
- Cuidados com asfixia; (posicionamento durante sono, observação de refluxo, eructação após mamadas, cuidado redobrado quando uso de mamadeiras, evitar uso de protetor de berço e outros objetos/brinquedos no berço);
- Cuidados após amamentação (regurgitação);

- Banho de sol;
- Eventos adversos pós-vacinação;

11.3 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 02 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	5.000g	4.700g
ESTATURA	57 cm	56 cm

Desenvolvimento físico

Fontanela posterior (lambdoide) fechada e o reflexo de rastejar desaparecem.

Neuropsicomotor

Assume posição menos fletida em decúbito ventral, menos queda de cabeça, o reflexo tônico cervical assimétrico é intermitente.

Pode já ser capaz de convergência ocular sobre objeto próximo. Acompanha brinquedos pendurados de um lado para o outro e procura sons visualmente.

Emite vocalizações distintas do choro, emite vocalizações ao ouvir vozes dos familiares, demonstra um sorriso social em resposta a diversos estímulos.

Alimentação

Aleitamento Materno Exclusivo

Imunização

Orientações gerais:

- Eventos adversos pós-vacinação;
- Higiene do bebê (banho, unhas e cabelos);
- Mudança de posição várias vezes ao dia;
- Cuidados com asfixia;

- Cuidados após amamentação (regurgitação).

11.4 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 3 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura.

Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	5.700g	5.500g
ESTATURA	64 cm	57 cm

Desenvolvimento físico

Diminuição dos reflexos primitivos.

Neuropsicomotor

Desaparecimento do Reflexo tônico cervical. É capaz de sustentar a cabeça mais ereta quando sentado, mas ainda se inclina para frente, suporta o peso nos antebraços, quando segurado em posição ereta, consegue suportar parte do peso nas pernas, observa as próprias mãos, desaparecimento do reflexo de preensão.

Localiza sons girando a cabeça para o lado, começa a ter habilidade para coordenar os estímulos de vários órgãos sensitivos. Aparecimento do reflexo de piscamento.

Grita alto para manifestar prazer quando conversam com ele, chora menos quando desperto e reconhece faces.

Alimentação

Aleitamento Materno Exclusivo

Imunização

Orientações gerais:

- Higiene geral;
- Cuidados com objetos pequenos;

- Cuidado com quedas da cama e berço com grades largas prende braços ou pernas;
- Banho de sol;
- Estimular desenvolvimento visual com mobiles e chocalhos.

11.5 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 04 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	6.300g	6.100g
ESTATURA	62 cm	61 cm

Desenvolvimento Físico

Começa a salivação excessiva desaparecem os reflexos de moro tônico cervical assimétrico e de rotação.

Neuropsicomotor

Rola a cabeça para os lados com frequência na posição deitada. Gosta da posição sentada, sustentando perfeitamente a cabeça. O tronco ainda é oscilante.

Inspecciona e brinca com as mãos, puxa lençóis e cobertores. Olha para própria mão, consegue ainda dirigir o olhar para um segundo foco e retornar. Agarra objetos com as duas mãos é capaz de levar objetos na boca.

Ri alto, a vocalização varia de acordo com o humor.

Gosta da interação social com as pessoas. Mostra interesse por estímulos estranhos. Revela expectativas em atitudes e posturas.

Move os olhos em inspeção ativa.

Reconhece a voz da mãe.

Aumento da vigília diurna e do sono noturno, média de 12 horas, com despertar por necessidade (alimentação) ou por gosto (para estar desperto e ativo).

Alimentação

Aleitamento Materno Exclusivo.

Imunização

Orientações gerais:

- Higiene geral;
- Cuidados com objetos pequenos, cortantes ou pontiagudos;
- Cuidado com quedas da cama;
- Banho de sol;
- Estimular desenvolvimento visual.

11.6 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 05 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	6.900g	6.700g
ESTATURA	63 cm	62 cm

Desenvolvimento Físico

Começam os sinais de erupção dos dentes, o lactente dobrou o peso de nascimento.

Neuropsicomotor

Sustenta a cabeça e permanece sentada por longos períodos com apoio; pode rolar do decúbito ventral para o dorsal, leva os pés à boca em decúbito dorsal; brinca com o pé a visão acompanha os objetos que deixa cair.

Sorri para imagem no espelho, segura o seio materno com as duas mãos, descobre as partes do corpo.

Alimentação

Aleitamento Materno Exclusivo.

Imunização

Orientações gerais:

- Higiene geral;
- Cuidados com objetos pequenos, cortantes ou pontiagudos;
- Cuidado com quedas da cama;
- Estimular desenvolvimento visual, auditivo e motor;
- Pode começar a nascer dentinhos (erupção dentária).

11.7 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 06 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	7.500g	7.300g
ESTATURA	64 cm	63 cm

Desenvolvimento Físico

O crescimento começa a desacelerar. Ganho de peso de 90 – 150g por semana e 1,25 cm de altura nos próximos 6 meses.

Dentição começa com erupção de dois incisivos centrais inferiores ocorre mastigação e mordidas.

Neuropsicomotor

Senta em cadeiras altas, com as costas retas, quando segurada em pé suporta quase todo seu peso; apanha objetos caídos, deixa cair um bloco quando pega

outro, agarra e manipula pequenos objetos, segura mamadeira e agarra os pés e coloca na boca.

Começa a imitar sons e balbucia sons monossílabos.

Costuma articular m-m-m durante o choro (primeira modificação da passagem de ar pelos lábios).

Tem satisfação de ouvir os sons produzidos por si mesmo (auto reforço).

Reconhece familiar, começa a ter medo de estranhos e ergue os braços para ir ao colo.

Alimentação

Aleitamento Materno livre demanda – Introduzir suco ou papa de frutas conforme orientação médica – 10 passos para alimentação.

Imunização

Orientações gerais:

- Cuidado com quedas;
- Evitar brinquedos que desmontam e objetos pequenos estimular movimentos;
- Estimular desenvolvimento visual, auditivo e motor;
- Evento adverso pós-vacinação;
- Reforçar cuidados de higiene bucal.

11.8 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 07 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	8.000g	7.750g
ESTATURA	66 cm	65 cm

Desenvolvimento Físico

Erupção dos incisivos centrais superiores

Neuropsicomotor

Em decúbito dorsal, levanta a cabeça da superfície espontaneamente, sentada inclina-se para frente com ambas as mãos, senta ereto momentaneamente, quando segurado em posição de pé saltita ativamente.

Inicia movimentos de oposição do polegar para pegar (pinça em tesoura).

Transfere objetos de uma mão para a outra, bate bloco contra a mesa, junta pequenos objetos e responde ao próprio nome.

Produz sons de vogal e sequência de sílabas, “fala” ao mesmo tempo em que os outros.

Aumenta o medo de estranhos, demonstra sinais de mau humor na ausência dos pais, imita pequenos sons e ações, tenta chamar atenção com balbucias e gritos, exibe agressividade oral através de mordidas.

Demonstra expectativa em resposta a estímulos repetitivos.

Alimentação

Aleitamento Materno e 10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

Orientações gerais:

- Cuidado com banho;
- Evitar afogamento.

11.9 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 08 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura.

Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	8.450g	8.220g
ESTATURA	68 cm	67 cm

Desenvolvimento Físico

Começa a apresentar padrões regulares de eliminação vesical e intestinal.

Fontanela bregmática esta em processo para fechar vai até 18 meses.

Neuropsicomotor

Permanece estável ao sentar sem apoio, talvez já fique de pé segurando na mobília. Começa movimento de pinça, usando o indicador, procura insistentemente por objetos fora do alcance.

Faz sons de consoantes, identifica palavras familiares.

Aumenta a ansiedade na ausência dos pais, principalmente a mãe, não gosta de se vestir e trocar fraldas.

Alimentação

Aleitamento Materno e 10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

Orientações gerais:

- Cuidado com quedas;
- Evitar brinquedos que desmontam e objetos pequenos estimular movimentos;
- Estimular desenvolvimento visual, auditivo e motor.

11.10 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 09 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade. E solicitar exames de rotina: hemograma, ferritina, PPF (3 amostras em dias alternados) e urina I.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	8.900g	8.650g
ESTATURA	69 cm	68 cm

Desenvolvimento Físico

Aparece o reflexo de para quedas, inicia fechamento fontanela bregmática, sempre avaliar tensão e abaulamento.

Neuropsicomotor

Arrasta-se apoiado nas mãos e nos joelhos, engatinha, permanece sentado sem apoio com bom controle postural por longos períodos de tempo (10 minutos), coloca-se de pé e permanece segurando na mobília, a preferência pelo uso de uma mão dominante começa a se tornar evidente.

Indicador assume o 1º plano (indica que as extremidades distais do sistema neuromotor estão atingindo sua maturação) acompanha interesse intensificado por objetos pequenos.

A percepção de profundidade aumenta.

Responde a comando verbais simples, compreende “não-não”.

Começa a ter medo de ir para a cama ou ser deixado sozinho.

Alimentação

10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

11.11 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 10 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	9.350g	9.100g
ESTATURA	71 cm	70 cm

Desenvolvimento Físico

Reflexo do labirinto mais forte quando colocado em decúbito dorsal ou ventral.

Neuropsicomotor

Ao cair senta-se, recupera o equilíbrio facilmente quando sentado, quando de pé levanta um dos pés para dar um passo.

Pode dizer algumas palavras, entende tchau.

Inibe seu comportamento ao ouvir comandos como “não-não”, demonstra independência para se vestir, comer locomover e testa os pais.

Alimentação

10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

11.12 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 11 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	9.650g	9.400g
ESTATURA	73 cm	72 cm

Desenvolvimento Físico

Reflexo do labirinto mais forte quando colocado em decúbito dorsal ou ventral.

Neuropsicomotor

Anda segurando na mobília ou com as duas mãos seguras, tem claro movimento de pinça.

Imita sons definidos de fala.

Experimenta alegria e satisfação quando uma tarefa é dominada, balança a cabeça para dizer não.

Alimentação

10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

11.13 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 12 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	9.800 g – 10.300g	9.600 g – 10.110g
ESTATURA	75 cm	72 cm

Desenvolvimento Físico

Triplicou o peso de nascimento, mede 50% mais que no nascimento, fontanela anterior quase fechada.

Neuropsicomotor

Caminha bem com umas das mãos segura, fica em de pé sozinho momentaneamente.

Distingue formas geométricas simples.

Apanha pequenos objetos com destreza, porém ainda não desenvolveu inibição voluntária (tem dificuldade para soltá-los).

Compreende o significado de algumas palavras, reconhece objetos pelo nome.

Demonstra emoções como ciúmes, afeição, raiva e medo.

Alimentação

10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

11.14 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 13 A 15 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	10.600g	10.400g
ESTATURA	77 cm	76 cm

Desenvolvimento Físico

Crescimento estável em estatura e peso.

Neuropsicomotor

Postura bípede estabelecida e costuma abandonar a locomoção quadrupédica. Anda sem auxílio, sobe escadas, ajoelha sem apoio, corre de maneira desajeitada e cai com frequência.

Rabisca espontaneamente, consegue identificar formas geométricas, põe objetos redondos no buraco correto, visão binocular bem desenvolvida, manifesta

interesse intenso por figuras, utiliza linguagem expressiva fala de quatro a seis palavras.

Socialização menos tendência a temer estranhos, começa a imitar os pais como na limpeza e beija figuras de livro.

Descobre a habilidade para soltar objetos e exercita lançando-os incansavelmente.

Alimentação

10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

11.15 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 18 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	10.800g a 11.000g	10.600g a 10.800g
ESTATURA	80 cm	79 cm
PERÍMETRO CEFÁLICO	48.5 cm	47.5 cm

Desenvolvimento Físico

Come menos em consequência de menos necessidades para o crescimento e mais necessidades de dependência.

Fisiologicamente capaz de controlar os esfíncteres.

Neuropsicomotor

Período de complexas relações entre as áreas autônoma, sensitivo-motora e inibitória do SNC: laringe, pernas, mãos e esfíncteres estão ficando simultaneamente

sob controle cortical, estando a criança ocupada com extraordinária diversidade de padrões comportamentais por coordenar e consolidar.

Anda sozinha e raramente cai. Assume posição ereta, sobe escada segurando com uma mão só puxa e empurra brinquedo, senta sozinha na cadeira.

Fala 10 ou mais palavras, forma combinações de palavras e gestos expressa emoções tem ataque de raiva.

Tira luvas, meias e sapatos; começa o conceito de propriedade meu brinquedo, pode desenvolver dependência de objetos transicionais como um cobertor preferido.

Alimentação

10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

11.16 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 24 MESES

Verificar peso, estatura, circunferência cefálica e temperatura. Observando sempre se está dentro da faixa da normalidade.

	Masculino	Feminino
PESO MÉDIO	12.00 a 12.200	11.800 a 12.000
ESTATURA	85 cm	84 cm

Desenvolvimento Físico

Perímetro cefálico 49 a 50 cm.

Perímetro torácico maior que perímetro cefálico.

Neuropsicomotor

Sobe e desce escadas com dois pés em cada degrau, pega objeto sem deixar cair, gira maçanetes e desenrosca tampa, acomodação bem desenvolvida.

Tem um vocabulário de aproximadamente 30 palavras refere a si mesmo pelo nome.

Verbaliza necessidades esfincterianas, comer ou beber, fala sem parar, consegue lembrar e imitar sequencia, estágio de brincadeira paralela. Brinca imitando atividades cotidianas ainda sem cooperação social.

Linguagem passa a assumir papel fundamental para progressos subsequentes.

Maior capacidade de atenção, puxa as pessoas para mostrar o que quer, veste roupas simples, desenvolve a percepção de que os sentimentos e desejos dos outros podem ser diferentes e começa a explorar implicações e consequências.

Interessa-se por álbum de figuras, vira as folhas uma a uma e nomeia algumas figuras.

Manuseia lápis, reproduz traço reto e circular diferenciando-os.

Alimentação

10 Passos da Alimentação Saudável.

Imunização

12. PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA

12.1 PUBERDADE - CARACTERÍSTICAS:

- Estirão ou aceleração da velocidade de crescimento e maturação óssea:

Crescimento Pubertário Médio Total: Meninas: 23 a 28 cm.

Meninos: 26 a 28 cm.

- Desenvolvimento de caracteres sexuais secundários: estágios descritos por Tanner

Estágios de desenvolvimento da genitália



Estágio 1
Genitália pré-puberal ou infantil,



Estágio 2
Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (G2)



Estágio 3
Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G3)



Estágio 4
Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glândula. (G4)



Estágio 5
Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1
Pelugem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)



Estágio 2
Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)



Estágio 3
Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



Estágio 4
Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)



Estágio 5
Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)



ESTÁGIO MATURACIONAL	MEDIANA IDADE (ANOS)
MENINOS	
GENITÁLIA – G3	12,4
PICO DE VELOCIDADE ESTATURAL	13,5
VOZ ADULTA	14,5

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



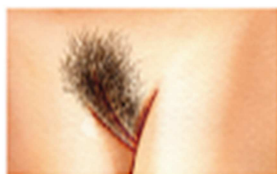
Estágio 1
Ausência de pelos, ou
pelagem natural. (P1)



Estágio 2
Pelos iniciam-se com
uma pelagem fina,
longa, um pouco mais
escura, na linha central
da região pubiana.
(P2)



Estágio 3
Pelos em maior quantidade,
mais escuros e mais espessos, e
discretamente encaracolados,
com distribuição em toda a
região pubiana. (P3)



Estágio 4
Pelos do tipo adulto,
encaracolados, mais
distribuídos, e ainda em
pouca quantidade. (P4)



Estágio 5
Pelos tipo adulto, com
maior distribuição na
região pubiana, e na
raiz da coxa. (P5)

Estágios de desenvolvimento das mamas



Estágio 1
Mamas infantis (M1)



Estágio 2
O broto mamário forma-se
com uma pequena
saliência com elevação da
mama e da papila e ocorre
o aumento do diâmetro
arcolar. Melhor visualizar
lateralmente. (M2)



Estágio 3
Maior aumento da
aréola e da papila sem
separação do contorno
da mama. (M3)



Estágio 4
Aumento continuado e
projeção da aréola e da
papila formando uma
segunda saliência acima do
nível da mama. (M4)



Estágio 5
Mama com aspecto
adulto, com retração da
aréola para o contorno
da mama e projeção da
papila. (M5)

ESTÁGIO MATURACIONAL	MEDIANA IDADE (ANOS)
MENINAS	
GENITÁLIA – G2	10,6
PICO DE VELOCIDADE ESTATURAL	11,7
MENARCA	12,8

- Mudanças na composição corporal.

Na adolescência há a aquisição: 50% do peso adulto.

50% da massa esquelética.

20% da altura adulta.

Meninos = massa magra duplica

Meninas = massa gorda tem depósito duas vezes maior em relação aos meninos.

OBS: Alterações na composição corporal modificam as necessidades energéticas.

- Intenso desenvolvimento social e emocional. (Escolha de alimentos nas diferentes fases da adolescência)

Idade de 13 a 17 anos = valoriza imagem corporal e sofre influência dos pares;

- Risco de restrição de calorias
- Dificuldade em relacionar o comportamento atual com riscos futuros
- Orientar benefícios em curto prazo (ex: aparência física)

Idade de 18 a 20 anos= maior importância do pensamento abstrato.

- É possível orientar quanto a riscos futuros de escolhas inadequadas.

13. SINAIS DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR NO LACTENTE

A ação preventiva de atrasos e distúrbios de desenvolvimento pode ser conduzida em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem como objetivo de intervenção a redução da incidência de determinadas condições de excepcionalidade na população por meio de identificação, remoção ou redução dos efeitos de fatores de risco que produzem tais condições. Esta prevenção assumiria uma forma mais genérica se as instituições da sociedade promovessem melhores condições de saúde, educação, trabalho e moradia para toda a população e, de forma mais restrita, a ação preventiva primária deveria focalizar determinados segmentos da população mais vulneráveis, como as famílias que vivem em extrema pobreza. Neste nível os programas educativos deveriam estar voltados para a saúde e desenvolvimento humano, considerando a qualidade do meio ambiente.

Na prevenção secundária, a detecção de problemas peri e neonatais, identificação de fatores presentes no período inicial de desenvolvimento como os distúrbios de comportamento, condições orgânicas e psicológicas, e participação dos pais ou responsáveis em programas de atendimento.

A prevenção terciária exige atenção continuada aos fatores de risco persistentes e aos seus efeitos no desenvolvimento da criança, identificação e diagnóstico precoce das possíveis deficiências e envolvimento familiar.

13.1 SINAIS DE ALERTA

13.1.1 Na área motora:

- ❖ Assimetria ou ausência de reflexos;
- ❖ Alteração de tônus muscular (hipotonia, hipertonia, localizada ou generalizada);
- ❖ Posturas anormais;

- ❖ Atraso na aquisição dos marcos do desenvolvimento.

13.1.2 Na área visual:

- ❖ Ausência de reação a luz;
- ❖ Ausência ou retidão de reflexos de proteção palpebral;
- ❖ Impossibilidade de fixação do olhar em pessoa ou objeto;
- ❖ Desvio fixo de um ou ambos os olhos;
- ❖ Diferença de tamanho de globo ocular.

13.1.3 Na área auditiva:

- ❖ Ausência de reação a sons ou percepção apenas de sons muito intensos;
- ❖ Ausência ou pobreza de emissão de sons;
- ❖ Indiferença ao meio;
- ❖ Atraso ou impossibilidade na aquisição da linguagem;
- ❖ Irritabilidade ou apatia constante;
- ❖ Resposta aos estímulos lentos ou inexistentes.

13.1.4 Na área mental:

- ❖ Pobreza de contato visual;
- ❖ Respostas inadequadas ou ausentes aos estímulos sensoriais ou motores;
- ❖ Alterações de comportamento, irritabilidade ou apatia;
- ❖ Indiferença às pessoas e ou ao meio;
- ❖ Tiques, manias.

13.2 PRÉ-ESCOLAR (3 - 5 ANOS)

- Alerta: tem distúrbios sérios do comportamento que podem sugerir maus tratos;

- Nos casos suspeitos, notificar e buscar orientações junto ao Conselho Tutelar da localidade e ao Juizado da Infância e da Juventude;
 - Estimular atividade física regular;
 - Estimular a ler livros;
 - Mostrar interesse pelas atividades das crianças;
 - Reforçar independência e responsabilidade;
- Estabelecer regras quanto ao horário de dormir e brincar

14. SCREENING LABORATORIAL EM PUERICULTURA

Screening ou triagem laboratorial são exames realizados para detectar problemas de saúde em crianças aparentemente isentas de doenças.

No Brasil, esses exames são estabelecidos por portarias do Ministério da Saúde, em seu aspecto ético são recomendados aqueles exames que o Estado é capaz de prover assistência tanto no que tange à confirmação do diagnóstico como no tratamento e acompanhamento dos doentes detectados. A possibilidade de detectá-las em uma fase pré-clínica com o teste e que seja possível instituir um tratamento que controle a doenças ou que minimize seus efeitos, e serem de baixo risco, morbidade e custo.

No país, os exames universalmente recomendados são o teste do pezinho e o da orelhinha.

A portaria GM/MS nº22 de 15/01/1992 que criou o programa e o tornou obrigatório em todo território nacional, com a implantação de programas que detectassem o hipotireoidismo congênito e a fenilcetonúria. Em 2001 foi lançada portaria GM/MS nº822 de 06/06/2001 que criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) que inclui a pesquisa de doença falciforme e outras hemoglobinopatias e o da fibrose cística. Com a portaria nº 2829/GM/MS de 14/12/2012 o programa passou a incluir também as triagens de hiperplasia adrenal congênita e da deficiência da biotinidase. Todas essas doenças são passíveis de tratamento que controlam ou minimizam suas consequências.

A lei federal nº 12.303 de 02/08/2010 tornou obrigatório o exame de Emissões Oto Acústicas em todos os recém-nascidos, o qual é importante para orientar o desenvolvimento da criança. Em prematuros ou pacientes de risco que foram submetidos a tratamentos que podem comprometer o sistema nervoso também é realizado o BERA (exame do potencial evocado auditivo do tronco encefálico) para distinguir alteração do nervo óptico ou da cóclea.

A Academia Americana de Pediatria (AAP) juntamente com Bright Futures também recomendam a dosagem de hemoglobina ou hematócrito dos lactentes entre os nove e os doze meses. Considerando a alta prevalência de anemia no segundo semestre de vida entre nós, também devemos realizar esse exame, mesmo

levando em conta a recomendação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria da suplementação de ferro até os dois anos após a introdução de leite não enriquecido ou a partir dos seis meses, o que ocorrer primeiro. Recomenda-se dosar a ferritina, a qual avalia a deficiência de ferro antes que a anemia se instale.

Recomenda-se a dosagem do perfil lipídico entre nove e os doze anos de idade, devido o aumento da obesidade entre as crianças.

15. TRIAGEM NEONATAL

15.1 TESTE DE BRUCKNER OU DO REFLEXO VERMELHO OU TESTE DO OLHINHO

O Teste do Reflexo Vermelho (TRV) ou, como é conhecido popularmente Teste do Olhinho, assim como o Teste do Olhinho, permite diagnosticar uma patologia ocular congênita já no segundo dia da vida de uma criança.

Esse teste faz parte do exame físico completo do recém-nascido incluindo os olhos, aos quais todos têm direito, antes da alta da maternidade. O mesmo exame físico completo deve ser feito, na primeira consulta pelo médico na Unidade Básica de Saúde ou pelo médico de escolha da família. Já a confirmação do diagnóstico de uma patologia ocular deverá ser feita por um médico oftalmologista.

O intervalo de tempo ideal entre o nascimento, TRV na maternidade, diagnóstico confirmatório e a ação terapêutica, para que consigamos prevenir a cegueira num bebê com reflexo vermelho alterado, é muito curto. Temos seis semanas de intervalo para que tudo seja feito.

15.1.1 Diagnóstico

O método de realização do TRV é não invasivo e muito simples. Utiliza-se apenas um oftalmoscópio, que é um equipamento portátil, de baixo custo, para a realização da oftalmoscopia direta. O exame consiste na resposta ocular obtida quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê. Para que este reflexo possa ser visto pelo examinador é necessário que o eixo óptico esteja livre, isto é, sem nenhum obstáculo mecânico à entrada e à saída da luz pela pupila. A passagem livre da luz significa que a criança não tem nenhum impedimento anatômico para o desenvolvimento da visão, ou seja, que as principais estruturas internas do olho (córnea, câmara anterior, íris, pupila, cristalino, humor vítreo e retina) estão transparentes, permitindo que a retina seja atingida de forma natural pela luz.

O examinador utiliza a luz do oftalmoscópio, dirigindo-a para os olhos, numa distância de 30 a 45 cm do rosto do bebê a ser avaliado. A resposta normal a esse

reflexo ocular é o olho vermelho, laranja ou amarelo devido à vascularização da coroide (camada altamente vascularizada que fica atrás da retina do olho). Se os olhos ou um olho não refletir homoganeamente a cor vermelha ou o cristalino for branco opaco (leucocoria), esse padrão de resposta ao TRV selecionará bebês suspeitos de uma doença oftalmológica.

A luz emitida pelo oftalmoscópio tem um padrão específico de comprimento, intensidade e frequência, padronizados para avaliação do TRV. Portanto, lanternas comuns e outras fontes luminosas, não poderão ser usadas para realização do TRV, por ora. No futuro, acreditamos que o desenvolvimento de um aplicativo associado a câmaras fotográficas dos telefones celulares, poderá emitir um feixe luminoso, com o mesmo padrão do oftalmoscópio, universalizando o processo seletivo do TRV para toda a população.

Diversas outras doenças serão selecionadas pelo TRV e confirmadas através de diagnóstico diferencial das leucocorias. São elas: Retinopatia da Prematuridade, Glaucoma Congênito, Retinoblastoma, Doença de Coats (telangectasias vascular da retina), Persistência Primária do Vítreo Hiperplásico, Descolamento de retina, Hemorragia Vítreo, Uveíte (toxoplasmose, Toxocaríase), Leucoma e até mesmo altas Ametropias.

O Teste do Reflexo Vermelho normal não garante que a criança não tenha nenhuma alteração visual. Apenas garante que ela não tem ao nascimento as doenças oculares que alteram o reflexo vermelho. Estas doenças podem se desenvolver após o primeiro exame, por isso é importante que seja realizado novamente, na primeira consulta e nas consultas dos 4, 6, 12 meses e 2 anos de idade da criança. A Catarata Congênita poderá ser diagnosticada durante o crescimento da criança e ser submetida ao tratamento com sucesso.

O Programa da triagem Ocular do estado de São Paulo instituiu uma Rede Assistencial de Triagem Neonatal Ocular, garantindo acesso a todos os recém-nascidos no estado, desde a seleção dos suspeitos de doença ocular ao nascimento, confirmação dos diagnósticos antes de seis semanas de vida, ações terapêuticas adequadas para essa fase da vida, reabilitação visual, seguimento e acompanhamento – Resolução SS nº19 de 01 de março de 2016. (Programa Estadual de Triagem Neonatal de São Paulo)

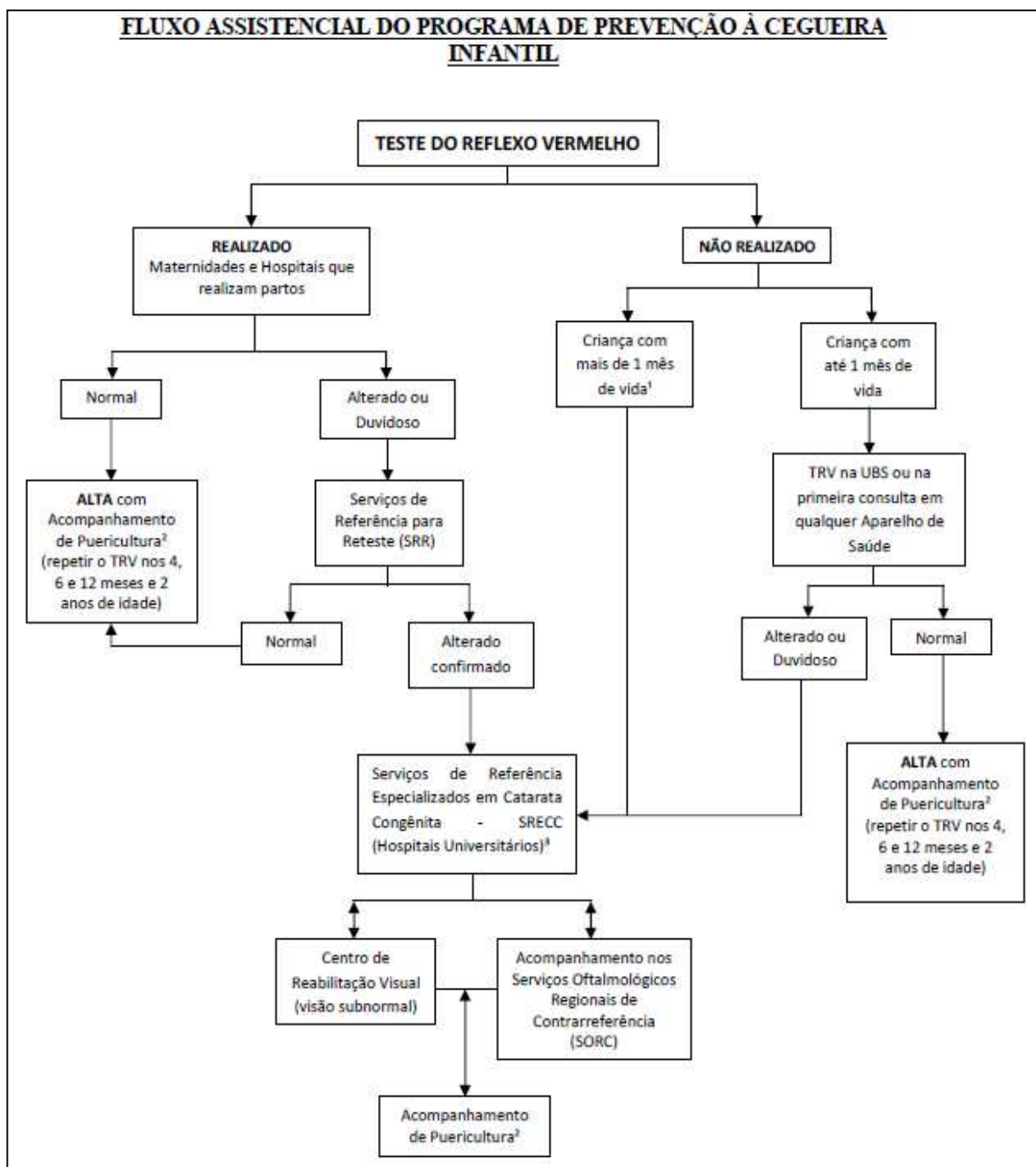
• **NORMAL** = reflexo presente – **Conduta:** alta da maternidade e controle RV na primeira consulta do RN na atenção básica e com 4, 6, 12 meses e 2 anos de idade.

• **ANORMAL** = reflexo ausente, reflexo branco (leucocoria) ou reflexo preto - **Conduta:** encaminhamento para o oftalmologista. (Programa Estadual de Triagem Neonatal de São Paulo - Resolução SS nº19 de 01 de março de 2016)

Obs: reflexo vermelho duvidoso, vindo da maternidade, antes de encaminhar refazer o exame e confirmar a suspeita.

15.1.2 Retinopatia na Prematuridade

No caso do recém-nascido pré-termo (prematuro) com peso inferior a 1,5 kg e/ou tenha até 32 semanas, deve ter o 1º exame de mapeamento da retina, realizado entre a 4ª e a 6ª semana de vida. Deve ser repetido até a completa vascularização da retina, por volta de 42 semanas.



*Serviços de Referência para Reteste (SRR) para o município de Sorocaba – AME Sorocaba.

Lei Estadual: 12.551 – 05 de março de 2007.

Resolução SS nº19 - 01 de março de 2016.

15.2 TESTE AUDITIVO OU TESTE DA ORELHINHA

A audição é essencial para a aquisição da linguagem oral, uma vez que é pela interação com o outro que já detém linguagem, que a criança consegue entender seu universo, compreender seus semelhantes, desenvolver e organizar pensamentos e sentimentos e adquirir conhecimento do ponto de vista intelectual, a audição é o órgão mais importante. No final do sexto mês gestacional, o aparelho auditivo está completamente formado e funcionando adequadamente, o que vem confirmar a sua importância para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

O processo de identificação precoce da deficiência auditiva deve ser iniciado ainda no berçário, através da triagem auditiva neonatal (TAN) por ser uma forma eficiente de identificar, principalmente as crianças de risco.

O PEATE avalia a integridade neural das vias auditivas até o tronco encefálico, através do registro das ondas eletrofisiológicas, geradas em resposta a um som apresentado e captado por eletrodos de superfície colocados na cabeça. As EOAE registram a energia sonora gerada pelas células ciliadas da cóclea, em resposta aos sons apresentados e gravados por microfone miniaturizado colocado no conduto auditivo externo. Os métodos citados são rápidos, não invasivos e de fácil aplicação.

É realizado em todas as maternidades SUS de Sorocaba no momento do exame do pezinho.

Quando houver alteração do resultado no primeiro exame o reteste é agendado na APADAS, seguindo o protocolo do próprio hospital com a Instituição.

As crianças que excepcionalmente não tenham feito o exame no hospital, a UBS deverá receber guia da maternidade referente a 1ª triagem auditiva, incluirá as informações da guia de referência em demanda reprimida do SIS e aguardará o agendamento pela Central de Regulação Municipal na APADAS.

Se o hospital não tiver feito a guia, o Pediatra da UBS deverá preencher guia de referência, colocar os dados de identificação do lactente (nome, data de nascimento, número do SIS e cartão SUS, nome da mãe, hospital de nascimento do bebê, telefone de contato).

Qualquer dúvida e não seguimento do fluxo estabelecido, favor comunicar imediatamente à regulação municipal e respectiva regional.

Será agendado na APADAS através da Central de Regulação Municipal.

Endereço - AV Senador Roberto Simonsem, nº885

Fone: 32330962 (ao lado da Policlínica Municipal)

15.3 TESTE DA LINGUINHA (AVALIAÇÃO DE FRÊNULO LINGUAL)

O frênulo é uma membrana mucosa que conecta a língua ao assoalho da boca, pode ter uma variação anatômica que prejudica os movimentos. A alteração da língua presa pode causar dificuldades para o bebê mamar no peito e posteriormente aos problemas na fala.

A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame completo do bebê pelo pediatra antes de sua alta hospitalar. Quando alterado poderá ser avaliado pela fonoaudiologia e também encaminhado para cirurgia pediátrica para realização do procedimento cirúrgico.

“Lei Municipal 10.491 de 10/07/2013/ Lei Federal 13.002 de 23/06/14”

OBS: O Pediatra deverá avaliar a cada consulta de Puericultura a necessidade de avaliação das especialidades (Fonoaudiologia/ Cirurgia Pediátrica).

15.4 TESTE DO PEZINHO

A Triagem Neonatal, mais conhecida como o Teste do Pezinho é um exame obrigatório realizado em todos os recém-nascidos a partir do terceiro dia de vida em todas as Maternidades de Sorocaba. Verificar sempre a sua realização e o resultado e anotar na Caderneta da Criança e Prontuário.

As doenças detectadas pelo teste do pezinho básico são: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita, Deficiência de Biotinidase.

Essas patologias apresentam-se frequentemente assintomáticas nos primeiros meses de vida da criança. Entretanto, se forem diagnosticadas precocemente, existe alta probabilidade do tratamento prevenindo graves consequências.

É importante ressaltar que o período ideal para a coleta é após 48 horas do nascimento, entre o 3º e 5º dia de vida do bebê. O recém-nascido deve ter o Teste do Pezinho coletado ainda na maternidade. Caso a criança receba alta da maternidade, ou esteja na UTI neonatal, ou seja, transferida para outros serviços, sem a realização do Teste do pezinho, o hospital deverá entregar ao responsável pela criança ou para o serviço referenciado, o formulário devidamente preenchido, justificado e assinado, mantendo uma via no prontuário do RN, informando o local e a data da coleta. (Manual Teste do Pezinho da APAE/SP, agosto 2015)

15.4.1 Idade

Idade até 28 dias de vida (coleta em papel filtro, com menor volume de sangue do recém-nascido, diagnóstico precoce de Hiperplasia Adrenal Congênita que pode levar a óbito a partir de quinze dias de vida).

Coleta tardia: a partir de 28 dias – Somente para crianças que não realizaram o teste do pezinho no período neonatal (coleta em tubo seco de sangue).

15.4.2 Fluxo do Teste do Pezinho não realizado (apenas nascidos em outro município)

Enviar a solicitação através de e-mail para a Regional a qual o munícipe pertence com os dados de identificação do lactente.

Nome da criança, nome da mãe, endereço, DN, SIS, cidade onde criança nasceu e telefone para contato.

A Regional entra em contato com a Maternidade da Santa Casa, agenda o exame e a Regional e/ou UBS avisará a mãe do dia e horário do exame.

Local a ser encaminhado:

Santa Casa de Sorocaba

Fone -2101-8000

Endereço: Avenida São Paulo, 750 Jardim Árvore Grande - CEP:18013-000.

Telefone: 2101-8000 Ramal: 7963

Horário e data da coleta: Agendado pela própria Santa Casa.

A Regional, após contato prévio via telefone com data e horário já agendados, enviará ofício direcionado a Santa Casa aos Cuidados da Coordenação de Enfermagem; contendo todos os dados solicitados acima inclusive data e horário de agendamento.

OBS: Caso a mãe ou responsável não compareça no dia e horário agendado, outro ofício deverá ser realizado com novo agendamento.

15.4.3 Segunda Coleta para hemoglobinopatias em Recém-nascidos pré- termos e/ou que receberam transfusão sanguínea

O recém-nascido pré-termo e os que receberam transfusão sanguínea deverão realizar uma segunda coleta do Teste do Pezinho para análise das hemoglobinopatias, após 120 dias da data de nascimento ou da última transfusão, respectivamente. O hospital deverá preencher o formulário de requisição e preencher a data que o bebê deverá retornar ao hospital para a segunda coleta do Teste do Pezinho.

15.4.4 Fluxo do Teste do Pezinho Alterado (recoleta)

Coordenador da unidade deverá entrar em contato com a Regional.

Enviar a solicitação através de e-mail para a Regional a qual o munícipe pertence com os dados de identificação do lactente.

Nome da criança, nome da mãe, endereço, DN, SIS, cidade onde criança nasceu e telefone para contato.

A Regional entra em contato com a APAE São Paulo, agenda o exame e a Regional e/ou UBS avisará a mãe do dia e horário do exame.

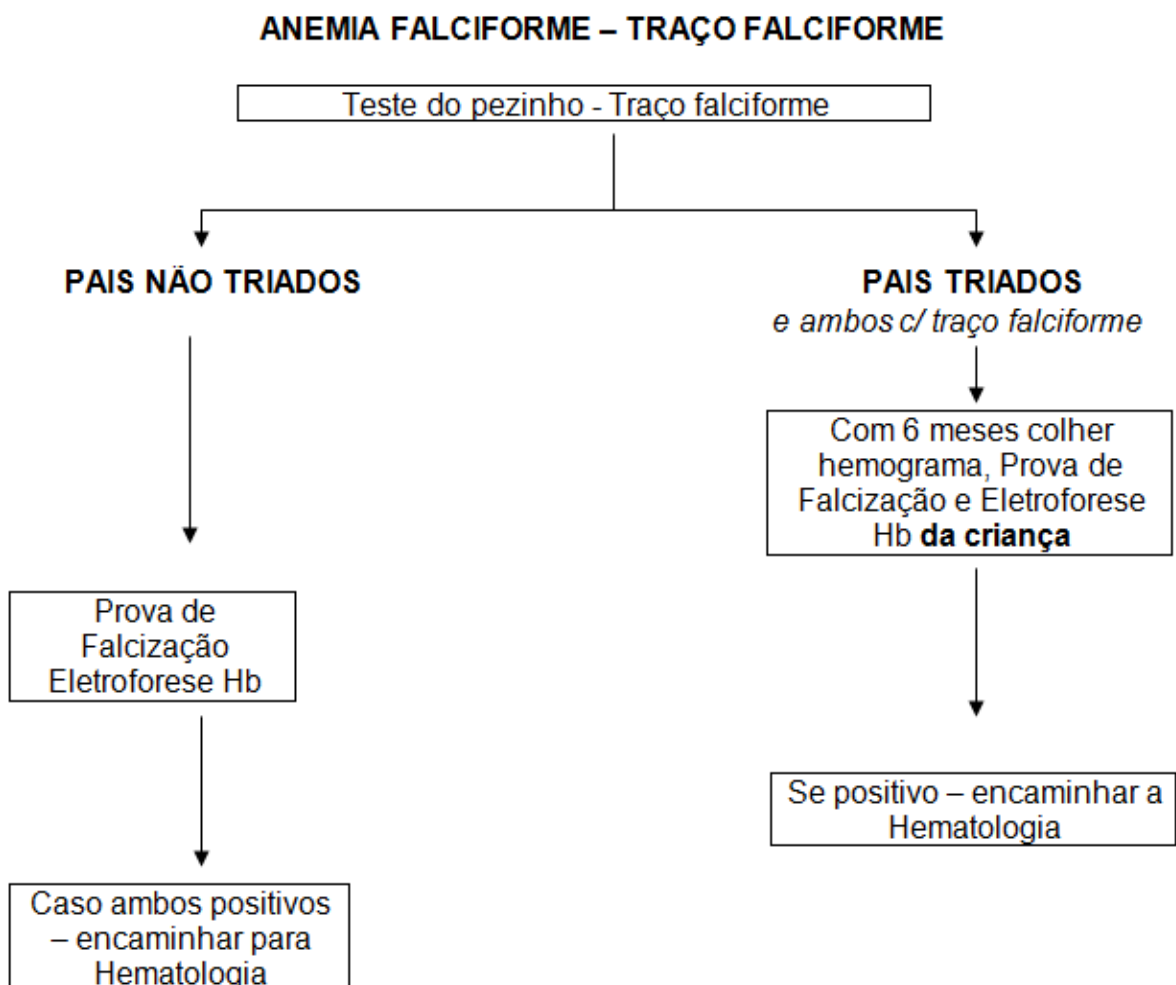
*Sempre que necessário auxiliar o Hospital ou a APAE quanto a crianças faltosas nas recoletas.

15.4.5 Alterações:

Hemoglobinopatias – Para o Traço Falciforme e Anemia Falciforme:

Doença, devida a uma alteração estrutural na molécula de hemoglobina, que compromete o transporte do oxigênio e causa graves prejuízos a diferentes tecidos e órgãos.

Seguir fluxo abaixo:



Fenilcetonúria (PKU): Doença causada pela ausência ou diminuição da atividade da enzima fenilalanina hidroxilase, fato que impede a metabolização adequada do aminoácido fenilalanina, levando a um quadro clínico que inclui a deficiência intelectual.

Encaminhar para o Gastroenterologia Infantil, Endocrinologia Infantil e Nutricionista. (Dieta especial pobre em fenilalanina com suplementação de tirosina por toda vida)

Hipotiroidismo Congênito (TSH): Doença causada pela falta ou produção deficiente da tiroxina, um importante hormônio da tireóide necessário para o desenvolvimento normal de todo o organismo, inclusive do cérebro.

Deverá coletar novo TSH e T4 Livre com urgência, se alterado encaminhar imediatamente para Endocrinologia Infantil. (Prescrição de hormônio tireidiano sintético-levotiroxina, por toda a vida)

Fibrose Cística ou Mucoviscidose (IRT): Doença causada pela deficiência na síntese da proteína CFTR, que transporta sais pelas membranas epiteliais, acarretando quadros de doença pulmonar obstrutiva crônica e a má absorção intestinal.

Encaminhar para Pneumologia Infantil e Gastroenterologia Infantil. (Acompanhamento de especialidades afins para melhorar a qualidade de vida do paciente por meio de antibioticoterapia, vacinação para prevenção de doenças pulmonares, fisioterapia, e o suporte nutricional no caso de necessidade de enzimas pancreáticas para os quadros digestivos).

Solicitação do exame: Dosagem de Cloro no Suor deverá ser agendado com o LABAC (labmun@sorocaba.sp.gov.br). Enviar por e-mail a SADT autorizada pela Central de Regulação para o e-mail e solicitar o agendamento. As coletas desses exames será realizada a cada 15 dias ou 1 vez ao mês, dependendo da demanda.

Valores de referência para Dosagem de cloro/sódio no suor (laboratório de referência Municipal):

Lactentes abaixo de 6 meses:

Normal: abaixo de 30 mmol/L

Limítrofe: entre 30 e 59 mmol/L

Positivo/ Alterado: Igual ou acima de 60 mmol/L

Crianças acima de 6 meses até adultos

Normal: abaixo de 40 mmol/L

Limítrofe: entre 40 e 59 mmol/L

Positivo / Alterado: Igual ou acima de 60 mmol/L

Faixas de valores de referência para cloretos no suor em lactentes maiores de seis meses de idade:

- ≤ 39 mmol/L: FC pouco provável;
- 40 a 59mmol/L: FC possível;
- 60mmol/L: indicativo de FC.

Deficiência de Biotinidase (realizado apenas no Estado de São Paulo):

Deficiência da enzima que libera a Biotina presente nos alimentos. Os sintomas clínicos mais importantes são: convulsões, hipotonia, ataxia, problemas respiratório, atrofia óptica, perda auditiva neurosensorial e deficiência intelectual.

Encaminhamento para Endocrinologia Infantil, Gastroenterologia Infantil e Genética.

Hiperplasia da Adrenal Congênita (17-OHP sérica) (realizado apenas no Estado de São Paulo): Alteração na síntese hormonal é causada pela deficiência da enzima 21hidroxilase que está envolvida na produção de vários hormônios da glândula supra-renal. Os sintomas estão ligados ao desenvolvimento sexual, podendo ser grave em alguns dos casos.

Encaminhamento para Endocrinologia Infantil e Genética.

Obs: Teste do Pezinho alterado reavaliar o critério de risco na confirmação do diagnóstico, ou seja, se baixo risco reclassificar para alto risco.

15.5 TESTE CORAÇÃOZINHO

Cerca de 1 a 2 de cada 1000 recém-nascidos vivos apresentam cardiopatia congênita crítica. Em torno de 30% destes recém-nascidos recebem alta hospitalar sem o diagnóstico, e evoluem para choque, hipóxia ou óbito precoce, antes de receber tratamento adequado.

15.5.1 Diagnóstico de cardiopatia congênita crítica:

Na maioria das Unidades Neonatais, a alta hospitalar é realizada entre 36 e 48 horas de vida. Nesta fase, a manifestação clínica das cardiopatias críticas pode ainda não ter ocorrido principalmente nas cardiopatias com fluxo sistêmico dependente de canal arterial. Além disso, a ausculta cardíaca pode ser aparentemente normal nesta fase.

O diagnóstico precoce é fundamental, pois pode evitar choque, acidose, parada cardíaca ou agravo neurológico antes do tratamento da cardiopatia.

As cardiopatias congênitas representam cerca de 10% dos óbitos infantis e cerca de 20 a 40% dos óbitos decorrentes de malformações. Melhorar o diagnóstico destas cardiopatias poderá reduzir a taxa de mortalidade neonatal em nosso meio.

O método ideal para o diagnóstico de cardiopatia congênita é o ecocardiograma com mapeamento de fluxo em cores seja fetal ou pós-natal, porém a sua utilização como ferramenta de triagem é inviável.

No grupo das cardiopatias congênitas crítica ocorre uma mistura de sangue entre as circulações sistêmica e pulmonar, o que acarreta uma redução da saturação periférica de O₂. Neste sentido, a aferição da oximetria de pulso de forma rotineira em recém-nascidos aparentemente saudáveis com idade gestacional > 34 semanas, tem mostrado uma elevada sensibilidade e especificidade para detecção precoce destas cardiopatias.

15.5.2 O teste da oximetria

Realizar a aferição da oximetria de pulso, em todo recém-nascido aparentemente saudável com idade gestacional > 34 semanas, antes da alta da Unidade Neonatal.

15.5.3 Local de aferição

Membro superior direito e em um dos membros inferiores para a adequada aferição é necessário que o recém-nascido esteja com as extremidades aquecidas e o monitor evidencie uma onda de traçado homogêneo.

15.5.4 Momento da aferição

Entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar.

15.5.5 Resultado normal

Saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior.

15.5.6 Resultado anormal

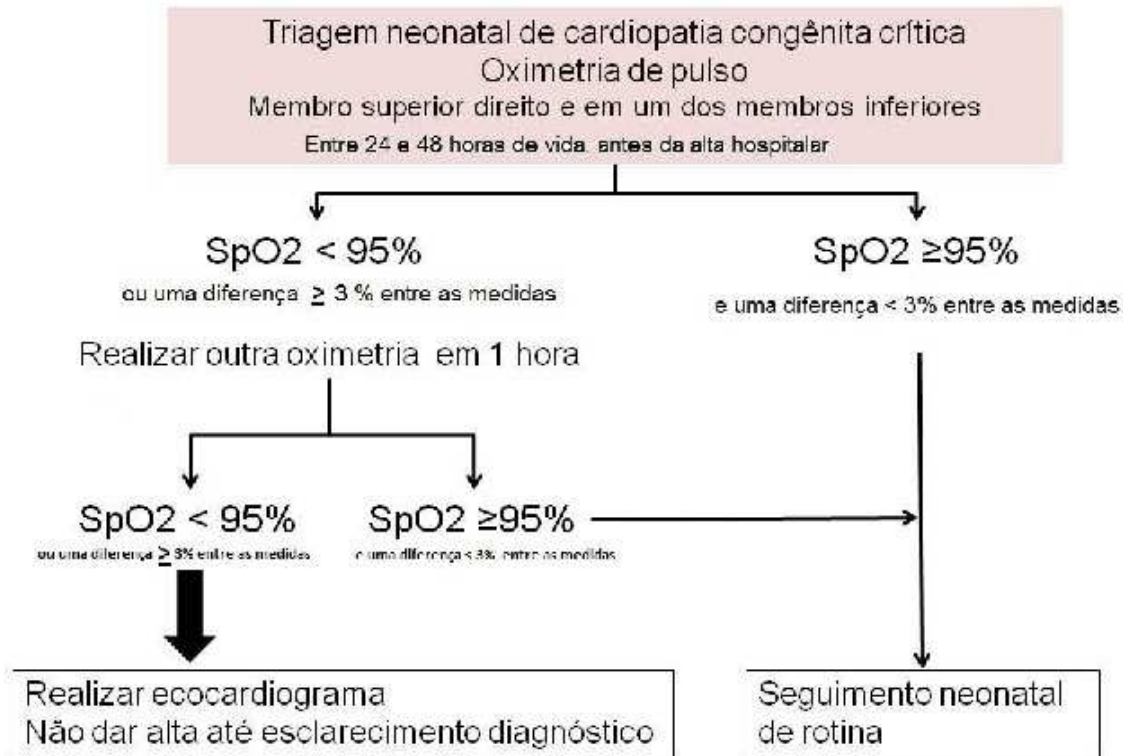
Caso qualquer medida da SpO₂ seja menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado dentro das 24 horas seguintes.

15.5.7 Limitações

Este teste apresenta sensibilidade de 75% e especificidade de 99%. Sendo assim, algumas cardiopatias críticas podem não ser detectadas através dele, principalmente aquelas do tipo coarctação de aorta. A realização deste teste não



descarta a necessidade de realização de exame físico minucioso e detalhado em todo recém-nascido, antes da alta hospitalar.



LEI MUNICIPAL Nº 10.099, de 16 de maio de 2012.

16. CONTROLE SÍFILIS

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada a qual passa para o seu conceito via transplacentária.

A transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.

Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária).

Há possibilidade de transmissão direta do *T. Pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto se houver lesões genitais maternas e durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis.

Ocorre aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade.

Acreditava-se que a infecção do feto a partir da mãe com sífilis não ocorresse antes do 4º mês de gestação, entretanto já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos a partir da 9ª semana de gestação.

As alterações fisiopatogênicas observadas na gestante são as mesmas que ocorrem na não gestante.

A sífilis congênita apresenta, para efeito de classificação dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período.

O Programa Municipal de DST/AIDS em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Programa Recém-nascido de Risco,

visando garantir que todos os cuidados sejam realizados e que se amplie a busca e tratamento de parceiros, no intuito de reduzir os casos de Sífilis Congênita por falta do tratamento do parceiro, estabelecem o Serviço Ambulatorial Médico Especializado (SAME) como referência do município para o acompanhamento dos casos de Sífilis Gestacional, Sífilis Congênita e acompanhamento de criança exposta na gestação à sífilis, tendo em vista o fato de que a gestante com sífilis é considerado uma gestante de risco.

Desta forma, orienta-se que as unidades, após o diagnóstico de Sífilis Gestacional, procedem ao tratamento da gestante e o tratamento dos parceiros, e encaminhem ao SAME as gestantes para a realização do pré-natal.

Em relação às crianças, tendo em vista a necessidade de acompanhamento de cura bem como identificação de possíveis sequelas, orienta-se que as unidades também encaminhem todos para o SAME para que tenham o acompanhamento até obter todos os critérios de cura.

Os recém-nascidos de mães diagnosticadas com Sífilis Gestacional, tratadas adequadamente ou não durante o pré-natal ou no pós-parto terão sua consulta agendada pelo Programa RN de Risco para o SAME no momento da sua alta hospitalar.

O atendimento de crianças com suspeita de doenças infectocontagiosa:

- Sífilis
- Citomegalovírus
- Toxoplasmose
- Rubéola
- Herpes
- Adenomegalia
- Febre de origem indeterminada
- Hepatite B e C (a criança deverá ser avaliada no SAME e este serviço fará os devidos encaminhamentos necessários).

Deverão ser agendadas no SAME (32348800/ 32348806)

17. INVESTIGAÇÃO DE HEPATITE B E C NA GESTAÇÃO

Durante a primeira consulta de pré-natal também deverão ser solicitados os exames de Hepatite B e C. Paciente com HBsAg reagente deverá ser encaminhada para uma avaliação com infectologista no SAME. Na consulta pós-parto esta puérpera deverá ser encaminhada ao SAME para acompanhamento. Em ambos os casos, a unidade de Saúde deverá ligar no SAME para realizar estes agendamentos.

17.1 FLUXO DA VIGILÂNCIA DAS HEPATITES B E C

A UBS e a Policlínica deverão notificar os casos de gestante com Hepatite B e C e enviar para a Vigilância Epidemiológica por malote e por e-mail (epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br), contendo os dados abaixo:

Unidade de saúde

Nome completo da gestante

Data de nascimento

DPP

Maternidade de Referência (para que a imunoglobulina seja enviada em tempo hábil para o tratamento)

As gestantes não imunes para hepatite B, verificado a partir do esquema vacinal, deverão ser vacinadas após a realização da sorologia para hepatite B.

18. ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é completo, e deve ser exclusivo até os 6 meses; a criança não precisa de nenhum outro alimento (chá, suco, água ou outro leite). A amamentação pode ser continuada até os 2 anos de idade.

Deve-se iniciar o aleitamento materno sob regime de livre demanda, imediatamente, após o parto, sem horários pré-fixados estando a mãe em boas condições e o recém-nascido com manifestação ativa de sucção e choro.

18.1 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA:

- Garante crescimento adequado;
- Promove o vínculo mãe-filho;
- Diminui a incidência de doenças do aparelho respiratório;
- Diminui a incidência de diarreia, alergia alimentar e outras doenças infecciosas;
- Retarda o aparecimento de doenças crônicas: dermatite atópica, doença celíaca e outras;
- Promove o desenvolvimento da face da criança, ajuda a ter dentes bonitos, a desenvolver a fala e a ter uma boa respiração;
- Previne obesidade infantil.

18.2 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE:

- Rápida recuperação após o parto;
- Ajuda o útero recuperar seu tamanho normal, diminuindo risco de hemorragia e de anemia pós-parto;

- Diminui risco de câncer de mama, osteoporose e diabetes;
- Reforça o vínculo mãe-filho;
- Se a amamentação for exclusiva, pode ser um método natural para evitar uma nova gravidez;
- Aumenta a autoestima da mãe.

Cada criança tem o seu próprio ritmo de mamar, o que deve ser respeitado. Deixe-o mamar até que fique satisfeito. O leite do fim da mamada tem mais gordura e por isso faz com que ganhe mais peso. Espere que ele esvazie bem a mama, e então ofereça a outra se ele quiser. Na próxima mamada inicie com a última que mamou, pois na primeira mama o bebê suga com mais força, esvaziando melhor. A cor do leite pode variar, mas não existe leite fraco. No 1º mês de vida, acordar o RN cada 3 horas para mamar. Quanto mais o bebê sugar, maior o estímulo para a produção do leite materno. A partir do 2º mês de vida, se a criança dorme bem e está ganhando peso, o leite não está sendo pouco.

Evitar o uso de mamadeiras e chupetas que podem modificar a forma de sucção. Muitos bebês passam a não querer mais mamar no peito.

Se a mãe tiver excesso de leite, poderá doá-lo ao Banco de Leite Humano e ajudar outras crianças que necessitam do leite materno.

Obs: as mães que tiveram seus filhos na Maternidade da Santa Casa e com excesso de leite materno poderão doá-lo ao Posto de Coleta da Santa Casa.

Posto de Coleta da Santa Casa

Produtos contra-indicados para o uso durante a amamentação:

Amiodarona, Anfetaminas, Antipirina, Aspartame (criança com fenilcetonúria), Brometos, Bromocriptina, Bussulfam, Cannabis, Chá de Kombucha, Chumbo, Ciclofosfamida, Citarabina, Clorambucil, Cocaína, Confrei, Dactinomicina, Danazol, Dietilestibestrol, Dietilpropiona, Dissulfiram, doxepina, Doxorrubicina, Estrôncio-89, Estrogênios, Etreinato, Fenciclidina, Fluoruracil, Heroína, Isotretionina, Kava-Kava,

Leuprolida, LSD, Mercaptopurina, Mercúrio, Metrotrexato (uso crônico), Mitoxantrona, Ouro (sais), Paclitaxel, Tamoxifeno, Zonisamida.

Contra - indicação para amamentação:

Mãe portadora do HIV

Obs: São poucas as contraindicações absolutas ao aleitamento materno, que podem ser consultadas no endereço eletrônico (“site”) da Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento Científico - Aleitamento Materno www.sbp.com.br.

Contraceção durante a amamentação:

A mulher na consulta do puerpério deve se orientar com o ginecologista.

A OMS propõe a seguinte nomenclatura

• **Aleitamento materno exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.

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

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

18.3 PREPARO DAS MAMAS NA GESTAÇÃO:

A “preparação” das mamas para a amamentação, tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, não são recomendadas, pois na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, podendo inclusive induzir o trabalho de parto. O uso de conchas ou sutiãs com um orifício central para alongar os mamilos também não tem se mostrado eficaz. A maioria dos mamilos

curtos apresenta melhora com o avançar da gravidez, sem nenhum tratamento. Os mamilos costumam ganhar elasticidade durante a gravidez e o grau de inversão dos mamilos invertidos tende a diminuir em gravidezes subsequentes. Nos casos de mamilos planos ou invertidos, a intervenção logo após o nascimento do bebê é mais importante e efetiva do que intervenções no período pré-natal. O uso de sutiã adequado ajuda na sustentação das mamas, pois na gestação elas apresentam o primeiro aumento de volume.

Se ao longo da gravidez a mulher não notou aumento nas suas mamas, é importante fazer um acompanhamento rigoroso do ganho de peso da criança após o nascimento, pois é possível tratar-se de insuficiência de tecido mamário.

18.4 ATENÇÃO AOS PONTOS-CHAVE EM RELAÇÃO AO ATO DE AMAMENTAR:

A Organização Mundial da Saúde destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e a pega adequados:

18.4.1 Pontos-chave do posicionamento adequado:

- Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo.
- Corpo do bebê próximo ao da mãe.
- Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido).
- Bebê bem apoiado.

18.4.2 Pontos-chave da pega adequada:

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê que embaixo.
2. Boca bem aberta.
3. Lábio inferior virado para fora.
4. Queixo tocando a mama.

18.4.3 Queixa comum: pouco leite

Apesar de a maioria das mulheres ter condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seus filhos, a queixa de pouco leite ou leite “fraco” é muito comum e deve ser valorizada e adequadamente manejada.

Muitas vezes, a percepção de produção de pouco leite ou leite “fraco” é fruto da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente seu bebê. Essa insegurança, com frequência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas frequentes (que fazem parte do comportamento normal em bebês pequenos) sejam interpretados como sinais de fome.

Outra situação que pode levar à percepção errônea de “leite fraco” é o excesso de leite ou hiperlactação. Nesses casos, como a criança ingere grande quantidade de leite anterior, pouco calórico, pode voltar a sentir fome em intervalos muito curtos. Além disso, como o leite anterior é rico em lactose, o bebê pode apresentar sinais e sintomas que podem mimetizar intolerância à lactose.

O bebê apresenta alguns sinais quando há insuficiência de leite, tais como não ficar saciado após as mamadas, chorar muito, querer mamar com frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. O número de vezes que a criança urina ao dia (menos que 6 a 8) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são evidências indiretas de pouco volume de leite ingerido. Porém, o melhor indício de que a criança não está recebendo volume adequado de leite é a constatação, por meio do acompanhamento de seu crescimento, de que não está ganhando peso adequadamente.

Existem no leite materno substâncias específicas que inibem a produção de leite (peptídeos inibidores da lactação), e sua retirada, por meio do esvaziamento da mama, é que garante a reposição total do leite removido.

A produção do leite depende basicamente do esvaziamento da mama, ou seja, é o número de vezes que a criança mama ao dia e a sua capacidade de esvaziar com eficiência a mama que vão determinar o quanto de leite materno é produzido.

Mamadas infrequentes e/ou curtas, amamentação com horários preestabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de

suplementos e uso de chupetas e protetores de mamilo também podem levar ao esvaziamento inadequado das mamas.

É possível, com manejo adequado, aumentar a produção de leite. Para isso, recomendam-se as seguintes medidas:

- Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não estiverem adequados.
- Aumentar a frequência das mamadas.
- Oferecer as duas mamas em cada mamada.
- Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas.
- Se a criança estiver sonolenta, acordá-la antes de colocar para mamar. Se necessário, retirar a roupa do bebê.
- Evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores (intermediários) de mamilos.
- Ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la).
- Repousar.
- Usar medicamentos, em casos selecionados, quando as medidas citadas não produzirem o efeito desejado. Os mais utilizados são a domperidona (30mg, três vezes ao dia) e metoclopramida (10mg, três vezes ao dia por aproximadamente 1 ou 2 semanas), drogas que aumentam os níveis de prolactina. A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.

Fique atento:

O profissional de saúde e as mães devem estar atentos aos períodos de aceleração do crescimento que toda criança experimenta, e que se caracterizam por um aumento da demanda por leite. Muitas vezes as mães, ao vivenciarem essa

situação, acreditam que não estão sendo capazes de produzir leite suficiente para os seus bebês e tendem a suplementar com outros tipos de leite. Esses períodos, em geral, duram de 2 a 3 dias e costumam ocorrer entre 10 e 14 dias de vida, entre 4 e 6 semanas e em torno dos 3 meses.

18.5 PROBLEMAS PRECOSES E TARDIOS ENFRENTADOS PELAS MÃES:

➤ **Fissuras:** Ferimento do mamilo

Causas: Mau posicionamento da mãe ou do bebê; pega inadequada, mama ingurgitada e monilíase.

Prevenção e tratamento: Higiene da aréola com o próprio leite materno, banho de sol (5-10 min) no período da manhã ou no final da tarde, manter mamilos secos e arejados (sutiã de algodão). Tratar monilíase sob orientação médica, pega correta, esvaziar as mamas se necessário (massagem + ordenha).

Observar se a pega está correta e posição confortável para binômio.

➤ **Ingurgitamento**

Diferenciar mamas cheias de mamas ingurgitadas:

Cheia: Quente, pesada e endurecida.

Ingurgitada: Dolorosa, edemaciada, tensa e avermelhadas o leite não flui, podem ocorrer hipertermia por 24h.

Prevenção: Iniciar a amamentação logo após o parto, assegurar pega correta, encorajar, estimular e auxiliar a amamentação por livre demanda e ordenha manual para alívio.

Tratamento: Massagear as mamas, iniciar a ordenha manual e posicionar o bebê para as mamadas.

➤ **Ganho Ponderal Insuficiente**

Considera-se que bebês que têm ganho de peso insuficiente em aleitamento materno exclusivo após alta hospitalar, quando em duas semanas o bebê apresenta peso abaixo do nascimento ou ganha menos que 25g/dia.

Situações que podem ser avaliadas e observadas com base em queixas maternas:

Dorme muito no peito: Retirar roupas e manter acordado durante a mamada

Não fica satisfeito após a mamada: Normalmente quando só retira leite anterior

Chora muito: Observar mamada e lembrar-se de outras causas como calor, frio e fralda suja.

Diurese reduzida: Na maioria dos casos não é produção insuficiente, e sim mamada ineficiente.

Reavaliação do ganho de peso: deverá ser realizada no mínimo semanalmente.

➤ **Contra - indicação para amamentação:**

Mãe portadora do HIV

Obs: Outras contraindicações podem ser consultadas (“site”) da Sociedade Brasileira de Pediatria - www.sbp.com.br.

18.6 UBS AMIGA DA AMAMENTAÇÃO:

Em 2002 foi estimulado na Semana Mundial da Amamentação que as UBS formassem projetos para atender os **10 passos da Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação**. Assim cada UBS deve elaborar estratégias para se tornar UBS Amiga da Amamentação, atendendo estes 10 passos:

1. Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.

2. Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
4. Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
5. Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto
6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
7. Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
10. Implementar grupos de apoio à amamentação, acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

Informações sobre doação de Leite Humano

Banco de Leite Humano CHS

Posto de Coleta da Santa Casa

19. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A orientação nutricional adequada, durante o primeiro ano de vida, é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança. Nessa etapa do ciclo vital a qualidade e a quantidade dos alimentos ingeridos são de extrema importância, por ser este período caracterizado por alta velocidade de crescimento e intensa maturação corporal. Calcula-se que nos primeiros meses o ganho corporal ocorre em média de um grama/hora (15 a 30 gramas/ dia e do cérebro em 2 gramas/dia).

Em geral, no primeiro ano de vida, as crianças triplicam seu peso de nascimento e dobram sua superfície corpórea, aspectos que não são vistos em qualquer outra fase da vida. Os primeiros meses de vida representam, então, um período crítico para o desenvolvimento e o crescimento do lactente, e os problemas nutricionais nessa fase podem resultar em dano para a saúde da criança a curto e longo prazo.

Está plenamente estabelecido e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que a melhor opção alimentar para crianças de 0 a 6 meses é o ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO. Entretanto, a partir dos seis meses de idade, é preciso adicionar alimentos complementares ao aleitamento materno para satisfazer as necessidades nutricionais do lactente, bem como propiciar que ele entre em contato com outros sabores e texturas. Também é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção), que as habilitam a receber outros alimentos além do leite materno. Assim, para crianças de 6 a 12 meses, a prática recomendada é dieta mista: manutenção do aleitamento materno e introdução de novos alimentos (papas e frutas).

Alimentação complementar é o conjunto de outros alimentos, além do leite materno oferecido durante o período de aleitamento.

A importância de manter o aleitamento materno é comprovada por estudos clínicos que os lactentes amamentados têm menor incidência de infecções respiratórias e do trato digestivo, sendo o efeito protetor do leite humano mediado por anticorpos maternos contra patógenos ambientais, bem como por outras

substâncias como a lactoferrina e a lisozima. É importante ressaltar que nenhum outro alimento oferece as características imunológicas do leite materno.

Entretanto, aos 6 meses de vida do lactente, muitas mães já retornaram ao trabalho e nem sempre é possível seguir o esquema alimentar recomendado para lactentes no segundo semestre de vida. Nessa etapa, em determinadas situações, a introdução de alimentos lácteos, que não o leite materno é necessário, sendo bastante discutida qual é a melhor opção de leite para complementação da dieta.

No momento de formular uma dieta adequada para o lactente, as recomendações devem levar em conta aspectos fisiológicos, tais como funções digestivas, renais, nervosas e imunológicas, para distinção entre alimentos adequados e inadequados, para as diversas situações e faixas etárias. É importante mencionar que as necessidades nutricionais se alteram conforme a faixa etária e a saúde da criança. Também é importante enfatizar que no primeiro ano de vida pode-se evitar a formação de hábitos com repercussões nocivas à saúde atual e futura do paciente. Ademais, a ingestão inadequada de nutrientes, associada a surtos de infecção, especialmente a diarreia, pode agravar o estado nutricional da criança. Estudo brasileiro demonstrou que mais atenção deve ser dada a esse aspecto, pois evidenciou não somente a precocidade da introdução dos alimentos complementares ao aleitamento materno, como também a inadequação desses alimentos, em razão de sua baixa densidade calórica, o que não está de acordo com as necessidades da criança e nem de acordo com as recomendações atuais.

Os alimentos complementares, anteriormente designados “alimentos de desmame”, podem ser chamados de transicionais, quando são especialmente preparados para a criança pequena até que ela possa receber os alimentos consumidos pela família (em torno dos 9 a 11 meses de idade). Alimentos utilizados pela família modificados ou simplesmente alimentos da família, na consistência para adequar à maturação da criança. Devem ser oferecidos, inicialmente, em forma de papa (não liquidificada e também não peneirada, somente amassada com garfo), passando para pequenos pedaços e, após os doze meses, na mesma consistência dos alimentos consumidos pela família. Neste momento, cabe ao pediatra avaliar os alimentos consumidos pela família. O termo “alimentos de desmame” deve ser evitado, por sugerir que o objetivo será a completa interrupção do aleitamento

materno e não a sua manutenção, mesmo com a introdução de novos alimentos. SEMPRE QUE POSSÍVEL MANTER O ALEITAMENTO MATERNO. EVITAR AS FÓRMULAS E LEITE NÃO MODIFICADO.

O período de introdução da alimentação complementar é de elevado risco para a criança, tanto pela oferta de alimentos inadequados, quanto pelo risco de sua contaminação devido a manipulação/preparo inadequados, favorecendo a ocorrência de doença diarreica e desnutrição. Oferecer adequada orientação para as mães, durante este período, é de fundamental importância e deve ser realizada por profissionais da área de saúde.

É necessário lembrar que a introdução dos alimentos complementares deve ser gradual, sob a forma de papas e oferecidos com a colher. É importante oferecer água potável, porque os alimentos oferecidos ao lactente apresentam maior sobrecarga de solutos para os rins.

A composição da dieta deve ser variada e fornecer todos os tipos de nutrientes.

As recomendações nutricionais para crianças menores de dois anos de idade têm sido constantemente revistas por grupos de especialistas bem como diferentes parâmetros têm sido usados para o cálculo das necessidades calóricas diárias por faixa etária, considerando o gasto total de energia e a energia necessária para o crescimento.

19.1 DEZ PASOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O Ministério da Saúde/OPAS e a Sociedade Brasileira de pediatria estabeleceram, para crianças menores de dois anos, dez passos para a alimentação saudável:

- **Passo 1:** Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

- **Passo 2:** A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

• **Passo 3:** Após os seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes), três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

• **Passo 4:** A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

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

• **Passo 6 :** Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.

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

• **Passo 8:** Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

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

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

Esquema para introdução dos alimentos complementares:

Faixa etária	Tipo de alimento
Até 6º mês	Leite materno
6º mês	Leite materno, papa de frutas.
6º ao 7º mês	Primeira papa principal, ovo, suco de frutas.
7º ao 8º mês	Segunda papa principal
9º ao 11º mês	Gradativamente passar para a comida da família
12º mês	Comida da família

Deve-se estar atento para o grande aprendizado que esse momento de introdução de novos alimentos representa para o bebê. Nessa fase inicial, seguramente, manifestar-se-ão as predisposições genéticas como preferência pelo sabor doce, a rejeição aos sabores azedos e amargos e uma certa indiferença pelo sabor salgado.

O respeito ao tempo de adaptação aos novos alimentos, às preferências e aos volumes que desejam ser consumidos, permitirão a atuação dos mecanismos reguladores do apetite e saciedade. Estes devem ser praticados, desde a introdução, sob o risco de interferirmos negativamente na capacidade de auto regulação da ingestão alimentar.

Desta forma, atitudes excessivamente controladoras e impositivas podem induzir ao hábito de consumir porções mais volumosas do que o necessário e à preferência por alimentos hipercalóricos. Esta condição é apontada como uma das causas preocupantes do aumento das taxas de obesidade infantil que se tem observado nos últimos anos, além de também ser uma das causas de inapetência na infância.

19.2 O ALEITAMENTO MATERNO É O PADRÃO – OURO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL.

- Não há vantagens em iniciar a alimentação complementar antes dos seis meses.
- No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo muito importante.
 - Dois copos (500 ml) de leite materno, no segundo ano de vida, fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% de vitamina A, 38% das proteínas e 31% do total de energia.
 - Proteção contra doenças infecciosas: crianças não amamentadas tem 2 vezes mais chance de morte por doenças infecciosas que as crianças amamentadas.

19.3 ESQUEMA DA ALIMENTAÇÃO A PARTIR DOS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO

A partir desta idade, o aleitamento materno deve ser mantido, porém não exclusivo. Naqueles casos em que o aleitamento materno não é possível, deve-se usar fórmula infantil de seguimento.

Deve ser pesquisada a história familiar de atopia e/ou reações alérgicas antes da introdução de novos alimentos.

As frutas devem ser oferecidas nesta idade, preferencialmente sob a forma de papas (amassadas ou raspadas), sempre em colheradas. O tipo de fruta a ser

oferecido terá de respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada.

Os sucos naturais podem ser oferecidos preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a estas, em uma dose máxima de 100mL/dia para favorecer a absorção de ferro não-heme presentes em alimentos como feijões e folhas verde-escuras.

A primeira papa principal deve ser oferecida a partir do sexto mês, não liquidificada e também não peneirada, somente amassada com garfo, no horário de almoço ou jantar, podendo ser utilizados os mesmos alimentos da família, desde que adequados às características do lactente, completando-se a refeição com a amamentação, enquanto não houver boa aceitação.

A refeição deve conter alimentos dos seguintes grupos:

- Cereais e tubérculos;
- Leguminosas;
- Proteína animal (vaca, frango, porco, peixe ou vísceras, ovo inteiro- gema e clara);
- Hortaliças (verduras e legumes).

Óleo vegetal (preferencialmente óleo de soja ou canola, evitar o uso de gordura animal).

O sal deve ser evitado, se necessário usado em mínima quantidade, assim como, não devem ser utilizados caldos e temperos industrializados.

Dar preferência às composições de cardápios onde se encontrem um tubérculo ou cereal associado à leguminosa, proteína de origem animal e hortaliça ou vegetal. A papa deve ser amassada, sem peneirar, nem liquefazer. A carne não deve ser retirada, mas sim, picada, moída ou desfiada e oferecida à criança.

Entre sete e oito meses, respeitando-se a evolução da criança, deverá ser introduzida a segunda papa principal. Assim que possível, os alimentos não precisam ser muito amassados, evitando-se, desta forma, a administração de alimentos muito diluídos e propiciar oferta calórica adequada.

A criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas salgadas e uma de fruta) e aquela não amamentada, cinco a seis refeições (duas papas salgadas, uma de fruta e duas a três vezes de leite).

Deve-se evitar alimentos industrializados (refrigerantes, café e chás contendo xantinas, embutidos, salgadinhos, balas, doces, dentre outros).

No **primeiro ano de vida não usar mel**. Nessa faixa etária, os esporos do *Clostridium botulinum*, capazes de produzir toxinas na luz intestinal, podem causar botulismo. Deve-se evitar também o uso de açúcar.

A Introdução de Alimentos potencialmente alergênicos deverá ocorrer a partir dos seis meses de idade, sem restrições. (Todos os guias de conduta respaldam esta afirmação = europeu, americano e brasileiro).

1. Peixe: antes dos 9 meses reduz 24% o risco de dermatite atópica.

2. Ovo: introdução tardia aumenta o risco de desenvolvimento de alergia a ovo, em comparação a introdução a partir dos 6 meses. (Aos 9 meses: aumento de 1,5 vez o risco; acima de 12 meses: aumento de 3 vezes o risco). O ovo pode ser introduzido, sempre cozido, após o sexto mês.

Composição da papa salgada:

COMPONENTES DAS MISTURAS			
<u>Cereal ou tubérculo</u>	<u>Leguminosa</u>	<u>Proteína animal</u>	<u>Hortaliças</u>
Arroz	Feijão	Carne de boi	Verduras
Milho	Soja	Carne suína	Legumes
Macarrão	Ervilha	Vísceras	
Batata	Lentilha	Frango	
Mandioca	Grão de bico	Ovos	
Inhame		Peixe	
Cará			
Mandioquinha			

• **Legumes:** São vegetais cuja parte comestível não são folhas. Por exemplo: cenoura, beterraba, abóbora, chuchu, vagem, berinjela, abobrinha e pimentão.

• **Hortaliças:** são vegetais cuja parte comestível são as folhas. Por exemplo: agrião, alface, couve, chicória, taioba, espinafre, serralha, beldroega, acelga e almeirão.

• **Tubérculos:** são caules curtos e grossos, ricos em carboidratos. Por exemplo: batata, mandioca, mandioquinha, cará e inhame.

Recomenda-se que os alimentos sejam oferecidos separadamente, para que a criança identifique os vários sabores e, desta forma, aceite-os.

Não se deve acrescentar açúcar ou leite nas papas (na tentativa de melhorar a sua aceitação), pois podem prejudicar a adaptação da criança às modificações de sabor e consistência das dietas.

A exposição frequente a um determinado alimento facilita a sua aceitação. Em média, são necessárias de 8 a 10 exposições ao alimento para que ele seja aceito pela criança.

Nas papas como refeição principal:

- Não acrescentar sal e condimentos industrializados.
- Óleo vegetal em pequena quantidade para refogar temperos naturais (cebola, alho...).
- Carne bovina (em torno de 50g a 70g por dia = para duas papas)
- Peixes fontes de ômega 3 ao menos duas vezes/semana.
- Não restringir a introdução de proteínas animais potencialmente alergênicos a partir dos seis meses.
- Incluir todos os grupos de alimentos (cereais ou tubérculos, proteína animal, hortaliças e leguminosas).
- Variar os alimentos oferecidos (atender as necessidades de vitaminas, minerais e antioxidantes).

Recomendação de água:

A partir da introdução da alimentação complementar é importante oferecer água.

Recomendação de água incluindo a contida nas preparações.

- De 0 a 6 meses: 700 mL
- De 7 a 12 meses: 800 mL
- De 1 a 3 anos: 1300 mL

Importância da Carne:

Queda fisiológica nas concentrações de zinco e ferro no leite materno. Por volta do 7º mês de idade 80% das necessidades de zinco e 70% das necessidades de ferro deveriam ser atendidas pela alimentação complementar.

Conteúdo de ferro e zinco:

- Ferro heme – dobro da absorção do não heme
- Recomendação – 50 a 70 gramas por dia (2 refeições)

19.4 PRINCIPAIS RISCOS: ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INADEQUADA

- Interrupção do aleitamento materno.

- Introdução precoce de leite de vaca:

- I- Elevada carga renal de soluto (> proteína e sódio)
- II- Baixa biodisponibilidade de ferro
- III- Baixa concentração de minerais (zinco) e vitaminas (D, E, C)
- IV- Baixos teores de ácidos graxos essenciais (linoleico e linolênico)
- V- Efeito adipogênico (Via aumentada IGF-1).

LEITE DE VACA INTEGRAL NÃO DEVE SER OFERECIDO DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA.

- Inadequação da alimentação complementar:

- Introdução precoce (<4 meses) ou tardia (>7 meses)
- Introdução de “sopas” ao invés de papas (preparo inadequado)
- Pouca variação nos alimentos oferecidos (monotonia)
- Deficiência de micronutrientes
- Contaminação dos utensílios e água do preparo (enteropatia ambiental)
- Aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas pela ingestão excessiva de alimentos ricos em gordura saturada e trans, carboidratos simples e sódio.
- Aumento do consumo de contaminantes: xenobióticos

- Xenobióticos: conjunto de produtos estranhos a composição normal de um alimento (agrotóxicos, aditivos sintéticos, produtos provenientes da irradiação alimentar e substâncias químicas utilizadas em materiais de embalagem).

Orientações para redução de agrotóxicos e fertilizantes em produtos a serem consumidos

A presença de agrotóxicos não significa que a oferta deve ser restrita e sim que alguns cuidados podem ser tomados como:

- Lavagem cuidadosa dos produtos a serem consumidos
- Preferir frutas e hortaliças da estação (manejo mais simples)
- Retirar a casca dos alimentos como nectarina, pêssego, berinjela e maçã.
- Retirar as folhas externas das verduras.
- Retirar a gordura e pele das carnes.
- Mergulhar os alimentos em solução clorada (1 colher de sopa de água sanitária para 1 litro) por 15 minutos que tem o objetivo de matar germes presentes nos alimentos.

19.5 ALIMENTAÇÃO A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE PARA CRIANÇAS QUE NÃO ESTÃO EM ALEITAMENTO MATERNO

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar uma fórmula infantil que satisfaça as necessidades do lactente. Antes do sexto mês deverá ser utilizada uma fórmula de partida e, a partir do sexto mês, recomenda-se uma fórmula infantil de seguimento. Para as crianças em uso de fórmulas infantis modificadas, a introdução de alimentos não lácteos poderá seguir o mesmo preconizado para aquelas em aleitamento materno exclusivo (a partir dos seis meses). Lembrando apenas que a água deverá ser introduzida a partir do momento da introdução da fórmula infantil!

19.6 ALIMENTAÇÃO PARA LACTENTES ENTRE 1 E 2 ANOS DE IDADE

A partir do primeiro ano, os lactentes devem ser estimulados a tomar iniciativa na autonomia (comer sozinho) e no modo de comer.

No segundo ano de vida, a amamentação deve continuar, avaliando-se o risco nutricional da criança pelas condições socioeconômicas e as condições psicológicas da dupla mãe-filho. As refeições de sal devem ser semelhantes às dos adultos.

Podem ser consumidos os tipos de carnes e vísceras. Deve-se estimular o consumo de frutas (sem açúcar) e verduras, lembrando que aquelas de folha verde escuro apresentam maior teor de ferro, cálcio e vitaminas. Evitar a utilização de alimentos artificiais e corantes, assim como os “salgadinhos” e refrigerantes, lembrando que os hábitos alimentares adquiridos nesta idade mantêm-se até a vida adulta. Deve ser incentivada a ingestão média de 600 mL de leite (preferencialmente fortificado com ferro e Vitamina A), assim como de outros derivados (iogurtes, queijos) para garantir correta oferta de cálcio.

19.7 DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS:

- **Passo 1:** Oferecer alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Não pular as refeições. É importante que a criança coma devagar, porque assim, mastiga bem os alimentos, aprecia melhor a refeição e satisfaz a fome. Preferir alimentos saudáveis típicos da região e disponíveis na sua comunidade.

- **Passo 2:** Incluir diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches da criança ao longo do dia. Dar preferência aos alimentos integrais e na forma mais natural.

- **Passo 3:** Oferecer legumes e verduras nas duas principais refeições do dia; oferecer também, diariamente, 2 frutas nas sobremesas e lanches. Todos esses alimentos são fontes de vitaminas e minerais, que ajudam na prevenção de doenças e melhoram a resistência do organismo. Variando os tipos de frutas, legumes e verduras oferecidos, garante-se um prato colorido e saboroso.

- **Passo 4:** Oferecer feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana. Essa combinação é muito boa para a saúde. Logo após a refeição, oferecer meio copo de suco de fruta natural ou meia fruta (com pouco ou nenhum açúcar), que seja fonte de vitamina C, como laranja, limão, acerola, caju e outras, para melhor o aproveitamento do ferro pelo corpo. Essa combinação ajuda a prevenir a anemia.

- **Passo 5:** Oferecer leite ou derivados (queijos e iogurtes) 3 vezes ao dia. Esses alimentos são boas fontes de proteínas e cálcio e ajudam na saúde dos ossos, dentes e músculos. Se a criança ainda estiver sendo amamentada, não é necessário oferecer outro leite. Carnes, aves, peixes ou ovos devem fazer parte da

refeição principal da criança. Além das carnes, oferecer a criança vísceras e miúdos (fígado, moela) que também são fontes de ferro, pelo menos uma vez por semana.

- **Passo 6:** Evitar alimentos gordurosos e frituras, preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retirar a gordura visível das carnes e a pele das aves antes da preparação, para tornar esses alimentos mais saudáveis. Comer muita gordura faz mal à saúde e pode causar obesidade.

- **Passo 7:** Evitar oferecer refrigerantes e sucos industrializados ou alimentos com muito açúcar (balas, bombons, biscoitos doces e recheados), salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia. Uma alimentação com muito açúcar e doces pode aumentar o risco de obesidade e cáries nas crianças.

- **Passo 8:** Diminuir a quantidade de sal na comida; não deixar o saleiro na mesa. Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos, como mortadela, presunto, hambúrguer, salsicha e outros, pois estes alimentos têm muito sal. É importante que a criança se acostume com comidas menos salgadas desde cedo. Sal demais pode aumentar a pressão arterial. Usar temperos, como cheiro verde, alho, cebola e ervas frescas e secas, ou suco de frutas como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos.

- **Passo 9:** Estimular a criança a beber no mínimo 4 copos de água durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo. Use sempre água tratada, fervida ou filtrada para beber e preparar refeições e bebidas. Suco natural da fruta também é uma bebida saudável, mas procure oferecer após as principais refeições. Não se esqueça também que suco não substitui a água.

- **Passo 10:** Além da alimentação, a atividade física regular é importante para manter o peso e uma vida saudável. Atividades como caminhar, andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, brincar de esconde-esconde e pega-pega e evitar que a criança passe mais que 2 horas por dia assistindo TV,

jogando videogame ou brincando no computador contribuem para que ela torne-se mais ativa. Criança ativa é criança saudável.

Más práticas alimentares na infância resultam em doenças crônicas no adulto.

O Pediatra tem a responsabilidade de orientação nutricional e vigilância do crescimento.

20. PERÍODO PRÉ ESCOLAR 2 A 6 ANOS DE IDADE

Período de grande vulnerabilidade para distúrbios nutricionais:

- Menor frequência a consultas pediátricas.

• Dificuldade na percepção dos pais em relação condição nutricional. (Estudos americanos com crianças entre 4 a 5 anos de idade mostrou que os pais não reconhecem o excesso de peso nos seus filhos em mais de 50% das vezes). Idade de maior risco nutricional.

Comportamento alimentar nesta faixa etária:

- ❖ Maior autonomia e aumento das habilidades (Ex: aos 2 anos utiliza colher e xícara e aos 6 anos utiliza faca).
- ❖ Menor interesse pelos alimentos e maior pelo mundo ao redor.
- ❖ Diminuição do ritmo de crescimento (2 a 3 Kg/ano e 5 a 7 cm/ano).
- ❖ Apetite variável e momentâneo.
- ❖ Não aceitam prontamente novos alimentos (neofobia).
- ❖ Preferência pelo sabor doce (inato).
- ❖ Comem melhor em porções pequenas (6 refeições por dia).
- ❖ Socialização: comem bem em grupo como escolas e creches.
- ❖ Maior importância ao visual e odor dos alimentos.

Orientações gerais:

• Ansiedade dos pais em relação a recusa alimentar: tranquilizar, orientar e apoiar.

• Alterações do comportamento alimentar são temporárias: colocar limites aos comportamentos impróprios.

- Castigos, recompensas, chantagens e brincadeiras: não indicado

- Brincadeiras agitadas: evitar 15 minutos antes das refeições.
- Monotonia: diversificar a dieta.
- Substituições: não indicar como rotina.
- Horários regulares: estabelecer para as refeições e sono.
- Líquidos: não ingerir nos horários da refeição.
- Bebidas açucaradas (refrigerantes e sucos artificiais): não recomendar.
- Usar utensílios apropriados à idade.
- Respeitar as preferências tanto quanto possível.
- Incentivar a exploração dos alimentos (olfato, tato, paladar)
- Realizar refeições à mesa, com os membros da família.
- Propiciar ambiente da refeição calmo, tranquilo, sem fatores de distração (TV e brinquedos).
- Estimular a autonomia.

20.1 DIFICULDADES ALIMENTARES MAIS FREQUENTES:

Neofobia: Como orientar:

- Oferecer o alimento separadamente: identificação dos sabores novos.
- Realizar 8 a 10 exposições: reconhecimento e aceitação do novo alimento.
- Respeitar o tempo de adaptação aos novos alimentos e a quantidade ingerida: capacidade de auto regulação da saciedade e apetite.
- Evitar atitudes impositivas ou excessivamente controladoras.

Anorexia simples: Como orientar:

- Conceito: inapetência sem outros sintomas e sinais de doenças associadas.

- Características: preferência por certos tipos de alimentos, quantidade e variedade restritas.

- Risco: limitações podem levar à deficiência de micronutrientes.

- Tratamento: reeducação dos hábitos alimentares.

Considerações:

- Atenção aos sinais de saciedade e não superalimentar.

- Tranquilizar os pais quanto aos aspectos transitórios do comportamento alimentar nessa fase.

- Introduzir alimentos saudáveis e continuar oferecendo, mesmo se houver recusa inicial.

- Não oferecer alimentos simplesmente para prover calorias sem outros benefícios nutricionais adicionais.

Estimular os hábitos alimentares e estilo de vida adequado para toda a família.

21. PERÍODO DO ESCOLAR 7 A 10 ANOS DE IDADE

- ❖ Ritmo de crescimento constante.
- ❖ Aumento fisiológico do apetite e melhor aceitação.
- ❖ Maior autonomia na escolha e na quantidade de alimentos.
- ❖ Rotina escolar favorece o estabelecimento de horários e prática de uma dieta adequada.
- ❖ Dificuldade na aquisição de conceitos abstratos (como os relacionados à nutrição).

21.1 PRÁTICAS ALIMENTARES INADEQUADAS:

- Consumo de sal:
- Consumo máximo 5g/dia (uma colher rasa de chá).
- Cuidado especial com: - Sal de adição.
 - Alimentos industrializados:
- Condimentos industrializados
- Macarrão instantâneo
- Embutidos (Ex: salsicha/linguiça)
- Molhos prontos
- Salgadinhos
- Doces e guloseimas

Consumo de Refrigerantes:

- a) Refrigerantes tipo cola: risco para doenças ósseas e do esmalte dentário.
 - Cafeína (aumenta a diurese) + sódio (50g/lata): Aumenta a sede e portanto aumenta o consumo.

- Presença de ácido fosfórico = desmineralização óssea e dentária + aumento de excreção urinária de cálcio.

b) Refrigerantes e águas carbonatadas.

- Aumento da excreção urinária de cálcio.

Consumo de outras bebidas açucaradas:

a) Sucos e néctar de frutas industrializadas: alta concentração de açúcar (Ex: néctar de pêsego 22 g = 2 colheres de sopa de açúcar em 200 ml)

b) Bebidas à base de soja: presença de isoflavonas, menor biodisponibilidade do cálcio, alta concentração de açúcar.

Consumo de gordura vegetal hidrogenada (gordura trans):

a) Lista de ingredientes no rótulo: gordura vegetal hidrogenada = gordura trans.

b) Legislação brasileira “Zero” de gordura trans = < 0,2g por porção.

Consequência de Práticas Alimentares Inadequadas: Cáries e alterações do esmalte dentário.

Orientações:

- Higienização correta;
- Evitar petiscos durante todo o dia;
- Cuidado com consumo de bebidas açucaradas de alimentos cariogênicos;

Eliminar o uso de mamadeiras noturnas.

22. PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA

- Relação com família, amigos e mídia.
- Crenças e valores individuais.

Significado dos alimentos:

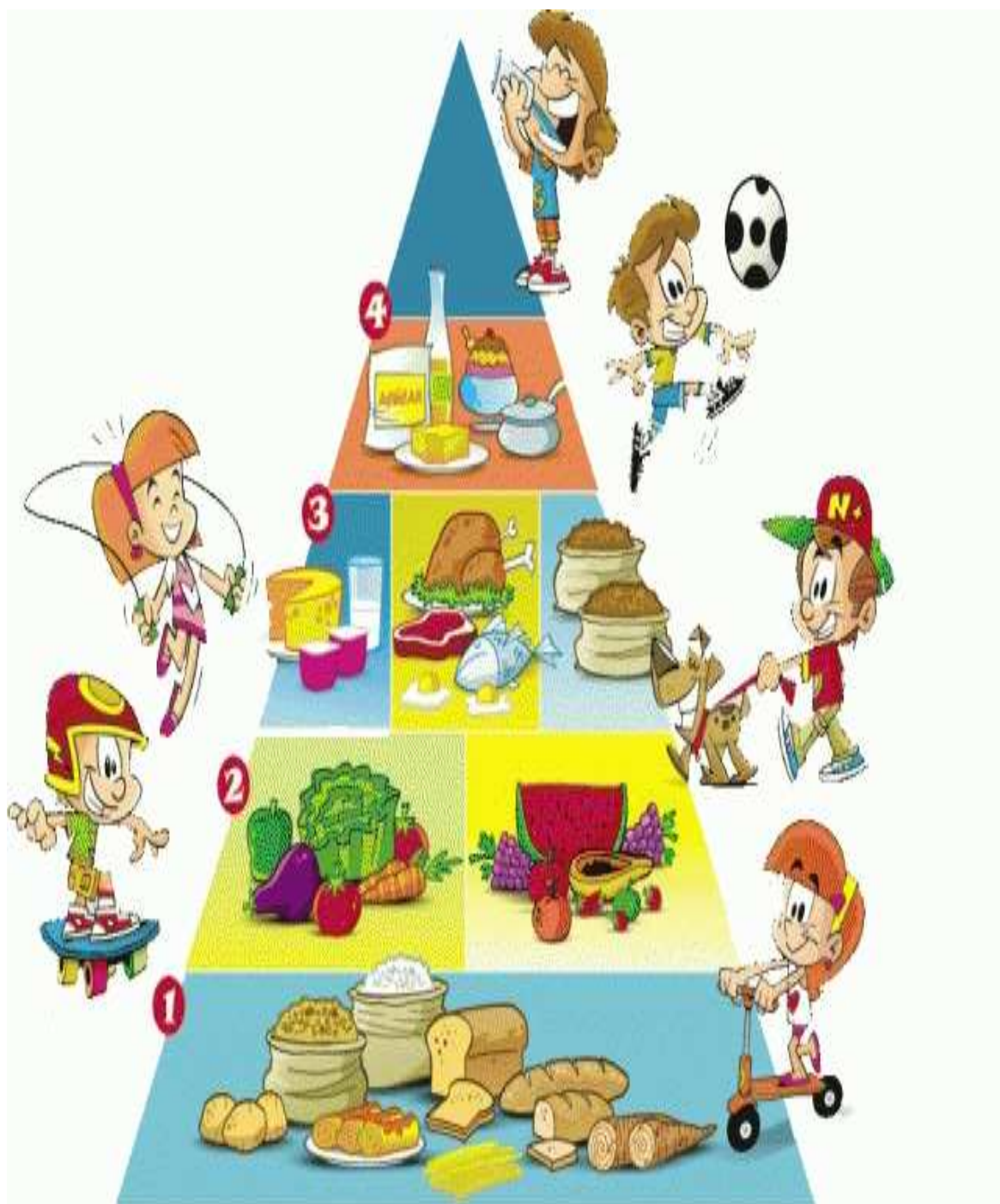
JUNK FOOD = Prazer

22.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

- Falta da monitorização da condição nutricional prévia.
- Tempo que assiste TV > 2 horas/dia.
- Falta de prática de atividade física regular.
- Fica sozinho o dia todo e cuida da própria alimentação.
- Não avaliação o estadiamento puberal (Tanner).
- Recordatório de 24 horas: Consumo excessivo de achocolatado, doces e guloseimas
- Diminuição do consumo de hortaliças e frutas
- Redução do consumo de leite e derivados
- Aumento do consumo de alimentos industrializados, salgadinhos, macarrão instantâneo, salsicha e suco artificial.
- Interpretação da estatura dos pais.

Considerações:

- Adequado acompanhamento do adolescente com o uso do instrumento oficial “Caderneta de Saúde do Adolescente”.
- Avaliação do estadiamento puberal: obrigatória.
- Valorização da estatura dos pais: estatura alvo.
- Correção dos hábitos alimentares: risco para desenvolvimento de doenças.
- Orientação da responsabilidade do próprio adolescente quanto a alimentação saudável e prática de atividade física.



23. PROGRAMAS DE FÓRMULAS INFANTIS E SUPLEMENTAÇÕES

Atualmente é fornecido pela Secretaria de Saúde de Sorocaba:

- Leite fluido enriquecido com ferro e Vitaminas A e D: Projeto Estadual do Leite Viva Leite – fornecido pela Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado do Estado de São Paulo;
- Fórmula infantil de Partida e Seguimento;
- Suplementos Alimentares.

Orientações gerais para recebimento das suplementações alimentares:

- Inscrita no PAC
- Caderneta de Saúde (Vacinação em dia)
- Acompanhamento com Pediatra
- Acompanhamento para dados antropométricos
- Prescrição pediátrica

23.1 FÓRMULA DE PARTIDA

Esta suplementação alimentar segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Codex Alimentarius FAO/OMS para fórmulas de Partida.

Cada criança receberá até **8 latas por mês**, podendo ser cadastradas no máximo 2 crianças por família (exceto trigemelaridade).

Critérios

- Crianças de mãe portadora de doença psiquiátrica que não consegue amamentar devido ao uso ou não de medicação que prejudiquem a amamentação;



- Gemelares cujo ganho ponderal não seja satisfatório em aleitamento materno exclusivo;
- Crianças portadoras de síndromes e malformações que impeçam a amamentação;
- Crianças de mães soropositivas para HIV (SAME);
- Crianças de mães portadoras de doenças oncológicas em tratamento;
- Crianças portadoras de neuropatias, cardiopatias, pneumopatias e gastroenteropatias graves entre outras, cujo ganho ponderal não seja satisfatório em aleitamento materno exclusivo;
- Crianças órfãs de mãe;
- Crianças de mãe usuária de drogas e casos não relacionados acima porém com importante risco discutir com assistente social do Programa RN de Risco.

Documentação:

Original

- 1- Relatório Médico completo
- 2- Receita médica

Xerox

- 3- RG da mãe
- 4- Certidão de nascimento da criança
- 5- Comprovante de endereço
- 6- Telefone para contato

Observação

O Coordenador/Enfermeiro da UBS deverá enviar a documentação a Policlínica no Programa Recém-Nascido de Risco aos cuidados **Assistente Social**.
Após receber a documentação ela irá agendar Avaliação Social.

****EM CASOS Emergenciais – favor ligar de imediato no Programa RN de Risco.**

Dúvidas

Coordenadora do Programa RN de Risco

Assistente Social

Fone: 3219-2228 / rnrisco@sorocaba.sp.gov.br

As crianças que passam em atendimento no SAME, devido a patologia materna (HIV), possuem fluxo próprio, quantidade de latas e o prazo de recebimento diferenciados conforme adequação realizada pela equipe técnica do Programa Municipal de DST/AIDS.

23.2 FÓRMULAS DE SEGUIMENTO

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, ou seja, sem alimentos ou complementos (chá, água e suco), sendo que o leite de vaca fluido deve ser evitado no 1º ano de vida.

Considerando que o aleitamento complementar deve ser feito mesmo após a introdução de novos alimentos, até pelo menos o primeiro ano de vida, podendo ser prolongado até o 2º ano de idade ou mais.

Considerando que esta suplementação alimentar segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Codex Alimentarius FAO/OMS para Fórmulas de Sequência.

Informamos que para a fórmula de seguimento, somente serão inscritas crianças com prescrição do Pediatra, que estejam cadastradas e em acompanhamento no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, na unidade de saúde de sua área de abrangência.

Cada criança receberá **06 latas por mês**, podendo ser cadastradas no máximo 2 crianças por família (exceto trigemelaridade).

A planilha de inclusão, planilha de exclusão e planilha de assinatura do responsável pelo recebimento das latas deverão ser mantidas.

Serão beneficiadas crianças de **06 meses aos 11 meses e 29 dias** com prescrição pediátrica e que contemple os critérios abaixo descritos.

Critérios de inscrição:

- ✓ Crianças cujo **ganho ponderal não seja satisfatório** em aleitamento materno mesmo com alimentação complementar (a avaliação deverá ser realizada através do gráfico de peso por idade);
- ✓ Seguir rigorosamente os critérios biológicos abaixo estabelecidos (prioridade 1);
- ✓ Crianças com risco social sem critérios biológicos (deverão ser avaliados pela assistente social da policlínica)- segue abaixo o fluxo (prioridade 2);
- ✓ Estar com vacinação em dia;
- ✓ Estar em acompanhamento nas consultas na UBS conforme cronograma estabelecido em protocolo e não ter falta (sem justificativa) nas consultas.

Prioridade 1: risco biológico criterioso

1. Crianças de mãe portadora de doença psiquiátrica que não conseguem amamentar devido ao uso ou não de medicação que prejudiquem a amamentação;
2. Crianças portadoras de síndromes e malformações que impeçam a amamentação;
3. Crianças de mães portadoras de doenças oncológicas em tratamento;
4. Crianças portadoras de neuropatias, cardiopatias, pneumopatias e gastroenteropatias graves entre outras, **cujo ganho ponderal não seja satisfatório;**
5. Crianças órfãs de mãe;
6. Crianças de mãe usuária de drogas;

7. Crianças adotadas;
8. Gemelaridade cujo ganho ponderal não seja satisfatório;
9. Crianças de mães soropositivas para HIV (inscrição e dispensação será no SAME).

Prioridade 2: apenas risco social.

Encaminhar os documentos para avaliação social que retornará planilha para UBS com a classificação de cada caso.

Favor escrever no envelope (frente):

À Policlínica Municipal

A/C: Assistente Social

Assunto: Fórmula de Seguimento – 2º semestre.

Documentos que deverão estar dentro do envelope:

1. Prescrição do Pediatra
2. Relatório médico
3. Xerox do RG da mãe/responsável
4. Xerox da certidão de nascimento da criança
5. Comprovante de endereço
6. SIS da criança
7. Telefone para contato

Obs: A equipe da Policlínica entrará em contato com o mãe/responsável (via telefone) pela criança para agendar o dia da avaliação social, após a avaliação do caso e devidos encaminhamentos, a equipe da policlínica enviará a planilha para respectiva UBS com a classificação.

A - Alto risco social

B - Médio risco social

C - Baixo risco social

As crianças que passam em atendimento no SAME, devido a patologia materna (HIV), possuem fluxo próprio, quantidade de latas e o prazo de

recebimento diferenciados conforme adequação realizada pela equipe técnica do Programa Municipal de DST/AIDS.

23.3 DESCRIÇÃO DO FLUXO DA FÓRMULA DE PARTIDA (1º SEMESTRE) E TRANSIÇÃO PARA A FÓRMULA DE SEGUIMENTO.

O Programa Recém-Nascido de Risco comunicará à UBS de referência e à Regional a relação com os nomes das crianças beneficiadas com Fórmula de Partida (desde o início do fornecimento), com classificação de risco social (segue a legenda abaixo), para que as UBSs possam se organizar em relação as cotas e dar os devidos encaminhamentos.

Classificação:

- A - Alto risco social
- B - Médio risco social
- C - Baixo risco social

Critérios para exclusão ou alta:

- ✓ Idade: 12 meses (alta automática);
- ✓ Mudança dos critérios estabelecidos;
- ✓ Mudança de endereço (mudança de área de abrangência);
- ✓ Mudança de município;
- ✓ Duplicidade;
- ✓ Fora de prioridade;
- ✓ Mais que 02 faltas sem justificativa;
- ✓ Óbito.

Observação:

Crianças maiores de 12 meses somente irão continuar a receber a fórmula após relatório médico, justificando o motivo da permanência e discussão do caso com a Regional que dará os devidos encaminhamentos.

23.4 FÓRMULAS DE TRANSIÇÃO

As fórmulas de transição são aquelas destinadas as crianças a partir dos 12 meses de idade até 24 meses (porém poderão ser prescritas a partir de 10 meses).

Também são fórmulas específicas (compostos lácteos) para esta faixa etária com composição diferenciada. Não é fornecido pela SES.

23.5 FLUXO DAS FÓRMULAS ESPECIAIS

Fórmulas infantis especiais (Resolução SS-336, de 27-11-2007)

- Fórmula a base de proteína isolada de soja
- Fórmula extensamente hidrolisada
- Fórmula a base de aminoácidos

Documentação

- 1- Formulário de avaliação para fornecimento preenchida e assinada pelo médico
- 2- Xerox
- 3- Cartão SUS da criança
- 4- Certidão de nascimento da criança
- 5- RG e CPF mãe ou responsável
- 6- Comprovante de residência e fone para contato

Toda documentação deve ser entregue pela mãe ou responsável para a farmácia de alto custo do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (2ª a 6ª feira das 7h00 às 16h00).

23.6 LEITE FLUIDO ENRIQUECIDO COM FERRO E VITAMINA A E D

(Projeto Estadual do Leite VIVA LEITE - Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo)

Serão beneficiadas crianças de 06 meses* a 5 anos 11 meses e 29 dias de idade com prescrição pediátrica e que contemple os critérios abaixo:

Critérios de Inscrição:

- ✓ Famílias carentes com renda mensal até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo per capita e ter inscrição no Cadastro Único (NIS);
- ✓ Pode ser cadastrada 2 crianças por família.

Prioridades:

- Crianças de 6 meses até 23 meses de idade (crianças entre 6 meses e 1 ano poderão ser inscritas somente com relatório, justificativa e prescrição médica). Crianças menores de 12 meses (entre 6-12 meses) além da prescrição, estritamente com recomendação médica de acordo com o quadro clínico da criança;
- Risco nutricional ou desnutrido;
- Portadoras de deficiência Mental ou Física;
- Chefe de família desempregado;
- Mãe for arrimo de família.

Orientações:

Cada criança irá receber 15 Litros de leite/ mês.

Pesar e medir nas datas agendadas (a cada 4 meses da inscrição no Programa) e seguir rotinas de distribuição da UBS.

Documentação:

- 1- Prescrição médica com justificativa;
- 2- Cartão SUS da criança;
- 3- NIS (Número de Inscrição Social);
- 4- Certidão de nascimento da criança;
- 5- RG e CPF mãe ou responsável;
- 6- Comprovante de residência.

A exclusão deverá seguir os critérios:

- ✓ Renda maior que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo per capita;
- ✓ Idade (A criança poderá continuar no projeto até 6 anos);
- ✓ Mudança de endereço;
- ✓ Duplicidade de cadastro;
- ✓ Fora de prioridade;
- ✓ Falta sem justificativa mais que 3 vezes consecutivas;
- ✓ Óbito;
- ✓ Outros.

Obs. No momento da exclusão avaliar os critérios descritos acima, caso seja possível manter a criança no Projeto até a idade preconizada.

Atenção

Somente serão inscritas crianças, com prescrição do pediatra e que estejam inscritas no PAC, crianças fora dos critérios pré-estabelecidos deverão ser discutidos com o Coordenador da UBS, Pediatra e se necessário com a equipe técnica da regional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, ou seja, sem alimentos complementos (chá, água e suco).

O aleitamento complementar deve ser feito mesmo após a introdução de novos alimentos, até pelo menos o primeiro ano de vida, podendo ser prolongado até o 2º ano de idade ou mais. O leite de vaca fluido deve ser evitado no 1º ano de vida.

23.7 SUPLEMENTOS ALIMENTARES OU FÓRMULAS ESPECIAIS

Prescritor (Policlínica, UBS/USF e outros) encaminha a receita e documentação para Assistente Social do Programa Recém-Nascido de Risco, que posteriormente agendará a avaliação Social e encaminhará para avaliação da Comissão Municipal de Terapia Nutricional.

O Protocolo Municipal de Terapia Nutricional será encaminhado posteriormente.

24. RECOMENDAÇÕES PARA A MELHORIA DO ESTADO NUTRICIONAL

Para as crianças desnutridas ou em risco nutricional, algumas recomendações são necessárias para melhorar sua alimentação e seu estado nutricional:

- Identificar e tratar patologias associadas como infecções, parasitoses, anemias e hipovitaminoses.

- Orientar para as técnicas e práticas corretas da amamentação, em particular para a livre demanda e para a exclusividade do leite materno nos primeiros seis meses de vida. Se a criança estiver em aleitamento materno, orientar para a retirada da mamadeira e para a prática do aleitamento materno exclusivo, com livre demanda.

- Para crianças em aleitamento artificial, ou ainda, em fase de desmame ou com necessidade de complementação, a EQUIPE de saúde deverá orientar:

- ✓ Utilizar alimentos disponíveis na região, procurando respeitar os hábitos alimentares locais e as condições sócio-econômicas da família, utilizando os alimentos mais baratos possíveis.

- ✓ As refeições devem ser oferecidas com maior frequência possível e em quantidades menores. Procurar evitar refeições muito diluídas ou muito consistentes.

- ✓ A quantidade de proteínas não precisa ser aumentada, sendo importante que na dieta constem as de alto valor biológico (carnes, miúdos, ovos) e sejam proporcionalmente em maior quantidade que as proteínas de origem vegetal.

✓ A alimentação deve fornecer o aporte calórico que a criança precisa para se recuperar. O excesso de hidratos de carbono pode contribuir para distúrbio gastrointestinais. O uso de óleo de soja permite este aporte calórico e é bem aceito pelo organismo.

✓ Um dos alimentos básicos é o leite, exceto para os desnutridos graves, com intolerância à lactose (açúcar do leite), entretanto, não deve constituir a maior fonte de alimentação.

✓ A introdução dos outros alimentos merece os mesmos cuidados das crianças normais.

25. IMUNIZAÇÃO



25.1 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA 2017

Calendário de vacinação da Criança 2017

(Calendário do Estado de São Paulo - Atualizado pela Vigilância Epidemiológica Municipal – 29/12/2016)

Idade	Vacina
Ao nascer	BCG, Hepatite B
2 meses	(DTP-Hib-HB) PENTA, VIP, Rotavírus, Pneumo 10
3 meses	MenC
4 meses	(DTP-Hib-HB) PENTA, VIP, Rotavírus, Pneumo 10
5 meses	MenC
6 meses	(DTP-Hib-HB) PENTA, VIP
9 meses	Febre amarela
12 meses	SCR, MenC, Pneumo 10
15 meses	DTP, VOP, Hepatite A, SCR-Varicela (Tetraviral)
4 anos	DTP, VOP, Febre amarela; Varicela (se não recebeu anteriormente); Hepatite A (se não recebeu anteriormente)
9 anos à 14 anos (meninas)	HPV
12 à 13 anos (meninos)	
12 à 13 anos	Meningo C
14 anos	dT
6m a < 5 anos	Influenza

25.2 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇA MAIORES DE 7 ANOS ATÉ ADOLESCÊNCIA.

<p align="center">Calendário para crianças maiores de 7 anos de idade e adolescentes – 2017 (Calendário do Estado de São Paulo - Atualizado pela Vigilância Epidemiológica Municipal – 29/12/2016)</p>		
Intervalo entre as doses	Vacina	Esquema
Primeira Visita	BCG Hepatite B dT Poliomielite Sarampo-Caxumba-Rubéola	Dose única Primeira dose Primeira dose Primeira dose Primeira dose
2 meses após a primeira visita	Hepatite B dT Poliomielite Febre amarela*	Segunda dose Segunda dose Segunda dose Dose inicial
4 meses após a primeira visita	Hepatite B dT Poliomielite Sarampo-Caxumba-Rubéola	Terceira dose Terceira dose Terceira dose Segunda dose
A cada 10 anos	dT Febre amarela*	Dose reforço
9 anos à 14 anos (meninas)	HPV	Primeira Dose Segunda dose com 6 meses da primeira dose
12 à 13 anos (meninos)		
12 à 13 anos		

Nota: Vacina Papiloma Vírus Humano (HPV) – Para meninas de 9 a 14 anos de idade. Para **meninos** de 12 a 13 anos. Esquema de 2 doses: 0 e 6 meses.

*Para pessoas que residem ou viajam para regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica. Só necessário reforço se dose foi administrada antes dos 5 anos de idade, portanto terá um reforço após esta idade.

25.3 EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Os eventos adversos que podem ser imputados às vacinações são apenas uma fração dos que ocorrem após as vacinações. Muitos desses eventos são doenças intercorrentes que ocorrem em associação temporal com a vacinação. Aumento da frequência ou intensidade habitual dos eventos adversos (“surtos”) deve levar a uma investigação.

Os eventos adversos podem ser os esperados, tendo em vista a natureza e as características do imunobiológico, bem como o conhecimento já disponível pela experiência acumulada, ou inesperados. Entre os eventos esperados, podemos ter eventos relativamente triviais, como febre, dor e edema local, ou eventos mais graves, como convulsões febris, episódio hipotônico-hiporresponsivo, choque anafilático, etc.

Eventos inesperados são aqueles não identificados anteriormente, às vezes com vacinas de uso recente, como ocorreu com a vacina contra rotavírus *rhesus/humana* (invaginação intestinal), ou mesmo com vacinas de uso mais antigo, como por exemplo, evisceração e falência múltipla de órgãos, observada muito raramente após vacina contra a febre amarela.

São ainda eventos inesperados aqueles decorrentes de problemas ligados à qualidade do produto como, por exemplo, contaminação de lotes provocando abscessos locais, ou teor indevido de endotoxina em certas vacinas, levando a reações febris e sintomatologia semelhante à sepses.

As unidades notificantes geralmente são as unidades básicas de saúde, de pronto atendimento e hospitalares. No entanto, qualquer unidade de saúde pública ou privada deve notificar a ocorrência de eventos adversos pós-vacinação.

Após a identificação de um evento, a notificação/investigação deve ser iniciada prontamente com o formulário preenchido e encaminhado à Vigilância Epidemiológica local ou municipal. Para fins da vigilância epidemiológica, o tempo máximo para se considerar a investigação iniciada em tempo oportuno é de 48 horas após a notificação. **Em anexo 16 - formulário padrão para notificação.**

Observação:

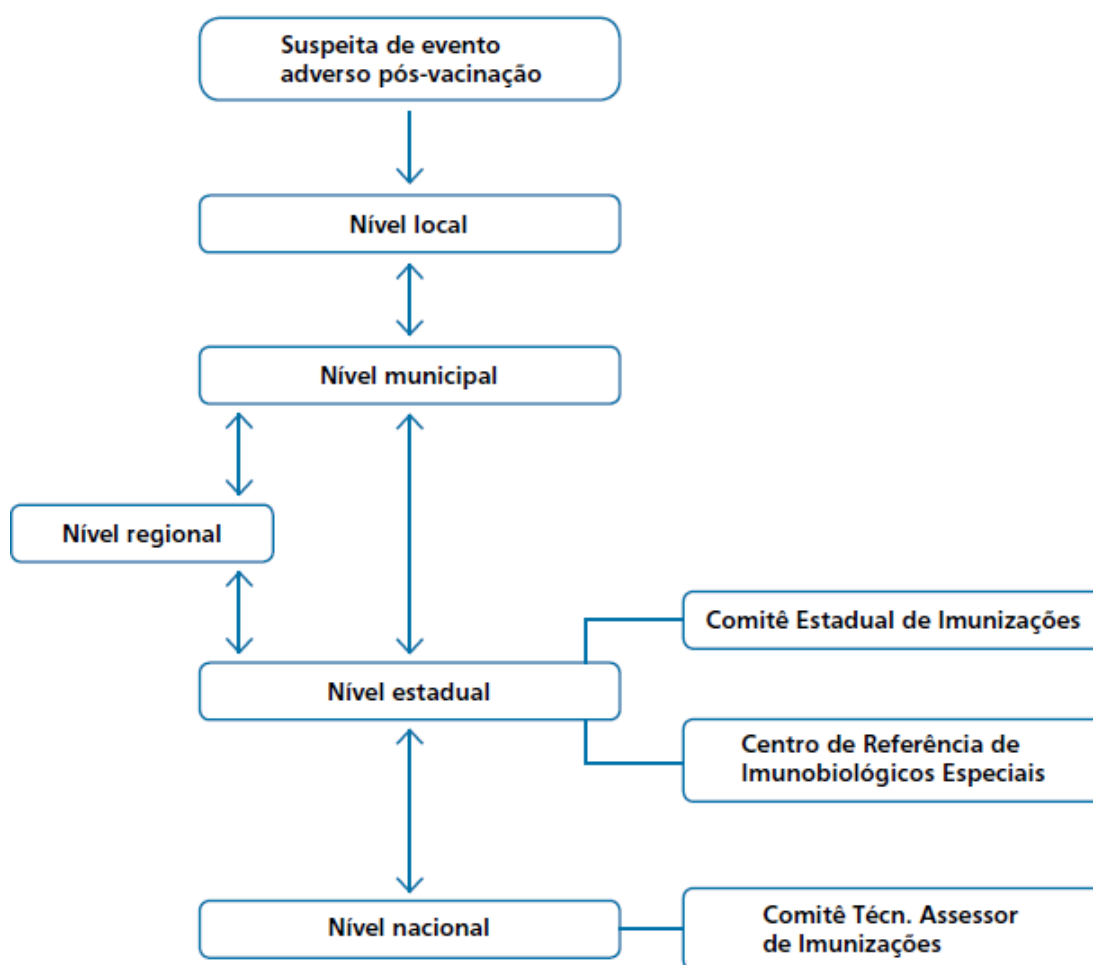
- Os eventos adversos graves e/ou inusitados devem ser notificados por telefone imediatamente ao nível hierárquico superior, com a finalidade de alertar a vigilância e obter orientações quanto à investigação se necessário.

- Sempre que necessário consultar o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós Vacinação. 3º Edição. Brasília – 2014. MS.

- Qualquer dúvida entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica.

Abaixo lista dos eventos adversos para notificação e fluxo de informação de notificação:

Fluxograma de Informação



▪ Mais informações poderão ser consultadas no manual: **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação** do Ministério da Saúde, 3. ed. – 2014.

25.4 VACINAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

(RESOLUÇÃO SS – 249 DE 13 DE JULHO DE 2007)

Considerando a Norma Técnica elaborada pela Coordenadoria de Controle de Doenças - Centro de Vigilância Epidemiológica e Coordenadoria de ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos da Saúde que estabelece as diretrizes para prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo, segue:

Indicações:

- a) Criança prematura menor de 29 semanas de idade gestacional ao nascimento;
- b) Criança prematura e com doença pulmonar crônica da prematuridade em tratamento nos últimos 6 meses e menor de 2 anos de idade;
- c) Criança com cardiopatia congênita menor de 2 anos de idade.

25.4.1 Documentos necessários para solicitação do medicamento:

Para todos os pacientes:

❖ Formulário de Solicitação de Palivizumabe original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

❖ Segue abaixo link de acesso e em anexo formulário: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/formulario_de_solicitacao_de_palivizumabe.pdf > (anexo 17)

❖ Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

Cópia de documentos pessoais do paciente:

- Certidão de nascimento ou Declaração de Nascido Vivo (DNV);
- Comprovante de endereço com CEP, com data inferior a 90 dias;
- Cópia do Cartão SUS;
- Cópia de relatório de alta hospitalar do recém-nascido, fornecido pelo hospital.

Para pacientes portadores de prematuridade e com doenças pulmonares relacionadas à prematuridade:

- ❖ Relatório médico com data inferior a 180 dias, elaborado pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente;
- ❖ Cópia de relatório de alta hospitalar do paciente, após internação por problemas respiratórios nos últimos 6 meses (se internação).

A critério do médico prescritor:

- ❖ Cópia do laudo da tomografia de tórax.

Para pacientes portadores de cardiopatias:

- ❖ Para pacientes não submetidos à cirurgia cardíaca:
- ❖ Relatório médico com data inferior a 180 dias, elaborado pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo a descrição do quadro clínico, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso;
- ❖ Cópia do laudo do ecocardiograma mais recente.

Para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca:

- ❖ Relatório médico com data inferior a 180 dias, elaborado pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo a descrição do quadro clínico, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos em uso;
- ❖ Cópia de relatório de alta hospitalar do paciente, após a cirurgia;
- ❖ *Cópia do laudo do ecocardiograma mais recente, realizado após cirurgia.*

A solicitação poderá ser feita pelo Pediatra, Cardiologista e Pneumologista Infantil. (anotar na carteira de vacina que solicitou, para evitar duplicidade).

Período de encaminhamento da documentação para a Vigilância: anualmente (o período de será comunicado pela Vigilância Epidemiológica no início de cada ano).

Período de aplicação: de abril à agosto de cada ano.

25.4.2 Fluxo para encaminhamento “Palivizumabe”

Estando o Laudo bem preenchido e a documentação correta, enviar para a Vigilância Epidemiológica de Sorocaba para análise.

Após análise da solicitação a Vigilância Epidemiológica enviará o documento para a Farmácia de Alto Custo do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).

A Farmácia encaminhará o processo para a GVE e para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) do CHS.

O local para aplicação será o NVE – CHS, que fará o contato com o responsável pela criança, agendando as datas.

Link para maiores informações:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-protocolos-e-normas-tecnicas-estaduais>

26. CUIDADOS COM SAÚDE BUCAL

É fundamental que as equipes de saúde bucal iniciem precocemente ações programadas de promoção de saúde bucal para gestantes e ações educativas para os familiares.

Os hábitos alimentares da família determinam o comportamento que os filhos adotarão.

A saúde de uma maneira geral, em especial a saúde bucal, mudou muito nos últimos anos e para melhor, principalmente no que diz respeito à prevenção, sendo esta prática comum.

Entende-se que a prevenção só ocorre quando se educa e desse modo, se torna um instrumento de transformação social.

Em relação à cárie dentária precoce da infância, tem uma etiologia e evolução conhecida, pode ser erradicada ou ter sua evolução controlada, ao se adotarem medidas educativas mais precocemente, através de um trabalho multidisciplinar e multiprofissional, envolvendo toda equipe, o pediatra e o enfermeiro materno-infantil. Sabe-se que a orientação de hábitos de higiene a dieta ideal e o uso racional do flúor podem contribuir para a melhor situação da saúde bucal da criança.

A criança no seu dia a dia é alvo de inúmeras atenções de diversos profissionais que têm o objetivo de oferecer cuidados de saúde e de educação.

Saúde começa pela boca e certamente uma criança com saúde bucal adequada, também será um adulto com higiene bucal saudável.

26.1 ODONTOLOGIA INTRAUTERINA

A odontologia intrauterina se refere à construção da saúde bucal antes do nascimento. Para tanto, a mulher grávida é sensibilizada a fazer parte de um programa de acompanhamento odontológico, aumentando a chance de seu bebê ter saúde bucal adequada. A assistência e o cuidado nesta fase possibilitam que a grávida tenha uma microbiota bucal compatível com saúde, minimizando assim a transmissão vertical de microrganismos patogênicos da mãe para seu filho. Permite

ainda informar as mães a cuidarem melhor de seus filhos. Este modelo de odontologia intra-uterina representa o pré-natal odontológico, que assiste e cuida da mãe com o objetivo de melhor cuidar de seu filho. O aconselhamento antecipado permite, ainda, evitar a instalação de hábitos prejudiciais à saúde do bebê.

Todas as orientações servem não só para a gestante, mas também para todos da família.

- Desmistificar crenças e preocupações em relação à gravidez e ao tratamento odontológico;

- Informar a respeito dos efeitos de determinadas drogas (tabaco e álcool);
- Conscientizar a respeito do papel dos pais em relação à saúde bucal dos filhos;
- Orientar a importância da higiene dos primeiros dentes

26.2 ODONTOLOGIA PARA BEBÊ



A preocupação com os cuidados odontológicos na primeira infância não é um fato novo. A chamada Odontologia para Bebês, onde os cuidados começam ainda nos primeiros meses de vida, é uma tendência que está sendo bastante difundida nos dias atuais, porque se sabe que a cárie dentária em bebês manifesta-se de forma agressiva e progressão acelerada, acarretando até mesmo a destruição completa do elemento dentário num curto espaço de tempo.

Sendo assim, a consulta odontológica nos primeiros meses de vida é justificada, principalmente pela possibilidade de prevenção de doenças, manutenção da saúde bucal e também pelo fato das crianças poderem se ambientar com os atendimentos odontológicos. Portanto, a filosofia da Odontologia para Bebês se refere a uma abordagem educativa, preventiva e curativa para crianças na idade mais precoce, afirmando que não é apenas uma boa educação que começa no berço, mas também uma boa dentição.

Como a filosofia está fundamentada na educação e na prevenção, a conscientização dos pais é a chave principal para educar e motivar, devendo ser realizada através de orientações sobre a importância, da dentição decídua, amamentação, do conceito da cárie dentária como uma doença e da existência de medidas eficazes para combater os hábitos estabelecidos na primeira infância representam os valores e cuidados que a criança adquire para vida em relação à saúde bucal em geral

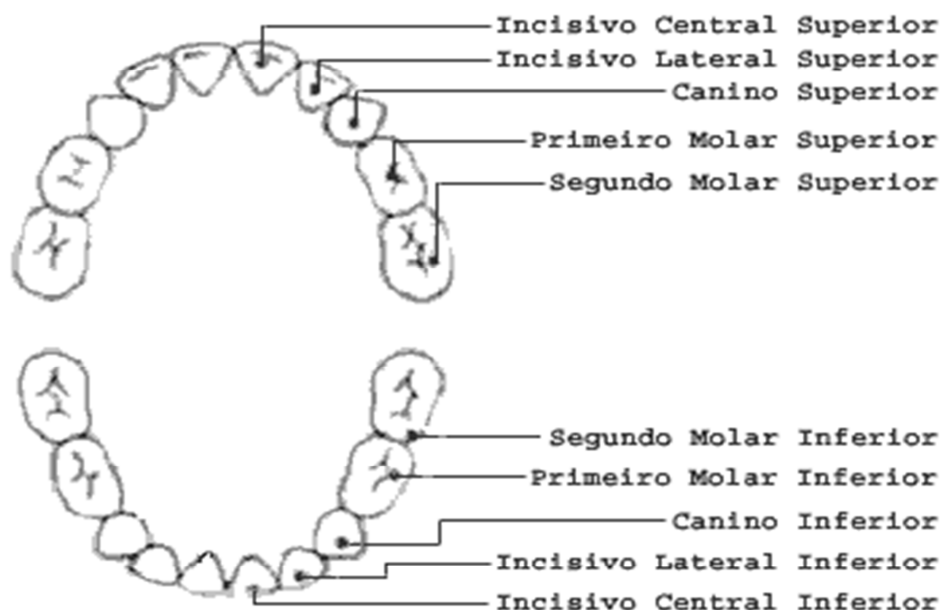
A primeira visita ao dentista é possível realizar orientações e procedimentos odontológicos que estabeleçam boas condutas em saúde com os seguintes objetivos:

- Promover a saúde oral;
- Acompanhar o monitoramento, o crescimento e desenvolvimento orofacial infantil;
- Diagnosticar preventivamente com intervenções odontológicas quando necessárias;
- Orientar preventivamente para motivar os hábitos saudáveis que favorecerão melhor qualidade de vida.



Para os menores de 6 anos, recomenda-se o uso de pequenas quantidades do creme dental, preferencialmente sem flúor.

Erupção dentária – dentição decídua



- 1º Incisivo central inferior 6 – 7 meses
- 2º Incisivo central superior 7 – 8 meses
- 3º Incisivo lateral inferior 7 – 8 meses
- 4º Incisivo lateral superior 9 – 10 meses
- 5º Primeiro molar inferior 12 meses
- 6º Primeiro molar superior 14 meses
- 7º Canino inferior 15 – 16 meses
- 8º Canino superior 16 – 18 meses
- 9º Segundo molar inferior 20 – 24 meses
- 10º Segundo molar superior 24 meses

Manifestações locais e manifestações sistêmicas

- Inflamação gengival;
- Eritema, edema e prurido gengival;

- Irritação local traduzida pelo ato de morder e coçar;
- Hiperemia da mucosa bucal;
- Salivação excessiva (sialorréia);
- Cistos de erupção;
- Ulceras bucal;
- Eritema da face;
- Eczema;
- Aumento da frequência de sucção digital.

26.3 HIGIENE BUCAL DA CRIANÇA

Recém-nascido até Erupção dentaria

A higiene oral deve ser feita com gaze e água filtrada todos os dias, assim você estará criando um ambiente sadio e ideal para erupção dos dentes e também estará incentivando seu filho a ter bons hábitos de higiene.

Erupção até aos 2 anos

Quando os primeiros dentes nascerem, escolha uma escova de cabeça pequena com cerdas extra macias e planas com creme dental com flúor (pequena quantidade) e pode iniciar a passar o fio dental.

Orientar a criança a não engolir o creme dental.

Dos 2 aos 3 anos

É nesta fase que a 1ª dentição se completa, a higienização da boca ainda deve ser feita por um adulto, principalmente à noite.

Problemas Bucais na infância

➤ **Gengivite**

A gengivite é a inflamação do tecido gengival. No bebê, quando ela ocorre, está associada à má higiene bucal. Ela pode estar presente também quando o bebê foi acometido de alguma doença da infância, como sarampo, catapora, rubéola entre outras.

➤ **Cárie Precoce na infância**

Atualmente, a expressão adotada é cárie precoce da infância. Tem sempre um componente sócio-cultural relacionado à amamentação noturna, excesso de alimentos açucarados e à ausência de higiene e apresenta-se com grande prevalência.

Esse tipo de cárie tem característica própria de uma cárie incontrolável, cujos aspectos devem ser observados; tem uma evolução muito rápida, envolve muitos dentes.

➤ **Traumatismos**

Quando a criança cai e bate os dentes procurar o atendimento na UBS ou UPH imediatamente. Se ocorrer fratura do dente, guardar em um frasco com água filtrada ou dentro da boca da mãe e procurar dentista **IMEDIATAMENTE**.

27. ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As unidades básicas de saúde, unidades de urgência e emergência, bem como os demais serviços de saúde, são estratégicos para o acolhimento, identificação, cuidado e notificação de crianças e adolescentes em situação de violência.

Na atuação dos profissionais de saúde, as situações de violência se apresentam tanto de forma explícita como de forma velada. O cuidado e a notificação além de exigência legal, também são mecanismos de proteção, uma vez que reconhecer os casos possibilita adoção de medidas de proteção mais abrangentes, como implantação de políticas públicas, implantação de serviços específicos e articulação dos serviços envolvidos.

Segundo o art. 245 do Estatuto da Criança e Adolescentes, é infração administrativa “deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente”. Também é compulsória a notificação à Vigilância Epidemiológica, como consta na Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.

São diversas as publicações de qualidade que foram produzidas nos últimos anos sobre o tema, com o objetivo de proporcionar o acesso aos conteúdos direcionados para a realidade da prática clínica, elencamos alguns trechos, transcritos a seguir.

Os sinais da violência se traduzem em consequências que podem ser distintas segundo a etapa do desenvolvimento. Quanto mais precoce, intensa ou prolongada à situação de violência, maiores e mais permanentes serão os danos para a criança e ao adolescente.

Nesse sentido, idade, grau de desenvolvimento psicológico, tipo de violência, frequência, duração, natureza, gravidade da agressão, vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima, representação do ato violento pela criança ou pelo

adolescente, ou ainda as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras, determinam o impacto da violência a saúde para esse grupo etário.

Algumas crianças podem, em uma observação superficial ou imediata, demonstrar um estado de aparente calma logo após a violência, o que não significa que não houve sequelas.

(Brasil, 2010, p.35)

27.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

As explicações a respeito dos tipos de violência são as adotadas pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de alinhar em todo o país as notificações de violência:

Violência Física: (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca. Atenção! Nos casos declarados como “bala perdida”, anotar essa informação em “INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES”.

Violência Psicológica/Moral: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações,

repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O bullying é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o cyberbullying.

Tortura: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de: o Obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; o Provocar ação ou omissão de natureza criminosa; o Em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei 9.455/1997). Quando ocorrer dois casos distintos de violência com a mesma vítima envolvendo autores diferentes, registrar em duas fichas de notificação. Atenção! Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

Violência Sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus

direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).

Tráfico de seres humanos: Inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.

Violência Financeira/Econômica: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecida como violência patrimonial.

Negligência/Abandono: é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência

Trabalho Infantil: é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto) inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro,

remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro. A Constituição Federal estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoas menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos (artigo 7º, inciso XXXIII). Quando na condição de aprendiz, a atividade laboral deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.

Violência por Intervenção legal: Trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática. A CID-10 adota o termo “intervenção legal e operações de guerra” e lhe atribui os códigos de Y35 a Y36.

(Ministério da Saúde, 2015, p.41-43.)

São atribuições dos profissionais de saúde, na suspeita ou confirmação de crianças e adolescentes em situação de violência:

- Acolhimento: ouvir atentamente, não julgar a partir de seus preconceitos, refletir sobre o caso e avaliá-lo com outros profissionais da equipe
- Proteção: não agir prematura ou impulsivamente, buscar informações complementares sobre o caso, pensar em formas de intervenção e encaminhamento (medidas protetivas) junto à equipe
- Intervenção: cabe à equipe interprofissional decidir a melhor forma de intervenção e encaminhamento dos casos. A questão da violência deve ser vista como problema familiar e social e não apenas relacionado à vítima e ao agressor

- **Prevenção:** ações de prevenção primária e promoção necessitam caminhar em paralelo às de atendimento às vítimas de maus-tratos, para que se consiga, no futuro, reduzir a incidência da violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais precisam estar dispostos a dar orientações aos pais desde o período da gestação, visando ajudá-los a desenvolver uma percepção real da criança e do adolescente, ensinando-os sobre as possibilidades e necessidades dos filhos. Discussões sobre a violência devem ser estimuladas entre os diferentes profissionais e desses com a comunidade em geral. Nesses espaços podem ser apresentadas as formas de violência, suas causas e consequências, devendo-se discutir o que pode ser feito para evitá-la

(Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2011, p.87)

27.2 ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Em caso de violência ocorrida até 10 dias, a vítima pode ser encaminhada para a Unidade Regional de Emergência do Conjunto Hospitalar de Sorocaba – URE/CHS com guia de referência e boletim de ocorrência. O atendimento pela equipe do IML se dá entre 11 e 13 horas.

Quando a violência ocorreu há mais de 10 dias ou é crônica, o atendimento deve ser prestado na unidade em que a criança se encontra, com base nas atribuições dos profissionais de saúde, elencadas anteriormente. Na Unidade Básica de Saúde devem ser solicitadas sorologias para HIV, hepatites virais B e C, sífilis e avaliada a necessidade de acompanhamento da criança/adolescente e família pelo CREAS e/ou CAPS.

Serviços de proteção à crianças e adolescentes:

- 1- Disque 100: Denúncia nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes
- 2- Conselho Tutelar Sorocaba: [\(15\) 3235-1212](tel:(15)3235-1212)
- 3- CAPSIJ: acolhimento e atendimento clínico das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, mediante demanda referenciada e espontânea: (CAPSIJ

Ser e Conviver – Regional Oeste 32298090 / CAPSIJ Aquarela – Regional Norte 32261534/ CAPSIJ Bem Querer – Regional Leste 32271967).

Para acessar a ficha de notificação (Anexo 18/19):

http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/homepage/downloads/fichas/violencia2014_snetv50.pdf

28. ACIDENTES NA INFÂNCIA

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, no Brasil, as causas externas são responsáveis por 19,5% da mortalidade na faixa etária recém-nascido até a adolescência, sendo assim destacada como causa importante de morbimortalidade é grande problema da Saúde Pública. A falta de cuidados essenciais configura-se em negligência. A omissão dos cuidados e o descaso com o bem-estar e segurança é mais comum em crianças, mas também pode ocorrer em adolescente.

28.1 RECÉM-NASCIDO

É completamente dependente do adulto, geralmente permanece na posição em que foi deixado.

Nesta faixa etária as principais situações de risco são: asfixia (sufocação e engasgo), banho realizado de modo inadequado (queimaduras e afogamento), intoxicações (medicamentos administrados indevidamente), traumas (quedas do berço, trocador ou colo).

28.2 PRIMEIRO ANO DE VIDA

Nesta fase, as crianças ainda estão sujeitas a riscos provocados por terceiros (até os 6 meses de vida) podem sofrer quedas do colo, trocador, berço, banheira e andador.

Queimaduras: Relacionadas ao banho, líquidos na mamadeira e cigarros.

Intoxicações: Medicamentos inadequados ou em doses erradas, afogamentos aspirações de leite.

No segundo semestre de vida a criança está exposta a afogamentos devido banho sozinha, queda em piscinas, baldes, aspirações ou ingestões de corpo estranho objetos engolidos ou introduzidos no nariz ou ouvido.

Choques elétricos: Coloca o dedo na tomada ou fio descascado, intoxicações medicamentos, produtos químicos, inseticidas, quedas e contusões.

28.3 CRIANÇAS DE 1 A 3 ANOS

A criança nesta idade tem uma motivação forte e constante para explorar o ambiente, porém, a coordenação motora insuficiente e a total incapacidade de reconhecer riscos levam a um grande número de lesões físicas. É a partir desta idade que a criança deve ser orientada dos riscos que a cercam numa linguagem compatível para o seu entendimento.

Nesta faixa etária os acidentes são mais frequentes e graves, daí a necessidade de supervisão contínua.

28.4 DICAS DE SEGURANÇA EM CASA

- Quinas e cantos de móveis podem causar ferimentos, as mobílias devem ter cantos arredondados ou devidamente protegidos;
- Mantenha as tomadas protegidas com protetores para evitar choques;
- Mantenha as janelas protegidas, preferencialmente com grades;
- Nunca utilize móveis que possam servir de “escada” para as crianças subirem nas janelas;
- Nunca deixe eletrodomésticos à altura das crianças e mantenha seus fios devidamente escondidos;
- No berço, grades baixas e estrado com colchão na posição superior facilitam a queda da criança. A grade deve ter altura suficiente para a criança não pular;
- Colchão muito macio pode causar asfixia durante o sono, caso a criança não consiga se virar. Ela deve dormir de barriga para cima e em colchão firme. Além disso, retire bichos de pelúcia e almofadas do berço;
- Cordão de chupeta ou enfeite no pescoço do bebê pode sufoca-lo ou enforcá-lo. Deixe o pescoço do bebê livre de enfeites ou cordões;
- Evite ter armas de fogo em casa, pois, elas podem se tornar um grande atrativo para a criança;

- Secador de cabelo e ferro de passar roupa expostos podem provocar choque elétrico ou queimaduras. Mantenha-os longe do alcance da criança, principalmente durante o uso;
- Deixe sempre produtos de limpeza e higiene, perfumes, cosméticos, medicamentos e inseticidas em locais de difícil acesso e em seus recipientes originais, para evitar intoxicação ou queimaduras;
- Mantenha bem guardados fósforos, objetos quebráveis, cortantes ou perfurantes;
- Nunca deixe a criança ficar na cozinha, principalmente no horário de preparo das refeições é o local onde acontece a maioria dos acidentes;
- Deixe os cabos das panelas sempre virados para o lado de dentro do fogão;
- Na área de serviço, o tanque mal fixado pode cair sobre a criança. Verifique se ele está firme e se necessário providencie reparos;
- Nunca deixe ao alcance das crianças baldes ou bacias com água, podem cair de cabeça dentro do balde, bacia ou vaso sanitário sofrendo afogamento;
- Os sacos plásticos se forem levados à cabeça, podem causar asfixia na criança, mantenha o longe dela;
- Playground de apartamentos, escolas, parques públicos, creches e clubes recreativos, sem condições de segurança, são locais mais favoráveis a acidentes. Verifique constantemente a segurança e conservação do lugar; o ideal é que a criança esteja sempre acompanhada de um adulto nesses locais;
- No banheiro a criança corre mais risco de acidente se não estiver em companhia de um adulto, nunca deixe a criança sozinha na banheira, pois pode ocorrer afogamento;
- Mantenha sempre portões de proteção nas escadas para evitar quedas e escorregões;
- Nunca deixe crianças brincarem próximo a piscinas na ausência de um adulto;

- Nunca tenha plantas venenosas ou desconhecidas em casa;
- Cuidados especiais devem ser tomados com locais escuros e úmidos, onde animais peçonhentos podem estar escondidos e transmitir doenças;
- Brinquedos adequados para a idade e com selo INMETRO;
- O transporte das crianças no carro só é permitido no dispositivo de segurança adequado para a idade: 1ª fase (até 1 ano de idade) bebê conforto; 2ª fase (a partir de 1 ano até 4 anos de idade) cadeirinha; 3ª fase (a partir de 4 anos até 7 anos e meio de idade) assento de elevação ou booster; 4ª fase (a partir de 7 anos e meio) diretamente no cinto de segurança do veículo (Código de Transito Brasileiro – Resolução 277/08 com alteração 352/10 do Contran).

Lembre-se: A maioria dos acidentes podem ser evitados através de condutas simples na rotina da família.

29. PROGRAMA ASMA

Asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar.

Na faixa etária pediátrica a asma é frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada, condições responsáveis por elevada e desnecessária morbidade.

29.1 TRATAMENTO DA ASMA

Objetivos do tratamento

- Controlar sintomas
- Prevenir limitação crônica ao fluxo aéreo
- Permitir atividades normais – trabalho, escola e lazer.
- Manter função pulmonar normal ou a melhor possível
- Evitar crises, idas à emergência e hospitalizações.
- Reduzir a necessidade do uso de broncodilatadores para alívio
- Minimizar efeitos adversos da medicação
- Prevenir a morte

29.1.1 Como utilizar Medicamentos

Inalação com aerossol:

- Agitar frasco de aerossol vigorosamente.
- Retirar a tampa protetora.

- Posicionar frasco de aerossol no sentido horizontal, o bocal para baixo.
- Colocá-lo na boca, não deixando os dentes na frente da saída do jato.
- Levantar um pouco a cabeça.
- Expirar normalmente
- Iniciar a inspiração.
- Apertar o gatilho.
- Inspirar até a capacidade pulmonar total (até “encher” totalmente os pulmões).
- Segurar a respiração por 10 segundos.
- Repetir o próximo jato após 30 segundos.
- Expirar lentamente (se possível pelo nariz).
- Fazer gargarejo com água (quando usar medicação preventiva – corticosteróide).

Inalação com aerossol + espaçador em crianças e adultos:

- Agitar frasco de aerossol vigorosamente.
- Retirar a tampa protetora.
- Posicionar frasco de aerossol no sentido horizontal, o bocal para baixo.
- Adaptar o frasco de aerossol no espaçador.
- Colocar o bocal do espaçador na boca, não deixando os dentes na frente da saída do jato.
- Levantar um pouco a cabeça.
- Expirar normalmente.
- Iniciar a inspiração.
- Apertar o gatilho. Obs.: Não apertar mais que um jato por vez.

- Inspirar lentamente até a capacidade pulmonar total (até “encher” totalmente os pulmões).
- Segurar a respiração por 10 segundos.
- Repetir o próximo jato após 30 segundos.
- Expirar lentamente (se possível pelo nariz).
- Fazer gargarejo com água (quando usar medicação preventiva – corticosteróide).

Inalação com aerossol + espaçador com máscara em crianças pequenas e idosos:

- Agitar frasco de aerossol vigorosamente.
- Retirar a tampa protetora.
- Posicionar frasco de aerossol no sentido horizontal, o bocal para baixo.
- Adaptar o frasco de aerossol no espaçador.
- Colocar espaçador com máscara na altura da boca e nariz.
- Levantar um pouco a cabeça.
- Apertar o gatilho. Obs.: Não apertar mais que um jato por vez.
- Deixar a criança respirar seis vezes.
- Repetir o próximo jato após 30 segundos.
- Fazer gargarejo ou higiene oral com água (quando usar medicação preventiva – corticosteróide).

Os espaçadores devem ser limpos conforme orientação do fabricante, mas sempre que possível, usar apenas água corrente, detergente neutro, sem esfregar intensamente, deixando secar ao tempo, sem uso de panos.

Inalação com pó seco (cada fabricante tem uma forma diferente):

- Dar o gatilho ou perfurar a cápsula já colocada dentro do aparelho.
- Levantar um pouco a cabeça, deixando-a num ângulo reto.
- Não expirar no aparelho.
- Inspirar (Inalar-aspirar) o mais rápido e profundamente possível até a capacidade pulmonar total (até “encher” totalmente os pulmões).
- Segurar a respiração por 10 segundos.
- Expirar lentamente (se possível pelo nariz).
- Se indicado, repetir a próxima dose após 30 segundos.
- Fazer gargarejo com água (quando usar medicação preventiva – corticosteróide).
- Guardar o inalador em local seco.

Erros mais comuns no uso dos aerossóis:

- Não remover tampa do spray
- Não agitar
- Apertar gatilho na expiração
- Inalação lenta
- Apertar gatilho antes da inspiração
- Segurar a respiração por pouco tempo
- Apertar mais que uma vez gatilho
- Posição

Escolha de inalador para crianças

Faixa Etária	Inalador	Inalador alternativo
< 4 anos	Aerossol + espaçador com máscara	Nebulização com máscara
4-6 anos	Aerossol + espaçador com bucal	Nebulização com máscara
> 6 anos	Pó seco, aerossol + espaçador com bucal	Nebulização com bucal

29.1.2 Nebulizadores em asma brônquica

Já tradicionalmente aceito por pediatras e clínicos, o uso de nebulizadores (oxigênio, ar comprimido e ultrassônico), é uma das formas de terapia inalatórias da asma brônquica, mas atualmente indicados apenas nos casos de emergência, e naqueles onde a técnica é deficitária, tanto com aerossol como com pó seco.

Quando esta forma de terapia é escolhida, deve-se ter ciência de que nem todos aparelhos são iguais, e determinadas drogas não podem ser usadas, por exemplo, em inaladores ultrassônicos, assim, cabe ao médico, antes de prescrever, saber qual o aparelho domiciliar usado, qual a droga, etc.

- Na administração de medicamentos por nebulização, deve-se lembrar que:
- Diluir o medicamento em 3-5 ml de soro fisiológico 0.9% (estéril).
- Adaptar a máscara à face (boca e nariz)
- Utilizar ar comprimido (com filtro) ou oxigênio a 6 litros/min.
- Respirar em volume corrente.

Cuidados com a limpeza do inalador:

- Água quente após cada nebulização.

- Água quente e sabão neutro a cada 2 semanas.
- 1 xícara de água quente 2 colheres de vinagre por semana.
- Escovas para limpeza dos tubos.
- Troca das válvulas a intervalos variáveis conforme uso e indicação do fabricante.

Se presença de fungos nos tubos flexíveis, despreza-lo.

30. VIGILÂNCIA DA CRIANÇA INTERNADA - ALTA QUALIFICADA DOENÇA RESPIRATÓRIA

Orientação para Sala do Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAC) Diretriz para a vigilância da criança internada – alta qualificada (ASMA, PNEUMONIA DE REPETIÇÃO, LACTENTE SIBILANTE EM USO DE CORTICÓIDE INALATÓRIO E NÃO CONTROLADO, E CRIANÇAS QUE TIVERAM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL POR IRA/BE)

A criança que foi internada por asma será encaminhada, conforme classificação de risco contida no Protocolo de Saúde da Criança – Programa Municipal de Controle à Asma Infantil, para **UBS/USF ou Policlínica**.

Ao chegar na UBS/USF o responsável pela criança será encaminhado para sala do PAC, com relatório de alta hospitalar, receituários em duas vias, orientações gerais e documento contendo os critérios de encaminhamentos.

O profissional responsável pelo PAC, conforme escala da unidade, deverá receber todos os documentos trazidos pelo responsável pela criança, retirar na farmácia e fornecer a medicação conforme prescrição do médico que deu alta hospitalar, sendo que a medicação deverá ser fornecida até a data da consulta com pediatra e/ou especialista.

Se a criança já estiver inscrita no Programa de Controle de Asma Infantil, agendar consulta para continuidade do tratamento.

Se a criança ainda não está inscrita no Programa Municipal de Controle à Asma Infantil na UBS/USF, agendar a consulta médica conforme orientado no documento de critérios de encaminhamentos, para que o pediatra possa inscrevê-la.

***Asma é uma doença crônica e com classificação dinâmica.**

Todas as crianças atendidas nas unidades de urgência e emergência também serão encaminhadas com a documentação e fluxo descritos para alta qualificada,

sendo portanto, necessário agendar consulta com pediatra conforme critério de encaminhamento.

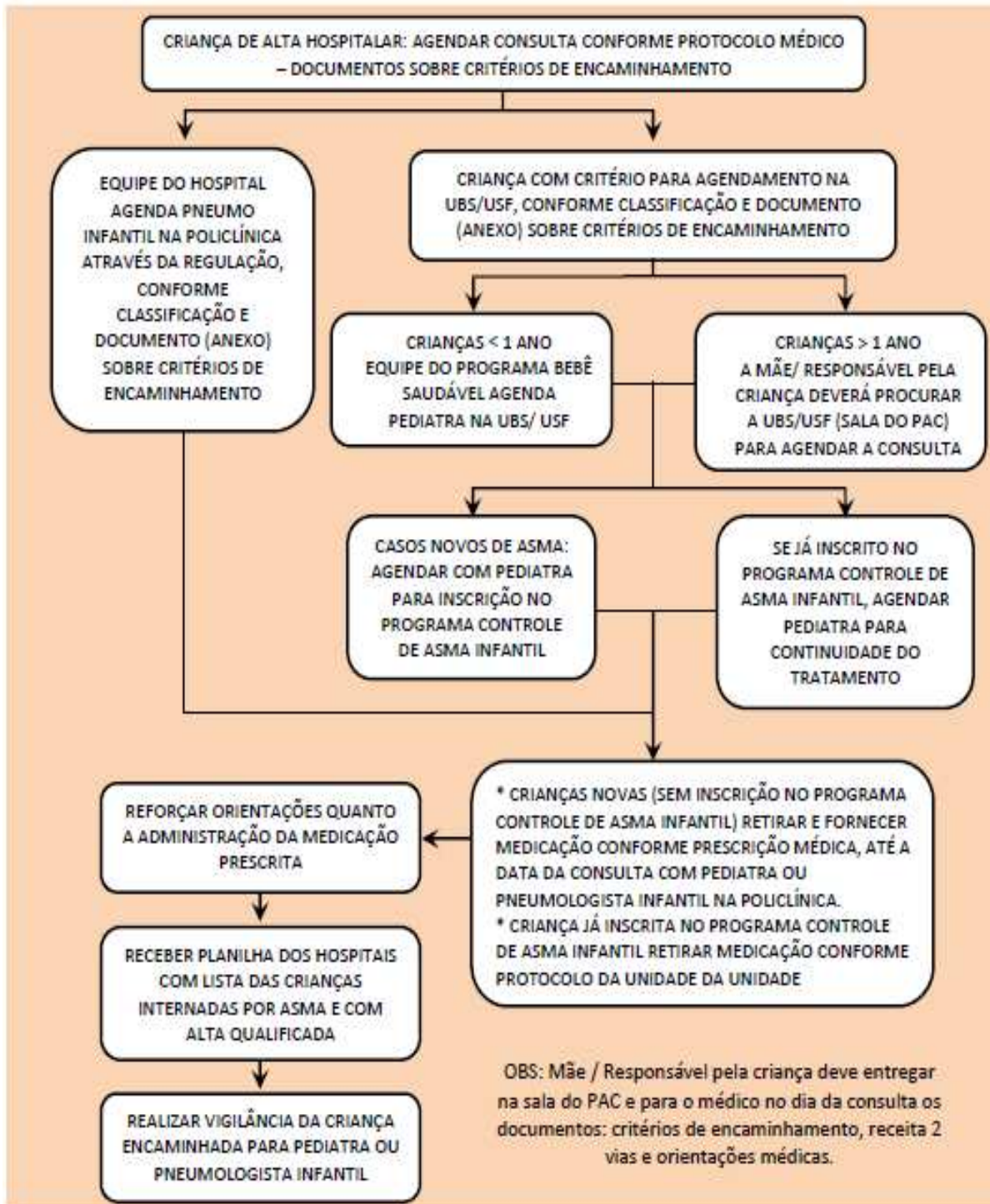
Planilha para vigilância: a regional de saúde, através do e-mail: gestaoregional@sorocaba.sp.gov receberá planilha dos hospitais com enfermaria pediátrica SUS e das Unidades de Urgência e Emergência, com nome, data de nascimento e número do SIS de todas as crianças que tiveram alta, e foram encaminhadas para UBS/USF ou Policlínica, esta planilha deverá ser enviada para a regional de saúde semanalmente;

Agendamentos:

- Os bebês < 1 ano serão agendados pelo Programa Bebê Saudável quando forem encaminhados para UBS/USF, entretanto, quando forem encaminhados para pneumologista infantil na Policlínica, o próprio hospital agendará a consulta, conforme documento – Critérios de Encaminhamento e Protocolo vigente.
- Os bebês > 1 ano serão agendados pelo hospital via regulação para pneumologista infantil, conforme protocolo, ou encaminhada para UBS/USF para agendar pediatra, direto na sala do PAC.
- Com a planilha de vigilância que será encaminhada pelos hospitais E Unidade de Urgência e Emergência, a equipe da UBS deverá acompanhar se a criança agendou consulta na UBS/USF, ou se está em seguimento na Policlínica.
- Se a criança faltar da consulta na Policlínica ou se o responsável não for na UBS para agendar consulta com o pediatra ou se faltar da consulta, a equipe da UBS deverá fazer busca ativa imediatamente.



**FLUXO: ALTA QUALIFICADA DA CRIANÇA INTERNADA POR ASMA E INTEGRAÇÃO
COM O PROGRAMA BEBÊ SAUDÁVEL E PROGRAMA CONTROLE DE ASMA INFANTIL**



31. PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

Objetivos do Programa:

- Incentivo ao aleitamento materno
- Diminuição da morbimortalidade infantil
- Aumentar o vínculo entre mãe e filho
- Facilitar o acesso do Binômio a Unidade Básica de Saúde

Ações:

- Agendamento diário, nas Maternidades que atendem o SUS (Santa Casa, Santa Lucinda e Hospital Regional), de consulta médica para o RN com o pediatra, em no máximo 7 dias, e de sua mãe com o ginecologista em aproximadamente 15 dias.

- Classificação dos RNs em critérios de risco social e biológico segundo normas do Ministério da Saúde (segue abaixo quais são os critérios e a classificação).

- Nas maternidades as mães recebem orientações quanto à amamentação, cuidados com o bebê e da importância do acompanhamento pediátrico. É fornecida às mães materiais informativos.

- Ressaltamos a todas as mães a importância de não faltar na primeira consulta e se necessário procurar a Unidade Básica antes da consulta agendada ou entrar em contato com o Programa na Policlínica.

- Os RNs são classificados em alto risco, médio risco e baixo risco (segue os cartões correspondentes); Os Recém-nascidos que apresentarem critérios de risco para acompanhamento na Policlínica terão seu agendamento feito no momento da alta hospitalar conforme os critérios de encaminhamento (segue abaixo os critérios).

- São realizadas visitas domiciliares conforme critério (segue abaixo).

Outras informações:

As visitas domiciliares são realizadas conforme os critérios já apresentados, porém, dentro destes critérios são avaliados o peso, idade gestacional e situação social e priorizado conforme maior necessidade.

Todo RN que tem seu agendamento feito na Policlínica deverá também acompanhar na Unidade Básica, por entendermos ser de grande importância para a equipe da Unidade também fazer o seguimento, conhecer este paciente de maior risco, e deve receber atendimento conforme cronograma do PAC. Quando a criança receber alta da Policlínica será enviado relatório médico e/ou contra referência para a respectiva Unidade Básica de Saúde.

Criança em acompanhamento no SAME quando receber alta será enviado relatório médico e/ou contra referência para a respectiva Unidade Básica de Saúde.

Ressaltamos a importância da busca ativa dos pacientes faltosos.

Em caso de RNs de risco que cheguem a Unidade Básica, que preencham os critérios de encaminhamento da Policlínica e que não estejam fazendo este acompanhamento, verificar se não o fazem no CHS. Se não estiverem em acompanhamento encaminhar ao Programa RN de Risco com guia de referência.

Ressaltamos novamente a importância da comunicação das férias, licenças prêmio ou qualquer mudança na agenda do Centro de Saúde com 1 mês de antecedência.

Os agendamentos enviados por email devem ser conferidos diariamente para que as consultas sejam repassadas no SIS, em caso de ausência do Coordenador que tenha outra pessoa responsável por esta função.

Informamos que sempre que for possível, e conforme disponibilidade, estaremos agendando a consulta do RN o mais breve, pois sabemos da importância da primeira consulta o mais precocemente possível.

31.1 AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS DE RISCO

Crériterios de alto risco

- ✓ Malformação Congênita;

- ✓ Criança manifestadamente indesejada;
- ✓ Criança que permaneceu internada (colocar o motivo);
- ✓ Mãe usuária de droga.

Critérios de médio risco

- ✓ Peso ao nascer menor ou igual a 2500 gramas;
- ✓ Prematuridade ($\leq 36 \frac{6}{7}$);
- ✓ Chefe de família desempregado;
- ✓ Irmão menor de 2 anos;
- ✓ Mãe sem companheiro;
- ✓ Mãe analfabeta

Um ou mais critérios de **Alto Risco** indica encaminhamento para cronograma de **ALTO RISCO – CARTÃO VERMELHO**.

Dois ou mais critérios de **Médio Risco** presentes inclui o RN no cronograma de **ALTO RISCO – CARTÃO VERMELHO**.

Um critério de **médio Risco** presente indica encaminhamento para cronograma de **MÉDIO RISCO – CARTÃO AMARELO**.

Crianças sem critérios de risco indica encaminhamento para cronograma de **BAIXO RISCO – CARTÃO AZUL**.

Crianças que acompanham na Policlínica e/ou SAME – **CARTÃO VERDE**

CRITÉRIOS PARA VISITA DOMICILIAR

Cartão Vermelho – risco biológico para todos, exceto áreas cobertas pela ESF;

Cartão Azul e **Cartão Amarelo** – com justificativa da necessidade;

Cartão Verde (SAME) – Visita para verificar se o Bebê está tomando o AZT, alimentação e rotinas de visita;

Cartão Verde (Policlínica) – todos;
Mãe adolescente até 15 anos – todas;
Mãe com dificuldade em amamentação;
Desinteresse/ Depressão Pós Parto;
Outras dificuldades detectadas na Maternidade.

31.2 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA POLICLÍNICA MUNICIPAL PROGRAMA RÉCEM-NASCIDO DE RISCO

- ✓ Peso inferior a 1500 gramas ou IG < = 34 semanas;
- ✓ Depressão perinatal grave no 5 minuto (Apgar menor ou igual a 3);
- ✓ RN asfíxiado (depressão grave com repercussão sistêmica);
- ✓ RN pré-termo pequeno para idade gestacional;
- ✓ Parada cardio-respiratória / reanimação / medicação;
- ✓ Síndrome do Desconforto Respiratório que usou surfactante;
- ✓ Persistência circulação fetal ou hipertensão pulmonar persistente;
- ✓ Doença pulmonar crônica (displasia bronco pulmonar);
- ✓ Meningite neonatal;
- ✓ Enterocolite necrosante;
- ✓ Hipoglicemia sintomática de difícil controle;
- ✓ Hiperbilirrubinemia com indicação de exsanguineotransfusão;
- ✓ RN com alteração neurológica (Hemorragia intracraniana / convulsões / alterações do tônus);
 - ✓ Malformações congênitas graves, que levem ao comprometimento sistêmico;
 - ✓ Síndrome de Aspiração Meconial que necessitou de ventilação mecânica por mais de 5 dias;

✓ RN pré-termo maior de 34 semanas ou com peso entre 1500 a 1800 gramas associada a pelo menos um dos itens abaixo:

✓ Apgar < 5

✓ Anemia com transfusão

✓ Necessidade de Ventilação Mecânica

✓ RN que apresente lesões lábio-palatais (acompanhamento também com a AFISSORE).

32. PROGRAMA BEBÊ SAUDÁVEL

O Comitê de Mortalidade Infantil na investigação dos óbitos infantis, observou que vários óbitos ocorreram após 1, 2 ou 3 internações. Com isso as internações passaram a funcionar como evento sentinela, ou seja, a internação passa a ser o critério de risco, e estas crianças passam a ter um acompanhamento diferenciado.

Para isto a Equipe do Programa Atendimento ao RN de Risco realizará ações conjuntas com os Hospitais e caberá à equipe da Unidade Básica de Saúde o seguimento desta criança.

Esperamos com isto estabelecer mais uma ação de redução de agravos e de mortes das crianças em nossa cidade.

Objetivos:

- Acompanhamento dos bebês (menores de 1 ano de idade) internados nas enfermarias dos Hospitais de Sorocaba;
- Vigilância das reinternações;
- Facilitar acesso deste bebê a Unidade Básica de Saúde e vigilância deste acesso;
- Diminuição do número de reinternações;
- Diminuição da mortalidade infantil tardia;
- Comparar relação risco ao nascer e risco atual;
- Suporte social e psicológico se necessário;

Estratégias:

- Integração das ações do Programa de Atendimento ao Recém-nascido de Risco e Linha de Cuidado da Criança;
- Realização de visitas diárias à enfermaria com o acompanhamento do bebê internado, conforme ficha de seguimento;

- Integração com a equipe médica e de enfermagem do Hospital com a finalidade de fluxo de informações e melhor vigilância;

- Informação à Unidade Básica de Saúde sobre o bebê e a solicitação do agendamento de consulta; de preferência com o pediatra que faz o seu acompanhamento no PAC em até 7 dias após a alta. Caso este bebê possuir agendamento com o pediatra na UBS (até 7 dias após a alta) será mantido esse agendamento e enviado essas informações por e-mail para a busca ativa dos faltosos;

- Realização de visita domiciliar para todos os bebês que tiveram reinternações e os menores de 1 mês de vida;

- Suporte com psicóloga e assistente social quando necessário;

- Realização de protocolos de atendimento junto com os Pronto Socorros e Enfermarias Pediátricas;

- Garantir a realização das seguintes ações:

- entrega do resumo de alta e exames para mãe, elaborado pelo médico responsável pela internação (Hospital);

- entrega do agendamento para a mãe ou responsável (cartão de agendamento Branco) no momento da alta.

Compete às UBSs/USFs:

- Após contato via telefone da auxiliar de enfermagem do Programa, a Unidade de Saúde deverá agendar a criança de preferência com o pediatra que faz o acompanhamento no PAC, no máximo em 7 dias ou conforme necessidade de acordo com indicação do médico responsável pelo bebê;

- Acompanhamento ao bebê pelo Pediatra da Unidade e demais membros da equipe da UBS.

- A UBS deverá fazer o contato imediato com o Programa, caso essa criança falte no dia agendado da consulta na UBS; ou qualquer outra intercorrência que necessite do suporte do Programa.

- A UBS deverá realizar o acompanhamento diferenciado e prioritário, com a finalidade de reduzir o risco desta criança.

32.1 VIGILÂNCIA DOS RECÉM-NASCIDOS QUE PASSARAM EM ATENDIMENTO NAS UPHS

Objetivos:

- Vigilância dos RNs (menores de 28 dias de vida) que foram atendimentos nas UPHs;
- Facilitar e vigiar o acesso deste bebê a Unidade Básica de Saúde após alta das unidades de urgência e emergência ou do hospital.

Estratégias:

- Integração das ações do Programa de Atendimento ao Recém-nascido de Risco e Unidades de Urgência e Emergência com enfoque na Linha de Cuidado da Criança;
 - Recebimento de planilha semanal de RN atendidos na UPH Zona Oeste;
 - Integração com a equipe médica e de enfermagem da UPH com as Regionais (UBSs/USFs);
 - Informação à Unidade Básica de Saúde sobre o RN e a solicitação do agendamento de consulta; de preferência com o pediatra que faz o seu acompanhamento no PAC em até 7 dias após o atendimento na UPH ou da alta hospitalar. Caso este bebê possua agendamento com o pediatra na UBS (até 7 dias após o atendimento na UPH) será mantido esse agendamento e enviado essas informações por email para a busca ativa dos faltosos;
- Realização de protocolos de atendimento em conjunto com a UPH e UBSs/USFs.

33. ESPECIALIDADES INFANTIS DA REDE PÚBLICA:

1. Cardiologista infantil
2. Endocrinologista infantil
3. Gastroenterologista infantil
4. Cirurgia Infantil
5. Genética
6. Neurologista Infantil
7. Pneumologista Infantil
8. Neonatologia
9. Ortopedia Infantil
10. Otorrinolaringologista
11. Hematologista
12. Fisioterapia
13. Fonoterapia
14. Nefrologia
15. Urologia
16. Reumatologia
17. Alergologista
18. Dermatologista
19. Hebiatra
20. Infectologia



REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – Vol. 1/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72 p. il. – (Séries Manuais)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,** Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

WONG, D. L.; Whaley & Wong **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

REZENDE, M. A.; FUJIMORI, E. **Promoção do aleitamento materno e alimentação da criança.** Ministério da Saúde - Saúde da Criança, Manual de Enfermagem. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem, p. 88- 94.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/cla-3240>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 61 p.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a**



Criança e o Adolescente. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer – Brasília: CFM, 2011. 172 p.

Disponível em: <http://www.spsp.org.br/downloads/ATENDIMENTODOLESCENTES.pdf>

DEPARTAMENTOS DE CARDIOLOGIA E NEONATOLOGIA DA SBP. **Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica:** oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Disponível no site: http://www.sbp.com.br/pdfs/Diagnostico_precoce_cardiopatologia.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação- Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo da atenção básica: saúde da criança** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (versão preliminar)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNICEF. **Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes** / Ministério da Saúde, Unicef; Bethsáida de Abreu Soares Schmitz. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **CANP- Curso de Aprimoramento em Nutrologia Pediátrica.** 2013.

Consenso Mundial sobre Alergia ao Leite de Vaca (DRACMA): **“World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow’s Milk Allergy (DRACMA) guidelines”.** 2010.

MALACHIAS, M.V.B.; SOUZA W.K.S.B.; PLAVNIK F.L.; RODRIGUES C.I.S.; BRANDÃO A.A.; NEVES M.F.T.; et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.

SUCUPIRA A.C.S.L.; KOBINGER M.E.B.A.; SAITO M.I.; BOURROUL M.L.M.; ZUCCOLOTTO S.M.C. **Pediatria em consultório.** São Paulo: Sarvier.2010. p.696-8.

ROZOV T. **Doenças Pulmonares em Pediatria: Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo: Atheneu.1999.

MURAHOVISCHI J. **Pediatria: Diagnóstico e Tratamento.** 5ªed.: Sarvier. São Paulo.1994.

MURAHOVISCHI J. **Emergências em Pediatria.** 6ªed.: Sarvier. São Paulo. 1993.

ANEXOS

ANEXO 1 - TABELA DE CÓDIGOS NO SIS PARA GRUPOS DE ATENDIMENTOS

Tabela de códigos no SIS para grupos de atendimentos, que deverão ser atualizados em cada prontuário eletrônico:

Código do grupo	Descrição
145	CRIANÇA DE BAIXO RISCO
146	CRIANÇA DE MÉDIO RISCO
147	CRIANÇA DE ALTO RISCO
148	FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO
104	PROGRAMA DO LEITE FLUIDO
149	BOLSA FAMILIA
113	ASMA INTERMITENTE
114	ASMA LEVE
115	ASMA MODERADA
116	ASMA GRAVE



**ANEXO 3 - PLANILHA DE CONTROLE DE INSCRIÇÃO MENSAL DE
FORMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO (FRENTE)**

FICHA CADASTRO FÓRMULA INFANTIL
CENTRO DE SAÚDE _____

FRENTE

	Nº PAC	NOME	DATA NASC.	NOME DA MÃE	IDADE DA MÃE	ENDEREÇO	DATA DE ENTRADA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							



ANEXO 4 - PLANILHA DE CONTROLE DE INSCRIÇÃO MENSAL DE FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO (VERSO).

VERSO

	PESO DE ENTRADA	ESTATURA	PERCENTIL	DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA	IDADE DO DESMAME	RENDIMENTO FAMILIAR	OBSERVAÇÃO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							



ANEXO 5 - FICHA DE EXCLUSÃO DA FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO

FICHA DE EXCLUSÃO - FÓRMULA INFANTIL

CENTRO DE SAÚDE _____




MÊS _____

- MOTIVO DE EXCLUSÃO**
- 1 - Renda familiar maior que 2 (dois) salários mínimos
 - 2 - Idade
 - 3 - Mudança de endereço
 - 4 - Falta sem justificativa
 - 5 - Óbito

Nº PAC	NOME	IDADE	PESO ENTRADA	PESO SAÍDA	DATA INCLUSÃO	DATA EXCLUSÃO	MOTIVO EXCLUSÃO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							



**ANEXO 6 - FICHA DE INSCRIÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE
LEITE FLUIDO ENRIQUECIDO (FRENTE)**

					
MUNICÍPIO					
Ponto de Entrega					
Nome do ponto					Nº do ponto
DADOS DA MÃE (ou responsável)					
1. Nome					
2. R.G.	2.1. U.F.	3. CPF.	4. N.I.S.		
5. Data de Nascimento	6. Sexo	masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/>	8. Nº		
7. Endereço	10. Bairro	11. Zona	rural <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/>		
9. Complemento	14. Telefone				
12. C E P	13. DDD				
15. Escolaridade	16. Estado civil	17. O responsável trabalha?	18. Renda familiar	20. Qual o tempo atual de gestação?	
<input type="checkbox"/> não alfabetizada(o)	<input type="checkbox"/> casada(o)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	R\$	semanas	
<input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> solteiro(a)				
<input type="checkbox"/> ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> amigada(o)	19. O responsável é gestante?			
<input type="checkbox"/> ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> viúva(o)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
<input type="checkbox"/> ensino médio completo	<input type="checkbox"/> outros	21. Quantidade de filhos vivos	22. Quantidade de moradores na casa	23. Quantidade de menores de 2 anos na casa	
<input type="checkbox"/> superior incompleto/completo					
IMPORTANTE					
1. Obrigatório preenchimento completo da Ficha (frente e verso), fichas incompletas não serão cadastradas no sistema.					
2. O registro do número do R.G da Mãe (ou responsável) é obrigatório para o efetivo cadastramento da criança no Projeto;					
3. Os dados de peso e estatura devem ser obtidos no mesmo mês e ano da data de entrada;					
4. O número do ponto de entrega é fornecido automaticamente pelo sistema após o cadastramento do ponto de entrega no sistema online PAN.					



ANEXO 7 - FICHA DE INSCRIÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO ENRIQUECIDO (VERSO)

DADOS DA CRIANÇA BENEFICIÁRIA			
1. Parentesco do responsável com a criança: <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> avô/avó <input type="checkbox"/> tia/tio <input type="checkbox"/> irmão/irmã <input type="checkbox"/> outros. Quem? _____			
OBSERVAÇÃO: Caso o responsável pela criança no Projeto NÃO seja a mãe, é obrigatório responder as informações abaixo.			
2. Nome da mãe _____			
3. R.G. da mãe _____			
4. U.F. _____			
5. Data de Nascimento da mãe _____			
6. Nome da criança _____			
7. Data de Nascimento ____/____/____	8. Sexo da criança: <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fem.	9. Raça (cor) da criança: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outras	10. A criança nasceu prematura? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não sabe
11. Nasceu de parto gemelar? (gêmeo) <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	12. A criança frequentava: <input type="checkbox"/> creche <input type="checkbox"/> escola <input type="checkbox"/> nenhuma	13. Peso ao nascer (em gramas) ____, ____ não sabe	14. Comprimento ao nascer ____, ____ não sabe
15. Assinale o(s) problema(s) de saúde apresentado(s) pela criança: <input type="checkbox"/> não apresenta problema de saúde <input type="checkbox"/> deficiência física <input type="checkbox"/> deficiência mental <input type="checkbox"/> infecção respiratória/pulmonar <input type="checkbox"/> doenças cardíacas <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____	16. Quem cuida da criança durante o dia? <input type="checkbox"/> mãe/pai <input type="checkbox"/> tia/tio <input type="checkbox"/> avô/avó <input type="checkbox"/> irmã/irmão <input type="checkbox"/> outros. Quem? _____	17. A criança apresentou diarreia (fezes líquidas por 3 vezes ou mais ao dia) nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Por quantos dias? _____	18. A criança esteve internada nos últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Por qual motivo? _____
19. Duração do aleitamento materno exclusivo (so leite materno) <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> ainda mama <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> nunca mamou		20. Idade do desmame completo (deixou de mamar no peito) <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> ainda mama <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> nunca mamou	
DADOS ANTROPOMÉTRICOS CRIANÇA BENEFICIÁRIA			
21. Data de entrada da criança no Projeto VIVALEITE ____/____/____	22. Data da pesagem e medição ____/____/____	23. Peso (em gramas) ____ gramas	24. Estatura ____ cm

Informações, Cuidados, Manutenções e Denúncias - Chamar 0800.8814266

Ficha Estadual de Beneficiários - Infância

Projeto Estadual do Leite - vivaleite



**ANEXO 9 - FORMULÁRIO ESTADUAL DE FÓRMULAS ESPECIAIS
(FRENTE)**

De Acordo com a Resolução SS – 336, de 27-11-2007 do
Diário Oficial do Estado de São Paulo

FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS						
FICHA DE AVALIAÇÃO PARA FORNCECIMENTO						
(Deve ser preenchida pelo médico que acompanha a criança até o item E)						
Data da primeira consulta: ___/___/___						
A) Identificação:						
a. Nome: (paciente)			Data de nascimento: ___/___/___			
b. Nome do profissional: _____						
c. Nome da Instituição: Caso não seja de Instituição, colocar o nome da clínica ou consultório						
d. Solicitação: FÓRMULA EXTENSAMENTE HIDROLISADA						
(não colocar o nome comercial do produto)				Quant/mês: de acordo com peso/ida		
B) Sinais e sintomas clínicos presentes: Selecionar os sinais e sintomas apresentados até o momento						
	Idade inicial	Tempo latência*	Duração	Frequência	Último episódio	Tratamento recebido
Sintomas cutâneos						
<input type="checkbox"/> urticária						
<input type="checkbox"/> prurido						
<input type="checkbox"/> rush						
<input type="checkbox"/> angioedema						
<input type="checkbox"/> dermatite						
Sintomas gastrintestinais						
<input type="checkbox"/> dor abdominal cólica						
<input type="checkbox"/> diarreia						
<input type="checkbox"/> constipação intestinal						
<input type="checkbox"/> flatulência						
<input type="checkbox"/> sangue nas fezes						
<input type="checkbox"/> refluxo						
Sintomas respiratórios						
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo						
<input type="checkbox"/> Tosse						
<input type="checkbox"/> Prurido orofarínge						
<input type="checkbox"/> Rinite e coriza nasal						
<input type="checkbox"/> Edema de laringe						
Outros						
<input type="checkbox"/> Anafilaxia						
<input type="checkbox"/> Cefaléia						
<input type="checkbox"/> Edema labial						
<input type="checkbox"/> Otite						
<input type="checkbox"/> Edema ocular						
* Tempo necessário entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas						
Especifique os sintomas mais exacerbados:						
(Citar os principais sintomas pelo qual foi definido o diagnóstico de Alergia a Proteína do Leite de Vaca)						

C) Exames subsidiários realizados (mais recentes):						
Tipo		Data	Resultado			
Hipersensibilidade						
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Prick-teste leite de vaca				



**ANEXO 10 - FORMULÁRIO ESTADUAL DE FÓRMULAS ESPECIAIS
(VERSO)**

<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Prick-teste soja		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	RAST leite de vada		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	RAST alfa-lactoalbumina		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	RAST beta-lactoalbumina		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	RAST caseína		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	RAST soja		
Avaliação gastrointestinal			
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Sangue oculto		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Afa-1 antitripsina fecal		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Relação albumina/globulina		
Anátomo patológico			
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Estômago		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Esôfago		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Duodeno		
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Retos		
Outros:	Provocação		
D) Avaliação da condição nutricional:			
a. Peso: _____ kg			
b. Estatura: _____ cm			
c. Criança no percentil de peso/idade inferior a 10: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
d. Desaceleração da curva de peso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Há quanto tempo? _____			
Caso SIM anote os últimos pesos e datas:			
1. Data: ____/____/____ Peso: _____ kg			
2. Data: ____/____/____ Peso: _____ kg			
3. Data: ____/____/____ Peso: _____ kg			
E) Data: / /	CNS / médico responsável		
Carimbo:	CPF / médico responsável		
Assinatura			
F) Conduta: (uso restrito a SES-SP)			
a. <input type="checkbox"/> No momento, não preenche os critérios			
b. <input type="checkbox"/> Liberado o fornecimento de fórmula especial de _____ latas, por _____ (meses): (quantidade)			
<input type="checkbox"/> Proteína isolada de soja			
<input type="checkbox"/> Fórmula extensamente hidrolisada			
<input type="checkbox"/> Fórmula de aminoácidos			
Data do retorno: ____/____/____		Previsão do teste de provocação: ____/____/____	
Avaliador: _____			
Assinatura e carimbo			



ANEXO 11 - FOLHETO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (FRENTE).

Interior

DÚVIDAS MAIS FREQUENTES:

- 1. A cota mensal de leite é por beneficiário ou por família?**
A cota mensal por criança é de 15 (quinze) litros. Cada família pode cadastrar no Projeto até 2 (dois) beneficiários.
- 2. Crianças menores de 6 meses podem ser cadastradas no Projeto?**
Não. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até o 6º (sexto) mês de vida, e o complementar, até pelo menos, o final do primeiro ano de vida, podendo ser prolongado até os 2 anos de idade.
- 3. Crianças de baixo peso, com renda familiar mensal superior a 2 (dois) salários mínimos, podem ser cadastradas no Projeto?**
Não. O Projeto atende apenas crianças cujas famílias tenham renda mensal de até 2 (dois) salários mínimos.
- 4. Quando deve ser usado o critério de prioridade?**
Quando houver uma criança com menos de 2 anos de idade na lista de espera, a criança mais velha deverá ceder sua vaga no Projeto.
- 5. O que acontece quando a mãe ou responsável não vai retirar o leite?**
Caso o leite não seja retirado mais de 3 (três) vezes seguidas e sem justificativa, a criança será excluída do Projeto.
- 6. O que o município deve fazer com a eventual sobra de leite?**
No caso de sobra, o município deverá entregar o leite para entidades que atendam crianças respeitando as regras do Projeto.

Material para distribuição no Interior.

CENTRAL DE ATENDIMENTO
0800 055 45 66

FALE CONOSCO
vivaleite@vivaleite.sp.gov.br

VISITE NOSSO SITE
www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br



ANEXO 12 - FOLHETO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (DENTRO)

O Vivalteite distribui por mês 10,5 milhões de litros de leite fluido e pasteurizado, enriquecido com Vitaminas e Ferro.

O QUE É:

O Vivalteite é um projeto social de distribuição gratuita de leite fluido, pasteurizado, com teor mínimo de gordura 3%, enriquecido com Ferro (aminoácido quelato) e Vitaminas A e D.

DISTRIBUIÇÃO:

No interior paulista, o leite chega até os beneficiários por meio de convênios com as prefeituras.

AUXÍLIO:

Cada beneficiário recebe 15 (quinze) litros de leite por mês, sendo que cada família pode cadastrar, no máximo, 2 (duas) crianças.

QUEM PODE SE BENEFICIAR?

Crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, que pertencem a famílias com renda mensal de até 2 (dois) salários mínimos.

QUEM TEM PRIORIDADE NO ATENDIMENTO?

Crianças de 6 meses a 1 ano e 11 meses de idade.

QUEM TEM PREFERÊNCIA NO CADASTRAMENTO?

Após verificar o critério de prioridade, terão preferência crianças que pertencem a famílias em que o chefe de família está desempregado ou se a mãe for arrimo de família.

QUAIS SÃO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

- Certidão de nascimento da criança;
- Carteira de vacinação atualizada da criança;
- Documento de Identidade (RG) da mãe ou detentor da tutela;
- CPF da mãe;
- Comprovante de residência do responsável (ex.: conta de água, luz, telefone);
- Comprovante de renda familiar ou do responsável legal (holerite). Se necessário, comprovante da condição de desemprego do chefe de família ou se a mãe for arrimo de família.

QUANDO A CRIANÇA DEVE SAIR DO PROJETO?

- Ao completar 7 anos de idade;
- Quando a renda da família ultrapassar 2 (dois) salários mínimos;
- Ao mudar de município sem avisar o responsável pelo Projeto.

QUAIS SÃO AS OBRIGAÇÕES DO BENEFICIÁRIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO?

- Para continuar a receber o leite enriquecido, a mãe ou responsável deve assumir alguns compromissos como:
- Assinar a ficha de Controle Mensal de recebimento do leite;
 - Buscar o leite na data e horário combinados;
 - Comparecer às palestras informativas sempre que forem agendadas;
 - Levar a criança para pesar e medir sempre que for solicitado;
 - Manter a vacinação da criança em dia;
 - Não faltar à entrega do leite por mais de 3 (três) vezes consecutivas e sem justificativa.

CUIDADOS COM O LEITE:

- Verificar a data de validade do produto;
- Lavar bem a embalagem antes de abrir;
- Agitar antes de abrir;
- Aquecer somente a quantidade que será consumida;
- Armazenar em geladeira;
- Consumir em até 2 (dois) dias depois de aberto.



ANEXO 13 - FOLHETO INFORMATIVO PROGRAMA ESTADUAL DE
LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (FRENTE)



Projeto Estadual do Leite
vivaleite
Interior de São Paulo

Reforçando a alimentação das crianças

Guia de orientação
para pais e responsáveis



- Quando a criança deve sair do Projeto?
 - Ao completar a idade estabelecida pelo Projeto.
 - A renda familiar aumentar, ultrapassando 2 salários mínimos.
 - A família mudar de município.
 - A mãe ou responsável não retirar o leite, na data e horário marcados, por mais de 3 vezes, sem justificativa.
 - For necessário para o atendimento de crianças menores de 2 anos em lista de espera.



Projeto Estadual do Leite
vivaleite
Interior de São Paulo

CENTRAL DE ATENDIMENTO
0800 - 0554566
VISITE NOSSO SITE
www.codeagro.sp.gov.br
INFORMAÇÕES TÉCNICAS
(11) 5067 - 0349
e-mail: nutricao@codeagro.sp.gov.br



SECRETARIA DE
AGRICULTURA E ABASTECIMENTO



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO
ESTABELECEMOS NOSSA VIDA



ANEXO 14 - FOLHETO INFORMATIVO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (DENTRO)

- Quem tem preferência de atendimento?

- Atendido o critério de prioridade, terão preferência as crianças de famílias cujo chefe encontra-se desempregado ou cuja mãe for arrimo de família.

- Qual a quantidade de leite que a criança vai receber?

- Cada criança pode receber 15 litros de leite por mês, e cada família pode cadastrar no máximo 2 crianças.

- Quais são os documentos necessários para cadastramento da criança no Projeto?

- Identificação do responsável legal da criança (RG).
- Certidão de nascimento da criança.
- Carteira de vacinação da criança.
- Comprovante de renda familiar ou, se necessário, comprovante da condição de desemprego ou de ser a mãe arrimo de família.

- Quais as obrigações das famílias para continuar recebendo o Vívaleite?

- Manter a vacinação da criança em dia.
- Buscar o leite na data e horário combinados.
- Comparecer às palestras informativas.
- Não faltar à entrega do leite por mais de 3 vezes, sem justificativa.
- Levar a criança para pesar e medir ao entrar no Projeto e sempre que solicitado pelo responsável no município.



Mamãe!

Você sabe por que o leite distribuído pelo Projeto VIVALEITE é importante para a saúde da criança?

O leite distribuído é especial, pois além de conter naturalmente proteínas e cálcio, ele é adicionado de ferro e vitaminas A e D, nutrientes importantes para a manutenção da saúde. Conheça um pouco sobre esses nutrientes:

As Proteínas

- São as principais substâncias construtoras do nosso organismo. Auxiliam no crescimento físico, na cicatrização da pele, etc.
- Os alimentos fontes de proteínas são: carnes em geral (bovina, aves e peixes), vísceras (fígado, coração), leite, queijos, iogurtes, ovos e leguminosas secas (feijão, ervilha, lentilha).

O Cálcio

- É importante para a formação de ossos e dentes, coagulação do sangue e regulação dos batimentos do coração.
- Os alimentos fontes de cálcio são: leite e derivados (queijos, iogurtes).

O Ferro

- É um mineral muito importante para a formação do sangue.





ANEXO 15 - FOLHETO INFORMATIVO PROGRAMA ESTADUAL DE LEITE FLUIDO E ENRIQUECIDO (DENTRO)

Conheça os cuidados necessários com o leite recebido:

- 1 Verificar a data de validade do produto.



- 2 Lavar a embalagem antes de abrir.



- 3 Agitar antes de utilizar.



- 4 Aquecer somente a quantidade de leite que será utilizada, armazenando o restante em geladeira.



Atenção!

Não é necessário ferver o leite do Projeto, mas se desejar ferver, não jogue a nata fora, pois os nutrientes podem ficar aderidos a ela.

Saiba quais são os critérios do Projeto VIVALEITE

- Quem pode ser atendido pelo Projeto?

- Crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, pertencentes a famílias com renda mensal de até 2 salários mínimos.



- Quem tem prioridade no atendimento?

- Crianças de 6 a 23 meses.

- A falta de ferro no organismo provoca "anemia ferropriva", doença que prejudica o crescimento e a capacidade de aprendizado das crianças. A principal causa da anemia ferropriva é o baixo consumo de alimentos fontes de ferro.

- Os alimentos que mais contêm ferro são: vísceras (fígado, coração), carnes em geral (bovina, aves e peixes) e feijão.

A Vitamina "A"

- É importante para visão, crescimento e desenvolvimento adequados.
- Aumenta a resistência contra doenças infecciosas.
- Os alimentos que mais contêm vitamina A são: fígado, óleo de fígado de peixes, gema de ovo, leite e derivados, vegetais folhosos verde-escuros (agrião, almeirão, espinafre, couve), legumes e frutas amareladas (abóbora, cenoura, caqui, manga).

A Vitamina "D"

- É importante para melhor absorção de cálcio pelo organismo.
- Auxilia na formação e conservação de ossos e dentes.
- Os alimentos que mais contêm vitamina D são: fígado, óleo de fígado de peixes, manteiga, nata e gema de ovo.



Observação: O leite materno é o melhor alimento para crianças menores de 6 meses, pois ele é o único que oferece todos os nutrientes necessários para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil, além de proteger o bebê contra doenças.



CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> NÃO GRAVE (EANG) - Qualquer outro evento que não esteja nos critérios de evento adverso grave	<input type="checkbox"/> ERRO DE IMUNIZAÇÃO (EI) <input type="checkbox"/> ERRO DE IMUNIZAÇÃO (EI) - com evento adverso
<input type="checkbox"/> GRAVE (EAG) <input type="radio"/> Requer hospitalização por pelo menos 24h ou prolongamento de hospitalização já existente <input type="radio"/> Causa disfunção significativa e/ou incapacidade persistente (sequela) <input type="radio"/> Resulta em anomalia congênita <input type="radio"/> Causa risco de morte (ou seja, induz a necessidade de uma intervenção clínica imediata para evitar o óbito) <input type="radio"/> Causar óbito <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> A.3.1 - Tipo de imunobiológico utilizado <input type="radio"/> A.3.2 - Erros de administração - erro de técnica de administração <input type="radio"/> A.3.3 - Erros de administração - uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não vacinas e seus diluentes <input type="radio"/> A.3.4 - Erros de manuseio - conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequados <input type="radio"/> A.3.5 - Intervalo inadequado entre vacinas <input type="radio"/> A.3.6 - Validade vencida <input type="radio"/> A.3.7 - Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada) <input type="radio"/> A.3.8 - Não avaliação de contraindicações ou precauções <input type="radio"/> A.3.9 - Outros (especifique no quadro abaixo)
RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO	
MUNICÍPIO RESPONSÁVEL:	
CNES DO ESTABELECIMENTO:	NOME DO ESTABELECIMENTO:
ENDEREÇO:	Nº:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
PAÍS:	UF:
NOME DO NOTIFICADOR:	MUNICÍPIO:
FUNÇÃO DO NOTIFICADOR:	TELEFONE (COM DDD):
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	



**ANEXO 17 - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE
(FRENTE/VERSO)**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

ANEXO II - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE

I - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA	
Nome da criança: _____	Peso atual (g): _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: M () F () CNS: _____
Nome da mãe: _____	
Endereço (Rua, nº, Bairro e CEP): _____	
Município: _____	GVE: _____
Telefones para contato (fixo, celular, recado): _____	
Serviço solicitante: _____	
II - INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO E PERÍODO NEONATAL	
Idade gestacional ao nascimento (em semanas): _____	Peso ao nascimento (em gramas): _____
Gestação: Única () Múltipla ()	Tipo de parto: Normal () Cesárea () Fórceps ()
Hospital de Nascimento: _____	
Data da alta da Unidade Neonatal: _____	
III - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DO USO (Portaria SAS/MS nº 522, de 13 de maio de 2013)	
Sim () Não () A. Criança prematura menor de 29 semanas* de idade gestacional ao nascimento *28 semanas e 6 dias; este critério somente se aplica para crianças < 1 ano de idade (11 meses e 29 dias).	
Sim () Não () B. Criança prematura E com doença pulmonar crônica da prematuridade em tratamento nos últimos seis meses E menor de 2 anos de idade	
B1. Uso de oxigênio domiciliar nos últimos 6 meses: uso contínuo () uso intermitente () não usa ()	
B2. Uso de medicamentos nos últimos seis meses: corticóide inalatório contínuo () diurético () corticóide sistêmico () broncodilatador ()	
B3. Internação por problemas respiratórios nos últimos seis meses: Sim () Não ()	
B4. Esteve em UTI por problemas respiratórios nos últimos seis meses: Sim () Não ()	
Sim () Não () C. Criança com cardiopatia congênita E menor de 2 anos de idade: Se sim, quais? _____	
C1. Cardiopatia com repercussão hemodinâmica: Sim () Não ()	
C2. Usa medicamentos para insuficiência cardíaca congestiva. Sim () Não () Se sim, quais? _____	
C3. Apresenta hipertensão pulmonar moderada ou grave: Sim () Não ()	
C4. A cardiopatia congênita é cianótica: Sim () Não ()	
C5. Cirurgia já realizada: Sim () Não ()	
C6. Está em programação para cirurgia nos próximos meses: Sim () Não ()	
C7. Medicamento em uso após cirurgia cardíaca: Sim () Não () Se sim, quais? _____	
IV - PATOLOGIAS ASSOCIADAS	
Sim () Não () Se sim, quais? _____	
V - OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	
VI - USO DE PALIVIZUMABE EM 2015	
Sim () Não ()	
VII - DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE	
Nome do médico: _____	Número de inscrição no CREMESP: _____
Nº CPF: _____	Especialidade: _____
E-mail (legível): _____	Telefones para contato: _____
Data da solicitação: _____	Assinatura: _____
VIII - RESULTADO DA AVALIAÇÃO	
() 1 - Solicitação completamente preenchida, acompanhada de documentação comprobatória E em Portaria SAS/MS nº 522, de 13 de maio de 2013	
() 2 - Solicitação sem conformidade com a Portaria SAS/MS nº 522, de 13 de maio de 2013	
() 3 - Solicitação incompletamente preenchida. Sem condições de conclusão.	
() 4 - Ausência de documentação comprobatória.	
() 5 - Outros (especificar): _____	
IX - INFORMAÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO	
CRIE: _____	Número de doses: _____
X - DATA DA AVALIAÇÃO	



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	4 UF
	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	
	7 Data da ocorrência da violência		8 Nome do paciente	
	9 Data de nascimento		10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
Dados de Residência	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 5-Indígena 9- Ignorado		14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados da Ocorrência	17 UF		18 Município de Residência	
	Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados Complementares	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
Dados da Pessoa Atendida	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Ocupação	
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Dados da Ocorrência	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento	
	36 UF		37 Município de ocorrência	
	Código (IBGE)		38 Distrito	
Dados da Ocorrência	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	
	Código		41 Número	
	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3	
Dados da Ocorrência	44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência	
	46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		
Sinan NET		SVS 10/07/2008		



**ANEXO 18 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS (FRENTE/VERSO)**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE**

ORIENTAÇÕES GERAIS AO MÉDICO PRESCRITOR DE PALIVIZUMABE
<ul style="list-style-type: none">As informações contidas no Formulário de Solicitação do Palivizumabe são fundamentais para a análise e conclusão do atendimento à solicitação do medicamento.A leitura atenta da orientação sobre cada item é condição necessária para uma resposta adequada.Todos os itens precisam estar respondidos.IMPORTANTE: Somente podem ser atendidas as solicitações para crianças menores de 2 anos de idade E que preencham os critérios da Portaria SAS/MS nº 522, de 13 de maio de 2013 E durante o período de sazonalidade do vírus sincicial respiratório, definido por Nota Técnica do Ministério da Saúde.
I - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA
<ul style="list-style-type: none">Nome, data de nascimento e sexo da criança e nome da mãe – conforme as informações constantes da <u>Certidão de Nascimento da Criança</u>. Caso a criança não possua Certidão de Nascimento, retirar as informações dos registros constantes da <u>Declaração de Nascido Vivo (DNV)</u>.Peso atual (g) – informar o peso da criança, em gramas, na data de preenchimento do Formulário de Solicitação de Palivizumabe.CNS – informar o número do Cartão Nacional de SaúdeEndereço – preencher completamente todos os dados do endereço atual. Não se esquecer de informar o município onde a criança reside ⁽¹⁾.Telefones: informar números de telefone fixo, celular e para recados ⁽¹⁾.Serviço solicitante: informar o nome do hospital, Unidade Básica de Saúde – UBS, Ambulatório Médico de Especialidades – AME, Consultório Médico ou outro serviço de saúde em que o paciente é atendido ⁽²⁾. <p>⁽¹⁾ As informações de endereço e telefone são fundamentais para a localização da criança para agendamento da aplicação do medicamento, para referência ao serviço onde o medicamento será aplicado, e para outros contatos que possam ser necessários.</p> <p>⁽²⁾ Esta informação é fundamental para busca ativa da criança que não comparece ao agendamento.</p>
II - INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO E PERÍODO NEONATAL
<ul style="list-style-type: none">Idade gestacional ao nascimento (em semanas), peso ao nascimento (em gramas), gestação (única ou múltipla), tipo de parto (normal, cesárea ou fórceps), hospital de nascimento e data de alta da unidade neonatal* – conforme <u>Relatório de Alta Hospitalar do Recém-Nascido fornecido pelo hospital</u>. *Informar a data em que a criança teve alta da unidade neonatal para casa.
III - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DO USO (Portaria SAS/MS nº 522, de 13 de maio de 2013)
<ul style="list-style-type: none">A – informar se a criança é prematura com idade gestacional menor que 29 semanas (28 semanas e 6 dias).B – informar se criança prematura E com doença pulmonar crônica da prematuridade ⁽³⁾.C. informar se criança com cardiopatia congênita. <p>⁽³⁾ Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade é definida, para fins de cumprimento da Portaria SAS/MS nº 522, de 13 de maio de 2013, pela dependência de oxigênio em prematuros a partir de 28 dias de vida, acompanhada de alterações radiológicas típicas, ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida no prematuro extremo.</p>
IV - PATOLOGIAS ASSOCIADAS
Informar outras patologias ou situações clínicas apresentadas pela criança, que precisam de tratamento contínuo e que podem agravar a doença pulmonar ou cardíaca.
V – OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES
Informar outras informações que julgar relevantes.
VI - USO DE PALIVIZUMABE EM 2015
Informar se a criança recebeu palivizumabe em 2015.
VII - DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE
Preencher de forma legível todos os dados. É fundamental informar a data de preenchimento do Formulário de Solicitação de Palivizumabe.
VIII - RESULTADO DA AVALIAÇÃO
IX – INFORMAÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO
XI – DATA DA AVALIAÇÃO
Informações preenchidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio da agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	Física	Tráfico de seres humanos	Intervenção legal	Força corporal/empacotamento	Obj. pântano-cordão	Arma de fogo
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	Psicológica/Moral	Financeira/Econômica	Outros	Enforcamento	Substância/Obj. quente	Ameaça
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	Tortura	Negligência/Abandono	Trabalho infantil	Obj. contundente	Envenenamento	Outro
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	Assédio sexual	Atentado violento ao pudor	Exploração sexual	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/metula	07 - Quadril/pelve
Dados do provedor autor da agressão	59 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	Estupro	Pornografia infantil	Outros	02 - Pescoço	05 - Tórax/dorso	08 - Membros superiores
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	03 - Entorse/luxação	06 - Traumatismo dentário	09 - Intoxicação	10 - Órgãos genitais/ânus	11 - Múltiplos órgãos/membros	88 - Não se aplica
Informações complementares e observações	65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	04 - Fratura	05 - Amputação	08 - Politraumático	10 - Órgãos genitais/ânus	11 - Múltiplos órgãos/membros	88 - Não se aplica
Neficiador	67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX			68 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		
	06 - Abdomen	09 - Intoxicação	99 - Ignorado	69 Evolução do caso 1 - Alta 2 - Evasão / Fuga 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	70 Se óbito por violência, data	71 Data de encerramento
<p>Informações complementares e observações</p> <p>Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____</p> <p>Observações Adicionais: _____</p>						
<p>TELEFONES ÚTEIS</p> <p>Disque-Saúde: 0800 51 1997</p> <p>Central de Atendimento à Mulher: 180</p> <p>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: 100</p>						
Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
Nome		Função		Assinatura		

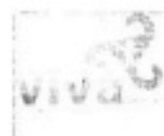


ANEXO 19 - FICHA MUNICIPAL DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA



Secretaria da Saúde

VIVA - Vigilância de Violência e Acidentes



Notificação de Violência

Sexual ()			Doméstica ()			Urbana ()		
Unidade de Notificação:								
Data da Notificação:				Data da Ocorrência:				
Nome:								
Data de Nascimento:			Escolaridade:			Raça/Cor:		
Endereço:								
Estado Civil:				Telefone:				
Nome da Mãe:								
Descrição do caso (local de ocorrência, tipo de violência, instrumento ou meio utilizado, lesões apresentadas, informações sobre o agressor):								
Encaminhamentos:								



ANEXO 20 – CARTÕES DE RISCO DO RN DE RISCO

Seu bebê tem consulta marcada na(o) _____

no dia ____ de _____ às _____ horas

Endereço: _____

Telefone: _____

Compareça e leve este cartão!

Risco Baixo

Seu bebê tem consulta marcada na(o) _____

no dia ____ de _____ às _____ horas

Endereço: _____

Telefone: _____

Compareça e leve este cartão!

Seu bebê tem consulta marcada na(o) _____

no dia ____ de _____ às _____ horas

Endereço: _____

Telefone: _____

Compareça e leve este cartão!

Mãe: _____

Seu bebê tem consulta marcada na(o) _____

no dia ____ de _____ às _____ horas.

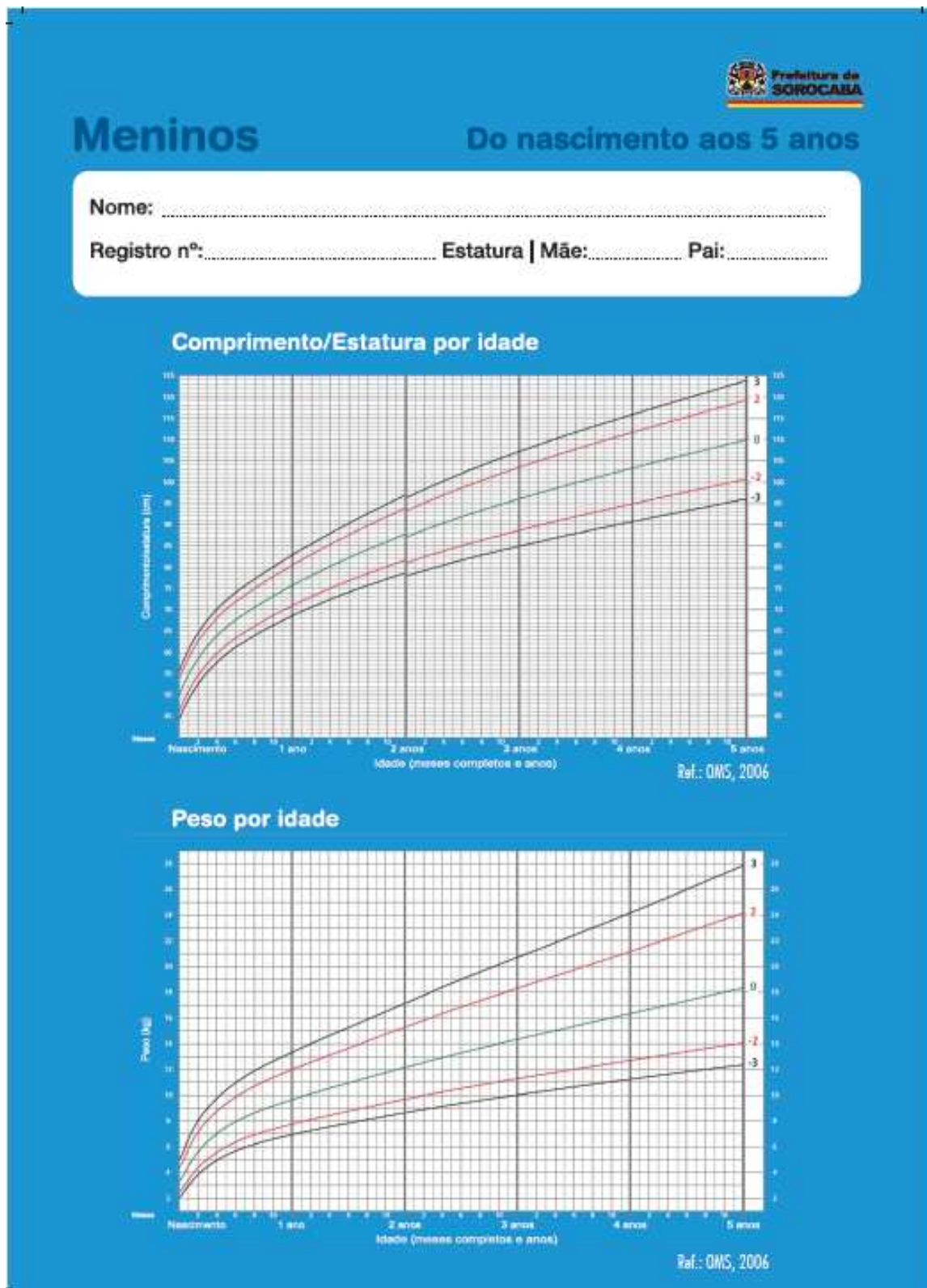
Endereço: _____

Telefone: _____

Compareça e leve este cartão!



ANEXO 21 – GRÁFICO DE CRESCIMENTO DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS DE IDADE – MENINOS (FRENTE)



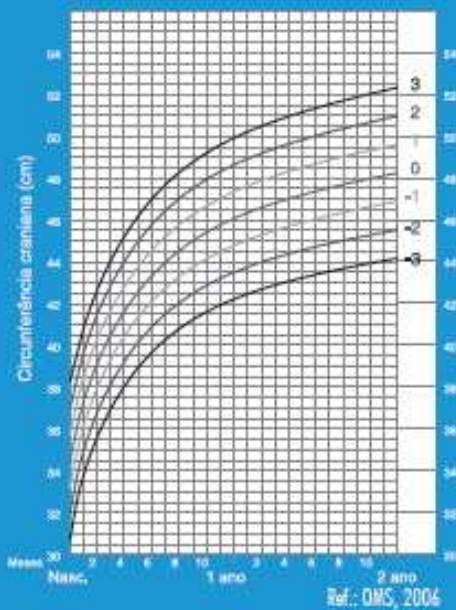


ANEXO 22 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS DE IDADE – MENINOS (VERSO)

Meninos

Do nascimento aos 5 anos

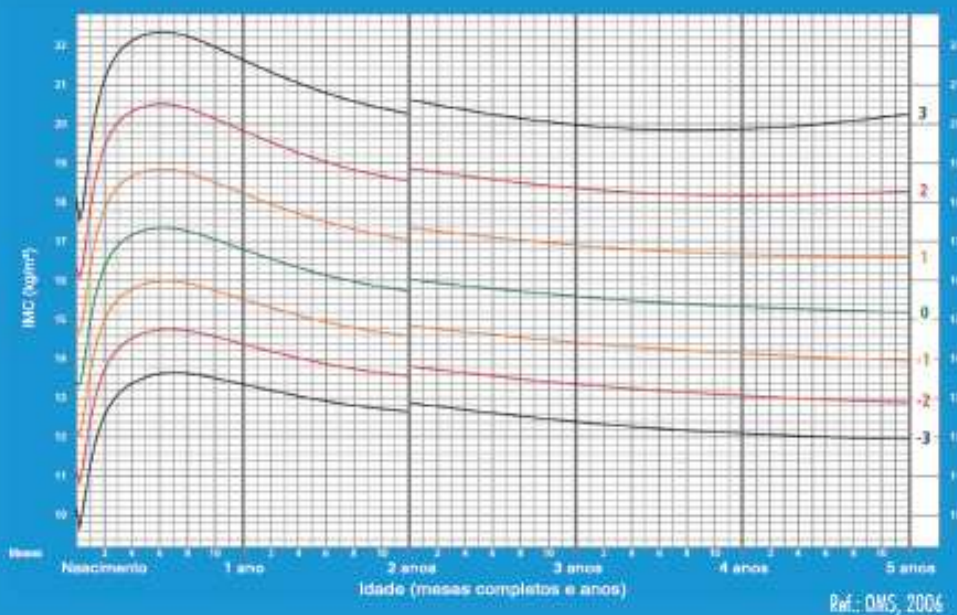
Circunferência Craniana por idade



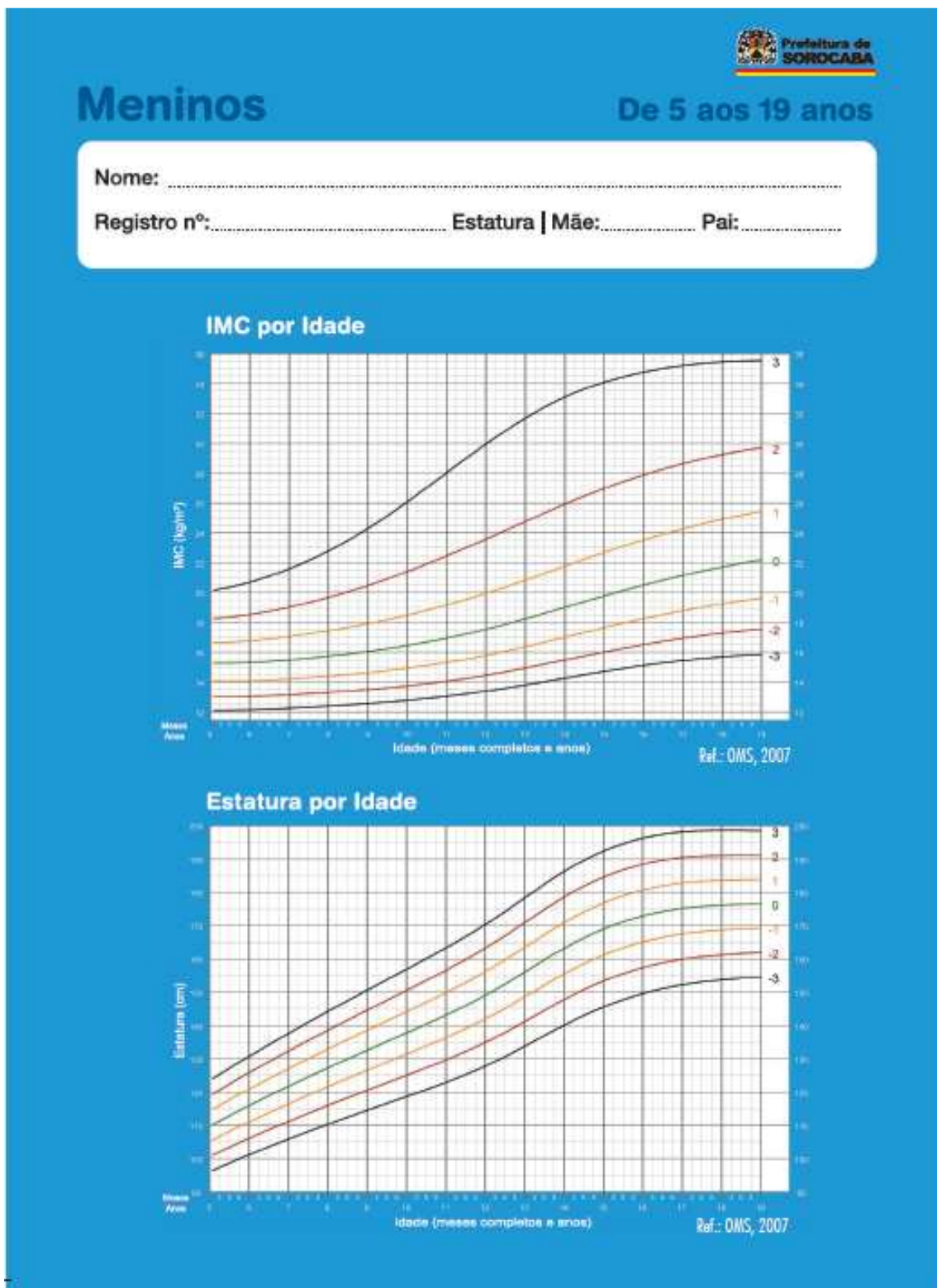
Classificação para crianças de 0 a 5 anos:

Valores críticos	Índices antropométricos	
	Peso para idade	Estatura para idade
< Escore-z -3	muito baixo peso	muito baixa estatura
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	baixo peso	baixa estatura
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	peso adequado	estatura adequada
≥ Escore-z -1 e < Escore-z +1	peso adequado	estatura adequada
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	peso adequado	estatura adequada
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	peso elevado	estatura adequada
> Escore-z +3	peso elevado	estatura adequada
Valores críticos	IMC para idade	
< Escore-z -3	magreza acentuada	
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	magreza	
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	eutrofia	
≥ Escore-z -1 e < Escore-z +1	eutrofia	
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	risco de sobrepeso	
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	sobrepeso	
> Escore-z +3	obesidade	

IMC por Idade



ANEXO 23 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DE 5 ANOS AOS 19 ANOS DE IDADE – MENINOS (FRENTE)





ANEXO 24 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DE 5 ANOS AOS 19 ANOS DE IDADE – MENINOS (VERSO)

Meninos

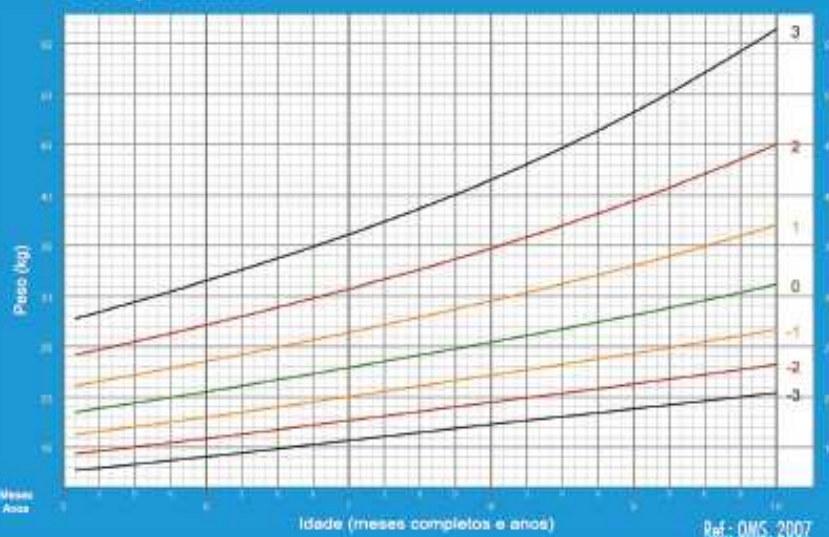
De 5 aos 19 anos

Classificação para crianças de 5 aos 19 anos:

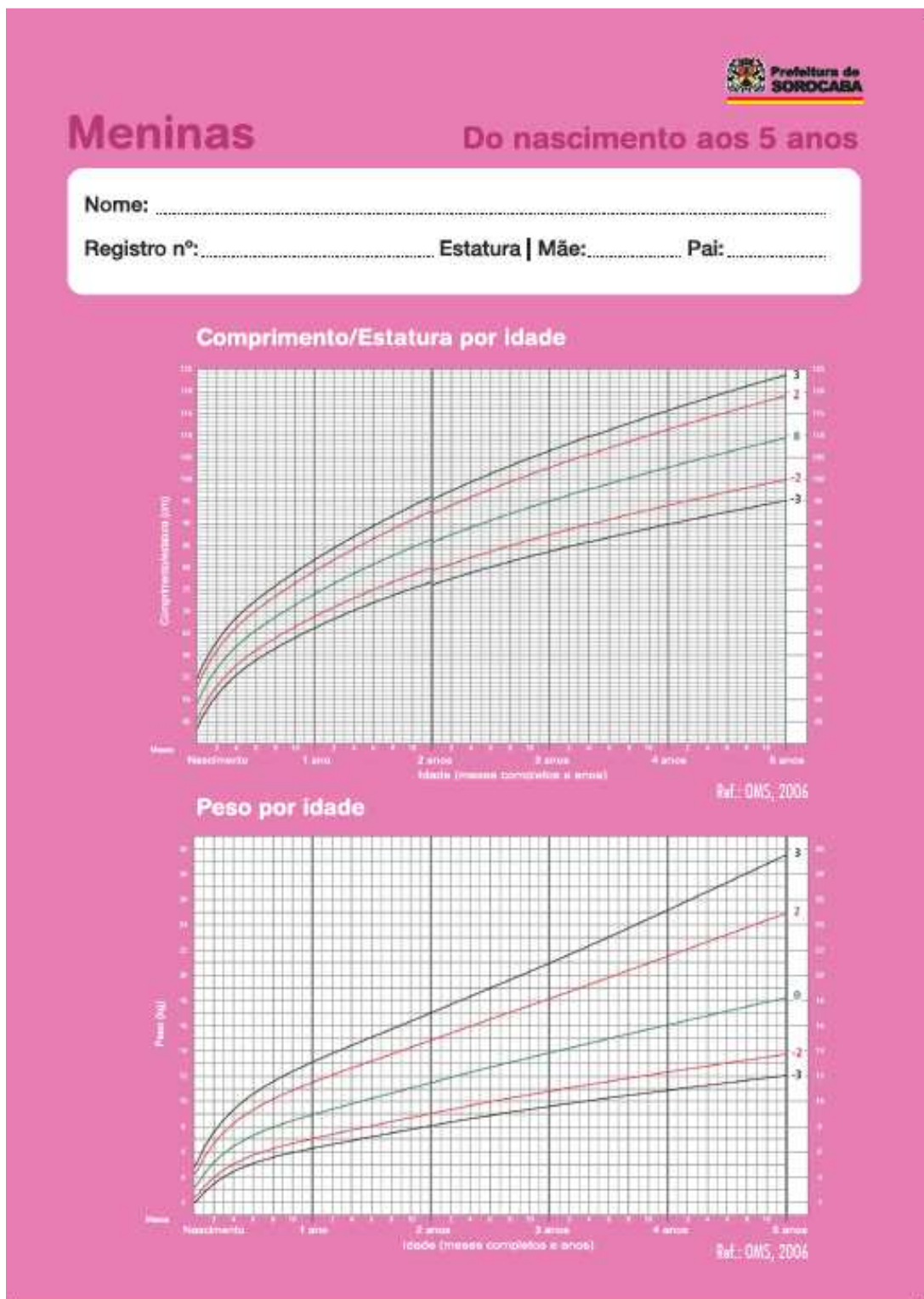
Valores críticos	Índices antropométricos	
	Peso para idade	Estatura para idade
< Escore-z -3	muito baixo peso	muito baixa estatura
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	baixo peso	baixa estatura
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	peso adequado	estatura adequada
≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1	peso adequado	estatura adequada
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	peso adequado	estatura adequada
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	peso elevado	estatura adequada
> Escore-z +3	peso elevado	estatura adequada

Valores críticos	IMC para idade
< Escore-z -3	magreza acentuada
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	magreza
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	eutrofia
≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1	eutrofia
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	sobrepeso
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	obesidade
> Escore-z +3	obesidade grave

Peso por Idade

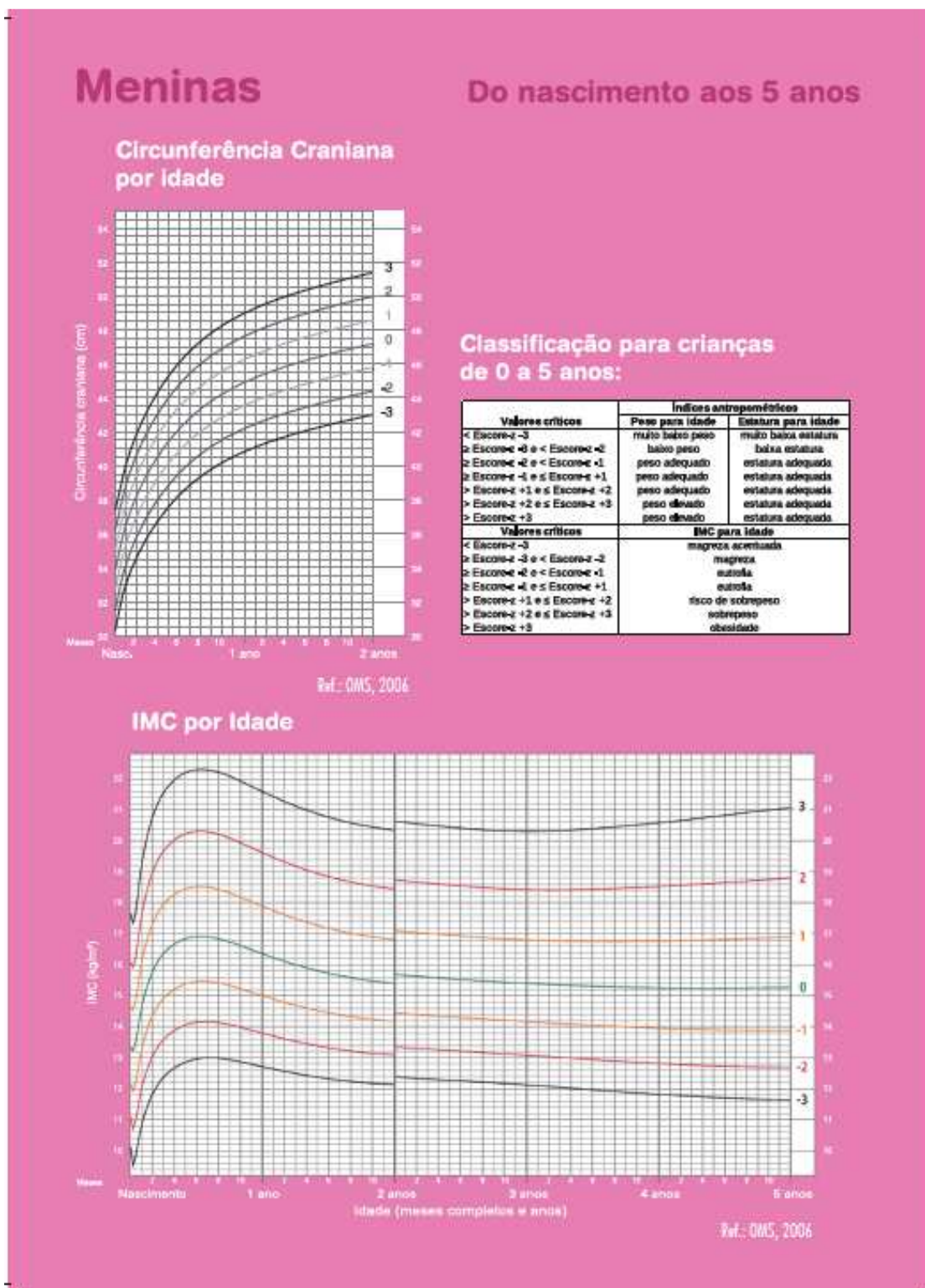


ANEXO 25 – GRÁFICO DE CRESCIMENTO DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS DE IDADE – MENINAS (FRENTE)






ANEXO 26 – GRÁFICO DE ACRESCIMENTO DO NASCIMENTO AOS 5 ANOS DE IDADE – MENINAS (VERSO)



ANEXO 27 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DE 5 ANOS AOS 19 ANOS DE IDADE – MENINAS (FRENTE)

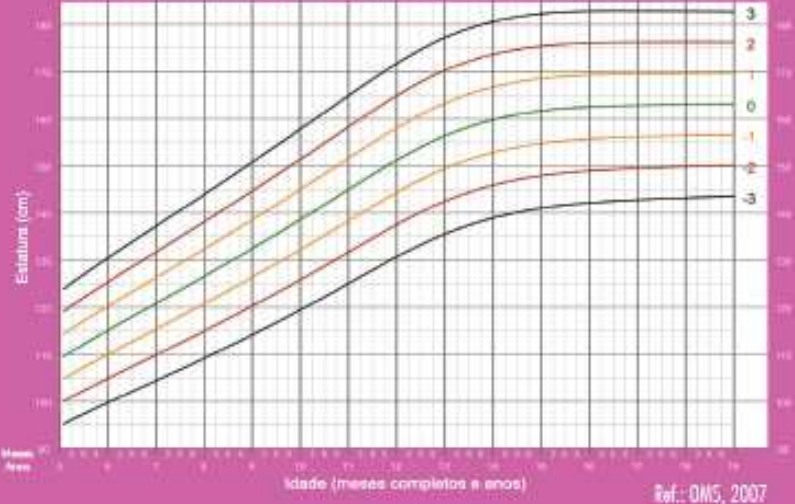
 Prefeitura de SOROCABA

Meninas De 5 aos 19 anos

Nome:

Registro nº: Estatura | Mãe: Pai:

Estatura por Idade

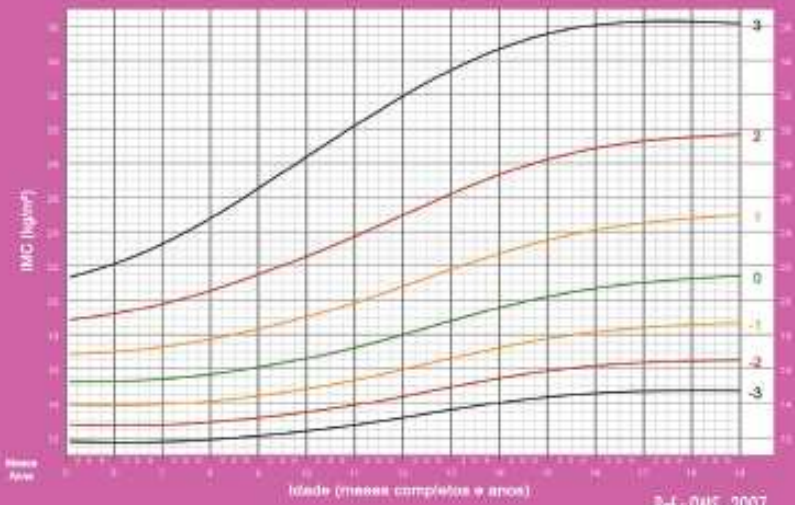


Estatura (cm)

Idade (meses completos e anos)

Ref.: OMS, 2007

IMC por Idade



IMC (kg/m²)

Idade (meses completos e anos)

Ref.: OMS, 2007



ANEXO 28 - GRÁFICO DE CRESCIMENTO DE 5 ANOS AOS 19 ANOS DE IDADE – MENINAS (VERSO)

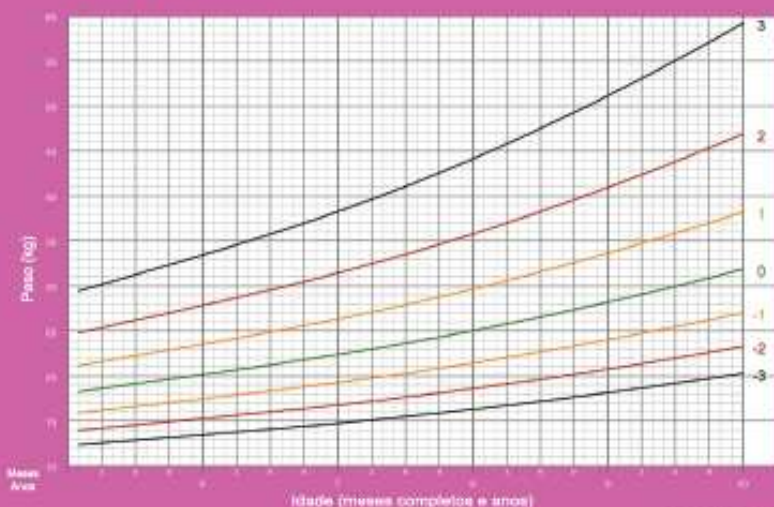
Meninas

De 5 aos 19 anos

Classificação para crianças de 5 aos 19 anos:

Valores críticos	Índices antropométricos	
	Peso para idade	Estatura para idade
< Escore-z -3	muito baixo peso	muito baixa estatura
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	baixo peso	baixa estatura
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	peso adequado	estatura adequada
≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1	peso adequado	estatura adequada
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	peso adequado	estatura adequada
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	peso elevado	estatura adequada
> Escore-z +3	peso elevado	estatura adequada
Valores críticos	IMC para idade	
< Escore-z -3	magreza acentuada	
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	magreza	
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	eutrofia	
≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1	eutrofia	
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	sobrepeso	
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	obesidade	
> Escore-z +3	obesidade grave	

Peso por Idade







ANEXO 29 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Ficha de acompanhamento do desenvolvimento		
Registro:	Nome:	
Padronização para o uso da ficha de acompanhamento do desenvolvimento		
	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Padronização
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (<i>Reflexo de Moro</i>)	Utilizar estimulação usual: queda da cabeça ou som. Não usar estimulação muito intensa.
	Postura: barriga para cima, pernas e braços flexíveis, cabeça lateralizada	Deitar a criança em superfície plana com a barriga para cima: posição supina.
	Olha para a pessoa que a observa	Mantém o rosto no campo visual da criança olhando em seus olhos.
	Dá mostras de prazer e desconforto	Observar durante a consulta se a criança reage ao ser trocada de roupa, colocada na mesa do exame.
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual	Colocar uma das mãos no campo visual da criança, os dedos movendo, ou um objeto de cor. Deve ser colocado na linha média do rosto da criança. Após observar fixação lateral da criança, afastar lentamente a mão da linha média mantendo os dedos ou o objeto em movimento para a direita e para a esquerda.
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente	Deitar a criança em superfície plana com a barriga para baixo. Posição prona.
	Arrulha e corri espontaneamente	Mantém o rosto no campo visual da criança. Falar suavemente, emitir sons, estalo de língua sem tocar na criança. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Começa a diferenciar dia/noite	Perguntar à mãe se a criança fica mais acordada ou mais alerta durante o dia.
	Postura: passa da posição lateral para linha média	Quando deitada na posição supina, a cabeça já fica na linha média do corpo.
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço	Deitar a criança em superfície plana. Posição prona.
	Emite sons - Balbúcia	Falar suavemente com a criança na altura da linha de cada ouvido. Na ausência de resposta, perguntar à mãe.
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva	Observar se quando a mãe aproxima-se do bebê, este faz algum movimento como o de aproximação.
	Rola da posição supina para prona	Colocar a criança em superfície plana na posição supina, incentivá-la a virar para a posição prona.
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo	Posição supina. Segurar as mãos da criança. Puxar suavemente tentando sentá-la.
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	Falar ou fazer ruído por trás da criança na altura dos seus ouvidos.
	Rezonha quando se dirigem a ela	Observar se a criança reage quando a mãe fala com ela, quando a mãe coloca-a no colo, etc.
	Senta-se sem apoio	Colocar a criança em superfície plana, sentada. Observar se ela mantém-se com as costas eretas e sem apoiar as mãos na superfície.
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra	Colocar objeto na mão direita da criança. Na ausência de resposta, tentar a mão esquerda.
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos	Observar expressões faciais da criança dirigidas ao profissional e a mãe. O profissional deve segurar a criança no colo e a mãe chamá-la com os braços. Perguntar a mãe se a criança estranha outras pessoas de fora do seu ambiente familiar.
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras	Instigar a criança a imitar os gestos de bater palmas, de adeus, caretas, de esconde-esconde.



Ficha de acompanhamento do desenvolvimento

Registro:	Nome:	
	Arrasta-se ou engatinha	Colocar a criança em posição prona, em uma superfície plana. Colocar e oferecer objeto colorido na mesma superfície, longe da mão da criança.
	Pega objetos usando o polegar e o indicador	Colocar na mão da criança algum objeto pequeno da sala de exame.
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido	Instigar. Apontar a mãe e perguntar quem é esta? Na ausência de resposta, perguntar a mãe se a criança fala alguma palavra com sentido (qual?).
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)	Observar se a criança faz espontaneamente. Ao final da consulta, despedir-se dando "tchau" a criança. Perguntar a mãe se a criança faz algum gesto.
	Anda sozinha, raramente cai	Postura de pé: solicitar a colaboração da mãe para pedir a criança para caminhar; ou colocar a criança no chão durante a coleta da história clínica.
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário	Na hora do exame físico, pedir a criança que sozinha tire alguma peça (a blusa por exemplo). Em caso de recusa, solicitar a colaboração da mãe no pedido.
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras	Instigar, tentar observar a resposta da criança em conversa com a mãe. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista	Colocar a criança no chão. Oferecer um objeto à distância e ver se ela se afasta da mãe para pegar este objeto e se volta o seu olhar para a mãe durante o seu percurso.
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão	Observar durante a consulta se a criança come biscoitos ou frutas (ou outro alimento que a mãe traz) com a própria mão. Não sendo possível, perguntar à mãe.
	Corre e/ou sobe degraus baixos	Pedir a criança para correr ou subir a escadinha da sala de exame, se houver. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente	Tentar observar na sala de espera - Perguntar sempre a mãe.
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu	Perguntar a criança como ela se chama. Perguntar para a criança de quem é o sapato, a blusa, etc (peças do vestuário que a criança está vestindo). Solicitar a colaboração da mãe.
	Veste-se com auxílio	Depois do exame clínico, pedir a mãe que ajude a criança a vestir-se.
	Fica sobre um pé, momentaneamente	Postura de pé. Solicitar a criança para levantar um pé, dobrando o joelho. Utilizar imitação.
	Usa frases	Conversar com a criança. Se a criança não colaborar, perguntar a mãe.
	Começa o controle esfinteriano	Perguntar à mãe se a criança já usa o perico ou já avisa se quer ir ao banheiro (mesmo se já tenha feito as suas necessidades nas fraldas).
	Reconhece mais de duas cores	Usar objetos da sala de exame. Verificar se separa objetos por cores, sem necessariamente nomeá-los.
	Pula sobre um pé só	Postura de pé. Solicitar a criança para levantar um pé, dobrando o joelho. Utilizar imitação.
	Brinca com outras crianças	Observar na sala de espera. Perguntar à mãe.
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)	Perguntar à mãe se em suas brincadeiras a criança imita o pai, a mãe, etc.
	Veste-se sozinha	Depois do exame clínico, pedir a criança que se vista. Na ausência de resposta, perguntar a mãe.
	Pula alternadamente com um e outro pé	Postura de pé; solicitar a criança que pule alternadamente com um pé e o outro. Utilizar imitação.
	Alterna momentos cooperativos com agressivos	Perguntar à mãe sobre o humor e o comportamento da criança com outras crianças e com os adultos.
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias	Perguntar à mãe se a criança já demonstra preferências. Exemplo: "quero passear" dirigindo-se à rua; "quero ir para ..."; "quero fazes...".