



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA**

“SUBSÍDIO À LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA”

(Médico)

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.



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. AÇÕES	17
2.1 INSCRIÇÃO.....	17
2.2 PRÉ-CONSULTA.....	18
2.3 CONSULTA DO ENFERMEIRO E ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM	19
2.4 CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	20
2.5 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 (ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM) COM SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO.....	25
4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS	28
4.1 ALTO RISCO	28
4.2 MÉDIO RISCO.....	29
4.3 BAIXO RISCO	29
5. CRONOGRAMA DE ATENDIMENTOS.....	30



5.1 ALTO RISCO	30
5.2 MÉDIO RISCO.....	32
5.3 BAIXO RISCO	34
5.4 OBSERVAÇÕES	36
6. CONSULTA ODONTOLÓGICA	37
7. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE 0 A 24 MESES.....	38
7.1 INDICES ANTROPOMÉTRICOS RECOMENDADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	41
7.1.1 Perímetro cefálico.....	42
7.1.2 Suspeita de Microcefalia	43
7.1.3 Índice de massa corpórea (IMC):.....	43
7.2 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 01 MÊS	44
7.3 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 02 MESES.....	46
7.4 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 3 MESES.....	47
7.5 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 04 MESES.....	48
7.6 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 05 MESES.....	50
7.7 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 06 MESES.....	51
7.8 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 07 MESES.....	53
7.9 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 08 MESES.....	54
7.10 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 09 MESES.....	55



7.11 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 10 MESES.....	57
7.12 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 11 MESES.....	58
7.13 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 12 MESES.....	59
7.14 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 13 A 15 MESES.....	60
7.15 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 18 MESES.....	61
7.16 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 24 MESES.....	62
8. PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA	63
8.1 PUBERDADE	63
9. SINAIS DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR NO LACTENTE	67
9.1 SINAIS DE ALERTA	67
9.1.1 Na área motora:.....	67
9.1.2 Na área visual:.....	68
9.1.3 Na área auditiva:.....	68
9.1.4 Na área mental:	68
9.2 PRÉ-ESCOLAR (3-5ANOS)	69
10. SCREENING LABORATORIAL EM PUERICULTURA	70
11. TRIAGEM NEONATAL	72
11.1 TESTE DE BRUCKNER OU DO REFLEXO VERMELHO OU TESTE DO OLHINHO	72
11.1.1 Diagnóstico	72



11.1.2 Retinopatia na Prematuridade	74
11.2 TESTE AUDITIVO OU TESTE DA ORELHINHA.....	76
11.3 TESTE DA LINGUINHA (AVALIAÇÃO DE FRÊNULO LINGUAL).....	77
11.4 TESTE DO PEZINHO	78
11.4.1 Idade.....	78
11.4.2 Fluxo do Teste do Pezinho não realizado (apenas nascidos em outro município)	79
11.4.3 Segunda Coleta para hemoglobinopatias em Recém-nascidos pré-termos e/ou que receberam transfusão sanguínea	79
11.4.4 Fluxo do Teste do Pezinho Alterado (recoleta)	80
11.4.5 Alterações.....	80
11.4.6 Protocolo de Avaliação e Conduta (UPH Zona Oeste)	83
11.5 TESTE CORAÇÃOZINHO	88
11.5.1 Diagnóstico de cardiopatia congênita crítica:.....	88
11.5.2 O teste da oximetria.....	89
11.5.3 Local de aferição	89
11.5.4 Momento da aferição	89
11.5.5 Resultado normal.....	90
11.5.6 Resultado anormal.....	90
11.5.7 Limitações.....	90
12. CONTROLE SÍFILIS	91
13. INVESTIGAÇÃO DE HEPATITE B E C NA GESTAÇÃO	94
13.1 FLUXO DA VIGILÂNCIA DAS HEPATITES B E C	94



14. ALEITAMENTO MATERNO.....	95
14.1 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A CRIANÇA:	95
14.2 VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE:	95
14.3 PREPARO DAS MAMAS NA GESTAÇÃO:.....	98
14.4 ATENÇÃO AOS PONTOS-CHAVE EM RELAÇÃO AO ATO DE AMAMENTAR:	98
14.4.1 Pontos-chave do posicionamento adequado:.....	98
14.4.2 Pontos-chave da pega adequada:.....	99
14.4.3 Queixa comum: Pouco leite.....	99
14.5 PROBLEMAS PRECOSES E TARDIOS ENFRENTADOS PELAS MÃES:	101
14.6 UBS AMIGA DA AMAMENTAÇÃO:.....	103
15. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.....	105
15.1 DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	108
15.2 O ALEITAMENTO MATERNO É O PADRÃO – OURO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL.....	110
15.3 ESQUEMA DA ALIMENTAÇÃO A PARTIR DOS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO.....	111
15.4 PRINCIPAIS RISCOS: ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INADEQUADA.....	115
15.5 ALIMENTAÇÃO A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE PARA CRIANÇAS QUE NÃO ESTÃO EM ALEITAMENTO MATERNO	116



15.6 ALIMENTAÇÃO PARA LACTENTES ENTRE 1 E 2 ANOS DE IDADE	117
15.7 DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS:.....	117
16. PERÍODO PRÉ ESCOLAR 2 A 6 ANOS DE IDADE.....	120
16.1 DIFICULDADES ALIMENTARES MAIS FREQUENTES:.....	121
17. PERÍODO DO ESCOLAR 7 A 10 ANOS DE IDADE.....	123
17.1 PRÁTICAS ALIMENTARES INADEQUADAS:.....	123
18. PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA	125
18.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	125
19. PROGRAMAS DE FÓRMULAS INFANTIS E SUPLEMENTAÇÕES.....	127
19.1 FÓRMULA DE PARTIDA.....	127
19.2 FÓRMULAS DE SEGUIMENTO	129
19.3 DESCRIÇÃO DO FLUXO DA FÓRMULA DE PARTIDA (1º SEMESTRE) E TRANSIÇÃO PARA A FÓRMULA DE SEGUIMENTO.	133
19.4 FÓRMULAS DE TRANSIÇÃO	134
19.5 FLUXO DAS FÓRMULAS ESPECIAIS.....	134
19.6 LEITE FLUIDO ENRIQUECIDO COM FERRO E VITAMINA A E D	135
19.7 SUPLEMENTOS ALIMENTARES OU FÓRMULAS especiais	137



20. RECOMENDAÇÕES PARA A MELHORIA DO ESTADO NUTRICIONAL	138
21. SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA	140
21.1 SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO:	140
21.1.1 Funções gerais:	141
21.1.2 Funções enzimáticas:	141
21.1.3 Hormonal:	141
21.2 ANEMIA E DEFICIÊNCIA DE FERRO.....	142
21.2.1 Diagnóstico/Tratamento:.....	142
21.3 ANEMIA DA PREMATURIDADE	144
21.4 SUPLEMENTAÇÃO DE ZINCO:.....	145
21.4.1 Funções gerais:	145
21.5 SUPLEMENTAÇÃO DE COBRE	146
21.6 SUPLEMENTAÇÃO DE SELÊNIO	147
21.7 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS LIPOSSOLÚVEIS	147
21.7.1 Aspectos gerais das vitaminas lipossolúveis	147
21.8 SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO E FÓSFORO:.....	149
21.9 SUPLEMENTAÇÃO DE MULTIVITAMINAS:.....	150
21.10 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS HIDROSSOLÚVEIS.....	152
21.11 INDICAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO	154
22. IMUNIZAÇÃO	159



22.1 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA 2017.....	160
22.2 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS MAIORES DE 7 ANOS ATÉ ADOLESCÊNCIA	161
22.3 EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO	162
22.4 VACINAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO.....	164
22.4.1 Documentos necessários para solicitação do medicamento:	164
22.4.2 Fluxo para encaminhamento “Palivizumabe”	166
23. CUIDADOS COM SAÚDE BUCAL	167
23.1 ODONTOLOGIA INTRAUTERINA.....	168
23.2 ODONTOLOGIA PARA BEBÊ.....	169
23.3 HIGIENE BUCAL DA CRIANÇA	171
24. ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	174
24.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA	175
24.2 ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	180
25. ACIDENTES NA INFÂNCIA.....	181
25.1 RECÉM-NASCIDO	181
25.2 PRIMEIRO ANO DE VIDA	181
25.3 CRIANÇAS DE 1 A 3 ANOS.....	182
25.4 DICAS DE SEGURANÇA EM CASA	182



26. PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA	185
26.1 DEFINIÇÃO DE ASMA	185
26.2 DIAGNÓSTICO DE ASMA.....	185
26.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	185
26.4 CLASSIFICAÇÃO E FLUXOS	187
26.5 OBJETIVOS DO TRATAMENTO.....	188
26.6 METAS	189
26.7 INSCRIÇÃO:.....	189
26.8 CLASSIFICAÇÃO ASMA: (TABELA GINA 2014)	190
26.8.1 Critérios para classificação conforme quadro abaixo:.....	191
26.9 TRATAMENTO DA ASMA DE ACORDO COM A GRAVIDADE.....	193
26.10 CONTROLE DA ASMA.....	194
26.11 TRATAR PARA CONTROLAR OS SINTOMAS E MINIMIZAR OS RISCOS (GINA 2014)	194
26.11.1 Antes de começar o tratamento inicial de controle:	195
26.11.2 Depois de começar o tratamento inicial de controle:	196
26.12 PRINCÍPIOS GERAIS PARA A REDUÇÃO DO TRATAMENTO DE CONTROLE	196
26.13 MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA INFANTIL:	197
26.14 ERROS MAIS COMUNS NO USO DOS AERROSSÓIS:.....	198



27. VIGILÂNCIA DA CRIANÇA INTERNADA - ALTA QUALIFICADA	199
28. PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO ..	202
28.1 AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS DE RISCO	204
28.2 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA POLICLÍNICA MUNICIPAL PROGRAMA RÉCEM-NASCIDO DE RISCO	205
29. PROGRAMA BEBÊ SAUDÁVEL	207
29.1 VIGILÂNCIA DOS RECÉM-NASCIDOS QUE PASSARAM EM ATENDIMENTO NAS UPHS	209
29.2 PROGRAMA DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL	210
30. ESPECIALIDADES INFANTIS DA REDE PÚBLICA:.....	214
REFERÊNCIAS	215
ANEXOS	217
ANEXO 1. TABELA DE VALORES DE PA PARA MENINOS DE ACORDO COM IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA.....	218
ANEXO 2. TABELA DE VALORES DA PA PARA MENINAS DE ACORDO COM IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA.....	220
ANEXO 3. INTERGROWTH - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos pré-termo – para meninos	222
ANEXO 4. INTERGROWTH - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos pré-termo – para meninas	224



ANEXO 5. Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos a termo:226

Meninos226

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 concepção 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 auxilia 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 e-mail 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.

*A medição da PA em crianças é recomendada em toda avaliação clínica após os três anos de idade, devendo respeitar as padronizações de medição estabelecidas. As crianças menores de 3 anos deverão ter a PA avaliada em situações específicas. Para a realização da medição, a criança deve estar sentada, calma pelo menos cinco minutos, com as costas apoiadas e os pés apoiados no chão, devendo-se evitar o uso de alimentos e bebidas estimulantes. A medição deverá ser feita no braço direito, em virtude da possibilidade de coartação de aorta, apoiado ao nível do coração. A PA sistólica de membros inferiores deve ser avaliada sempre que a PA medida em membros superiores estiver elevada. Essa avaliação pode ser realizada com o paciente em posição deitada, com o manguito colocado na região da panturrilha, cobrindo pelo menos dois terços da distância entre o joelho e o tornozelo. A PA sistólica medida na perna pode ser mais elevada do que no braço pelo fenômeno da amplificação do pulso distal. Se a PA sistólica da perna estiver mais baixa que a PA sistólica medida no braço, há sugestão de diagnóstico de coartação da aorta.

Os valores correspondentes aos percentis de PA, por sexo, idade e percentil de altura estão em tabela 1 e 2 do anexo.

2.3 CONSULTA DO ENFERMEIRO E ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

- Verificar dados antropométricos (peso, altura, PC) e registrar no gráfico de crescimento;
- Verificar sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca e respiratória;
- Verificar a pressão arterial pelo menos 2 vezes ao ano e em casos especiais a critério médico;
- Verificar queixas (avaliar necessidade de avaliação médico imediata);



- Identificar condições sociais, familiares e ambientais e orientar higiene, formação de vínculo e outros;
- Verificar se o desenvolvimento neuropsicomotor está adequado para a idade e orientar sobre estímulos necessários para o bom desenvolvimento;
- Estímulo ao aleitamento materno;
- Perguntar sobre alimentação e orientar alimentação adequada à idade;
- Verificar vacinação na caderneta da saúde da criança e administrar vacinas atrasadas;
- Orientar sobre saúde bucal, auditiva e visual;
- Orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária e observar sinais de violência;

Realizar orientações consonantes com a orientação do pediatra e o enfermeiro.

Sempre que observar alterações de qualquer dos itens verificados, anotar no prontuário, na caderneta de saúde da criança e comunicar o médico.

2.4 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.

2.5 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-mails (nriscos@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 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.

- 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 <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	
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 <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 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 <7 dias 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. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR 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 31,9cm (meninos) e menor de 31,5cm (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.

7.1 INDICES 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 3ºano podemos usar a fórmula:

$$\text{PESO} = 2n + 9$$

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

ESTATURA ALVO:

Meninos: $\frac{\text{altura do pai} + (\text{altura da mãe} + 13)}{2} = \text{resultado } (+/- 10)$

2

Meninas: $\frac{(\text{altura do pai} - 13) + \text{altura da mãe}}{2} = \text{resultado } (+/- 10)$

2

7.1.1 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 1ºano de vida ele deverá aumentar cerca de 12 c m.

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

- 1ºtrimestre (totalizando 6 cm)
- 1 cm /mês no 2ºtrimestre (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

7.1.2 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 (anexo 3 e 4).
- 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 (anexo 5).

7.1.3 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= 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.



7.2 AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM 01 MÊS

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 a 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;

7.3 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).

7.4 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	61 cm	59 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 a 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 reconhecem 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.

7.5 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.

Inspeciona 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.

7.6 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).

7.7 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 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.



7.8 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.

7.9 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.

7.10 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



7.11 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



7.12 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



7.13 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

7.14 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



7.15 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	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

7.16 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 maçanetas 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 sequência, 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

8. PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA

8.1 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

	<p>Estágio 1 Genitália pré-puberal ou infantil.</p>
	<p>Estágio 2 Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (G2)</p>
	<p>Estágio 3 Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G3)</p>
	<p>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)</p>
	<p>Estágio 5 Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5)</p>

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos

	<p>Estágio 1 Pelagem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)</p>
	<p>Estágio 2 Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)</p>
	<p>Estágio 3 Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)</p>
	<p>Estágio 4 Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)</p>
	<p>Estágio 5 Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)</p>

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 areolar. 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.



9. 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.

9.1 SINAIS DE ALERTA

9.1.1 Na área motora:

- ❖ Assimetria ou ausência de reflexos;



- ❖ Alteração de tônus muscular (hipotonia, hipertonia localizadas ou generalizadas);
- ❖ Posturas anormais;
- ❖ Atraso na aquisição dos marcos do desenvolvimento.

9.1.2 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.

9.1.3 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.

9.1.4 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.

9.2 PRÉ-ESCOLAR (3-5ANOS)

- 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.

10. 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.

11. TRIAGEM NEONATAL

11.1 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 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.

11.1.1 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 homogeneamente 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)

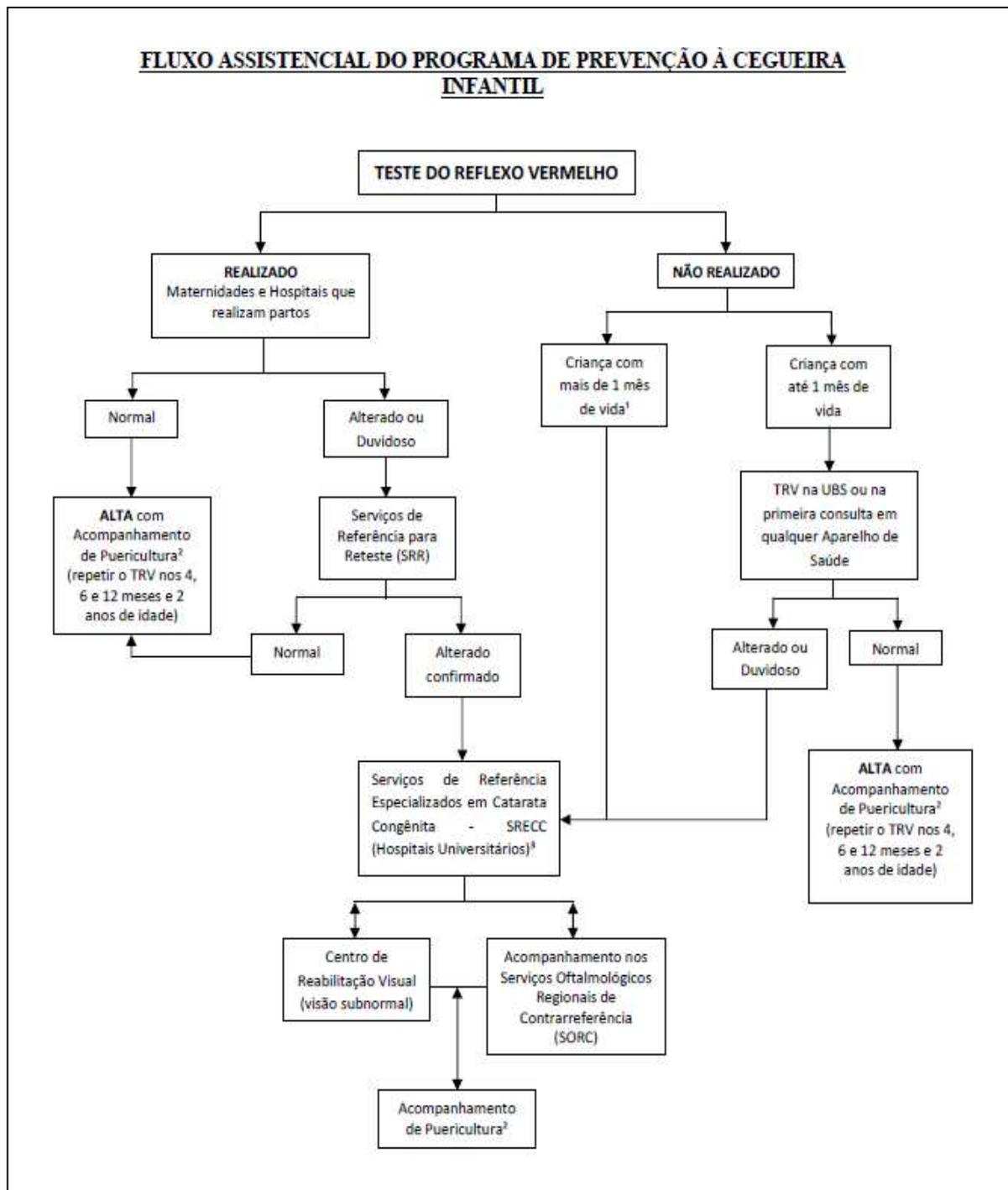
- **NORMAL** = reflexo presente – **Conduta:** alta da maternidade e controle RV na primeira consulta do RN na atenção básica e com 4, 6, 12 meses e 2 anos de idade.

- **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.

11.1.2 Retinopatia na Prematuridade

No caso do recém-nascido pré-termo (premature) 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.



11.2 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)

11.3 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).

11.4 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)

11.4.1 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)

11.4.2 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.

11.4.3 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.

11.4.4 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.

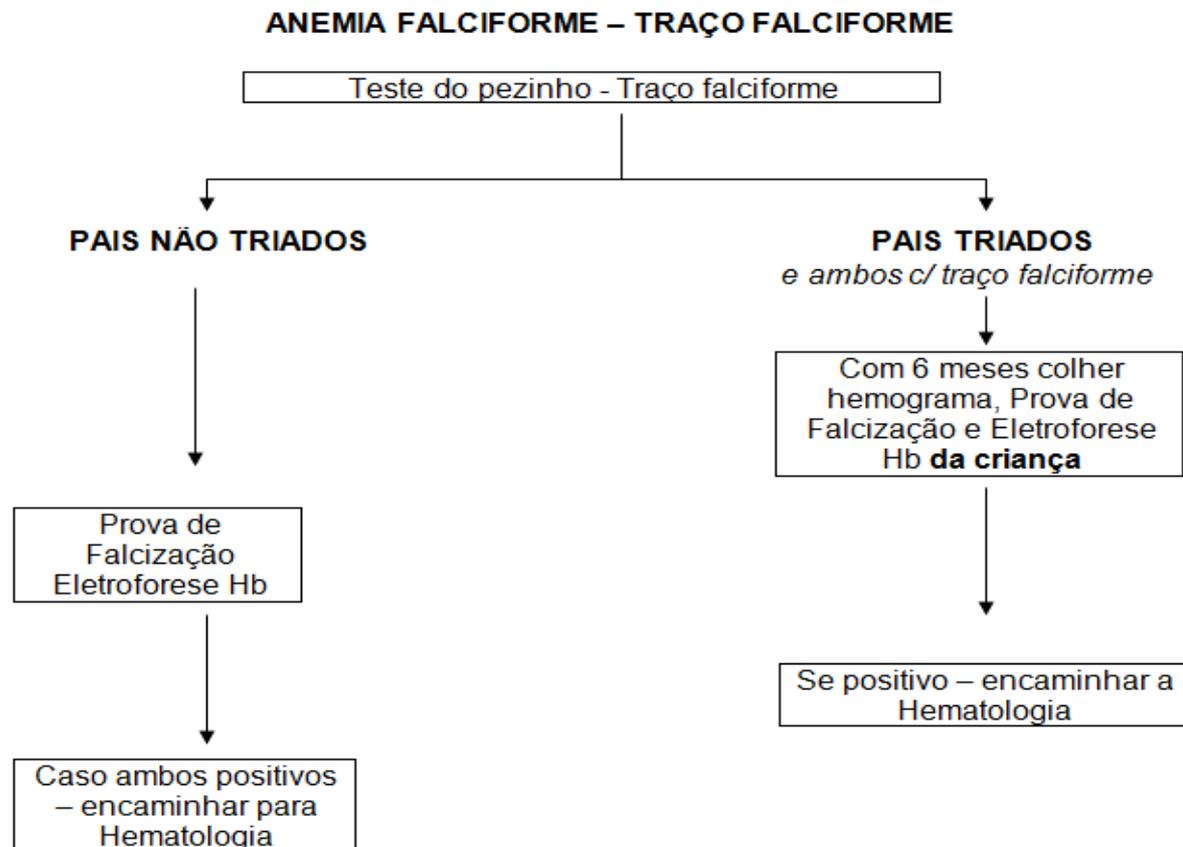
A Regional entra em contato com a APAE São Paulo, agenda o exame e a Regional e/ou UBS avisará a mãe do dia e horário do exame.

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

11.4.5 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 59 mmol/L: FC possível;
- 60 mmol/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.

11.4.6 Protocolo de Avaliação e Conduta (UPH Zona Oeste)

Em caso de fase aguda, encaminhar imediatamente para UPH Zona Oeste para que seja realizado o protocolo descrito abaixo (Protocolo de Triagem Neonatal do Estado de São Paulo).

Segue abaixo protocolo de avaliação e conduta (da UPH Zona Oeste) da fase aguda da Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC):

A desidratação observada na HAC-21OH é consequência da redução na síntese de cortisol e aldosterona e pode ser manifestar desde o final da primeira semana de vida, levando ao choque e/ou óbito, quando não tratada de forma adequada. Crianças com HAC geralmente não apresentam a clínica dos recém-nascidos ou lactentes desidratados, como taquicardia, diminuição do turgor cutâneo, mucosas secas, olhos encovados, fontanelas deprimidas, letargia, oligúria e má perfusão periférica. Levar em conta o peso do nascimento, ganho de 30g/dia. A perda progressiva de peso, ou o ganho inadequado de peso, é uma manifestação clínica mais importante e que deve ser sempre levada em consideração sempre.

Recém-nascidos ou lactentes com algum grau de desidratação iniciar terapia com hidrocortisona imediatamente. Crianças sem vômitos podem ser tratados com reposição oral de acordo com esquema a seguir:

Fase de Reparação oral

Avaliar o peso da criança antes do início da terapia de reidratação. Reavaliar a criança a cada hora;

Administrar 50 a 100ml/kg de soro de reidratação oral, no período de 4 a 6 horas, de forma constante e em pequenos volumes, desde que não esteja vomitando;

O soro recomendado é o soro caseiro- recomendado pela OMS, que contém quantidade isosmolares de sódio e glicose (favorece a absorção de água e sódio).

Atenção: Soro com potássio, das apresentações comerciais via oral (VO), só deve ser administrado naquelas crianças que já estão em tratamento e que não apresentam hipercalemia. Não usar em crianças virgens de tratamento.

Recomendação: criança em aleitamento materno ao seio mantém-se a amamentação, mas deve-se suspender a dieta da criança não amamentada ao seio durante a fase de reparação.

Após 1 hora caso não ocorra boa aceitação ou se não houver melhora clínica iniciar hidratação endovenosa;

Desidratação moderada ou grave está indicada a hidratação endovenosa imediate de acordo com o esquema a seguir: colher sódio, potássio sérico e glicemia sempre que possível; a hidratação endovenosa é dividida em 3 fases: reparação, manutenção e reposição.

Fase de reparação:

- Não há a necessidade de corrigir a hiponatremia de início;
- Infundir 20ml/kg de soro fisiológico a 0,9% (SF) para correr em pinça aberta (essa taxa de infusão pode exigir acesso venoso central);
- Glicose deve ser utilizada nesta fase (acrescentar 10 ml da solução de glicose a 50% para cada 100ml de SF 0,9% que dá uma concentração de glicose no soro de 5%);
- Reavaliar hidratação e, se necessário, repetir este procedimento a cada 20 minutos até que o paciente apresente diurese >1ml/kg/hora.

Fase de reposição e manutenção:

- Avaliar os eletrólitos após a hidratação e após a administração de hidrocortisona (que também tem efeito mineralocorticoide), porque a concentração de sódio deverá apresentar melhora;
- Iniciar o uso de fludrocortisona, assim que o paciente tiver condições de ingestão oral sem vômitos e consciente (a concentração de sódio vai aumentando progressivamente, sem haver risco de hipernatremia);



- Habitualmente não há necessidade de usar quelante de potássio (concentração geralmente começa a cair logo após o início do tratamento).

Crianças em tratamento prévio com desidratação:

- Importante não subestimar o grau de desidratação e valorizar muito a presença de vômitos e a não aceitação adequada do soro oral;

- Criança com vômitos e recusa alimentar, mesmo que hidratada, especialmente lactente, deverão permanecer em observação no UPH por algumas horas (2 a 4), para avaliar a persistência desses sinais e sintomas. Caso eles persistam recomenda-se a conduta a seguir:

- Colher sódio, potássio (que podem estar normais nesta fase) e glicemia (que muitas vezes está baixa). Caso haja persistência das alterações clínicas e a necessidade de hidratação, as fases de reparação, manutenção e reposição são semelhantes a recomendada.

Criança que não iniciou tratamento prévio e venha a apresentar sinais sugestivos de descompensação da doença como hipoglicemia ou desidratação hiponatrêmica com ou sem acidose metabólica, sugerimos a seguinte conduta:

- Tratar a hipoglicemia com glicose a 10% 2mL/kg EV;

- Tratar a desidratação e os distúrbios metabólicos conforme cálculo abaixo:

Cálculo de medicamento ARV para criança:

Cálculo para metro² (Superfície Corpórea)

$$\frac{\text{Peso} \times 4 + 7}{\text{Peso} + 90}$$

$$\text{Peso} + 90$$



1. Lamivudina 10mg/mL (3TC) – frasco 240mL

$$\underline{\text{Peso} \times 4} = X \text{ mL}$$

10

Posologia = X mL 12/12horas

2. Kaletra (Lopinavir/ ritonavir 80mg/20mg por mL)

Consultar tabela de Superfície corpórea (SC):

Guia de doses pediátricas baseada na área de superfície corporal sem terapia concomitante	
Área de superfície corporal (m²)	Dose (duas vezes ao dia) (230/ 57,5mg/ m²)
0,25	0,7 mL (57,5/ 14,4mg)
0,5	1,4 mL (115/ 28,8mg)
0,75	2,2 mL (72,5/ 43,1mg)
1	2,9 mL (230/ 57,5mg)
1,25	3,6 mL (287,5/ 71,9mg)
1,5	4,3 mL (345/ 86,3mg)
1,75	5,0 mL (402,5/ 00,6mg)

3. Zidovudina 10mg/mL – frasco 200mL

$$\underline{\text{SC} \times 240} = X \text{ mL}$$

10

Posologia = X mL 12/12horas

- Iniciar glicocorticoide (hidrocortisona) EV (ou IM se não tiver acesso venoso) na dose de:

- Hidrocortisona (25mg EV em dose única, seguida de 25mg EV por dia 6/6horas).

- Se hiponatremia e hipercalcemia presentes, iniciar mineralocorticoide na dose de 1 comprimido de 0,1mg por dia dividido em duas doses oral ou por sonda;

- Sempre iniciar tratamento antes da alta hospitalar;

Assim que possível, entrar em contato com: APAE de São Paulo

(11 50807100/7143/7019/7117).

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

11.5 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.

11.5.1 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.

11.5.2 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.

11.5.3 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.

11.5.4 Momento da aferição

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



11.5.5 Resultado normal

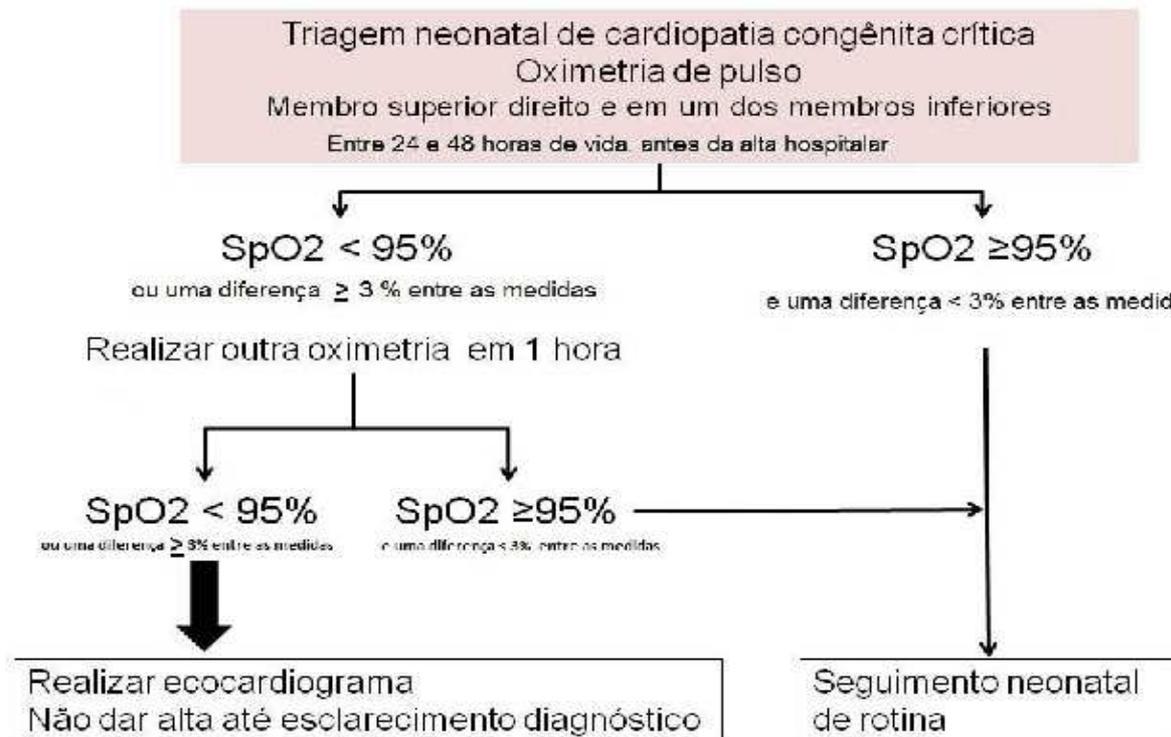
Saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior.

11.5.6 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.

11.5.7 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 coartação 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.

12. 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 concepto 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)

13. 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.

13.1 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.

14. 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.

14.1 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.

14.2 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, Doxorubicina, Estrôncio-89, Estrogênios, Eretinato, 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.

Contracepção 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.



14.3 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.

14.4 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:

14.4.1 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.

14.4.2 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.

14.4.3 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.

14.5 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.

14.6 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

15. 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 transitórios, 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.



15.1 DEZ PASSOS 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.

15.2 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.

15.3 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).

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

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)

15.4 PRINCIPAIS RISCOS: ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INADEQUADA

- Interrupção do aleitamento materno.
- Introdução precoce de leite de vaca:
 - Elevada carga renal de soluto (> proteína e sódio)
 - Baixa biodisponibilidade de ferro
 - Baixa concentração de minerais (zinco) e vitaminas (D, E, C)
 - Baixos teores de ácidos graxos essenciais (linoleico e linolênico)
 - 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.

15.5 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!

15.6 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.

15.7 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.

16. 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.

16.1 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.



17. 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).

17.1 PRÁTICAS ALIMENTARES INADEQUADAS:

Consumo de sal:

- a) Consumo máximo 5g/dia (uma colher rasa de chá).
- b) 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.



18. PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA

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

Significado dos alimentos:

JUNK FOOD = Prazer

18.1 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.

19. 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

19.1 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 / nrisco@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.

19.2 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.



19.3 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.

19.4 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.

19.5 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).

19.6 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 flui do deve ser evitado no 1º ano de vida.

19.7 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.



20. 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.

21. SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA

MICRONUTRIENTES

Os micronutrientes compreendem: elementos-traço (micronutrientes essenciais inorgânicos) e vitaminas (micronutrientes essenciais orgânicos).

Embora necessários em pequenas quantidades (miligramas ou microgramas), exercem funções de vital importância na promoção à saúde e prevenção de doenças. Os micronutrientes atuam como:

- cofatores no metabolismo (modulando a atividade enzimática ou como parte integrante de grupos protéticos). Exemplo: zinco e selênio.
- coenzimas no metabolismo (Exemplo: riboflavina e niacina na cadeia de transporte de elétrons.
- componentes estruturais e antioxidantes na expressão gênica.

21.1 SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO:

O Ferro é um micronutriente necessário em várias funções metabólicas de nosso organismo, sendo componente essencial de muitas proteínas e enzimas: hemoglobina (70% de todo o ferro corporal), mioglobina, citocromos, NADH desidrogenase, lipoxigenases e fosfatases. Em excesso, seu risco de toxicidade reside na capacidade de gerar radicais livres o que exige uma ampla regulação homeostática.

21.1.1 Funções gerais:

- **Elemento estrutural do grupo heme:** proteína responsável pelo transporte do oxigênio e gás carbônico no sangue;

- **Síntese de purinas (componentes estruturais do DNA e RNA):** carnitina, colágeno e neurotransmissores;

21.1.2 Funções enzimáticas:

- **citocromo P450:** participa do metabolismo de substância e toxina, peroxidases e catalases (defesa antioxidante);

21.1.3 Hormonal:

Deficiência leva a diminuição de produção de T3;

21.1.4 Sistema Nervoso:

No sistema nervoso central está envolvido em três funções:

1- **Metabólicas:** a não incorporação do ferro às substâncias protéicas (citocromos e proteínas contendo Fe- S) leva à degradação e perda de função ocasionando retração em algumas regiões (hipocampo, comprometendo a função dendrítica);

2- **Mielinização:** a deficiência de ferro leva a decréscimo nos fosfolípidos e proteínas envolvidas na mielinização, com conseqüente redução no número de oligodendrócitos na vida adulta;

3- **Neurotransmissão:** ferro participa de enzimas chave- triptofano hidroxilase (serotonina) e tirosina hidroxilase (norepinefrina e epinefrina) – elevação



da dopamina e norepinefrina extracelular com transportadores e receptores alterados (redução de prolactina).

21.2 ANEMIA E DEFICIÊNCIA DE FERRO

Triagem universal:

- recomendado para países com prevalência elevada (>40%) como o Brasil
- Associação Americana de Pediatria (AAP) e SBP recomenda nestes lugares de alta prevalência a realização de Hb entre:

- 9 e 12 meses (repete-se 6 meses mais tarde)
- entre 2 aos 5 anos (1vez/ano)

- Cut-offs WHO Hb <11g/dl e Ferritina de < 6- 23ug/l

21.2.1 Diagnóstico/Tratamento:

- Resposta clínica à administração do ferro:

Hb<11g/dl e Ht<33% → Ferro elementar 3 a 5mg/kg/dia por 4 sem, se possível Hb ou HT após este tratamento → resultado Incremento Hb 1g/dl e Ht3%* → confirmado **Anemia Ferropriva** → Manter tratamento por 3 meses e só após controle laboratorial (apenas Hemograma).

*Lembrando que a elevação na contagem de reticulócitos ao final da primeira semana de tratamento ou de 1g/dl na hemoglobina e 3% no hematócrito após 1 a 2 meses são indicativos de eficácia no tratamento.

Corrigir hábitos alimentares concomitantemente com tratamento medicamentoso.

Em crianças com manifestações gastrointestinais ao sulfato ferroso → hidróxido de ferro polimaltosado ou ferro aminoácido quelato.

As repercussões da deficiência de ferro já ocorrem antes da instalação da anemia e as repercussões no crescimento e desenvolvimento a longo prazo não são reversíveis.

Prevenção: AM, alimentação complementar com fonte de ferro heme a partir dos 6 meses e suplementação de ferro medicamentoso para os lactentes.

A suplementação de ferro deve ocorrer de forma universal para lactentes a partir do sexto mês de vida ou da interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo predominante até os dois anos de idade:

OBS: A suplementação de ferro deverá ser administrada antes das refeições de sal e longe das mamadas (no mínimo 30 minutos), nunca oferecer leite ou bebidas lácteas após as refeições.

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno	1 mg de ferro elementar / Kg peso /dia a partir de 6 meses (ou introdução de outros alimentos) até 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em uso de 500 ml de Fórmula Infantil	NÃO RECOMENDADO
Recém-nascidos pré-termo e Recém-nascidos de baixo peso até 1500 gramas, a partir do 30º dia de vida	2 mg de ferro elementar/kg peso/dia, durante um ano e posteriormente 1 mg/kg/dia por mais um ano
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 1500 e 1000 gramas	3 mg de ferro elementar/ Kg peso/dia durante um ano e posteriormente 1 mg/kg/dia por mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com peso menor que 1000 gramas	4 mg de ferro elementar/ Kg peso/dia durante um ano e posteriormente 1 mg/kg/dia por mais um ano.

21.3 ANEMIA DA PREMATURIDADE

Conceito: condição na qual existe uma queda progressiva e acentuada da taxa de hemoglobina em RN pré-termo (IG geralmente abaixo de 32 sem.), que ocorre por volta da 3^a a 12^a semanas de vida pós-natal, provocada pela incapacidade renal do pré-termo em produzir eritropoetina em quantidade adequada.

Etiopatogenia: durante a vida fetal a eritropoetina é produzida pelo fígado, por ocasião do nascimento o sítio de produção muda para os rins. Existe uma queda progressiva e gradativa da taxa de hemoglobina, atingindo nível mínimo por volta do 3^o mês de IPC. No RN a termo ocorre aumento da produção da eritropoetina pelos rins, estimulando a eritropoiese. No RN PT devido a imaturidade renal, persiste a queda de [HB]. Outros fatores contribuem para a anemia da prematuridade:

- Menor sobrevivência das hemácias no RN PT;
- Crescimento rápido, com aumento da volemia, sem aumento da produção de eritrócitos;
- Após transfusão de sangue, com hemácias de adulto (HbA) libera maior quantidade de O₂, diminuindo a produção de eritropoetina.

Quadro clínico: baixo ganho de peso, dificuldade de alimentação, diminuição da atividade, palidez cutâneo-mucosa, bradi ou taquicardia, taquipnéia ou apnéia.

Tratamento: RNPT AIG: 2 a 4 mg/kg/dia de ferro, iniciar com 1 mês após o nascimento, manter até o 2^o ano de vida;



RNT – 1 mg/kg/dia, iniciar com 6 meses se AM como profilaxia; e manter até 2 anos de vida (se leite artificial iniciar com 04 meses de vida ao invés de seis meses).

Controles Laboratoriais: mensais até a normalização da hemoglobina e hematócrito (conforme critério médico).

21.4 SUPLEMENTAÇÃO DE ZINCO:

O zinco é microelemento indispensável para o crescimento e desenvolvimento, função reprodutiva, imunológica e antioxidante, além de preservar a integridade da membrana celular, atuar na síntese de DNA e transcrição de RNA, entre outras funções.

Atua como cofator em mais de 300 enzimas, sendo o seu principal papel de estabilizar a estrutura de várias proteínas. É um íon intracelular, encontrado em vários tecidos e secreções de nosso organismo predominantemente (95%) no músculo, osso, pele e cabelo, e apenas 5% no sangue e fígado.

Sua absorção ocorre no intestino delgado (jejuno) e varia de 6 a 40%. Cerca de 80% do zinco é transportado pela albumina, 15% pela alfa-macroglobulina e o restante por proteínas de baixo peso molecular. O zinco não é armazenado no corpo e cerca de 50% de sua excreção ocorre pelo trato gastrointestinal.

21.4.1 Funções gerais:

- Funções catalíticas (cerca de 300 enzimas): RNA polimerase (nucleoproteínas- expressão gênica), timulina (maturação dos linfócitos T), malato-desidrogenase (produção de energia), superóxido dismutase entre outras.

- Estruturais e regulatórias: alta concentração de zinco no SNC e retina. Principais funções: participa da atividade neuronal, memória e da estabilização de proteínas ligadas ao DNA (zinc fingers).

- Metabolismo celular: participa da síntese de DNA, transcrição do DNA, translação do RNA mensageiro e está envolvido na síntese protéica.

FONTES de ZINCO: Carnes, fígado, ovos e frutos do mar são considerados boas fontes de zinco em virtude da ausência relativa de compostos que inibem a sua absorção e a presença de certos aminoácidos que melhoram sua solubilidade. Grãos integrais e proteínas vegetais são ricos em zinco porém em forma menos disponíveis.

A concentração de zinco no leite materno é cerca de 2 a 3 mg/l nas fases iniciais da lactação, entretanto aos 6 meses pós parto é de 0,5 mg/dl sendo, nessa fase fundamental o seu fornecimento adequado pela alimentação complementar, com oferta de carne diariamente.

21.5 SUPLEMENTAÇÃO DE COBRE

O cobre é um micronutriente que atua como cofator em várias enzimas fisiologicamente importantes como: lisil-oxidase, diamino oxidase, elastase, monoamino oxidases, dopamina-B-monooxigenase, citocromo oxidase, ceruloplasmina e superóxido dismutase. Representa o terceiro elemento-traço mais abundante no organismo, atrás do ferro e zinco.

FONTES de COBRE: frutos do mar, fígado, rins, cacau, cereais integrais, nozes e sementes.

21.6 SUPLEMENTAÇÃO DE SELÊNIO

O selênio é um dos principais micronutrientes envolvidos nas funções antioxidantes e imunológicas. A concentração de selênio nos alimentos depende do conteúdo do mineral na água e no solo onde o alimento foi obtido.

FONTES de SELÊNIO: castanha do Pará, alimentos marinhos, rins, fígado, carne, aves, frutas, verduras e grãos.

21.7 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS LIPOSSOLÚVEIS

São Vitaminas lipossolúveis: A, D, E, K, compostas por C, H e O, absorvidas junto com a gordura da dieta, requerem bile para a digestão e quilomícrons para o transporte por via linfática. No sangue circulam ligadas a proteínas específicas (A e D) ou lipoproteínas (E e K).

A vitamina A é armazenada no fígado, as vitaminas D e E no tecido adiposo e K fornecimento regular. A excreção principal das vitaminas lipossolúveis é fecal.

21.7.1 Aspectos gerais das vitaminas lipossolúveis

Vitamina A

Nome	Vitamina A (retinol – 1 mg= 3,31 UI)	Carotenóides (Beta-caroteno = 1/6 at.retinol)
Características	Estável ao calor	Convertido a retinol no fígado



Ação Bioquímica		
Deficiência	Infecções, hiperkeratose folicular, retardo do crescimento, cegueira noturna e xerofalmia	Aumento do risco para doenças crônicas – não transmissíveis
Excesso	Hiperostose, alopecia, hepatomegalia e aumento da pressão líquórica.	Carotenemia
Fontes	Fígado, ovos e leite	Vegetais de folhas verde-escura, frutos-vegetais amarelo alaranjados, tomate (licopeno)

Vitamina D, E e K

Nome	Vitamina D (D2- calciferol ativado e D3- hidroxicalciferol ativado)	Vitamina E (1- UI= 1 mg acetato de alfa-tocoferol)	Vitamina K (nafloquinolonas)
Características	- Hormônio: D2- obtida da dieta D3- luz UV sobre a pele, hidroxilada no fígado e rim, a 1,25 dihidroxicolecalciferol regulada pelo Ca e PTH	Sensível ao calor e luz	Síntese microbiota intestinal
Ação Bioquímica	Aumenta a absorção do Cálcio e Fósforo no Intestino	Antioxidante, impede a peroxidação de AG poli-insaturados e estabiliza membranas	Coagulação sanguínea (II, VII, IX e X)



Deficiência	Raquitismo e Osteomalácia	Anemia Hemolítica em prematuros, alterações neurológicas, má absorção	Primária – raras Manifestações Hemorrágicas
Excesso	Hipercalcemia, azotemia, retardo de crescimento, vômitos e nefrocalcinose	Desconhecido	Hiperbilirrubinemia (análogos hidrossolúveis)
Fontes	Gema, leite e margarina fortificados, fígado e salmão	Ovo, manteiga, óleos de sementes, cereais, amendoim, soja	Leite de vaca, carne de porco, vegetais de folhas verdes e fígado

CONSIDERAÇÕES:

Exames a serem solicitados:

- **9 meses**

Bioquímicos: hemograma, ferritina, PPF (3 amostras em dias alterados) e urina I.

Lembrando que a utilização da concentração de hemoglobina isoladamente pode diagnosticar anemia e não complementar o diagnóstico de deficiência de ferro.

- **Acima de 2 anos**

Bioquímicos: glicemia e perfil lipídico.

21.8 SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO E FÓSFORO:

- Fosfato tricálcico 12,9 % (1 ml = 50 mg de Cálcio e 25 mg de Fósforo) 2:1.

Dose: 50 a 100 mg/Kg/dia de Cálcio.



* Sem doença metabólica óssea: até completar 40 semanas.

* Com doença metabólica óssea: por três a seis meses da alta.

OBS: Realizar controle de Fosfatase Alcalina (Se FA= alta por volta de 1000 manter o tratamento por 3 meses e dosar novamente, se estiver entre 400 a 500 manter mais 3 meses até a normalização).

21.9 SUPLEMENTAÇÃO DE MULTIVITAMINAS:

- Vitamina A: Ingestão diária de 3500 UI/ dia.

- Vitamina D: Prevenção com vitamina D, alimentos com altos teores de vitamina D, 400 UI até 18 a 24 meses de idade, exceto lactentes com exposição regular ao sol e lactentes que recebam 500 ml a 1000 ml de fórmula infantil.

A partir da segunda semana de vida para os recém-nascidos pré-termo, e a partir da quarta semana de vida para recém-nascidos a termo até o final do primeiro ano de vida. Deve-se procurar utilizar as soluções do mercado que respeitem esta proporção entre as vitaminas, evitando-se composições múltiplas como outras vitaminas e/ou elementos que redundariam num encarecimento do produto, sem vantagens adicionais.

Embora esta rotina possa ser questionada em crianças submetidas a aleitamento materno e em áreas de grande insolação, aceita-se a mesma como válida, principalmente durante o inverno e em áreas onde a exposição ao sol seja pequena (poluição, apartamento).

Prescrever:

AD-TIL – 3 GOTAS / DIA (TERMO)

POLIVITAMÍNICO FURP - 12 GOTAS AO DIA (PRÉ TERMO)

PROTOVIT PLUS – 12 GOTAS AO DIA (PRÉ TERMO)



Cálculo de composição em 12gotas de Polivitamínico Furp

Ativo	mg/mL
Palmitato de retinol	2000UI
Colecalciferol	360UI
Cloridrato de tiamina	1,2mg
Fosfato sódico de riboflavina	0,8mg
Nicotinamida	5,6mg
Ácido ascórbico	20mg

Cálculo de composição em 12 gotas de Protovit Plus

Ativo	mg/mL
Palmitato de retinol	1500UI
Ergocalciferol	450UI
Cloridrato de tiamina	1mg
Fosfato sódico de riboflavina	0,75mg
Nicotinamida	7,5mg
Ácido ascórbico	40mg

EXPOSIÇÃO SOLAR ADEQUADA APÓS SEGUNDA SEMANA DE VIDA

- Cota semanal: 30 minutos com a criança apenas de fraldas (9 a 10 minutos por dia, três vezes por semana)
- Duas horas/semana (17 minutos por dia), expondo apenas a face e as mãos da criança.



21.10 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS HIDROSSOLÚVEIS

As Vitaminas Hidrossolúveis são as vitaminas do Complexo B, Vitamina C. Atuam no metabolismo de Carboidratos, Lipídios, Ácidos nucleicos. São pouco armazenadas no organismo.

Aspectos gerais das Vitaminas Hidrossolúveis:

Nome	Tiamina	Riboflavina	Niacina	Piridoxina
Características	Termolábil Síntese pela microbiota intestinal	Sensível à luz Estável ao calor Síntese pela microbiota intestinal	Ácido nicotínico e nicotinamida Termo e fotoestável Síntese a partir do triptofano (intestino)	Termo e fotolábil Interferência com isoniazida. Forma ativa piridoxal
Ação Bioquímica	Descarboxilação oxidativa do Piruvato formando Acetil-CoA.	Participa do transporte de elétrons na mitocôndria. Reações de oxiredução.	Integra NAD e NADHP. Participam da glicólise e respiração tecidual.	Co-fator enzimas: Transaminases, descarboxilases. Metabolismo de proteínas.
Deficiência	Beribéri, neurite, insuficiência cardíaca congestiva, edema, anorexia, afonia e agitação. Diagnóstico: Atividade da Transquetolase eritrocitária.	Pura é rara Fotofobia, queilite, Glossite, Alteração da córnea (vascularização) e déficit de crescimento. Diagnóstico: atividade glutatona perioxidase Eritrocitária.	Pelagra: dermatite, demência e diarreia.	Dermatite, neurite periférica, glossite, quelite. Lactentes: anemia, irritabilidade e convulsões. Diagnóstico: atividade da transaminase eritrocitária.



Excesso	Desconhecido	Desconhecido	Ácido nicotínico (não amida). Rubor, prurido, alterações hepáticas.	Neuropatia
Fontes	Fígado, carne, leite, cereais integrais, ovos, vegetais verdes	Carnes, leites, Ovos, vegetais verdes, cereais integrais	Carnes, peixes, vegetais verdes e cereais integrais	Fígado, carne, cereais integrais, milho e soja.

Aspectos gerais de Vitaminas Hidrossolúveis:

Nome	Ácido Pantotênico	Biotina	Folacina	Cobalamina
Características	Termoestável	Termoestável síntese por bactérias intestinais. Avidina (clara) Combina-se com biotina (forma não disponível)	Fotosensível e termoestável. Interferência de anticoncepcionais orais e anticonvulsivantes	Termoestável e fotosensível. Absorção ileal depende de fator intrínseco
Ação Bioquímica	Componente da CoA, reações de liberação energética dos carboidratos, metabolismo dos ácidos graxos	Coenzima na fixação e na síntese e oxidação de ácidos graxos – Acetil CoA carboxilase	Ácido tetrahydrofólico – Forma ativa Síntese de purinas e pirimidinas.	
Deficiência	Uso de antagonistas: depressão, hipotensão, fraqueza muscular e dor abdominal	Dermatite seborreica, anorexia, náusea, palidez, alopecia, parestesia	Anemia megaloblástica, alteração da imunidade, comportamento paranóide	
Excesso	Desconhecido	Desconhecido	Desconhecido	



Fontes	Carne, gema, legumes, cereais integrais	Fígado, gema, grãos, leite e carne	Fígado, vegetais verdes, cereais, laranja.	
---------------	---	------------------------------------	--	--

21.11 INDICAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO

Cabe ao Pediatra avaliar os fatores de risco e identificar as hiperlipidemias, quanto mais cedo ocorrer a intervenção, maior a chance de prevenir e ou retardar o aparecimento das lesões ateroscleróticas.

Os valores de referência para os lípidos em crianças e adolescentes propostos pela I DIRETRIZ DE PREVENÇÃO DA ATROSCLEROSE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA estão expostas no quadro:

Valores de referência dos lípidos para a faixa etária de 2 a 19 anos (mg/dL):

LÍPIDES	DESEJÁVEIS	LIMITROFES	AUMENTADOS
COLESTEROL TOTAL	< 150	150 - 169	≥ 170
LDL-COLESTEROL	< 100	100 - 129	≥ 130
HDL-COLESTEROL	≥ 45	-	-
TRIGLICÉRIDES	< 100	100 - 129	≥ 130

A avaliação indiscriminada dos lípidos em crianças não é aconselhável, porém existe crianças com fatores de risco maiores que outras, por exemplo em casos de crianças de 2 a 10 anos que:



1. pais e avós com história de aterosclerose antes do 55 anos de idade;
2. pais com colesterol total > 240 mg/dl;
3. apresentação de outros fatores de risco (hipertensão arterial, obesidade ou dieta rica em gorduras saturadas e/ou ácidos graxos trans);
4. utilização de medicamentos ou portadoras de doenças que cursam com hiperlipidemia;
5. manifestações clínicas de hiperlipidemia (xantomas, xantelasmas, dor abdominal recorrente pancreatite);
6. história familiar desconhecida.

Após os 10 anos de idade, toda criança deve ter uma determinação de Colesterol Total. Aquelas que apresentam valores limítrofes devem ser orientadas a um estilo de vida saudável e o exame deve ser repetido anualmente. As crianças com CT \geq 170 mg/Dl devem ser submetidas a análise do perfil lipídico.

A conduta e recomendações para o tratamento baseiam-se conforme o risco individual e o perfil lipídico obtido. Considera-se a média dos valores séricos de LDL-COLESTEROL de duas amostras independentes:

- LDL - COLESTEROL < 100 mg/dL – repetir perfil lipídico em cinco anos, recomendações de padrão alimentar estilo de vida saudável para redução dos fatores de risco presentes;
- LDL – COLESTEROL DE 100 A 129 mg/dL – recomendações para redução dos fatores de risco presentes, dieta (recomendações), reavaliação em um ano;

- LDL – COLESTEROL \geq 130 mg/dL – afastar causas secundárias de hiperlipidemias e rastreamento familiar, introdução da dieta controlada, se houver falha instituir orientações alimentares mais rígidas (alimentos que devem ser evitados). A meta é atingir LDL COLESTEROL $<$ 130 mg/dL e ideal 100 mg/dL, reavaliar em seis semanas.

ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS E TRATAMENTO DA HIPERLIPIDEMIA:

RECOMENDAR	EVITAR
1- Carnes brancas (peixe, frango sem pele); 2- Carne vermelha (bovina e suína) sem gordura aparente; 3- Óleos vegetais (milho, girassol, soja, canola); 4- Leite desnatado e derivados 5- Creme vegetal; 6- Maior consumo de fibras, vegetais, frutas e cereais.	1- Carnes vermelhas gordurosas (bovina e suína), “bacon”, linguiça, salsicha, salame, presunto, mortadela, vísceras (fígado, miolo, miúdos), camarão, lagosta, mariscos, ostras; 2- Polpa de coco, azeite de dendê; 3- Leite integral e derivados; 4- Maionese, margarinas 5- Chocolates, cremes, biscoitos amanteigados, sorvetes cremosos; 6- Frituras, “salgadinhos”.

As dietas fases I e II (recomendar e evitar) tem como base a redução da gordura saturada ($<$ 10% e 7% das calorias totais, respectivamente) e do colesterol

(< 300 mg/dia e 200 mg/dia, respectivamente) e consumo de ácidos graxos trans deve ser inferior a 1% do total energético.

Os erros alimentares são responsáveis por grande parte das alterações do perfil lipídico em crianças e adolescentes e, na prática, a primeira conduta a ser tomada são as recomendações dietéticas.

A partir dos dois anos de idade, as crianças podem ser submetidas a dietas pobres em colesterol e gorduras saturadas; entretanto, deve-se ter o cuidado para que o crescimento e desenvolvimento sejam preservados.

O tratamento com drogas hipolipemiantes é recomendável em crianças com idade superior a dez anos, em situações de maior risco e quando as modificações do estilo de vida foram ineficazes. As drogas são utilizadas quando:

- LDL-COLESTEROL > 160 mg/dL e história familiar de doença coronariana prematura ou dois ou mais fatores de risco (HDL- COLESTEROL < 35 mg/dL, tabagismo, hipertensão arterial, obesidade, diabetes melitus);
- LDL-COLESTEROL > 190 mg/dL e hiperlipidemia de base genética.

As resinas sequestrantes de ácidos biliares são drogas de primeira escolha aprovadas para o uso em crianças por serem absorvidas.

O uso das estatinas em pediatria é limitado por não haver estudos de longo prazo.

A ezetimiba já foi aprovada nos Estados Unidos para crianças maiores de dez anos e está indicada nos casos graves de hipercolesterolemia.

Em relação a hipertrigliceridemia, valores limítrofes e aumentadas de Triglicérides geralmente estão relacionadas a hábitos alimentares e estilo de vida



inadequados, entretanto, para aquelas crianças e adolescentes com TG > 400mg/dl e risco de pancreatite está indicado o uso de fibratos e de ácidos graxos ômega – 3.

A prevenção da aterosclerose deve ser iniciada na infância e o pediatra deve estar atento para identificar e intervir precocemente nos seus fatores de risco, para que sejam adotados hábitos alimentares adequados e estilo de vida saudável.

22. IMUNIZAÇÃO



22.1 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)	Meningo C
12 à 13 anos	dT
14 anos	dT
6m a < 5 anos	Influenza

22.2 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS MAIORES DE 7 ANOS ATÉ ADOLESCÊNCIA

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)

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	Meningo C	Dose única

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.



22.3 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 formulário padrão para notificação.

Observação:

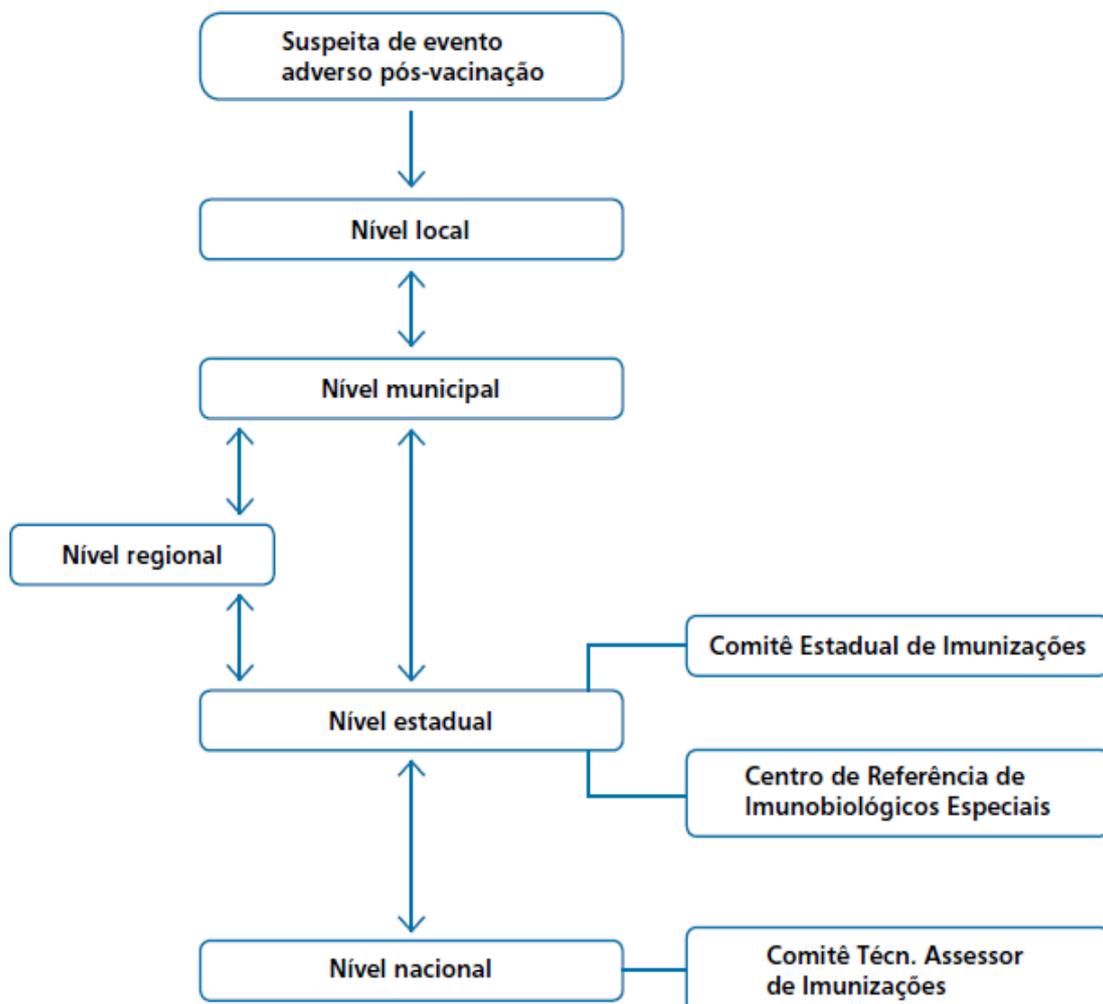
- Os eventos adversos graves e/ou inusitados devem ser notificados por telefone imediatamente ao nível hierárquico superior, com a finalidade de alertar a vigilância e obter orientações quanto à investigação se necessário.

- 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.

22.4 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.

22.4.1 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 >
- 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.

22.4.2 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>>

23. 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.

23.1 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



23.2 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



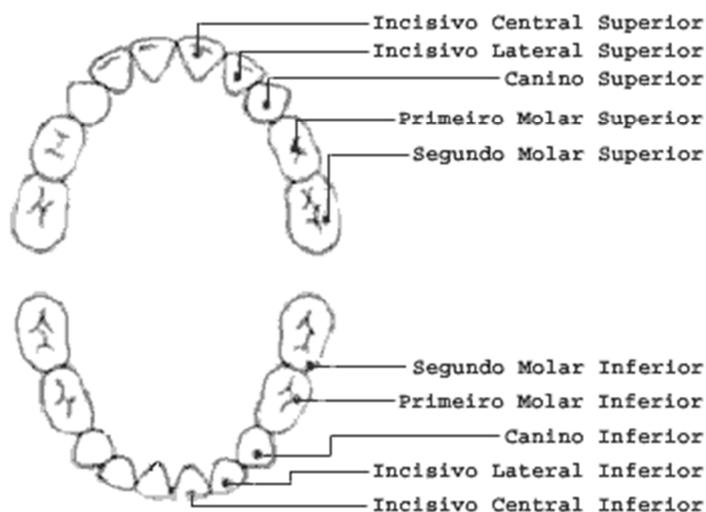
medidas eficazes para combater os hábitos estabelecidos na primeira infância representam os valores e cuidados que a criança adquire para vida em relação à saúde bucal em geral

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.

23.3 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**.



24. 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)

24.1 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)

24.2 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:

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



25. 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.

25.1 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).

25.2 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.

25.3 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.

25.4 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 sufocá-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 Trânsito 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.



26. PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA

O Programa de Controle da Asma Infantil teve início em 2004 na Policlínica e estendido para todas as UBS em 2006 para acompanhamento e tratamento de crianças portadoras de Asma na faixa etária de 0 a 13 anos, 11 meses e 29 dias.

26.1 DEFINIÇÃO DE 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, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas.

26.2 DIAGNÓSTICO DE ASMA

O diagnóstico da asma deve ser baseado em condições clínicas e funcionais e na avaliação da alergia.

26.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

São indicativos de asma:

- Um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no



peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã

- Sintomas episódicos
- Melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, antiinflamatórios esteróides)
- Diagnósticos alternativos excluídos

Perguntas que devem ser formuladas aos pacientes (ou pais) para se estabelecer o diagnóstico clínico de asma:

- Tem ou teve episódios recorrentes de falta de ar (dispnéia)?
- Tem ou teve crises ou episódios recorrentes de chiado no peito (sibilância)?
- Tem tosse persistente, particularmente à noite ou ao acordar?
- Acorda por tosse ou falta de ar?
- Tem tosse, sibilância ou aperto no peito após atividade física?
- Apresenta tosse, sibilância ou aperto no peito após exposição à alérgenos como mofo, poeira domiciliar e animais ou a irritantes como fumaça de cigarro e perfumes ou medicamentos ou após resfriados ou alterações emocionais como riso ou choro?
- Usa alguma medicação quando os sintomas ocorrem? Com que frequência?
- Há alívio dos sintomas após o uso de medicação?
- Existe ao redor do domicílio posto de gasolina, oficinas etc?

O exame físico fora de crises pode ser normal.

26.4 CLASSIFICAÇÃO E FLUXOS

As crianças são classificadas em Asma Intermitente, Persistente Leve, Persistente Moderada e Persistente Grave.

Todas as crianças devem iniciar seu tratamento nas UBSs/USFs.

As crianças classificadas de acordo com o protocolo, em Asma Intermitente, Persistente Leve e Moderada Controlada devem ser acompanhadas nas UBSs/USFs. As classificadas em Asma Moderada Não-controlada e Grave deverão ser encaminhadas para o acompanhamento de especialistas na Policlínica (Pneumologistas pediátricos).

A Asma é uma doença inflamatória crônica que não tem cura, porém tem controle se tratada corretamente e acompanhada periodicamente com médicos.

Sua classificação é dinâmica, portanto a criança deve ser reclassificada de acordo com seu Estado de Controle. **Portanto a ficha de controle de Asma juntamente com o prontuário da criança deverão ser encaminhados ao profissional em TODOS os atendimentos da criança na UBS/USF.**

A criança deve seguir um cronograma de acompanhamento médico com consultas mais frequentes em seu início de tratamento, **a cada semana/quinzena/mês e posteriormente estas consultas poderão ser realizadas a cada três meses ou conforme critério médico** lembrando que deverá ter sempre este controle de consultas programadas e nunca deverá ter alta.

A cada consulta, o médico deverá rever a técnica do uso de espaçadores e aerossóis, o estado de controle das crises para manter ou alterar a posologia dos medicamentos.

Poderá permanecer em controle por um longo período, sem necessidade do uso de medicamentos de forma contínua, **asma não tem cura e sim controle**, porém as crises poderão retornar por algum fator predisponente e ocorrer à necessidade do uso contínuo das medicações.



É prudente orientar as mães que se a criança voltar a apresentar crises de broncoespasmo deverá realizar as medicações indicadas para crise e procurar a UBS para marcar consulta com o Pediatra para que se possa reavaliar se há necessidade do uso de medicações de manutenção.

Observação : a criança não deve receber alta do programa da asma caso esteja controlada e não necessite de corticóide inalatório de manutenção . As consultas devem ser apenas espaçadas, porém o paciente deve permanecer incluso no programa para acompanhamento dos sintomas. Lembrar que a classificação é dinâmica (gina 2014)

26.5 OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Os objetivos principais do tratamento da asma são:

- 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.

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.

26.6 METAS

- Reduzir a mortalidade por asma e suas complicações.
- Prevenir exacerbações agudas e internações hospitalares.
- Prevenir o desenvolvimento de obstrução irreversível das vias aéreas.
- Evitar os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no tratamento.
- Permitir atividades normais, inclusive prática de esportes, controlando os sintomas, preservar o período de sono, reduzir o absenteísmo escolar e permitir crescimento normal.
- Promover a normalização funcional do paciente.

26.7 INSCRIÇÃO:

Identificação do paciente asmático, seguindo os critérios de risco e suas classificações. Inclusão no Programa:

Preenchimento dos impressos próprios (anexo):

- Livro de inscrição;
- Termo de Adesão ao programa de controle da Asma;
- Impresso de Atendimento a criança com asma (1ª consulta);
- Ficha controle – Programa de Asma;
- Cartão de atendimento do paciente asmático;
- Cartilha da Asma;
- Planilha mensal de medicamentos.



26.8 CLASSIFICAÇÃO ASMA: (TABELA GINA 2014)

CLASSIFICAÇÃO ASMA:	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
SINTOMAS	No máximo uma vez por semana	Mais do que uma vez por semana e menos que uma vez por dia	Diários, mas não contínuos	Diários e contínuos
SINTOMAS NOTURNOS	Raros, menos que duas vezes por mês	Ocasionais, mais que duas vezes por mês	Comuns, mais que uma vez por semana	Quase diários, mais que duas vezes por semana
CRISES	Ocasionais, geralmente leves	Infrequentes	Frequentes	Frequentes e graves
BRONCO-DILATADOR DE ALÍVIO	No máximo uma vez por semana	No máximo duas vezes por semana	Mais que duas vezes por semana e menos que duas vezes por dia	Duas ou mais vezes por dia

* Pacientes com crises infrequentes, mas que coloquem a vida em risco devem ser classificados como portadores de asma persistente grave.

** Despertar noturno regular como chiado ou tosse é um sintoma grave.

RISCO DE ASMA EM LACTENTES	
CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
1. Hospitalização por bronquiolite ou sibilância grave	1. Rinorréia não associada a resfriado
2. Pelo menos 3 episódios de sibilância durante os primeiros 6 meses de vida	2. Sibilância não associada a resfriado
3. História familiar de asma	3. Eosinofilia maior ou igual a 5%
4. Dermatite atópica	4. Sexo masculino



26.8.1 Critérios para classificação conforme quadro abaixo:

- alto risco para sibilância persistente e diagnóstico de asma:

- 2 critérios maiores (1 e 2)
- 2 critérios maiores e 2 menores

Classificação da intensidade da crise de asma em adultos e crianças			
Achado*	Muito grave	Grave	Moderada/leve
Gerais	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações	Sem alterações
Estado mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal	Normal
Dispnéia	Grave	Moderada	Ausente/leve
Fala	Frases curtas/monossilábicas Lactentes: maior dificuldade alimentar	Frases incompletas/parciais Lactente: choro curto, dificuldade alimentar	Frases completas
Musculatura acessória	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)	Retrações subcostais e/ou esternoclidomastóideas acentuadas	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Ausentes com MV↓/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes c/ MV normal/localizados ou difusos
F Respiratória (irm)**	Aumentada	Aumentada	Normal ou aumentada
30-50% > 50% FC (bpm)	> 140 ou bradicardia	> 110	≤ 110
SaO₂ (ar ambiente) < 30%			
Pico de fluxo expiratórios (% melhor ou previsto)	≤ 90%	91-95%	> 95%
PaO₂ (ar ambiente)	< 60mmHg	Ao redor de 60mmHg	Normal
PaCO₂ (ar ambiente)	> 45mmHg	< 40mmHg	< 40mmHg
* a presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indica a classificação geral da crise. **FR em crianças normais < 2 meses < 60/min; 2-11 meses < 50/min; 1-5 anos < 40/min; 6-8 anos < 30/min; >8 anos = adulto.			



CLASSIFICAÇÃO ASMA: (TABELA GINA 2014)

Asma intermitente :

Não tem indicação de prescrever corticoide inalatório, paciente deve ser encaminhado para o Programa da Asma para monitorização dos sintomas. Não dar alta! A classificação é dinâmica, reavaliar em 30 dias ou antes se exacerbação dos sintomas .

Persistente leve:

Iniciar tratamento com baixa dosagem de corticoide inalatório: Flixotide 100 a 200mcg/dia e reavaliação em 30 dias ou antes se exacerbação dos sintomas .

Persistente moderada:

Iniciar tratamento com dosagem intermediária de corticoide inalatório: Flixotide 200 a 400 mcg/dia e se necessária evolução para tratamento com corticoide inalatório em dose alta(Flixotide 500-800mcg/dia) e mesmo após início do tratamento ainda apresentar sintomas: **Critério para encaminhamento a policlínica para pneumologista infantil.**

Persistente grave:

Alta dosagem de corticoide inalatório: Flixotide > 500 mcg/dia. **Sempre encaminhar ao pneumologista infantil já na alta hospitalar – preencher o documento - critérios encaminhamento ambulatório pneumologia infantil.**



26.9 TRATAMENTO DA ASMA DE ACORDO COM A GRAVIDADE

Gravidade	Etapa	Tratamento		
		Em todas as etapas – educação e controle de fatores desencadeadores ou agravantes		
		Alívio	Manutenção	
			1ª Escolha	Alternativas
Intermitente	I	β_2 curta duração (salbutamol) não mais que 4 vezes (1-2 puff 6/6h, com espaçador)		
Persistente leve	II	β_2 curta duração	CI <u>baixa dose</u> 100 a 200mcg em crianças 200-400mcg/dia, se crise e em adultos (com espaçador)	Antileucotrien o em crianças 2-5 anos – 4mg 6-14 anos – 5mg >=15 anos – 10mg
Persistente moderada	III	β_2 curta duração	CI <u>baixa/média dose</u> 200- 400mcg em crianças + β_2 longa duração (Formoterol) ----- CI <u>alta dose</u> : criança 400-800mcg/dia e adulto 800- 1600mcg/dia) + β_2 longa duração	CI alta dose Ci alta dose + β_2 longa duração + antileucotrieno ou teofilina de liberação lenta
Persistente grave	IV	β_2 curta duração	CI alta dose + β_2 longa duração + CO (prednisona, prednisolona, menor dose possível)	CI dose alta + β_2 longa duração + CO + antileucotrienos ou teofilina de liberação lenta

CI – corticosteróide inalatório; CO – corticosteróide oral



26.10 CONTROLE DA ASMA

Últimas 4 semanas	Bem controlado	Parcialmente controlado	Não controlado
Sintomas diurnos > 2x/ semana	Nenhuma destas	1 ou 2 destas	3 ou 4 destas
Algum despertar noturno por asma			
Necessidade de medicações de alívio > 2x/ semana			
Alguma limitação de atividade por asma			

<http://www.ginanobrasil.org.br/>

26.11 TRATAR PARA CONTROLAR OS SINTOMAS E MINIMIZAR OS RISCOS (GINA 2014)

- Estabelecer uma parceria médico-paciente

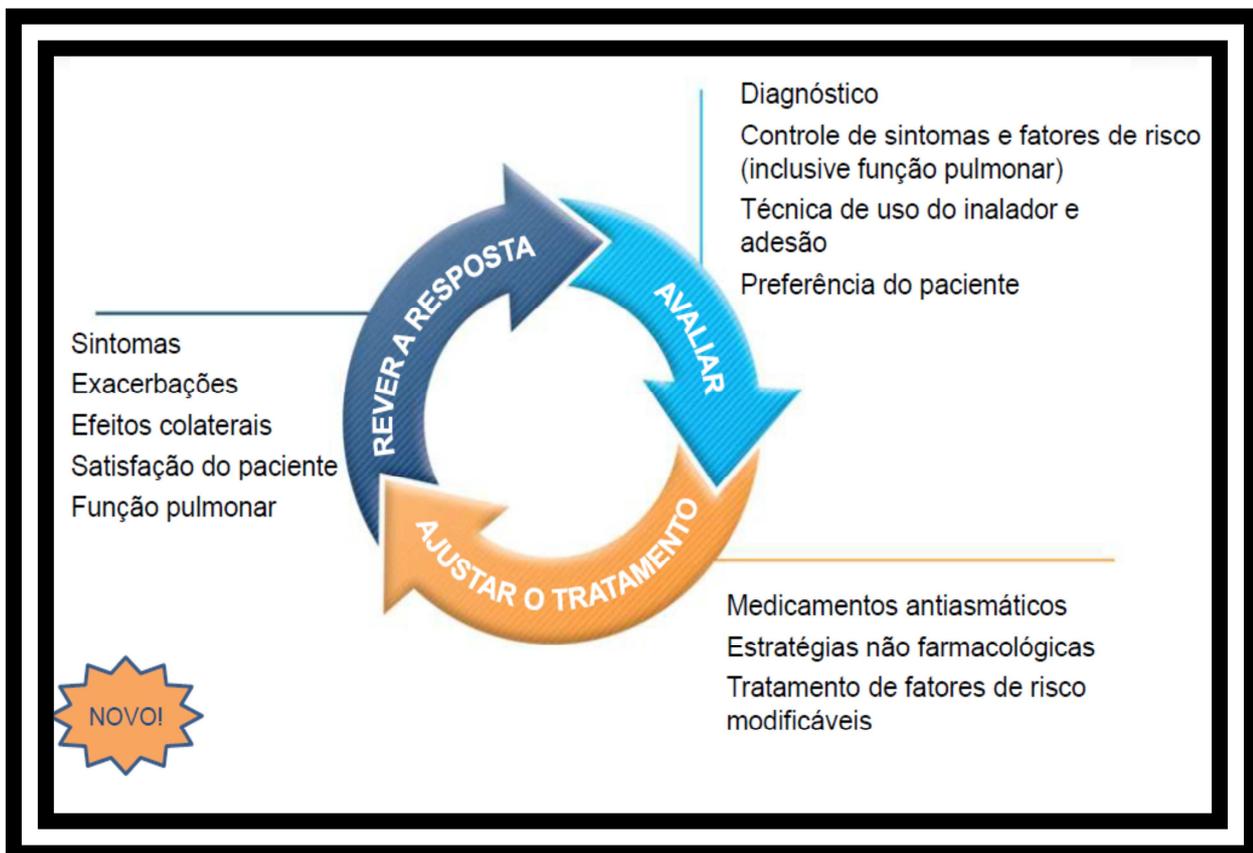
Tratar a asma em um ciclo contínuo:

- **Avaliar**
- **Ajustar** o tratamento (farmacológico e não farmacológico)
- **Rever** a resposta

Instruir e reforçar as habilidades essenciais:



- Técnicas de uso do inalador
- Adesão ao tratamento
- Autotratamento direcionado
- Estabelecer um Plano de ação por escrito para asma
- Automonitoramento
- Avaliação médica periódica



GINA 2014

26.11.1 Antes de começar o tratamento inicial de controle:

Registrar evidências que confirmam o diagnóstico de asma;

Registrar o controle de sintomas e fatores de risco;



Analisar os fatores que influenciam na escolha do tratamento desse paciente;

Verificar se o paciente consegue usar o inalador de maneira correta;

Agendar uma consulta de seguimento/retorno;

26.11.2 Depois de começar o tratamento inicial de controle:

Avaliar a resposta depois de 2 a 3 meses ou de acordo com a urgência clínica;

Fazer ajuste no tratamento (inclusive tratamentos não farmacológicos);

Considerar voltar à etapa anterior quando a asma estiver bem controlada durante 3 meses;

26.12 PRINCÍPIOS GERAIS PARA A REDUÇÃO DO TRATAMENTO DE CONTROLE

Objetivo:

Identificar a dose mais baixa que controle tanto os sintomas como as exacerbações e reduza ao mínimo os riscos de efeitos colaterais

Quando considerar a redução do tratamento?

Quando os sintomas estiverem bem controlados e a função pulmonar estiver estável por ≥ 3 meses

Paciente sem infecção respiratória recente

Preparar para a redução do tratamento



Documentar nível de controle dos sintomas e analisar os fatores de risco

Agendar uma consulta de reavaliação para daqui a 1 a 3 meses

Fazer uma redução escalonada usando as formulações disponíveis

Reduzir de 25% a 50% as doses de CI, em intervalos de 3 meses é viável e seguro para a maioria dos pacientes

Consultar Protocolo do Programa da Asma

Documento simplificado e de fácil acesso : a estratégia GINA 2014 online, Quadro 3-7, para opções de reduções específicas do tratamento

26.13 MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA INFANTIL:

- ✓ **Corticoide inalatório:** Fluticasona de 50 e 250mcg spray aerossol (Flixotide de 50 e 250 mcg).
- ✓ **Broncodilatador de curta duração:** Salbutamol 100mcg spray aerossol (Aerolim spray aerossol).
- ✓ **Broncodilatador de longa duração:** Formoterol 12mcg cápsulas inalatórias (Fluir 12 mcg).
- ✓ **Corticoide oral sistêmico:** Prednisolona solução oral.
- ✓ **Corticoide spray nasal:** Budesonida 32mcg spray nasal (Budecort acqua spray nasal aquoso).
- ✓ **Corticoide spray nasal:** Mometasona spray nasal (Nasonex spray nasal).
 - ✓ **Anti- leucotrieno:** Montelukaste de Sódio de 5mg e 10mg

* **Espaçadores:** bivalvulados tipo elefantair.



26.14 ERROS MAIS COMUNS NO USO DOS AEROSSÓIS:

1. Não remover tampa do spray
2. Não agitar
3. Apertar gatilho na expiração
4. Inalação lenta
5. Apertar gatilho antes da inspiração
6. Segurar a respiração por pouco tempo
7. Apertar mais que uma vez gatilho
8. Posição
9. Não usar espaçador



27. VIGILÂNCIA DA CRIANÇA INTERNADA - ALTA QUALIFICADA

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.

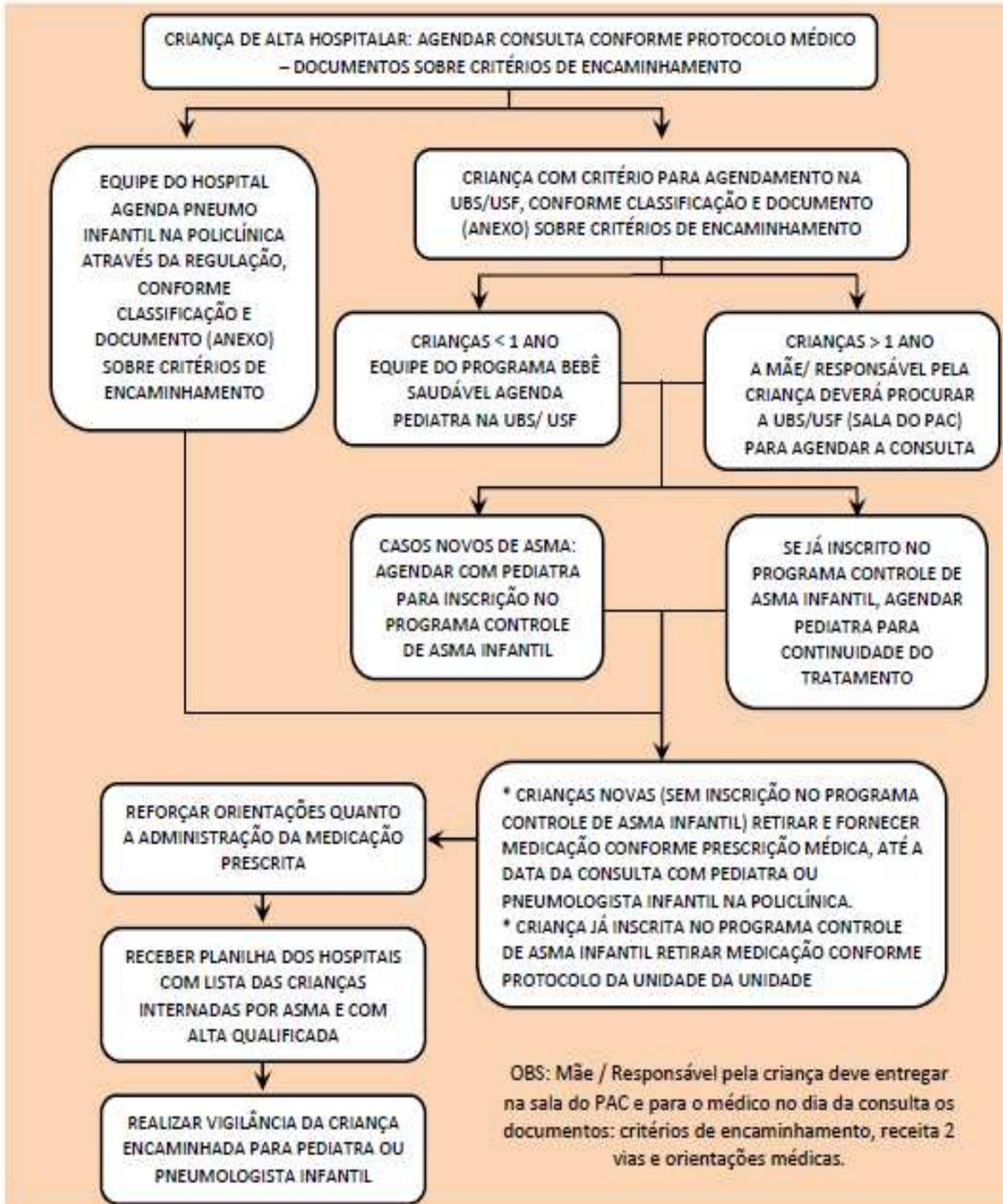
Planilha para vigilância: a regional de saúde, através do e-mail: gestaoregional@sorocaba.sp.gov receberá planilha dos hospitais com enfermaria pediátrica SUS e das Unidades de Urgência e Emergência, com nome, data de nascimento e número do SIS de todas as crianças que tiveram alta, e foram encaminhadas 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 Unidades 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**



28. 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 as 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 anexo).

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.

28.1 AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS DE RISCO

CRITÉRIOS 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**

28.2 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 asfixiado (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 exsanguineotransusão;
- ✓ 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).

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.



29. 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 email 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 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.

29.1 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.

29.2 PROGRAMA DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

O município de Sorocaba está com tendência de declínio da mortalidade infantil, mostrando uma mudança expressiva no perfil epidemiológico.

Este declínio está relacionado a uma série de ações e programas voltados à assistência materno-infantil no município.

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde pública, e Sorocaba tem realizado várias ações voltadas à vigilância em saúde e à assistência à gestantes e às crianças.

A redução do coeficiente de mortalidade infantil está relacionada ainda ao trabalho coordenado pelo Comitê Municipal de Mortalidade Infantil em consonância com a Secretaria Municipal de Saúde, na análise dos dados e acompanhamento dos serviços, promovendo discussões e oportunidades de melhorias não apenas no setor público, mas também nos hospitais privados, este trabalho tem sido muito intenso nas seis maternidades de Sorocaba, visando sempre a melhoria do



atendimento materno-infantil; intensificamos ações e revisões sistemáticas dos processos de trabalho.

É de extrema importância pontuar que a principal causa de Mortalidade Infantil é a afecção originada no período perinatal (consequências da prematuridade). Além disso, olhar dos possíveis condicionantes socioeconômicos da população, tem relação direta ou indireta à mortalidade infantil, onde possibilita uma melhoria da assistência materno-infantil e influenciam no comportamento da morbimortalidade materna, infantil e fetal.

É importante ressaltar que a taxa de mortalidade infantil é dividida em componentes:

- neonatal <28dias
subdivisão em neonatal precoce(<7dias) e neonatal tardia(7-27dias)
- pós-neonatal (28dias a <1ano).

O componente neonatal (<28dias) é o principal componente da mortalidade infantil e a principal causa é a afecção originada no período perinatal (consequências da prematuridade).

Ações implantadas e intensificadas

O município de Sorocaba vem intensificando e fomentando ações prioritariamente no pré-natal, trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido, e tem um papel fundamental também nas questões biológicas da mãe, as condições sócioeconômicas das famílias e a qualidade da atenção perinatal.

Vários programas foram implementados no município de Sorocaba, visando a melhoria da assistência infantil e redução da morbimortalidade infantil.

A revisão do protocolo de atenção às gestantes, com a alteração do fluxo do seu atendimento, medicamentos específicos para gestantes e crianças,

intensificação das ações de acompanhamento odontológico, aumento de exames e novas rotinas de vigilância.

Com as equipes de ESF (estratégia de saúde da família) várias ações de vigilância e acesso são intensificadas e realizadas no território como: orientações quanto ao planejamento familiar, orientações e cuidados na gestação, orientações quanto a importância do correto seguimento de todas as consultas e exames de pré-natal, visita domiciliar ao recém-nascido, orientações e cuidados com as crianças, prevenção de acidentes na infância, avaliação situação vacinal e demais ações que as equipes de saúde da família realizam por conhecerem o seu território e a população de sua micro-área, possibilitando intensificar o vínculo das equipes com as famílias.

Nas unidades tradicionais também é intensificado e fortalecido o cuidado materno infantil seguindo ações semelhantes as equipes de saúde da família como: orientações quanto ao planejamento familiar, orientações e cuidados na gestação, orientações quanto a importância do correto seguimento de todas as consultas e exames de pré-natal, visita domiciliar ao recém-nascido e as crianças faltosas, orientações e cuidados com as crianças, prevenção de acidentes na infância, avaliação situação vacinal e busca ativa de faltosos.

O município de Sorocaba conta com assistência pré-natal para gestantes de alto risco, com atendimento especial à gestante adolescente, atendimento odontológico preferencial e obrigatório para todas as gestantes, além do controle e monitoramento das internações de gestantes durante o Pré-Natal.

A Secretaria da Saúde vem fortalecendo ações de Educação Continuada e treinamentos para a equipe multiprofissional, visando o adequado seguimento da gestantes e das crianças, diagnóstico precoce dos agravos à saúde das mães e das crianças, com revisão periódica dos protocolos assistenciais.

O Projeto “Gerações” (SEDES, SES e Fundo Social de Solidariedade) e demais parceiros, prioriza o acompanhamento das gestantes em situação de risco que são identificadas pelas UBSs e Policlínica Municipal, com atendimento



multidisciplinar, tendo como objetivo diminuir a morbimortalidade de mães e de bebês com idade inferior a um ano, oferecendo um atendimento multiprofissional no pré-natal, provendo meios saudáveis de reprodução e potencializando habilidades das mães no cuidado com os filhos com apoio educativo.

Este projeto intensifica a vigilância dos riscos sociais na área materno-infantil, fortalece a articulação entre Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), através das unidades de CRAS, e a Secretaria da Saúde (SES) através das Unidades Básicas de Saúde.

Assim, será possível oferecer cada vez mais o atendimento multiprofissional no pré-natal, provendo meios saudáveis de reprodução e potencializando habilidades das mães no cuidado com os filhos, com a atenção multidisciplinar a vulnerabilidade social e possibilitando a identificação precoce de fatores de risco.

Assim, a promoção do direito à saúde começa desde a concepção, por meio da prestação de medidas efetivas de atendimento pré e perinatal, propiciando o desenvolvimento saudável desde a gestação.

Entendendo a importância do período gestacional, a mulher antes de engravidar deve ter uma atenção especial, que vai desde cuidados e hábitos saudáveis como planejamento da futura gravidez.

Para contribuir na gravidez mais segura, parto e puerpério, a gestante deverá procurar atendimento de saúde para receber as devidas orientações, exames e suplementações, conforme protocolos estabelecidos, além disso a unidade de saúde também deve realizar busca ativa no território de gestante que ainda não iniciaram ou estão faltosas do pré – natal.

A avaliação pré-concepcional deve ser estimulada, pois possibilita identificação de fatores de risco ou doenças que poderão alterar a evolução normal da gestação, sendo um fator de extrema importância na melhoria da assistência materno-infantil, podendo influenciar na redução da morbimortalidade materna, infantil e fetal.



30. 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. – (Série Manuais)

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.

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_cardiopia_Cardiologia.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. Protocolo da atenção básica: saúde da criança / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (versão preliminar)

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.

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.

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.

IV Diretrizes Brasileiras para Manejo da Asma 2006. Adaptada da Revisão do GINA 2014. GUIDELINE DA GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA) para menores de 5 anos. **Asma em escolares e adolescentes**. 2014.

GUIDELINE DE BRONQUIOLITE AGUDA DA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. **Diagnóstico e manejo da bronquiolite aguda**. 2014.



ANEXOS



ANEXO 1. TABELA DE 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 Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)								PA DIASTÓLICA (mmHg)					
		+- 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.



**ANEXO 2. TABELA DE VALORES DA PA PARA MENINAS DE
ACORDO COM IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA**

Idade (Ano)	PA		PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
	Percentil		Percentil de Estatura ->							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	95	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	

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	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.



**ANEXO 3. INTERGROWTH - VALORES DE REFERÊNCIA PARA
PERÍMETRO CEFÁLICO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO –
PARA MENINOS**



PERÍMETRO CEFÁLICO (MENINOS)

INTERGROWTH-21st



Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINOS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
24+0	17,66	19,22	20,78	22,34	23,90	25,46	27,02
24+1	17,79	19,35	20,91	22,47	24,03	25,59	27,15
24+2	17,92	19,47	21,03	22,59	24,15	25,71	27,27
24+3	18,04	19,60	21,16	22,72	24,28	25,84	27,40
24+4	18,17	19,73	21,29	22,85	24,41	25,97	27,53
24+5	18,30	19,86	21,42	22,98	24,54	26,10	27,66
24+6	18,42	19,98	21,54	23,10	24,66	26,22	27,78
25+0	18,55	20,11	21,67	23,23	24,79	26,35	27,91
25+1	18,68	20,24	21,80	23,36	24,92	26,48	28,04
25+2	18,80	20,36	21,92	23,48	25,04	26,60	28,16
25+3	18,93	20,49	22,05	23,61	25,17	26,73	28,29
25+4	19,06	20,62	22,18	23,74	25,30	26,86	28,42
25+5	19,18	20,74	22,30	23,86	25,42	26,98	28,54
25+6	19,31	20,87	22,43	23,99	25,55	27,11	28,67
26+0	19,44	21,00	22,56	24,12	25,68	27,24	28,80
26+1	19,56	21,12	22,68	24,24	25,80	27,36	28,92
26+2	19,69	21,25	22,81	24,37	25,93	27,49	29,05
26+3	19,82	21,38	22,94	24,50	26,06	27,62	29,18
26+4	19,94	21,50	23,06	24,62	26,18	27,74	29,30
26+5	20,07	21,63	23,19	24,75	26,31	27,87	29,43
26+6	20,20	21,76	23,32	24,88	26,44	28,00	29,56
27+0	20,32	21,88	23,44	25,00	26,56	28,12	29,68
27+1	20,45	22,01	23,57	25,13	26,69	28,25	29,81
27+2	20,58	22,14	23,70	25,26	26,82	28,38	29,94
27+3	20,70	22,26	23,82	25,38	26,94	28,50	30,06
27+4	20,83	22,39	23,95	25,51	27,07	28,63	30,19
27+5	20,96	22,52	24,08	25,64	27,20	28,76	30,32
27+6	21,09	22,65	24,21	25,77	27,33	28,88	30,44
28+0	21,21	22,77	24,33	25,89	27,45	29,01	30,57
28+1	21,34	22,90	24,46	26,02	27,58	29,14	30,70
28+2	21,47	23,03	24,59	26,15	27,71	29,27	30,83
28+3	21,59	23,15	24,71	26,27	27,83	29,39	30,95
28+4	21,72	23,28	24,84	26,40	27,96	29,52	31,08
28+5	21,85	23,41	24,97	26,53	28,09	29,65	31,21
28+6	21,97	23,53	25,09	26,65	28,21	29,77	31,33



Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINOS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
29+0	22,10	23,66	25,22	26,78	28,34	29,90	31,46
29+1	22,23	23,79	25,35	26,91	28,47	30,03	31,59
29+2	22,35	23,91	25,47	27,03	28,59	30,15	31,71
29+3	22,48	24,04	25,60	27,16	28,72	30,28	31,84
29+4	22,61	24,17	25,73	27,29	28,85	30,41	31,97
29+5	22,73	24,29	25,85	27,41	28,97	30,53	32,09
29+6	22,86	24,42	25,98	27,54	29,10	30,66	32,22
30+0	22,99	24,55	26,11	27,67	29,23	30,79	32,35
30+1	23,11	24,67	26,23	27,79	29,35	30,91	32,47
30+2	23,24	24,80	26,36	27,92	29,48	31,04	32,60
30+3	23,37	24,93	26,49	28,05	29,61	31,17	32,73
30+4	23,49	25,05	26,61	28,17	29,73	31,29	32,85
30+5	23,62	25,18	26,74	28,30	29,86	31,42	32,98
30+6	23,75	25,31	26,87	28,43	29,99	31,55	33,11
31+0	23,87	25,43	26,99	28,55	30,11	31,67	33,23
31+1	24,00	25,56	27,12	28,68	30,24	31,80	33,36
31+2	24,13	25,69	27,25	28,81	30,37	31,93	33,49
31+3	24,26	25,82	27,38	28,94	30,50	32,06	33,62
31+4	24,38	25,94	27,50	29,06	30,62	32,18	33,74
31+5	24,51	26,07	27,63	29,19	30,75	32,31	33,87
31+6	24,64	26,20	27,76	29,32	30,88	32,44	34,00
32+0	24,76	26,32	27,88	29,44	31,00	32,56	34,12
32+1	24,89	26,45	28,01	29,57	31,13	32,69	34,25
32+2	25,02	26,58	28,14	29,70	31,26	32,82	34,38
32+3	25,14	26,70	28,26	29,82	31,38	32,94	34,50
32+4	25,27	26,83	28,39	29,95	31,51	33,07	34,63
32+5	25,40	26,96	28,52	30,08	31,64	33,20	34,76
32+6	25,52	27,08	28,64	30,20	31,76	33,32	34,88
33+0	26,46	28,07	29,50	30,88	32,29	33,81	35,32
33+1	26,57	28,17	29,60	30,97	32,37	33,88	35,38
33+2	26,68	28,27	29,69	31,05	32,45	33,95	35,64
33+3	26,79	28,37	29,78	31,14	32,53	34,02	35,70
33+4	26,89	28,47	29,88	31,22	32,61	34,09	35,76
33+5	27,00	28,57	29,97	31,31	32,68	34,16	35,83
33+6	27,10	28,66	30,06	31,39	32,76	34,23	35,89
34+0	27,21	28,76	30,14	31,47	32,83	34,30	35,95
34+1	27,31	28,85	30,23	31,55	32,91	34,36	36,00
34+2	27,41	28,94	30,32	31,63	32,98	34,43	36,06
34+3	27,51	29,04	30,40	31,71	33,05	34,50	36,12
34+4	27,60	29,13	30,49	31,79	33,13	34,56	36,18
34+5	27,70	29,22	30,57	31,87	33,20	34,63	36,24
34+6	27,80	29,31	30,65	31,94	33,27	34,69	36,29
35+0	27,89	29,39	30,74	32,02	33,34	34,76	36,35
35+1	27,99	29,48	30,82	32,10	33,41	34,82	36,41
35+2	28,08	29,57	30,90	32,17	33,48	34,88	36,46
35+3	28,17	29,65	30,98	32,24	33,55	34,94	36,52
35+4	28,26	29,74	31,06	32,32	33,62	35,01	36,57
35+5	28,35	29,82	31,14	32,39	33,68	35,07	36,63
35+6	28,44	29,90	31,21	32,46	33,75	35,13	36,68
36+0	28,53	29,99	31,29	32,53	33,82	35,19	36,74
36+1	28,62	30,07	31,36	32,61	33,88	35,25	36,79
36+2	28,70	30,15	31,44	32,68	33,95	35,31	36,85
36+3	28,79	30,23	31,51	32,75	34,01	35,37	36,90
36+4	28,87	30,31	31,59	32,81	34,07	35,43	36,95
36+5	28,96	30,38	31,66	32,88	34,14	35,48	37,00
36+6	29,04	30,46	31,73	32,95	34,20	35,54	37,05



**ANEXO 4. INTERGROWTH - VALORES DE REFERÊNCIA PARA
PERÍMETRO CEFÁLICO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO –
PARA MENINAS**



PERÍMETRO CEFÁLICO (MENINAS)

Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINAS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
24+0	17,41	18,97	20,53	22,09	23,65	25,21	26,77
24+1	17,54	19,10	20,66	22,22	23,78	25,34	26,90
24+2	17,66	19,22	20,78	22,34	23,90	25,46	27,02
24+3	17,79	19,35	20,91	22,47	24,03	25,59	27,15
24+4	17,92	19,48	21,04	22,60	24,16	25,72	27,28
24+5	18,04	19,60	21,16	22,72	24,28	25,84	27,40
24+6	18,17	19,73	21,29	22,85	24,41	25,97	27,53
25+0	18,30	19,86	21,42	22,98	24,54	26,10	27,66
25+1	18,42	19,98	21,54	23,10	24,66	26,22	27,78
25+2	18,55	20,11	21,67	23,23	24,79	26,35	27,91
25+3	18,68	20,24	21,80	23,36	24,92	26,48	28,04
25+4	18,80	20,36	21,92	23,48	25,04	26,60	28,16
25+5	18,93	20,49	22,05	23,61	25,17	26,73	28,29
25+6	19,06	20,62	22,18	23,74	25,30	26,86	28,42
26+0	19,19	20,75	22,31	23,87	25,43	26,99	28,55
26+1	19,31	20,87	22,43	23,99	25,55	27,11	28,67
26+2	19,44	21,00	22,56	24,12	25,68	27,24	28,80
26+3	19,57	21,13	22,69	24,25	25,81	27,37	28,93
26+4	19,69	21,25	22,81	24,37	25,93	27,49	29,05
26+5	19,82	21,38	22,94	24,50	26,06	27,62	29,18
26+6	19,95	21,51	23,07	24,63	26,19	27,75	29,31
27+0	20,07	21,63	23,19	24,75	26,31	27,87	29,43
27+1	20,20	21,76	23,32	24,88	26,44	28,00	29,56
27+2	20,33	21,89	23,45	25,01	26,57	28,13	29,69
27+3	20,45	22,01	23,57	25,13	26,69	28,25	29,81
27+4	20,58	22,14	23,70	25,26	26,82	28,38	29,94
27+5	20,71	22,27	23,83	25,39	26,95	28,51	30,07
27+6	20,83	22,39	23,95	25,51	27,07	28,63	30,19
28+0	20,96	22,52	24,08	25,64	27,20	28,76	30,32
28+1	21,09	22,65	24,21	25,77	27,33	28,89	30,45
28+2	21,21	22,77	24,33	25,89	27,45	29,01	30,57
28+3	21,34	22,90	24,46	26,02	27,58	29,14	30,70
28+4	21,47	23,03	24,59	26,15	27,71	29,27	30,83
28+5	21,59	23,15	24,71	26,27	27,83	29,39	30,95
28+6	21,72	23,28	24,84	26,40	27,96	29,52	31,08
29+0	21,85	23,41	24,97	26,53	28,09	29,65	31,21
29+1	21,98	23,54	25,09	26,65	28,21	29,77	31,33
29+2	22,10	23,66	25,22	26,78	28,34	29,90	31,46
29+3	22,23	23,79	25,35	26,91	28,47	30,03	31,59
29+4	22,36	23,92	25,48	27,04	28,60	30,16	31,72



Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINAS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
29+3	22,48	24,04	25,60	27,16	28,72	30,28	31,84
29+6	22,61	24,17	25,73	27,29	28,85	30,41	31,97
30+0	22,74	24,30	25,86	27,42	28,98	30,54	32,10
30+1	22,86	24,42	25,98	27,54	29,10	30,66	32,22
30+2	22,99	24,55	26,11	27,67	29,23	30,79	32,35
30+3	23,12	24,68	26,24	27,80	29,36	30,92	32,48
30+4	23,24	24,80	26,36	27,92	29,48	31,04	32,60
30+5	23,37	24,93	26,49	28,05	29,61	31,17	32,73
30+6	23,50	25,06	26,62	28,18	29,74	31,30	32,86
31+0	23,62	25,18	26,74	28,30	29,86	31,42	32,98
31+1	23,75	25,31	26,87	28,43	29,99	31,55	33,11
31+2	23,88	25,44	27,00	28,56	30,12	31,68	33,24
31+3	24,00	25,56	27,12	28,68	30,24	31,80	33,36
31+4	24,13	25,69	27,25	28,81	30,37	31,93	33,49
31+5	24,26	25,82	27,38	28,94	30,50	32,06	33,62
31+6	24,38	25,94	27,50	29,06	30,62	32,18	33,74
32+0	24,51	26,07	27,63	29,19	30,75	32,31	33,87
32+1	24,64	26,20	27,76	29,32	30,88	32,44	34,00
32+2	24,76	26,32	27,88	29,44	31,00	32,56	34,12
32+3	24,89	26,45	28,01	29,57	31,13	32,69	34,25
32+4	25,02	26,58	28,14	29,70	31,26	32,82	34,38
32+5	25,15	26,71	28,27	29,83	31,39	32,95	34,50
32+6	25,27	26,83	28,39	29,95	31,51	33,07	34,63
33+0	26,15	27,73	29,14	30,46	31,83	33,33	35,07
33+1	26,27	27,86	29,24	30,55	31,92	33,41	35,14
33+2	26,38	27,96	29,34	30,64	32,00	33,48	35,20
33+3	26,49	28,07	29,44	30,73	32,08	33,55	35,27
33+4	26,61	28,17	29,53	30,82	32,16	33,63	35,33
33+5	26,71	28,27	29,62	30,91	32,24	33,70	35,39
33+6	26,82	28,37	29,72	30,99	32,32	33,77	35,45
34+0	26,93	28,47	29,81	31,08	32,39	33,84	35,51
34+1	27,04	28,57	29,90	31,16	32,47	33,90	35,57
34+2	27,14	28,66	29,99	31,24	32,55	33,97	35,63
34+3	27,24	28,76	30,07	31,32	32,62	34,04	35,69
34+4	27,34	28,85	30,16	31,40	32,69	34,11	35,75
34+5	27,44	28,94	30,25	31,48	32,77	34,17	35,80
34+6	27,54	29,03	30,33	31,56	32,84	34,23	35,86
35+0	27,63	29,12	30,41	31,64	32,91	34,30	35,91
35+1	27,73	29,21	30,49	31,71	32,98	34,36	35,97
35+2	27,82	29,29	30,57	31,79	33,04	34,42	36,02
35+3	27,92	29,38	30,65	31,86	33,11	34,48	36,08
35+4	28,01	29,46	30,73	31,93	33,18	34,54	36,13
35+5	28,10	29,55	30,81	32,00	33,24	34,60	36,18
35+6	28,19	29,63	30,88	32,07	33,31	34,66	36,23
36+0	28,27	29,71	30,96	32,14	33,37	34,72	36,28
36+1	28,36	29,79	31,03	32,21	33,44	34,78	36,33
36+2	28,44	29,87	31,11	32,28	33,50	34,83	36,38
36+3	28,53	29,94	31,18	32,35	33,56	34,89	36,43
36+4	28,61	30,02	31,25	32,41	33,62	34,94	36,48
36+5	28,69	30,10	31,32	32,48	33,68	35,00	36,53
36+6	28,77	30,17	31,39	32,54	33,74	35,05	36,58

Fonte: Projeto INTERGROWTH-21st.



**ANEXO 5. VALORES DE REFERÊNCIA PARA PERÍMETRO
CEFÁLICO EM RECÉM-NASCIDOS A TERMO:**

MENINOS

Semanas de vida	OMS - Perímetro Cefálico (cm) - MENINOS						
	-3 DP	-2 DP	-1 DP	0	+1 DP	+2 DP	+3 DP
0	30,7	31,9	33,2	34,5	35,7	37,0	38,3
1	31,5	32,7	33,9	35,2	36,4	37,6	38,8
2	32,4	33,5	34,7	35,9	37,0	38,2	39,4
3	33,0	34,2	35,4	36,5	37,7	38,9	40,0
4	33,6	34,8	35,9	37,1	38,3	39,4	40,6
5	34,1	35,3	36,4	37,6	38,8	39,9	41,1
6	34,6	35,7	36,9	38,1	39,2	40,4	41,6
7	35,0	36,1	37,3	38,5	39,7	40,8	42,0
8	35,4	36,5	37,7	38,9	40,0	41,2	42,4
9	35,7	36,9	38,1	39,2	40,4	41,6	42,8
10	36,1	37,2	38,4	39,6	40,8	41,9	43,1
11	36,4	37,5	38,7	39,9	41,1	42,3	43,4
12	36,7	37,9	39,0	40,2	41,4	42,6	43,7
13	37,0	38,1	39,3	40,5	41,7	42,9	44,0

Fonte: OMS. Perímetro cefálico por idade. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/nc_for_age/en/

MENINAS

Semana	Perímetro Cefálico (cm) - MENINAS						
	-3 DP	-2 DP	-1 DP	0	+1 DP	+2 DP	+3 DP
0	30,3	31,5	32,7	33,9	35,1	36,2	37,4
1	31,1	32,2	33,4	34,6	35,7	36,9	38,1
2	31,8	32,9	34,1	35,2	36,4	37,5	38,7
3	32,4	33,5	34,7	35,8	37,0	38,2	39,3
4	32,9	34,0	35,2	36,4	37,5	38,7	39,9
5	33,3	34,5	35,7	36,8	38,0	39,2	40,4
6	33,7	34,9	36,1	37,3	38,5	39,6	40,8
7	34,1	35,3	36,5	37,7	38,9	40,1	41,3
8	34,4	35,6	36,8	38,0	39,2	40,4	41,6
9	34,7	35,9	37,1	38,4	39,6	40,8	42,0
10	35,0	36,2	37,4	38,7	39,9	41,1	42,3
11	35,3	36,5	37,7	39,0	40,2	41,4	42,7
12	35,5	36,8	38,0	39,3	40,5	41,7	43,0
13	35,8	37,0	38,3	39,5	40,8	42,0	43,2

Fonte: OMS. Perímetro cefálico por idade. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/nc_for_age/en/



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde