



PACTO NACIONAL PELA
REDUÇÃO DA MORTALIDADE
MATERNA E NEONATAL



MANUAL PARA A UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ministério
da Saúde



DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

Ministério da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

MANUAL PARA A UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2005



APRESENTAÇÃO

© 2005 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A cessão dos direitos patrimoniais de autor ao Ministério da Saúde é de total responsabilidade da Área Técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 6.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Espalanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Sede, 6.º andar, sala 625
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 2866 / 315 2958 / 224 4561
Fax: (61) 315 2038
E-mail: crianca@saude.gov.br
Home pages: <http://www.saude.gov.br/sas/dape/homepage.htm>
<http://www.saude.gov.br/sas/dape/crianca/homecrianca.htm>

Coordenação:
Aléxia Luciana Ferreira

Redação e organização:
Ana Lúcia Ferraz Amstalden
Catarina Schubert
Carla Lopes Porto Brasil
Monique Gonçalves Silva
Sonia Maria Salviano Matos de Alencar
Renata Alves Monteiro
Vera Lúcia Giancristoforo

Revisão técnica:
Renata Alves Monteiro
Ana Lúcia Ferraz Amstalden

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

Manual para utilização da caderneta de saúde da criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

38 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0870-6

1. Saúde infantil 2. Pessoal de saúde. 3. Educação em saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. II. Título. III. Série.

NLM WS 105.5.A8

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0155

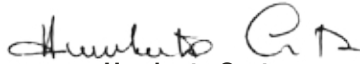
Títulos para indexação:
Em inglês: *User Manual for the Child Health Card*
Em espanhol: *Manual de Utilización de la Tarjeta de Salud del Niño*

O Cartão da Criança foi revisado e transformado na Caderneta de Saúde da Criança com o objetivo de promover a vigilância à saúde integral da criança. A nova Caderneta será adotada por **todas as crianças brasileiras** nascidas a partir de 2005 e conta com as informações básicas comuns para os países do Mercosul.

A partir de agora, a Caderneta será entregue aos pais da criança ainda na maternidade e seu preenchimento começa no hospital. No entanto, se algum profissional identificar recém-nascidos nos serviços básicos de saúde sem esse documento, deve providenciar sua obtenção.

O **Manual para a Utilização da Caderneta de Saúde da Criança** tem como alvo os profissionais de saúde. Além de orientar para o correto preenchimento dos dados, lembra que a Caderneta é um **direito da criança** e não deve ser negado.

Assim, estamos trabalhando para proporcionar um início de vida mais digno e de melhor qualidade a todos os brasileiros.



Humberto Costa
Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

A Caderneta de Saúde da Criança é um instrumento importante no acompanhamento da saúde de cada indivíduo. Além das informações anteriormente contempladas no Cartão da Criança, traz dados ampliados sobre as condições de saúde do recém-nascido, sobre a gravidez, o parto e o puerpério, orientações importantes sobre uma alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico por idade, espaço para anotações de peso e de estatura. Apresenta também dicas e orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, o caminho esperado para o desenvolvimento global, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e da suplementação profilática de ferro e de vitamina A e o calendário básico de vacinação. Ressaltamos a ampliação da faixa etária para o acompanhamento das crianças, contemplando-as até os 10 anos de idade.

A Caderneta deve ser apropriada pelas famílias, garantindo o cuidado integral com a criança e os seus direitos como cidadã. Para que isso venha a se concretizar, é **fundamental o preenchimento dos dados da Caderneta pelos profissionais de saúde**. É importante que todos aqueles que cuidam da população infantil, seja nas famílias, seja nas creches, nas pré-escolas e em outras instituições, observem as informações contidas nesse instrumento para o efetivo acompanhamento da saúde da criança, proporcionando um maior conhecimento do seu histórico de saúde.

Dessa forma, espera-se que essa ferramenta também possa intermediar os diálogos entre os familiares e os profissionais de saúde, entendendo que estes últimos

têm um importante papel educativo. Caso o profissional identifique alguma situação na Caderneta que necessite de intervenção ou encaminhamento adequado, não deve hesitar em realizá-lo o mais rápido possível.

NOME E INFORMAÇÕES DA CRIANÇA

São dados de identificação da criança, como nome, data de nascimento, nome dos pais, endereço e dados referentes ao nascimento, que devem ser preenchidos ainda na maternidade e podem ser colhidos com auxílio do prontuário.

É importante registrar o número da Declaração de Nascido Vivo e a orientação para que seja feito o Registro Civil. Se o serviço de saúde possuir um Posto de Registro Civil, essa informação também deverá ser preenchida ainda na maternidade.

Outra orientação importante é anotar na Caderneta a data e o local para que a família procure a Unidade de Saúde e para que sejam realizadas as ações da **1ª Semana Saúde Integral**, entre elas, informações à família sobre os cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, o “Teste do Pezinho” e a vacinação. Em anexo, encontra-se o Protocolo de Atenção à Criança na **1ª Semana Saúde Integral**, que poderá apoiar os profissionais de saúde nessa ação de cuidado.

DADOS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Esses dados devem ser preenchidos, de preferência, ainda na maternidade, aproveitando a presença da mãe, com a utilização do prontuário e Cartão da Gestante.



O Cartão da Gestante é um instrumento importante para avaliar informações sobre intercorrências presentes na gravidez, patologias prévias ao período gestacional, suplementação profilática de ferro e situação vacinal, destacando-se a vacina dupla tipo adulto que protege contra o tétano. Essas informações são úteis para garantir a proteção à saúde materna e do recém-nascido e promoção do nascimento saudável.

Toda gestante deve iniciar o pré-natal logo após a confirmação da gravidez. Recomenda-se que a primeira consulta seja realizada até o quarto mês de gestação e que sejam feitas, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, a fim de prevenir agravos, detectar e tratar precocemente patologias que podem afetar a saúde da gestante e do recém-nascido.

Os códigos para as sorologias realizadas durante a gestação para os agravos foram apresentados na Caderneta segundo o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). Apesar de a Caderneta ter sido trabalhada de modo a ser auto-explicativa para a família, a utilização dos códigos visa proteger a mãe e a criança contra a discriminação que, porventura, pudessem vir a sofrer, já que é um instrumento utilizado por outros profissionais e serviços que não os de saúde. Cabe ao profissional de saúde decodificar e explicar à família, quando necessário. É importante não só a anotação se o exame materno foi ou não realizado, mas também se o tratamento foi ou não instituído.

Códigos utilizados, segundo CID-10:

Z 21 – Gestante HIV+

A 53 – Sífilis

B 18 – Hepatite B Crônica

B 58 – Toxoplasmose

A utilização de megadose de vitamina A (200.000UI) no pós-parto imediato é de extrema importância nas áreas de risco, endêmicas para hipovitaminose. São consideradas áreas endêmicas a região Nordeste, Minas Gerais (região norte, Vale do Jequitinhonha e Murici), bem como o Vale do Ribeira, em São Paulo. É a forma mais eficiente de se prevenir a hipovitaminose na criança menor de 6 meses, auxiliando na prevenção da morbimortalidade infantil e na garantia de crescimento e desenvolvimento adequados.

INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO

As informações sobre o nascimento da criança e do seu estado de saúde, sobre as suas condições e alimentação de alta devem ser preenchidas nas maternidades. Por isso, é importante a realização de anamnese cuidadosa e exame físico detalhado do recém-nascido, a fim de detectar malformações, avaliar condições desfavoráveis durante o nascimento e identificar erros alimentares que podem comprometer a saúde da criança. Além disso, essas informações servirão de referência para as consultas de acompanhamento infantil.

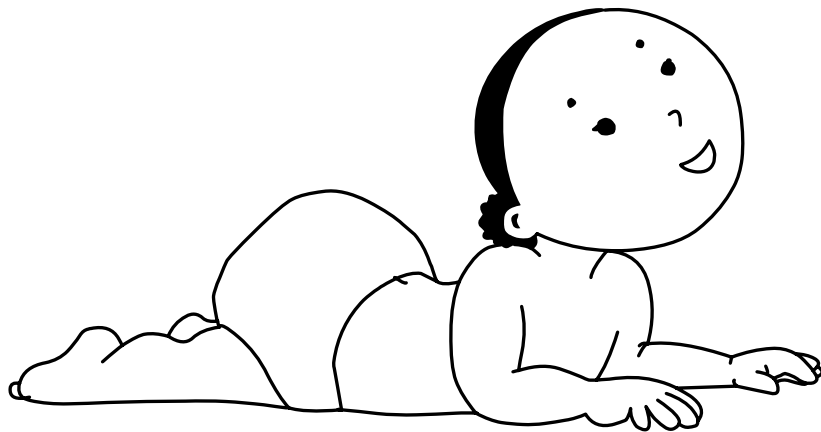
É importante também registrar a realização da **Triagem Auditiva ou Teste da Orelhinha** nos locais em que há regulamentação.



INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE OCULAR, AUDITIVA E BUCAL

A família deve ser orientada sobre a adequada higiene bucal e sobre a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis também para a prevenção de patologia oral.

Para o bom desenvolvimento infantil, são necessárias boas condições de saúde ocular, auditiva e mental. Recomenda-se que, caso sejam identificadas alterações, elas sejam registradas na Caderneta, para a providência do correto encaminhamento da criança ao serviço específico.



INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E TRATAMENTOS EFETUADOS

Espaço para o registro, em ordem cronológica, das patologias diagnosticadas ou dos agravos identificados, com a assinatura e o carimbo do profissional responsável pelos tratamentos executados.

DICAS DE SAÚDE E DEZ PASSOS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Esses espaços da Caderneta da Criança trazem informações importantes para a garantia da saúde da criança. Destaque a importância dessas informações, ficando atento à necessidade de um acompanhamento especial para aquelas famílias que teriam maior dificuldade de entendimento devido ao nível de instrução ou outro fator.

ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO

O contato da criança com o serviço de saúde, independente do fato ou queixa que o motivou, deve ser tido como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde e de realização de promoção da saúde. O acompanhamento sistemático do crescimento da criança constitui o eixo central desse atendimento.

O **Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança**, proposto pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, é o seguinte:

Número de consultas	Idade																
	Dias	Meses							Anos								
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6	7	8	9	10
1º ano – sete																	
2º ano – duas																	
3º ano – uma																	
4º ano – uma																	
5º ano – uma																	
6º ano – uma																	
7º ano – uma																	
8º ano – uma																	
9º ano – uma																	
10º ano – uma																	

Brasil/2002

De modo geral, o crescimento é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida. É considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, uma vez que sofre influência direta dos fatores ambientais, tais como alimentação, patologias, condições de habitação e saneamento básico, assim como o acesso aos serviços de saúde, cuidados gerais e higiene.

A velocidade de crescimento pós-neonatal é particularmente elevada nos dois primeiros anos de vida, com declínio gradativo e pronunciado até os cinco anos de idade. A partir daí até os 10 anos de vida, mantém-se constante, com leve aumento ao final do período.

A avaliação periódica do ganho de peso permite a avaliação do progresso individual, identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando precocemente a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento de grande parte dos problemas de saúde infantil.

A Caderneta da criança propõe o monitoramento do crescimento infantil por meio de dois gráficos: perímetro cefálico por idade no primeiro ano de vida e peso por idade até os 7 anos, este último específico por sexo. O padrão de referência utilizado é o construído pelo *National Center of Health Statistics* (NCHS) – 1977 – e adotado atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os gráficos foram construídos tendo por base a avaliação por percentis.

As curvas de crescimento da criança devem ser construídas a partir da pontuação do gráfico após a aferição das medidas antropométricas, ligando-se os pontos de modo que se possa verificar a tendência de crescimento da criança. No gráfico de peso/idade, há ainda espaço para a anotação de eventos e intercorrências que podem afetar e justificar a tendência de crescimento, tais como introdução de alimentação complementar, patologias, hospitalizações, entre outros.

Não deixe de pontuar e construir a curva a cada avaliação do estado nutricional da criança.



Perímetro Cefálico por Idade: A aferição do perímetro cefálico é importante para avaliar o tamanho da cabeça e do cérebro, estando relacionado ao volume intracraniano e, por conseguinte, permite uma avaliação do crescimento do cérebro. Deve ser realizada prioritariamente no primeiro ano de vida, sendo uma medida que apresenta pequena variação para qualquer faixa etária, entre os sexos, grupos étnicos e populacionais.

Peso por Idade: A variação do peso com relação à idade da criança é muito mais rápida do que a da estatura e reflete, quase que imediatamente, quaisquer alterações em seu estado de saúde, mesmo em processos agudos.

O gráfico peso/idade da Caderneta da Criança possui um eixo vertical, que corresponde ao peso em quilogramas, e um eixo horizontal, expresso pela idade em meses (0 a 84 meses).

O gráfico de peso/idade proposto pelo Ministério da Saúde conta com “4 áreas de crescimento” limitadas por linhas estabelecidas a partir dos percentis de referência: a área branca representa os valores superiores ao percentil 97 (que corresponde, aproximadamente, a +2 escore Z); a área verde estabelece os valores entre o percentil 97 e o percentil 10, considerada a faixa de peso adequada para a idade; a área amarela representa os valores entre o percentil 10 e o percentil 3 (que corresponde, aproximadamente, a -2 escore Z), considerado situação de risco ou alerta nutricional; a área vermelha representa os valores inferiores ao percentil 3, indicando o peso baixo para a idade. A área vermelha do gráfico traz ainda uma linha no percentil 0,1 (correlacionado, aproximadamente, a -3 escore Z) que indica



que crianças com peso baixo por idade inferior apresentam peso muito baixo para idade.

A avaliação do excesso de peso por esse índice deve ser feita com cuidado, uma vez que é natural que crianças com estatura elevada apresentem resultados para esse indicador também mais elevados.

Sabe-se da importância da avaliação do crescimento por meio da estatura, porém reconhece-se também a limitação dos índices propostos até o momento pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o acompanhamento de crianças maiores de sete anos. Por isso, sugere-se a avaliação tanto do peso quanto da estatura durante os primeiros 10 anos, de modo que estejam registrados na Caderneta na forma de tabela.

A OMS está em processo de revisão e alteração de seu padrão de referência. Sendo assim, a Caderneta de Saúde da Criança prevê essa modificação por meio de um bolso em sua contracapa, de modo que os novos gráficos para o acompanhamento do crescimento possam ser disponibilizados futuramente aos profissionais e serviços de saúde para serem acrescentados à Caderneta da Criança.

■ ■ ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

Tanto quanto o acompanhamento do crescimento, o acompanhamento do processo de desenvolvimento maturativo, psicomotor, social e psicoafetivo de cada criança é **imprescindível**. Por isso, o profissional de saúde deve aproveitar a consulta pediátrica geral para observar os marcos do desenvolvimento e para verificar a maneira como a mãe/cuidador e familiares em geral se relacionam com a criança: se respondem às suas manifestações e se lhe proporcionam situações variadas que representem estímulos e

desafios a serem vencidos.

Os marcos do desenvolvimento contidos na **Caderneta de Saúde da Criança** servem como subsídios para dialogar com a família, obtendo maiores informações sobre o que não puder ser observado durante a consulta e orientando para os cuidados necessários. Além disso, os cuidadores da criança devem ser orientados para que os marcos do desenvolvimento sejam atentamente observados, possibilitando a prevenção de agravos e, quando necessário, realizando a intervenção o mais precocemente possível e fazendo os encaminhamentos para os atendimentos especializados.

O olhar atento dos profissionais de saúde, da família e de todos os que acompanham a criança para o processo de seu desenvolvimento é fundamental para a promoção de maior qualidade de vida, seja no curso esperado do desenvolvimento, seja quando existam agravos já instalados.

SUPLEMENTAÇÃO PROFILÁTICA DE FERRO E VITAMINA A

VITAMINA A

A partir do 6º mês até os 4 anos e 11 meses de idade, todas as crianças que residam em área de risco devem receber doses de vitamina A nos contatos com os serviços de saúde. Para tanto, deve-se verificar na **Caderneta de Saúde da Criança** a data da última aplicação de suplementos de vitamina A.

Os suplementos de vitamina A possuem duas concentrações: as cápsulas de

100.000 UI (amarelas) devem ser administradas às crianças de 6 a 11 meses; as cápsulas de 200.000 UI (vermelhas) são administradas às crianças de 12 meses a 4 anos e 11 meses e devem ser oferecidas à criança de 6 em 6 meses. O intervalo mínimo seguro entre a administração de duas megadoses é de 4 meses.

FERRO

A partir do 6º até o 18º mês de idade, todas as crianças brasileiras devem receber os frascos do xarope de sulfato ferroso nos contatos com os serviços de saúde. Para tanto, deve-se verificar na Caderneta da Criança a data e o quantitativo da última distribuição. O xarope possui concentração de 25 mg de ferro elementar por ml, e o responsável pela criança deverá oferecer a ela 5 ml uma vez por semana, ininterruptamente, até os 18 meses de idade.

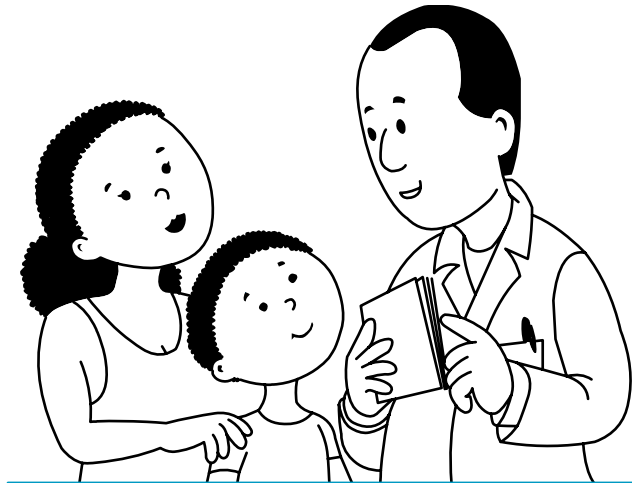
Todas as idas da criança ao serviço devem ser aproveitadas para que o profissional de saúde verifique se as doses de vitamina A estão sendo administradas corretamente e identifique se a mãe ou responsável está oferecendo o xarope de sulfato ferroso à criança, destacando a importância dessa ação. Também é importante a orientação sobre alimentação saudável e alimentos ricos em vitamina A e ferro, mesmo em áreas não endêmicas, no caso da vitamina A.

Da mesma forma que se registram as vacinas aplicadas, devem-se registrar na **Caderneta de Saúde da Criança** os suplementos de vitamina A administrados e o quantitativo entregue de xaropes de sulfato ferroso à mãe ou cuidadores, bem como a data de retorno para a próxima administração ou distribuição.

ANEXO 1 PROTOCOLO DE ATENÇÃO À CRIANÇA NA "PRIMEIRA SEMANA SAÚDE INTEGRAL"

IMUNIZAÇÃO

Quanto à imunização, o profissional de saúde deve orientar a mãe ou cuidador da criança quanto ao **Calendário Básico de Vacinação**, as doses a serem administradas, seus respectivos reforços nas faixas etárias correspondentes e as intercorrências possíveis. Além disso, é fundamental que o profissional de saúde observe o quadro de registro das vacinas, acompanhando o processo de imunização da criança e orientando para a administração de doses eventualmente perdidas.



O primeiro contato do bebê e de sua família com a unidade de saúde ou equipe de saúde da família é de fundamental importância, uma vez que se tem a oportunidade de criar vínculos entre a equipe e a família, responsabilizando-se esta pelo seguimento do recém-nascido (RN). É na primeira semana que surgem dúvidas, inseguranças e questionamentos das famílias, sendo esse período precioso para a atuação da equipe, de modo que seus profissionais possam ser reconhecidos como um ponto de apoio para a superação dessa etapa.

No entanto, ressalta-se que o foco da atenção de todos os profissionais é o binômio mãe-bebê, dessa forma, ambos se beneficiarão do cuidado integral e multiprofissional na "Primeira Semana Saúde Integral".

Na "Primeira Semana Saúde Integral", a mãe e o bebê devem procurar o serviço de saúde, onde serão acolhidos pela equipe, independente da existência de agenda.

Deve-se avaliar a existência de sinais de risco do recém-nascido, para se oportunizar a avaliação imediata face às ações de saúde necessárias para o acompanhamento adequado a essa criança.

Solicitar a Caderneta de Saúde da Criança e/ou relatório de alta da maternidade à mãe ou responsável, para que possamos tomar conhecimento das condições do nascimento, alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido. Nele deve

constar a idade gestacional, o peso ao nascer, o Apgar, o endereço residencial, a idade e a escolaridade materna e as orientações especiais à alta da maternidade.

Caso a maternidade não tenha entregue a Caderneta de Saúde da Criança, deve-se fornecê-la e preenchê-la com as informações prestadas pela mãe ou responsável pelo bebê e/ou relatório de alta da maternidade.

Checar a administração de vacinas na maternidade. Caso não tenham sido administradas, providenciar a administração das vacinas BCG e anti-hepatite B de acordo com protocolo definido pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde.

■ ■ ■ IDENTIFICAR SITUAÇÕES DE RISCO PARA O RECÉM-NASCIDO:

- residente em área de risco;
- baixo peso ao nascer;
- prematuros (menos de 37 semanas gestacionais);
- asfixia grave ou Apgar menor que 7 no 5º minuto;
- crianças internadas ou com intercorrências nas maternidades ou unidades assistenciais;
- orientações especiais à alta da maternidade ou unidade de assistência;
- RN de mãe adolescente (com menos de 18 anos);
- RN de mãe com baixa instrução (menos de 8 anos de estudo);
- história de morte de crianças com menos de 5 anos na família.

O profissional que assiste à criança na “Primeira Semana Saúde Integral” deve avaliar, orientar, intervir e encaminhar, quando necessário, ao serviço de referência.

■ ■ ■ AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL DO RECÉM-NASCIDO

Avaliar o estado geral do recém-nascido, se está ativo, corado, se tem icterícia, cianose, febre, hipotermia ou outro sinal de anormalidade.

■ ■ ■ **PESO:** considera-se de baixo peso qualquer RN pesando menos de 2.500 g ao nascimento (RN de risco). É normal o recém-nascido perder de 10 a 15% do peso corpóreo do nascimento até o 15º dia de vida, recuperando-o em seguida. Quando identificar situações em que a redução é mais acentuada, observar a vigência de patologias ou adequação da amamentação.

■ ■ ■ **POSTURA NORMAL:** deve apresentar extremidades fletidas, mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados.

■ ■ ■ **PADRÃO RESPIRATÓRIO:** observar se há anormalidades – batimento de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos.

■ ■ ■ **ESTADO DO RECÉM-NASCIDO:** avaliar o estado de alerta, sono leve ou profundo e o choro.

■ ■ ■ **AVALIAR SINAIS DE DESIDRATAÇÃO E/OU HIPOGLICEMIA:** pouca diurese, má ingestão, hipoatividade e letargia.

■ ■ ■ **TEMPERATURA:** o recém-nascido apresenta uma temperatura que se conserva entre 36,4°C e 37,2°C normalmente.

FÁCIES: pesquisar assimetria, malformação, deformidade, aparência sindrômica ou semelhança familiar.

PELE

Observar a presença de:

EDEMA: observar a intensidade e localização. Se generalizado, pensar em Doença Hemolítica Perinatal, iatrogenia (uso de colóides ou cristalóides em excesso), insuficiência cardíaca, seps. Se localizado, sugere trauma do parto.

PALIDEZ: ocorre por sangramento, anemia ou vasoconstrição periférica (Sinal do Arlequin – palidez num hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora. Não tem repercussão clínica).

CIANOSE: generalizada (geralmente patologias cardiorrespiratórias graves) ou localizadas (em extremidades ou região peribucal, podendo ser provocada por hipotermia).

ICTERÍCIA: é comum o recém-nascido desenvolver icterícia fisiológica, por aumento de bilirrubina indireta de forma transitória e geralmente benigna, devido às limitações do recém-nascido em metabolizar, transportar e eliminar a bilirrubina. Em recém-nascido a termo, a icterícia fisiológica atinge o pico máximo entre 60 e 72 horas de vida, com declínio rápido até o 5º dia. Em pré-termos, o pico acontece entre o 4º e 6º dia. Considera-se anormal quando ocorre antes das 24 horas ou depois dos 7 dias pós-parto e/ou duração maior que uma semana em RN a termo e 2 semanas em pré-termo.

AVALIAR: assaduras, pústulas (avaliar impetigo); bolhas em região palmoplantar (pesquisar sífilis congênita). Esclarecer a família quanto à benignidade do eritema tóxico e quanto à higiene adequada do RN.

CRÂNIO

FONTANELAS: a anterior mede de 1 a 4 cm, tem forma de losango, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no nascimento. A fontanela posterior é triangular e mede em torno de 0,5 cm e fecha-se até o 2º mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.

ACAVALGAMENTO ÓSSEO: mecanismo de adaptação dos ossos para a passagem pelo canal do parto.

CABELOS: examinar quanto à cor, textura e padrão de distribuição. A linha de implantação dos cabelos habitualmente não ultrapassa a margem frontal e, posteriormente, não ultrapassa as pregas do pescoço. Alterações freqüentes que não representam anormalidades.

BOSSA SEROSSANGÜÍNEA: massa mole, mal delimitada, equimótica e edemaciada que cobre um ou vários ossos da cabeça, em geral na porção do couro cabeludo que faz parte da apresentação no parto cefálico. Aparece em consequência do trabalho de parto e tem involução rápida.

CEFALOHEMATOMA: hematoma subperiosteal, mais delimitado que a bossa, consistência elástica, é mais freqüente nos ossos parietais. Tem regressão espontânea que varia de semanas a 12 meses.



OLHOS

Verificar cílios, sobrancelhas, abrir pálpebras, movimentos palpebrais, distância entre os olhos (hipo ou hipertelorismo).

Pesquisar catarata congênita.

PÁLPEBRAS: podem estar edemaciadas em virtude da irritação pelo nitrato de prata (conjuntivite química), possui regressão espontânea. Se ocorrer secreção purulenta, é infecção. Pesquisar gonococos ou clamídea quando se apresentar nos primeiros 3 dias de vida.

ALTERAÇÕES HABITUAIS: hemorragias conjuntivais em 5% dos casos, devido à ruptura de pequenos capilares durante o parto. Avaliar direção da comissura palpebral, fenda palpebral e a presença de epicanto.

Estrabismo e nistagmo lateral são comuns nessa idade, devendo ser reavaliado posteriormente.

ORELHAS

Observar forma, tamanho, simetria, implantação e massas.

NARIZ

Avaliar forma e presença de secreção (investigar sífilis congênita).

BOCA

Alterações morfológicas podem representar maior dificuldade para a pega durante a amamentação. Não indicam impossibilidade de estabelecê-la, mas necessitam de suporte e acompanhamento adequados.

Úvula, tamanho da língua (macroglossia), freio lingual, coloração dos lábios.

PALATO DURO: sua conformação (palato ogival); presença de fenda palatina (sugerir a posição de cavaleiro para a amamentação); observar presença de dentes; pequenas formações esbranquiçadas (pérolas de Epstein); lesões erosivas com halo avermelhado (aftas de Bednar).

LÁBIO: observar se há fissura labial (lábio leporino); desvio da comissura labial, que pode estar associada à paralisia facial.

MANDÍBULA: alterações hipoplasia (micrognatia) e posição (retrognatia).

OUTROS: tratar a monilíase (lesões esbranquiçadas na parte interna das bochechas e dos lábios).

PESCOÇO

Avaliar assimetria facial e posição viciosa da cabeça (torcicolo congênito).

TÓRAX: avaliar assimetria, pois sugere malformações do coração, pulmões, coluna ou arcabouço costal.



CLAVÍCULAS: palpar cada uma das clavículas, avaliando se há fraturas, tem caráter benigno e o calo ósseo forma-se em 2 a 3 semanas, podendo ocorrer diminuição ou ausência dos movimentos do braço.

MAMAS: observar assimetria e distância intermamilar. As mamas podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (leite de bruxa), devido à passagem de hormônios maternos – orientar a não expressão das mamas. Identificar a presença de glândulas supranumerárias.

APARELHO RESPIRATÓRIO: a frequência respiratória varia entre 40 e 60 incursões por minuto, e a respiração é abdominal. Avaliar o padrão respiratório quanto à frequência, amplitude dos movimentos, tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor.

APARELHO CARDIOVASCULAR: a frequência cardíaca varia entre 120 e 160 batimentos por minuto. Inspeção: cianose, abaulamento precordial, turgência jugular, ictus cordis, sopros cardíacos e verificar pulsos.

■ ■ ABDÔMEN

OBSERVAR: forma, dimensão (se aumentado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalia, obstrução ou perfuração abdominal; se escavado, pode indicar hérnia diafragmática).

Diagnosticar a presença de hérnias (umbilical ou inguinal), diastase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal.

AVALIAR O COTO UMBILICAL: logo após o nascimento, é esbranquiçado e úmido e consta de duas artérias e uma veia. Com o passar dos dias, torna-se seco e escuro (“mumificado”).

Após a queda do coto, pode haver um granuloma umbilical, que se resolve com o uso do bastão de nitrato de prata, em unidade de saúde. Se a região torna-se vermelha, edemaciada e com secreção fétida indica onfalite.

AVALIAR PRESENÇA DE MASSAS ABDOMINAIS: metade tem origem genitourinária.

■ ■ GENITÁLIA MASCULINA

BOLSA ESCROTAL: a aparência é variável. A palpação permite identificar a presença de testículos, os quais podem encontrar-se nos canais inguinais.

PÊNIS: a fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário – ventral (hipospádia) ou dorsal (epispádia).

GENITÁLIA FEMININA

Os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes, hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.

■ ■ ANUS E RETO

Verificar a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício anal. A eliminação de mecônio deve ocorrer até as primeiras 48 horas de vida, caso contrário, sugere obstrução intestinal ou atresia do reto.

■ ■ SISTEMA OSTEOARTICULAR

Examinar membros superiores e inferiores, a resistência à extensão ou flexão dos membros ou flacidez excessiva e a presença de paralisia.

Observar dedos exanumerários, sindactilia, malformações ungueais.

Em mãos, verificar as pregas palmares. A prega palmar única (simiesca) pode estar associada à Síndrome de Down, embora até 4% dos RN normais a apresentem.

Em pés, avaliar o pé torto, que pode ser posicional ou congênito. No quadril, verificar a presença de luxação congênita do quadril. Fazer a indicação para o serviço de ortopedia de referência.

■ ■ COLUNA VERTEBRAL

Examinar toda a coluna, em especial a área sacrolombar, percorrendo a linha média.

■ ■ NEUROLÓGICA

REFLEXOS ARCAICOS (SUCÇÃO, PREENSÃO PALMOPLANTAR E MORO):

são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio.

POSTURA: flexão generalizada e lateralização da cabeça até o fim do 1º mês.

MOVIMENTOS ESPONTÂNEOS: movimentos de flexão/extensão dos membros são os predominantes.

TÔNUS: semiflexão generalizada.

■ ■ PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

Durante o primeiro mês de vida da criança, habitualmente, ocorre a maior incidência de desmame precoce. Garantir uma acolhida diferenciada, orientar, apoiar, identificar as situações de riscos para a não-amamentação ou para o desmame precoce são tarefas indispensáveis dos profissionais de saúde. O incentivo ao aleitamento materno deve ser praticado em todos os encontros com mães e bebês nas Unidades de Saúde. A promoção da amamentação é uma ação prioritária nos primeiros 2 anos de vida ou mais.

Deve-se ficar atento caso sejam observadas situações de risco para a não-amamentação ou para o desmame precoce, como os seguintes:

- falta de experiência anterior com a prática da amamentação;



- desmame precoce do filho anterior;
- intenção de não amamentar ou fazê-lo por um prazo insuficiente;
- mãe adolescente (menos de 18 anos de idade);
- trabalho fora de casa;
- aquisição de mamadeiras, chucas, bicos e chupetas;
- atitudes negativas relativas à amamentação, do pai ou de outros familiares;
- insucesso familiar na prática da amamentação;
- o fato de a mulher considerar o leite artificial sem riscos para a saúde de seu filho;
- problemas anteriores ou atuais com a mama;
- dificuldades com a pega do peito e com a técnica de sucção do bebê.

ASPECTOS IMPORTANTES NO ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO

- A equipe que assiste à mãe e ao filho deve ter especial atenção em ouvir a mãe e a família, elogiando o que estiver sendo feito corretamente, evitando julgar o que possa estar sendo feito incorretamente.
- Deve sugerir melhorias na conduta durante a amamentação, evitando a postura autoritária ao orientar. Limitar suas sugestões a duas ou três para não sobrecarregar a mãe.
- Verificar que tipo de suporte familiar e social a mãe terá para amamentar. Se possível, encaminhá-la a um grupo comunitário de apoio.

- Observar a formação do vínculo entre mãe e filho.
- Verificar o uso de materiais que podem prejudicar a amamentação, como mamadeiras, chucas e chupetas, assim como não oferecer amostras de fórmula infantil.
- Não obrigar a mãe a usar determinados sutiãs, camisolas ou vestimentas.

AVALIAÇÃO DA MAMADA

Enquanto a mãe estiver amamentando, observe o que está acontecendo silenciosamente.

- A mamada deve ser avaliada pelo profissional de saúde, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do bebê e complementado com alimentos da família até os dois anos ou mais.
- Orientar para que a mãe escolha a posição mais confortável para amamentar.
- Observar e avaliar o posicionamento e a pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos.
- Estimular o “reflexo da procura”. A mãe deve iniciar a amamentação tocando a face ou os lábios da criança com o mamilo para que ela possa abrir bem a boca. Nesse momento, a criança deve estar com o corpo todo virado de frente para a mãe, não apenas a cabeça.
- A cabeça da criança deve ficar ligeiramente mais elevada que o corpo. É necessário garantir que boa parte da aréola seja introduzida em sua boca. Na posição errada

(má pega), a criança só abocanha o mamilo, não conseguindo retirar a quantidade de leite que necessita e causando dor e fissuras no mamilo, tensão materna, fome, choro e insatisfação da criança.

- Verificar os sinais de uma boa pega, corrigindo se necessário: a boca do bebê deve estar bem aberta e o queixo tocando o peito da mãe; os lábios do bebê devem ficar virados para fora; pode ser observada mais aréola acima que abaixo de sua boca; a criança deve realizar sucções lentas e profundas, podendo se ouvir sua deglutição.
- Não limitar a frequência e o tempo da mamada, estimulando o aleitamento em livre demanda.
- Orientar que a mãe deixe o bebê largar o peito naturalmente, oferecendo o outro, se ele desejar. Não interromper uma mamada no peito cedo demais para que o bebê receba o leite posterior, rico em gordura.
- Alguns bebês continuam sugando o peito, embora não estejam mais retirando leite. Se a mãe desejar interromper esse período de sucção, pode inserir suavemente um dedo no canto da boca, entre as gengivas do bebê.

COMO EXAMINAR AS MAMAS E OS MAMILOS DA MÃE

O ato de amamentar não deve ser doloroso. Cabe ao profissional de saúde auxiliar a mãe a resolver dificuldades que podem ocorrer e prejudicar a amamentação, de modo que esta não seja interrompida.

- Garantir a privacidade durante o exame, para ajudar a mãe a ficar à vontade.

- Avaliar a mama puerperal, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação.

MAMAS CHEIAS E INGURGITADAS

O ingurgitamento mamário é mais comum entre o 3º e o 5º dia pós-parto. Um rápido aumento do volume de leite pode provocar congestão vascular e edema. Algumas mães podem produzir tanto leite que o bebê não consegue retirá-lo com a rapidez necessária para evitar o ingurgitamento. Esse inchaço pode bloquear o fluxo de leite, ampliando ainda mais o problema.

- Verifique o posicionamento para garantir uma boa pega.
- Em caso de ingurgitamento mamário, orientar quanto à necessidade de amamentar mais frequentemente, pois, em alguns dias, as mamas se ajustarão às necessidades do bebê.
- Sugira que a mãe ordenhe antes da mamada para diminuir a tensão da aréola. E se a amamentação não for suficiente para reduzir o ingurgitamento, oriente a mãe a realizar a ordenha manual, na qual o leite excedente poderá ser armazenado e doado a um banco de leite humano.

COMO REALIZAR A ORDENHA MANUAL

Colocar o dedo polegar no limite superior da aréola e o indicador no limite inferior (em forma de C), pressionando ritmicamente para dentro na direção da caixa torácica.

Mudar de tempo em tempo a posição dos dedos (para lateral direita e esquerda e para a posição oblíqua) para retirar leite de outros segmentos da mama.



MAMÍLOS DOLORIDOS

- Verificar a posição do bebê no peito e, se necessário, melhore-a.
- Estimule a amamentação sob livre demanda.
- Caso haja ingurgitamento mamário, realizar a ordenha manual para que a dor seja aliviada.
- Caso seja necessário interromper a mamada, oriente a mãe a introduzir o dedo mínimo entre as gengivas do bebê e retirar o seio de sua boca.
- Oriente a mãe a expor as mamas ao ar e ao sol.

INFECÇÕES MAMILARES

- Caso haja presença de monilíase nos mamilos e na boca do bebê, tratá-las. Quando há monilíase, os mamilos da mãe podem ter uma aparência normal ou a pele pode estar avermelhada ou esbranquiçada. O bebê pode apresentar manchas brancas na boca.
- Em caso de sinais de infecção no peito (mastite), mais comum a partir do 14º dia após o parto, encaminhar imediatamente para atendimento de urgência em unidade especializada, para a avaliação de um médico ou banco de leite.

FISSURAS MAMILARES

A principal causa da fissura mamilar é a pega incorreta. Se a pega não é correta, o bebê puxa o mamilo enquanto suga. Apesar de inicialmente não haver fissura, se o bebê continuar a sugar desse jeito, machucará a pele, causando a rachadura.

- Orientar quanto à importância do posicionamento adequado do bebê e da pega correta.
- Sugerir que a mãe amamente o bebê em posição invertida ou de cavaleiro.
- Recomendar a suspensão do uso de chucas, mamadeiras e chupetas.
- Orientar quanto à necessidade de ordenhar e espalhar seu leite na região aréolo-mamilar, mantendo-a seca e arejada.
- Recomendar que não seja utilizado nenhum produto ou substância nas mamas, exceto o próprio leite.

Caso identifique, durante a avaliação, algum caso que impossibilite o estabelecimento da amamentação (mãe HIV+ e portadora de HTLV), contra-indique a amamentação, o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra mulher) e oriente quanto à maneira mais adequada de alimentar a criança de acordo com o “Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas”, informando a mãe que o SUS disponibiliza gratuitamente a fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida para essas crianças.

Após a avaliação do aleitamento materno, orientar as mães e seus familiares quanto aos cuidados que deverão ter, na hora do banho, com o coto umbilical, troca de fraldas, assaduras e higiene bucal.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A MÃE OU CUIDADORES DO RECÉM-NASCIDO

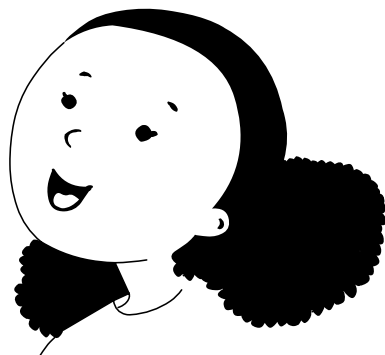


O BANHO

Oriente a mãe ou cuidador quanto à necessidade da organização de todo o material a ser utilizado antes do banho, como toalha, roupas e material de higiene, para que não seja necessário desviar a atenção do bebê.

Abaixo, alguns procedimentos que não podem ser esquecidos durante a orientação:

- a banheira deve ser de uso exclusivo do bebê;
- a temperatura da água deve ser a mesma que a do nosso corpo, entre 36° e 37° C. Testá-la com o antebraço, antes de colocar nela o bebê;
- evitar a entrada, no ouvido, de água, sabão ou shampoo, pois esses produtos podem causar danos;
- usar sabonete neutro, ensaboar a mão e aplicar a espuma na área a ser limpa;



- deve-se evitar correntes de ar no ambiente do banho, para que ele não se resfrie com mudanças bruscas de temperatura. Após o banho, o bebê deve ser vestido no mesmo local, evitando assim que o corpo esfrie em demasia;
- enxugar bem todas as dobras, o umbigo e os ouvidos;
- procurar manter sempre o mesmo horário para o banho. Isso fará com que a criança se habitue e lhe trará tranquilidade e bem-estar;
- orientar para que o banho não seja interrompido porque o bebê não pode ser deixado sozinho.

O COTO UMBILICAL

O “coto umbilical” geralmente cai entre 7 e 12 dias de vida e, em alguns casos, poderá demorar mais sem que isso deva representar motivo de preocupação.

O profissional deve recomendar que haja uma correta higiene no coto umbilical, para evitar infecções, mantendo-o limpo e seco.

CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

O cuidado com o coto é muito simples e deve ser feito com as mãos sempre bem lavadas. Após o banho do bebê, usar uma gaze para secar bem a base do coto. Em seguida, embeber em álcool 70% outro pedaço de gaze e aplicar sobre o coto, em sua base. Isso deve ser repetido a cada troca de fralda.

Enquanto o coto não cair, pode-se dobrar a fralda para que ela não cubra o umbigo do bebê, deixando-o livre. Quando mais exposto e seco ele estiver, mais rápido irá cair.

O coto umbilical vai desidratando da ponta para a base. Próximo à queda, a base do coto fica mais úmida e, quando for limpo, pode ser observada uma secreção – que é absolutamente normal.

Após a queda do coto, por cerca de dois ou três dias, continuar limpando o umbigo do bebê com gaze embebida em álcool 70%.

A TROCA DE FRALDAS

O objetivo deve ser o de manter o bebê o mais seco e confortável possível. Recomende que nunca deixem o bebê sozinho.

TROCA DE FRALDAS DE MENINAS

- Limpar de frente para trás, evitando que as fezes entrem em contato com o órgão genital.

- Lembre que é normal se houver uma pequena secreção ou até mesmo sangue nos primeiros dias.

TROCA DE FRALDAS DE MENINOS

- Se o bebê não é circuncidado, recomende que não se puxe o prepúcio para baixo para limpar.



Não usar talco em pó. Ele não impede nem trata das assaduras. Além do mais, o talco, se inalado, pode causar problemas respiratórios.

ASSADURAS

Lembre a mãe o que pode causar a assadura:

- Urina e fezes em contato com a pele.
- Amônia gerada na combinação das eliminações.
- Fraldas duras ou irritação causada pelo atrito da fralda sobre a pele.
- Umidade prolongada torna a pele frágil e sensível a assaduras.

O profissional deve recomendar o que deve ser feito para impedir as assaduras:

- Trocar as fraldas com frequência.
- Limpar adequadamente a pele, evitando usar fraldas grossas e esfregar com toalhas ásperas. Evitar ainda usar lenços umedecidos que contenham álcool, pois apenas arderá e irritará a assadura.
- Espalhar uma fina camada de pomada para assaduras sobre o bumbum do bebê para protegê-lo do atrito e da umidade. Todos os dias, deixar o bebê ficar sem fralda por um tempo.

■ HIIGIENE BUCAL DO BEBÊ

Os cuidados com a higiene bucal devem começar a partir do nascimento do bebê. No recém-nascido, a limpeza deve ser feita com uma gaze ou fralda umedecida em água limpa para remover os resíduos de leite materno, pelo menos uma vez ao dia, preferencialmente à noite.

■ REALIZAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO

O Teste do Pezinho deverá ser realizado até o 5º dia de vida para detectar doenças como o hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística, que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança.

No momento da realização do Teste do Pezinho, os profissionais de saúde deverão orientar a mãe e seus familiares sobre a importância da realização desse teste.

ANTES DE TERMINAR A CONSULTA AO RECÉM-NASCIDO, DEVE-SE ESTAR ATENTO PARA AS SEQUINTE RECOMENDAÇÕES:

- Se a criança está em bom estado geral, em aleitamento materno exclusivo e sem queixas, agendar consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com 15 dias.
- Se detectada alguma alteração, orientar a mãe ou o responsável quanto à conduta correta e manter continuidade do acompanhamento com retornos freqüentes à unidade de saúde ou por meio de visita domiciliar.

