

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

# Quadros de Procedimentos **AIDPI NEONATAL** 3ª edição

Brasília - DF  
2012



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

# Manual AIDPI Neonatal

---

## Quadros de procedimentos

3ª edição

Brasília – DF  
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

# **Manual AIDPI Neonatal**

---

## **Quadros de procedimentos**

Série A. Normas e Manuais Técnicos

3ª edição

Brasília – DF  
2012

© 2007 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana 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 responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 3ª edição – 2012 – 1000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

SAF Sul Trecho II lote 5/6 Edifício Premium Bloco II

Brasília/DF - CEP: 70070-600 Telefone: 61-3315-9041

1ª Edição (2007) com Tradução, Revisão e Adaptação pela Equipe AIDPI Neonatal Pará: Rejane Silva Cavalcante, Maria das Mercês M. Sovano, Mariane C. Alvestranco, Suely de Jesus Carvalho, Márcia W. Anaisse, Rosa Vieira Marques, Maria de Fátima Amador, Maria Florinda P. P. de Carvalho, Denis de O. G. Cavalcante Júnior, Affonso Celso Vieira Marques, Amira Consuelo de Melo, Aurimery Gomes Chermont, Danille Lima da Silva, Leila Haber Feijó, Luciana Mota Leonardi, Ozaneide de Oliveira, Salma Saraty Malveira.

2ª Edição (2010) com Revisão Técnica de: Rejane Silva Cavalcante (PA), Rosa Vieira Marques (PA), M<sup>a</sup> da Graça Mouchrek Jaldin (MA), M<sup>a</sup> de Fátima Arrais Carvalho (MA), Margareth Hamdan Melo Coelho (BA), Maria Rosário Barretto (BA).

*Colaboração:* neonatologistas e obstetras participantes da Oficina para Adaptação da AIDPI Neonatal para a Amazônia Legal e Nordeste, 2009.

3ª Edição (2012) com Revisão Técnica de: Rejane Silva Cavalcante (PA), Rosa Vieira Marques (PA), M<sup>a</sup> da Graça Mouchrek Jaldin (MA), M<sup>a</sup> de Fátima Arrais Carvalho (MA), Margareth Hamdan Melo Coelho (BA), Maria Rosário Barretto (BA), Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG), David da Costa Nunes Jr. (BA), Vera Maria Borges Leal de Brito (PA), Cristiano Francisco da Silva (DF), Luciana Ferreira Bordinoski (DF) e Paulo Vicente Bonilha Almeida (DF), João Joaquim Freitas do Amaral (CE).

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

Manual AIDPI neonatal : quadro de procedimentos / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

34 p. : il. – (Série A. Normas e manuais técnicos)

ISBN 978-85-334-1905-6

1. Atenção Integral à Saúde. 2. Recém-nascido (RN). 3. Neonatologia. I. Organização Pan-Americana de Saúde. II. Título. III. Série.

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Normalização: Editora MS

Revisão: Júlio Maria de Oliveira Cerqueira

As denominações usadas nesta publicação e o modo de apresentação dos dados não fazem pressupor, por parte da Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde, juízo algum sobre a consideração jurídica de nenhum dos países, territórios, cidades ou áreas citados ou de suas autoridades, nem a respeito da delimitação de suas fronteiras.

A menção de determinadas sociedades comerciais ou nome comercial de certos produtos não implica a aprovação ou recomendação por parte da Organização Pan-Americana da Saúde com preferência a outros análogos.

Este Manual de Quadros de Procedimentos compõe juntamente com o Manual AIDPI NEONATAL o material didático utilizado para as capacitações de profissionais de saúde que atendem ao recém-nascido.

CDU 614

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0066

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Manual on neonatal IMCI: procedures

Em espanhol: Manual AIEPI neonatal: cuadro de procedimientos

## Equipe responsável pela 2ª edição e revisão técnica, 2010:

Rejane Silva Cavalcante – Universidade do Estado do Pará  
Rosa Vieira Marques – Universidade do Estado do Pará  
Maria da Graça Mouchrek Jaldin – Universidade Federal do Maranhão

Maria de Fátima Arrais Carvalho – Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão  
Margareth Hamdan Coelho – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia  
Maria Rosário Ribeiro Barretto – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Para elaboração desta revisão contou-se com as contribuições de pediatras, neonatologistas e obstetras dos estados da Amazônia Legal e Nordeste participantes da **Oficina de Revisão do AIDPI Neonatal Pará/Brasil** em outubro de 2009

Alexandre Miralha	Amazonas
Amira Consuelo Figueiras	Pará
Ana Daniela Nogueira Morais	Paraíba
Ana Cristina Guzzo	Pará
Andrea Franklin de Carvalho	Pernambuco
Aurimery Chermont	Pará
Blenda Avelino Garcia	Roraima
Carline Rabelo de Oliveira	Sergipe
Cláudio F. Rodrigues Soriano	Alagoas
David da Costa Nunes Jr.	Bahia
Débora Luzia Dalponte	Mato Grosso
Denis de Oliveira G. Cavalcante Júnior	Pará
Elizabeth Ramos Domingos	Roraima
Eliane do S. de S. O. Ribeiro	Pará
Flávio Augusto Lyra T. de Melo	Paraíba
Francisco Martinez	OPAS/MS
Ivani Mendes de Oliveira	Tocantins
Jenice Coelho Rodrigues	Alagoas
Lucia Margarida Costa Campos	Pará
Maria das Graças Pantoja	Pará

Maria da Graça Mouchrek Jaldin	Maranhão
Maria de Fátima Arrais Carvalho	Maranhão
Maria das Mercês Sovano	Pará
Maria Florinda P.P. de Carvalho	Pará
Maria Rosário Ribeiro Barretto	Bahia
Margareth Hamdan Melo Coelho	Bahia
Mariza Fortes de C. P. da Silva	Piauí
Ozaneide Canto Gomes	Pará
Rejane Silva Cavalcante	Pará
Rosa Vieira Marques	Pará
Rosa Líbia M. da L. P. Sobrinha	Ceará
Rosemary Monteiro da Costa	Rondônia
Rosenilda Rosete de Barros	Amapá
Rosilene Lopes Trindade	Amapá
Ruben Schindler Maggi	Pernambuco
Ruy Medeiros de Oliveira	Rio Grande do Norte
Sidneuma Melo Ventura	Ceará
Valdenira dos S. M. da Cunha	Pará
Vera Maria Borges Leal de Britto	Pará

**Participação especial:** Dra Elsa Regina Justo Giugliani - Ministério da Saúde do Brasil  
Dr. Francisco Martinez - Organização Pan-Americana da Saúde

## Tradução, 2007

Rejane Silva Cavalcante	Universidade do Estado do Pará
Maria das Mercês M. Sovano	Universidade Federal do Pará
Mariane C. Alves Franco	Universidade do Estado do Pará
Suely de Jesus Carvalho	Secretaria de Saúde de Belém
Márcia W. Anaisse	Sociedade Paraense de Pediatria
Rosa Vieira Marques	Universidade do Estado do Pará
Maria de Fátima Amador	Sociedade Paraense de Pediatria
Maria Florinda P. P. de Carvalho	Universidade do Estado do Pará
Denis de O. G. Cavalcante Júnior	Aluno de Medicina da UFPA
Affonso Celso Vieira Marques	Aluno de Medicina da UEPA

## Revisão e adaptação, 2007

Rejane Silva Cavalcante	Universidade do Estado do Pará
Maria das Mercês M. Sovano	Universidade Federal do Pará
Mariane C. Alves Franco	Universidade do Estado do Pará
Suely de Jesus Carvalho	Secretaria de Saúde de Belém
Márcia W. Anaisse	Sociedade Paraense de Pediatria
Rosa Vieira Marques	Universidade do Estado do Pará
Maria de Fátima Amador	Sociedade Paraense de Pediatria
Maria Florinda P. P. Carvalho	Universidade do Estado do Pará
Amira Consuelo de Melo	Universidade Federal do Pará
Aurimery Gomes Chermont	Universidade Federal do Pará
Danille Lima da Silva	Santa Casa de Misericórdia do Pará
Leila Haber Feijó	Sociedade Paraense de Pediatria
Luciana Mota Leonardi	Santa Casa de Misericórdia do Pará
Ozaneide de Oliveira	Sociedade Paraense de Pediatria
Salma Saraty Malveira	Universidade do Estado do Pará

**Participação especial:** Dr. Rolando Cerezo - Organização Pan-Americana da Saúde



# Sumário

## PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO À MULHER

---

Avaliar e determinar o risco antes da gestação .....	1
Avaliar e determinar o risco durante a gestação .....	2
Avaliar e determinar o risco durante o parto .....	3

## PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

---

Avaliar a necessidade de reanimação .....	4
Avaliar o risco ao nascer .....	5

## AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DE 0 A 2 MESES DE IDADE

---

Determinar presença de doença grave ou infecção localizada .....	6
Em seguida, perguntar se a criança tem diarreia .....	7
Depois, avaliar problemas de nutrição ou de alimentação .....	8
Verificar o desenvolvimento da criança menor de 2 meses de idade .....	9
Verificar os antecedentes de vacinação .....	10

## TRATAR O MENOR DE 2 MESES DE IDADE E ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE

---

Normas da estabilização antes e durante o transporte da criança .....	11
Dar a primeira dose de antibiótico por via parenteral .....	12
Dar antitérmico para febre alta (> 38 °C) .....	13
Como prevenir e tratar a hipoglicemia .....	13
Tratar convulsão .....	13
Cuidados rotineiros do recém-nascido .....	14
Plano A e Plano C para o tratamento da diarreia .....	15
Ensinar à mãe a tratar as infecções localizadas .....	16
Ensinar a posição e a pega corretas para amamentação .....	17
Ensinar à mãe medidas preventivas .....	17

Aconselhar a mãe quando deve retornar a consulta de seguimento ou de imediato .....	17
---	----

## MÉTODOS DE SEGUIMENTO E REAVALIAÇÃO DO MENOR DE 2 MESES

---

Infecção localizada, sem desidratação, problemas de nutrição, vigilância do desenvolvimento .....	18
Oferecer serviços de atenção e aconselhar a mãe sobre sua própria saúde .....	19
Formulário de registro 1 .....	20
Formulário de registro 2 .....	21
Zonas de icterícia de Kramer .....	22
Nível de Bilirrubina Total (BT) para indicação de fototerapia e exsanguineotransfusão (EST) em RN $\geq$ 35 semanas de idade gestacional .....	22

## ANEXOS

---

ANEXO I: CAPURRO, curvas de crescimento intra-uterino .....	23
ANEXO II: Tratamento - Avaliar e determinar risco durante a gestação e parto .....	24
ANEXO III: Gráfico de controle evolutivo do crescimento (sexo masculino) .....	25
ANEXO IV: Gráfico de controle evolutivo do crescimento (sexo feminino) .....	26
ANEXO V: Gráfico de controle de perímetro cefálico (sexo masculino) .....	27
ANEXO VI: Gráfico de controle de perímetro cefálico (sexo feminino) .....	28
ANEXO VII: Curvas de crescimento pós-natal para prematuros (estatura e perímetro cefálico x idade pós-natal) .....	29
ANEXO VIII: Reanimação Neonatal, Medicamentos para Reanimação .....	30
ANEXO IX: Normatização do transporte inter-hospitalar .....	31
ANEXO X: Diagnóstico diferencial das principais infecções congênitas .....	32
ANEXO XI: Tratamento das principais infecções congênitas .....	33





## AVALIAR E DETERMINAR O RISCO ANTES DA GESTAÇÃO

DETERMINAR SINAIS E SINTOMAS DE PERIGO		CLASSIFICAR	TRATAMENTO				
PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual sua idade?</li> <li>Já iniciou vida sexual?</li> <li>Se sim: tem vida sexual ativa?</li> <li>Tem parceiro estável?</li> <li>Você e seu parceiro utilizam algum método de planejamento reprodutivo?</li> <li>Tem relação sexual sem proteção?</li> <li>Quantos partos já teve?</li> <li>Qual o intervalo entre os partos? Qual o tipo de parto?</li> <li>Antecedentes de: cirurgia prévia do aparelho reprodutor, abortos, mortes perinatais, baixo peso ao nascer, prematuros ou com malformações congênitas do tubo neural.</li> <li>Faz uso de: álcool, fumo, drogas ou medicamentos? Se sim, quais?</li> <li>Tem alguma doença?</li> <li>Se sim, quais?</li> <li>Teve contato com inseticidas e outros agentes químicos?</li> <li>Investigar dados de depressão, tristeza extrema ou violência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso</li> <li>Altura</li> <li>IMC</li> <li>Pressão arterial (PA)</li> <li>Hemoglobina</li> <li>ABO, Rh. Se Rh negativo, realizar Coombs indireto.</li> <li>VDRL</li> <li>HIV</li> <li>TOXO</li> <li>HBSAg</li> <li>Hepatite C</li> <li>HTLV</li> <li>Corrimento vaginal</li> <li>Palidez palmar</li> <li>Saúde bucal: dor, sangramento, inflamação, halitose, cárie, peças dentárias incompletas.</li> <li>Esquema de vacinação.</li> <li>Risco de HIV e DST.</li> </ul>	CLASSIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendar engravidar após resolução dos problemas</li> <li>Referir a um nível de maior resolução, se necessário ou tratar se puder</li> <li>Planejamento reprodutivo</li> <li>Controlar doença prévia</li> <li>Determinar a causa e tratar a anemia</li> <li>Dar ferro e polivitaminas, se necessário</li> <li>Ácido fólico 4 mg VO diariamente, três meses antes da gravidez</li> <li>Desparasitar com Albendazol em zonas de alta prevalência</li> <li>VDRL +, sem tratamento prévio adequado, tratar conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Tratar o parceiro</li> <li>HIV +, tratar conforme o protocolo do Ministério da Saúde</li> <li>Vacinar contra Rubéola e Hepatite B, se necessário.</li> <li>Aconselhar sobre a higiene pessoal e estilos de vida saudável</li> <li>Aconselhar sobre higiene bucal e tratamento</li> <li>Tratamento e aconselhamento nutricional</li> </ul>				
<p><b>Fatores de risco para malformações do tubo neural:</b></p> <p>Exposição a medicamentos anticonvulsivantes, diabetes materna, anemia falciforme, baixo nível socioeconômico, desnutrição materna, deficiência de ácido fólico, hipertermia materna, fatores genéticos, a agricultura como atividade laboral da mãe, exposição a pesticidas, tipo ocupacional, contato com pesticidas durante a gravidez.</p>			<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menor de 15 anos</li> <li>Intervalo interpartal &lt; 2 anos</li> <li>IMC &lt; 20 ou &gt;30</li> <li>PA &gt; 140x90mmHg</li> <li>Hb &lt; 7 g/dL ou palidez palmar intensa</li> <li>Rh negativo, Coombs indireto positivo</li> <li>VDRL +, sem tratamento prévio adequado</li> <li>HIV +</li> <li>Câncer</li> <li>Doença prévia sem controle</li> <li>Consumo de álcool, fumo ou droga</li> <li>Alto risco para malformação do tubo neural</li> <li>Tristeza extrema, depressão ou violência</li> <li>Doença falciforme</li> </ul>	<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade: 35 anos ou mais</li> <li>IMC &gt; 26</li> <li>Parto cesáreo anterior</li> <li>Parceiros múltiplos</li> <li>Hb entre 7 e 12 g/dL ou palidez palmar moderada</li> <li>Rh negativo com Coombs indireto negativo</li> <li>Sem planejamento reprodutivo, DST, risco antecedente ou atual</li> <li>Doença crônica prévia controlada</li> <li>Problemas de saúde bucal</li> <li>Sem vacina anti-rubéola e anti hepatite B</li> <li>Exposição a agentes químicos e inseticidas</li> <li>Mortes perinatais, baixo peso ao nascer, prematuridade e abortos prévios</li> <li>Anomalias congênitas anteriores</li> <li>HTLV +</li> <li>Hepatite B +</li> <li>Hepatite C +</li> </ul>	<p><b>GESTAÇÃO NÃO RECOMENDADA OU SE RECOMENDA ADIAR A GESTAÇÃO</b></p>	<p><b>EM CONDIÇÕES DE ENGRAVIDAR MAS COM FATORES DE RISCO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta com especialista</li> <li>Planejamento reprodutivo</li> <li>Dar 120 mg Ferro elementar, VO, por dia, se necessário</li> <li>Ácido fólico 4 mg, VO diariamente, três meses antes da gravidez</li> <li>Desparasitar com Albendazol em zonas de alta prevalência</li> <li>Manejo das DST, segundo as normas do Ministério da Saúde</li> <li>Profilaxia e tratamento da saúde bucal</li> <li>Aconselhamento nutricional e dieta adequada</li> <li>Aconselhar sobre o risco por Rh negativo</li> <li>Aconselhar sobre a higiene pessoal e estilos de vida saudável</li> <li>Aconselhar sobre a prevenção de câncer de mama e de colo uterino - Vacinar contra HPV, se possível</li> <li>Vacinar contra Rubéola e Hepatite B, se necessário.</li> </ul>
			<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade entre 15 e 35 anos</li> <li>IMC entre 20 e 26</li> <li>Vacinada contra Rubéola e Hepatite B</li> <li>Ausência dos riscos acima mencionados</li> </ul>	<p><b>EM CONDIÇÕES DE ENGRAVIDAR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ácido fólico 4 mg, VO diariamente, três meses antes da gravidez</li> <li>Aconselhar sobre a higiene pessoal e bucal</li> <li>Educação sexual e aconselhamento em planejamento reprodutivo</li> <li>Desparasitar com Albendazol em zonas de alta prevalência</li> <li>Aconselhar sobre a prevenção de câncer de mama e de colo uterino - Vacinar contra HPV, se possível</li> <li>Aconselhar sobre estilos de vida saudável: nutrição, exercício físico, prevenção e exposição a tóxicos e infecções</li> </ul>		

## AVALIAR E DETERMINAR O RISCO DURANTE A GESTAÇÃO

PERGUNTAR	OBSERVAR DETERMINAR		AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a sua idade?</li> <li>• Quando foi a última menstruação?</li> <li>• Faz controle pré-natal?</li> <li>• Quando começou o pré-natal?</li> <li>• Quantas consultas?</li> <li>• Quantas gestações já teve?</li> <li>• Quando foi seu último parto?</li> <li>• Os partos foram normais, cesáreas ou com fórceps?</li> <li>• Teve ? lhos com baixo peso?</li> <li>• Teve filhos prematuros ?</li> <li>• Teve ? lhos malformados?</li> <li>• Teve abortos (gestação menor que 5 meses)?</li> <li>• Teve morte de ? lhos antes de nascer ou na primeira semana de vida?</li> <li>• Está tendo dores de parto?</li> <li>• Sente os movimentos fetais?</li> <li>• Tem tido febre?</li> <li>• Tem alguma doença? Qual?</li> <li>• Está tomando algum medicamento? Qual?</li> <li>• Tem ou teve sangramento vaginal?</li> <li>• Tem ou teve perda de líquido pela vagina? Qual a cor? Há quanto tempo?</li> <li>• Tem corrimento?</li> <li>• Tem dor de cabeça forte?</li> <li>• Tem visão turva?</li> <li>• Teve convulsões?</li> <li>• Tem perda de consciência?</li> <li>• Fuma, bebe ou consome drogas?</li> <li>• Tem ou teve queixas urinárias?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data provável do parto</li> <li>• Idade gestacional</li> <li>• Peso/Altura/IMC</li> <li>• Pressão arterial</li> <li>• Temperatura</li> <li>• Altura uterina</li> <li>• Batimento cardíaco fetal (BCF)</li> <li>• Apresentação fetal</li> <li>• Presença de contrações uterinas</li> <li>• Gestação múltipla</li> <li>• Se fez cesárea anterior</li> <li>• Se tem palidez palmar intensa</li> <li>• Se tem edema de face, mãos e/ou pernas</li> <li>• Se tem ou teve sangramento vaginal</li> <li>• Se tem corrimento vaginal</li> <li>• Sinais de doença sistêmica e/ou de transmissão sexual (DST)</li> <li>• Saúde bucal: dor, sangramento, inflamação, halitose, cárie, peças dentárias incompletas</li> <li>• Tem as vacinas contra Tétano e Hepatite B completas e controladas?</li> </ul>	C L A S S I F I C A R	<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho de parto em curso &lt; 37 semanas</li> <li>• Gestação &gt; 41 semanas</li> <li>• Diminuição ou ausência de movimentos fetais</li> <li>• Doença sistêmica grave</li> <li>• Infecção urinária com febre</li> <li>• Diabetes não controlada</li> <li>• Sangramento vaginal</li> <li>• Rotura prematura de membranas &gt; 12 horas</li> <li>• Hipertensão não controlada e/ou presença de convulsões, visão turva, perda de consciência ou cefaleia intensa</li> <li>• Alteração da frequência cardíaca fetal (&lt; 120 ou &gt; 160)</li> <li>• Apresentação anormal com trabalho de parto</li> <li>• Palidez palmar intensa e/ou Hb &lt; 7mg/dL</li> <li>• Edema de face, mãos e pernas</li> </ul>	GESTAÇÃO COM RISCO IMINENTE	<p><b>Estabilizar e referir URGENTEMENTE ao hospital segundo normas de referência.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar em decúbito lateral esquerdo</li> <li>• Prevenir hipotensão</li> <li>• Tratar hipertensão arterial segundo protocolo do Ministério da Saúde</li> <li>• Se trabalho de parto prematuro, inibir contrações e administrar corticóide</li> <li>• Se rotura prematura de membranas &gt; 12 horas e/ou infecção urinária com febre administrar a primeira dose do antibiótico recomendado</li> <li>• Administrar oxigênio, se necessário</li> </ul>	
			<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 15 ou &gt; 35 anos</li> <li>• Primigesta ou grande multigesta</li> <li>• Sem pré-natal</li> <li>• Intervalo entre as gestações &lt; 2 anos</li> <li>• Altura uterina sem correlação com a idade gestacional</li> <li>• Cesárea anterior &lt; 2 anos</li> <li>• Antecedentes de prematuros, de baixo peso ao nascer ou malformados</li> <li>• Antecedentes de abortos, morte fetal e /ou neonatal precoce</li> <li>• Doença sistêmica controlada</li> <li>• Infecção urinária sem febre</li> <li>• Diabetes controlada</li> <li>• Palidez palmar moderada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• e/ou Hb entre 7- 10 mg/dL</li> <li>• Corrimento vaginal</li> <li>• Drogas teratogênicas</li> <li>• Alcoolismo, tabagismo ou drogas</li> <li>• Hipertensão controlada</li> <li>• Ganho inadequado de peso</li> <li>• Apresentação anormal</li> <li>• Gestação de mãe Rh negativo</li> <li>• VDRL, HIV, HTLV, Hepatite B e C, TOXO, EGB e/ou CMV positivos</li> <li>• Gestação múltipla</li> <li>• Problemas de saúde bucal: dor, sangramento, inflamação, halitose, cárie, peças dentárias incompletas</li> </ul>	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	<p><b>Referir para consulta com especialista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestação múltipla referir antes de 30 semanas</li> <li>• VDRL +, sem tratamento prévio adequado, tratar conforme protocolo do Ministério da Saúde. Tratar o parceiro.</li> <li>• TOXO IgM +, tratar conforme protocolo do Ministério da Saúde</li> <li>• Tratar e controlar infecção urinária.</li> <li>• Recomendar à mãe que continue com o tratamento instituído</li> <li>• Administrar ferro, ácido fólico e polivitaminas</li> <li>• Em zonas de alta prevalência de parasitose, administrar Albendazol (2º e 3º trimestres)</li> <li>• Administrar toxóide tetânico e/ou vacinar contra Hepatite B, se necessário</li> <li>• Orientação para DST/SIDA</li> <li>• EGB + orientar profilaxia periparto</li> <li>• Orientar nutrição, saúde bucal, cuidados com a gestação, puerpério, aleitamento materno, vacinas e cuidados com o RN</li> <li>• Ensinar sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>• Organizar com a família referência antes do parto de acordo com os fatores de risco e capacidade resolutiva</li> <li>• Marcar retorno</li> </ul>
			<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestação sem risco iminente ou alto risco</li> </ul>	GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento até o ? nal da gestação com o pré-natal</li> <li>• Orientar nutrição, saúde bucal, cuidados com a gestação, puerpério, aleitamento materno, vacinas e cuidados com o RN</li> <li>• Orientação para DST/SIDA</li> <li>• Recomendar à mãe que continue com o tratamento instituído</li> <li>• Administrar ferro, ácido fólico e polivitaminas</li> <li>• Em zonas de alta prevalência de parasitose, administrar Albendazol (2º e 3º trimestres).</li> <li>• Administrar toxóide tetânico e/ou vacinar contra Hepatite B, se necessário</li> <li>• Ensinar sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>• Organizar com a família o parto e o estabelecimento de saúde</li> <li>• Marcar retorno</li> </ul>	

**SE EXISTIR POSSIBILIDADE DETERMINE:**

Hb, Ht, prova de Coombs indireto (se mãe Rh negativo), glicemia, VDRL, HIV, Toxoplasmose e exame de urina no 1º, 2º e 3º trimestres. Grupo sanguíneo no 1º trimestre, HTLV, CMV e Hepatite B e C no 3º trimestre. Estreptococo do Grupo B (EGB) entre 35 e 37 semanas. Ultrassonografia Obstétrica.

**SE NÃO FOR POSSÍVEL REFIRA PARA EXAMES**

**PERGUNTE A TODAS AS MÃES SE POSSUEM O CARTÃO DA GESTANTE E ANOTE SUA CONDUTA NO MESMO**

## AVALIAR E DETERMINAR O RISCO DURANTE O PARTO

PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR	CLASSIFICAR	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando foi a última menstruação?</li> <li>Tem dores de parto?</li> <li>Teve infecção urinária recente?</li> <li>Tem hemorragia vaginal?</li> <li>Tem saído líquido da vagina?</li> <li>Qual a cor? Há quanto tempo?</li> <li>Tem dor de cabeça forte?</li> <li>Tem zumbido nos ouvidos?</li> <li>Tem escotomas ou visão borrada?</li> <li>Tem convulsões?</li> <li>Tem febre?</li> <li>Percebe movimentos fetais; menos que o normal ou o bebê deixou de movimentar-se?</li> <li>Tem doença prévia?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pressão arterial (PA)</li> <li>Temperatura</li> <li>Número de contrações em 10 minutos</li> <li>Hipertonia uterina</li> <li>Batimento cardíaco fetal a cada 30 minutos</li> <li>Dilatação cervical e apresentação fetal</li> <li>Hemorragia vaginal</li> <li>Número de movimentos fetais em 10 minutos</li> <li>Perda de líquido</li> <li>Duração do trabalho de parto</li> <li>Edema de face, mãos e/ou pernas?</li> </ul>		<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trabalho de parto em curso &lt; 37 semanas</li> <li>Diminuição ou ausência de movimentos fetais</li> <li>Doença sistêmica não controlada: diabetes, cardiopatia, hipertireoidismo</li> <li>Hipertensão arterial não controlada e/ou presença de convulsões, visão borrada, perda de consciência ou dor de cabeça forte</li> <li>Hemorragia vaginal</li> <li>Rotura prematura de membranas &gt; 12 horas e/ou febre</li> <li>Batimento cardíaco fetal &lt; 120 ou &gt; 160 bpm</li> <li>Palidez intensa ou Hb &lt; 7 g/dL</li> <li>Apresentação anormal com trabalho de parto</li> <li>Presença de líquido amniótico meconial</li> <li>Rh negativo isoimunizada</li> <li>Edema de face, mãos e pernas</li> <li>3 contrações de 45 segundos em 10 minutos sem modificações cervicais num período de 2 horas</li> </ul>	<p><b>PARTO COM RISCO IMINENTE</b></p>	<p><b>Referir URGENTEMENTE ao hospital segundo as normas de referência.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar em decúbito lateral esquerdo</li> <li>Prevenir a hipotensão</li> <li>Tratar hipertensão arterial segundo protocolo do Ministério da Saúde</li> <li>Tratar hemorragia segundo protocolo do Ministério da Saúde</li> <li>Se tem trabalho de parto prematuro: inibir contrações com Nifedipina ou Terbutalina e administrar corticóides (betametasona, dexametasona) para induzir maturação pulmonar</li> <li>Se rotura prematura de membranas &gt; 12 horas e/ou febre administrar a primeira dose do antibiótico recomendado</li> <li>Administrar oxigênio, se necessário</li> <li>Vigilância do trabalho de parto (Partograma)</li> </ul>
<p><b>REVISE RESULTADOS DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hb, Ht, HTLV, VDRL, HIV, Hepatite B e C, Toxoplasmose, Estreptococo do Grupo B (EGB) e Glicemia. Se não tem resultados de VDRL e HIV do 3º trimestre, realize teste rápido antes do parto e VDRL.</li> <li>Grupo sanguíneo, Coombs indireto. Se mãe Rh negativo investigar uso de imunoglobulina anti-D.</li> <li>Proteína na urina.</li> </ul>			<p><b>Um dos seguintes sinais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doença sistêmica controlada: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, hipertireoidismo</li> <li>Mãe Rh negativo não isoimunizada</li> <li>VDRL +, sem tratamento prévio adequado</li> <li>HIV +</li> <li>EGB + ou fatores de risco para doença estreptocócica neonatal</li> <li>Hepatite B + e/ou C +</li> <li>HTLV +</li> <li>TOXO +</li> <li>IMC &lt; 20 ou &gt; 30</li> <li>Palidez palmar moderada e/ou Hb entre 7 e 10mg/dL</li> </ul>	<p><b>PARTO DE ALTO RISCO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilância do trabalho de parto (Partograma)</li> <li>Manejo ativo do terceiro período do parto, incluindo pinçamento tardio do cordão umbilical (aos 2 a 3 minutos), exceto mãe Rh negativo, Hepatite B/C, HIV e/ou HTLV +</li> <li>Se HIV e/ou VDRL +, tratar conforme protocolo do Ministério da Saúde. Tratar o parceiro. Se TOXO +, investigar o bebê</li> <li>Se EGB + ou presença de fatores de risco, iniciar profilaxia para doença estreptocócica neonatal</li> <li>Se Hepatite B/C e/ou HIV/HTLV +, aspiração cuidadosa (se necessário) para evitar lesões. Banho precoce e injeções só após banho</li> <li>Se hepatite B positivo fazer no RN imunoglobulina e vacinar contra hepatite B segundo protocolo do Ministério da Saúde</li> <li>Iniciar contato pele a pele</li> <li>Aleitamento materno na primeira hora de vida, inclusive no parto cesáreo, se possível, exceto HIV + e HTLV +</li> <li>Mãe Rh negativo, RN Rh positivo e Coombs direto negativo, aplicar Imunoglobulina anti-D até 72 horas após o parto, independente do Grupo ABO</li> </ul>
<p><b>TODA MULHER EM TRABALHO DE PARTO DEVE REALIZAR O PARTOGRAMA</b></p>			<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Parto sem risco iminente ou alto risco</li> </ul>	<p><b>PARTO DE BAIXO RISCO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilância do trabalho de parto (Partograma)</li> <li>Indique deambulação livre durante o trabalho de parto e hidratação oral</li> <li>Realize parto normal com manejo ativo do terceiro período do parto, incluindo pinçamento tardio do cordão umbilical (aos 2 a 3 minutos)</li> <li>Iniciar contato pele a pele/aleitamento materno na primeira hora de vida, inclusive no parto cesáreo, se possível</li> <li>Orientar sobre sinais de perigo no puerpério</li> <li>Aconselhar sobre planejamento reprodutivo</li> </ul>
<p><b>PERGUNTE A TODAS AS MÃES SE POSSUEM O CARTÃO DA GESTANTE E ANOTE SUA CONDUTA NO MESMO</b></p>					

# PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

## AVALIAR A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO

PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR	CLASSIFICAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de mecônio?</li> <li>É a termo?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A respiração ou o choro</li> <li>O tônus muscular</li> <li>A presença de líquido meconial</li> <li>O batimento cardíaco fetal</li> <li>O tempo transcorrido em segundos</li> </ul>	

Em TODOS os casos, antes do parto, perguntar sobre os antecedentes da gestação e o trabalho de parto. Se for possível, assistir ao parto ou perguntar imediatamente depois do nascimento sobre as condições em que ocorreu o mesmo.

### ANTES DO NASCIMENTO

No momento do parto deve estar presente pelo menos uma pessoa capacitada em atenção ao RN, treinada em reanimação neonatal. Preparar o ambiente e os equipamentos:

- Ambiente de atenção imediata em sala de parto (T=24-26°C)
- Fonte de calor
- Mesa de reanimação
- Dois campos secos aquecidos
- Um saco plástico poroso (30x50 cm)
- Sonda de aspiração traqueal nº 8 ou 10 e pêra de borracha
- Balão auto-inflável com máscara para prematuro e RN a termo
- Estetoscópio
- Laringoscópio, lâminas retas (nº 0 e 1)
- Tubos endotraqueais (nº 2,5; 3; 3,5; 4)
- Aspirador de mecônio
- Fonte de oxigênio
- Luvas
- Relógio com segundos

- Lavar as mãos antes e depois de reanimar o recém-nascido.
- Evitar a hipotermia.
- Estimular aleitamento materno.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<b>Líquido amniótico com mecônio e um dos seguintes sinais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não respira ou respiração irregular</li> <li>Flácido</li> <li>FC &lt; 100</li> </ul>	<b>REANIMAÇÃO URGENTE EM PRESENÇA DE MECÔNIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspiração e sucção endotraqueal, uma única vez, antes de iniciar reanimação</li> </ul>
<b>Líquido amniótico claro e um dos seguintes sinais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não respira ou respiração irregular</li> <li>Flácido</li> <li>FC &lt; 100</li> </ul>	<b>REANIMAÇÃO URGENTE</b>	Iniciar REANIMAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar calor</li> <li>Posicionar a cabeça</li> <li>Aspirar vias aéreas, se necessário</li> <li>Secar e desprezar o campo úmido</li> <li>Reposicionar o RN</li> <li>Reavaliar após 30 seg.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Respirando ou chorando</li> <li>FC &gt; 100 bpm</li> </ul>	<b>NÃO REANIMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados de rotina</li> <li>Classifique o risco ao nascer /contato pele a pele, iniciar amamentação</li> </ul>

### REAVLIAÇÃO APÓS 30 SEGUNDOS

<ul style="list-style-type: none"> <li>Não respira espontaneamente ou</li> <li>FC &lt; 100 bpm</li> </ul>	<b>CONTINUAR REANIMAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventilação com pressão positiva (MÁSCARA E BALÃO AUTO-INFLÁVEL)</li> <li>Dar oxigênio a 21%</li> <li>Reavaliar em 30 seg. *</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Respirando ou chorando e</li> <li>FC &gt; 100 bpm</li> </ul>	<b>SUSPENDER REANIMAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados de rotina</li> <li>Classificar o risco ao nascer</li> <li>Observar no mínimo 1 hora</li> </ul>

### REAVLIAÇÃO APÓS 30 SEGUNDOS

<ul style="list-style-type: none"> <li>FC &lt; 60 bpm</li> </ul>	<b>REANIMAÇÃO COM MASSAGEM CARDÍACA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventilação com pressão positiva (MÁSCARA E BALÃO AUTO-INFLÁVEL)</li> <li>Dar oxigênio a 100%</li> <li>Compressão torácica (relação 3:1 com ventilação)</li> <li>Reavaliar em 30 seg. **</li> </ul>
↓ Se FC < 60bpm ↑		
<ul style="list-style-type: none"> <li>FC &gt; 60 e &lt;100 bpm</li> </ul>	<b>CONTINUAR REANIMAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventilação com pressão positiva (MÁSCARA E BALÃO AUTO-INFLÁVEL)</li> <li>Dar oxigênio a 100%</li> <li>Reavaliar em 30 seg.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Respirando ou chorando e</li> <li>FC &gt; 100 bpm</li> </ul>	<b>SUSPENDER REANIMAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O<sub>2</sub> inalatório</li> <li>Cuidados de rotina</li> <li>Transferir para unidade de cuidados intensivos</li> </ul>

\*Se não responder em 30 segundos, corrigir a técnica e se não melhorar aumentar a concentração de oxigênio para 100%

\*\*Se não responder em 30 segundos considerar intubação, medicamentos e/ou transferência urgente, mantendo a reanimação.

## AVALIAR O RISCO AO NASCER

CLASSIFICAR O RISCO	
PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestação a termo?</li> <li>Teve rotura prematura de membranas?</li> <li>Há quanto tempo?</li> <li>A mãe teve ou tem febre?</li> <li>Teve doenças durante a gestação? (TORCH'S, hipertensão, infecção urinária, diabetes e/ou doença sistêmica grave)</li> <li>O RN necessitou procedimentos de reanimação?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cor</li> <li>Respiração</li> <li>Choro</li> <li>Vitalidade</li> <li>Anomalias congênicas</li> <li>Sinais de infecção intrauterina (TORCH'S)</li> <li>Lesões graves devido ao parto</li> <li>Peso e idade gestacional</li> <li>Temperatura axilar</li> <li>Frequência respiratória</li> </ul>

CLASSIFICAR

O ambiente térmico adequado para o recém-nascido é de 24 a 26°C, sem corrente de ar na sala de parto, e de 36°C na mesa onde receberá os primeiros cuidados

- Lavar as mãos antes e depois de examinar o recém-nascido.**
- Evitar hipotermia.**
- Estimular aleitamento materno.**

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso ao nascer &lt; 2000g ou &gt; 4000g</li> <li>Idade gestacional &lt; 35 semanas</li> <li>Temperatura axilar &lt; 36° ou &gt; 37,5°C</li> <li>Desconforto respiratório e/ou frequência respiratória 60 ou &lt; 30 rpm</li> <li>Febre materna ou corioamnionite</li> <li>Rotura prematura de membranas &gt; 12 horas antes do parto</li> <li>Palidez ou pletora (bebê muito vermelho)</li> <li>Infecção intrauterina (TORCH'S)</li> <li>Anomalias congênicas maiores</li> <li>Lesões graves devido ao parto</li> <li>Reanimação com pressão positiva/massagem cardíaca</li> </ul>	<b>ALTO RISCO AO NASCER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir <b>URGENTEMENTE</b> para UCI ou UTI Neonatal de acordo com as normas de estabilização e transporte</li> <li>Favorecer o contato pele a pele quando as condições da criança e da mãe permitirem</li> <li>Controle de glicemia periférica e tratamento da hipoglicemia, se necessário</li> <li>Iniciar a amamentação, se possível (exceto HIV + e/ou HTLV +)</li> <li>Manter o RN aquecido</li> <li>Se a rotura prematura de membranas &gt; 12 horas e/ou febre materna e/ou corioamnionite dar primeira dose dos antibióticos recomendados</li> <li>Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto</li> <li>Orientar a mãe sobre os motivos da transferência</li> </ul>
<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso ao nascer entre 2000g e &lt; 2500g</li> <li>Idade gestacional 35 e &lt; 37 semanas</li> <li>Idade gestacional 42 semanas</li> <li>Anomalias congênicas menores</li> <li>Reanimação sem pressão positiva/massagem cardíaca</li> <li>PIG ou GIG</li> </ul>	<b>MÉDIO RISCO AO NASCER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar o RN em contato pele a pele com a mãe</li> <li>Iniciar amamentação na primeira hora de vida, se possível (exceto HIV + e/ou HTLV +)</li> <li>Se PIG, GIG ou peso &lt; 2500g, controle de glicemia periférica</li> <li>Manter o RN em alojamento conjunto</li> <li>Orientar a mãe a manter o RN aquecido</li> <li>Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto</li> <li>Orientar a mãe sobre os cuidados com o RN em casa</li> <li>Ensinar a mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>Indicar vacinação de acordo com o esquema do Ministério da Saúde</li> <li>Orientar o teste do pezinho, olhinho e orelhinha</li> <li>Solicitar avaliação de pediatra/neonatologista antes da alta hospitalar</li> <li>Referir à consulta médica especializada</li> </ul>
<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiração regular</li> <li>Choro forte</li> <li>Pele e mucosas rosadas</li> <li>Boa atividade</li> <li>Peso ao nascer 2500g e &lt; 4000g</li> <li>Idade gestacional 37 e &lt; 42 semanas</li> </ul>	<b>BAIXO RISCO AO NASCER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar o RN em contato pele a pele com a mãe</li> <li>Iniciar amamentação na primeira hora de vida, se possível (exceto HIV + e/ou HTLV +)</li> <li>Manter o RN em alojamento conjunto</li> <li>Orientar a mãe a manter o RN aquecido</li> <li>Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto</li> <li>Orientar a mãe sobre os cuidados com o RN em casa</li> <li>Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>Indicar vacinação de acordo com o esquema do Ministério da Saúde</li> <li>Orientar o teste do pezinho, olhinho e orelhinha</li> <li>Agendar consulta de seguimento em 3 dias</li> </ul>

# AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DE 0 A 2 MESES DE IDADE

## DETERMINAR PRESENÇA DE DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA

Determinar se é a primeira consulta por este problema ou se é uma consulta para uma reavaliação do caso

- Se for uma consulta de reavaliação seguir as instruções para “Seguimento e Reavaliação”
- Se é primeira consulta, examinar a criança do seguinte modo:

PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode mamar no peito ou tomar leite?</li> <li>• Tem vômitos?</li> <li>• Tem dificuldade para respirar?</li> <li>• Tem febre ou hipotermia?</li> <li>• Tem convulsões?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia, inconsciência, flacidez, irritabilidade ou “não vai bem”</li> <li>• Vômitos</li> <li>• Tiragem subcostal grave</li> <li>• Apneia</li> <li>• Batimentos de asas do nariz</li> <li>• Gemido, estridor ou sibilância</li> <li>• Cianose, palidez ou icterícia</li> <li>• Pústulas ou vesículas na pele</li> <li>• Equimoses, petéquias ou hemorragia</li> <li>• Secreção purulenta no umbigo, olhos ou ouvidos</li> <li>• Distensão abdominal</li> <li>• Movimentos anormais</li> <li>• Placas brancas na boca</li> <li>• Enchimento capilar lento (&gt; 2 seg.)</li> <li>• Outros problemas (ex: anomalias congênicas)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Frequência respiratória</li> <li>• Temperatura axilar</li> </ul>

CLASSIFICAR

Os recém-nascidos PIG, GIG, com restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), prematuros e os que nascem deprimidos, têm maior risco de hipoglicemia, por isso deve se prevenir, e se possível, medir a glicemia sanguínea.

**Lavar as mãos antes e depois de examinar a criança**

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não vai bem”, irritada</li> <li>• Não consegue mamar</li> <li>• Vomita tudo</li> <li>• Temperatura axilar &lt; 36° ou &gt; 37,5°C</li> <li>• Convulsões</li> <li>• Letargia/inconsciência ou flacidez</li> <li>• Tiragem subcostal grave</li> <li>• Apneia</li> <li>• Batimentos de asas do nariz</li> <li>• Gemido, estridor ou sibilância</li> <li>• Cianose central</li> <li>• Palidez intensa</li> <li>• Icterícia abaixo do umbigo e/ou de aparecimento antes de 24 horas de vida</li> <li>• Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias</li> <li>• Secreção purulenta do ouvido ou da conjuntiva (abundante e com edema palpebral) ou do umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor)</li> <li>• Distensão abdominal</li> <li>• Peso &lt; 2000g</li> <li>• Frequência respiratória ≥ 60 ou &lt; 30rpm</li> <li>• Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas)</li> <li>• Enchimento capilar lento (&gt; 2seg)</li> <li>• Anomalias congênicas maiores</li> </ul>	<b>DOENÇA GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital segundo as normas de estabilização e transporte</li> <li>• Dar a primeira dose via parenteral dos antibióticos recomendados, exceto em anomalias congênicas sem exposição de vísceras, icterícia e peso &lt; 2000g</li> <li>• Administrar oxigênio se houver cianose central</li> <li>• Prevenir, controlar e, se necessário, tratar a hipoglicemia</li> <li>• Dar acetaminofen para febre &gt; 38°C</li> <li>• Tratar onvulsões</li> <li>• Prevenir a hipotermia (manter a criança aquecida)</li> <li>• Recomendar à mãe que continue a amamentação, se possível</li> </ul>
<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção purulenta conjuntival</li> <li>• Umbigo com secreção purulenta e/ou eritema sem estender-se para a pele ao redor</li> <li>• Pústulas na pele (poucas ou localizadas)</li> <li>• Placas brancas na boca</li> </ul>	<b>INFECÇÃO LOCALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar antibiótico recomendado por 7 dias ou Nistatina segundo o sinal observado. Se monilíase oral tratar o mamilo da mãe</li> <li>• Aplicar tratamento local (antibiótico tópico)</li> <li>• Ensinar à mãe a tratar as infecções localizadas em casa</li> <li>• Ensinar à mãe medidas preventivas e sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>• Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo</li> <li>• Fazer o seguimento após 2 dias</li> </ul>
<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhum dos sinais anteriores</li> </ul>	<b>SEM DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo</li> <li>• Nenhum tratamento adicional</li> <li>• Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>• Orientar a mãe quanto ao retorno para nova consulta</li> </ul>

## EM SEGUIDA, PERGUNTAR SE A CRIANÇA TEM DIARREIA

SE A RESPOSTA É POSITIVA, PERGUNTAR:	OBSERVAR E DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Há quanto tempo?</li> <li>Tem sangue nas fezes?</li> </ul>	<b>Sinais de desidratação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Letárgico ou inconsciente</li> <li>Inquieto ou irritado</li> <li>Olhos fundos</li> <li>Sinal da prega cutânea</li> </ul>

CLASSIFICAR

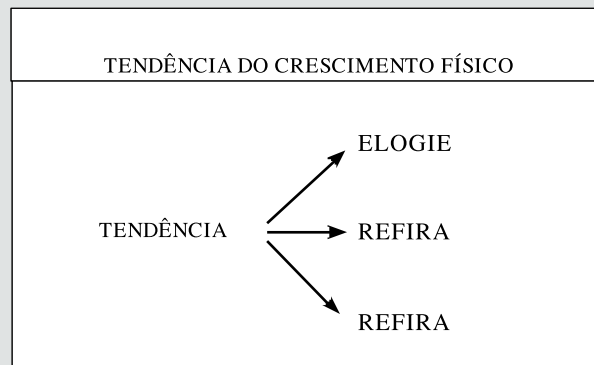
AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<b>Dois dos sinais seguintes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Letárgico ou inconsciente</li> <li>Inquieto ou irritado</li> <li>Se tem olhos fundos</li> <li>Sinal de prega cutânea</li> <li>Sucção débil ou não consegue mamar</li> </ul>	<b>DESIDRATAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde oferecendo soro oral frequentemente durante o caminho</li> <li>Dar líquidos para desidratação: <b>PLANO C</b></li> <li>Aconselhar a mãe que continue dando o peito</li> </ul>
<b>Se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação</li> </ul>	<b>SEM DESIDRATAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar líquidos para prevenir a desidratação em casa: <b>PLANO A</b></li> <li>Indicar quando retornar de imediato</li> <li>Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> <li>Retornar em 2 dias.</li> </ul>
<b>Se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tem diarreia há 7 dias ou mais</li> </ul>	<b>DIARREIA PROLONGADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde oferecendo soro oral frequentemente durante o caminho</li> <li>Aconselhar a mãe que continue dando o peito, se possível</li> </ul>
<b>Se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tem sangue nas fezes</li> </ul>	<b>DIARREIA COM SANGUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde oferecendo soro oral frequentemente durante o caminho</li> <li>Aconselhar a mãe que continue dando o peito se a criança aceitar</li> <li>Administrar uma dose de 1 mg de vitamina K por via intramuscular</li> <li>Administrar a primeira dose dos antibióticos recomendados via parenteral</li> </ul>

Lavar as mãos antes e depois de examinar a criança

## DEPOIS AVALIAR PROBLEMA DE NUTRIÇÃO OU ALIMENTAÇÃO

PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR
<p><b>A criança tem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alguna di? culdade para se alimentar?</li> <li>Deixou de comer? Desde quando?</li> <li>Mama no peito? Quantas vezes por dia?</li> <li>Recebe outros alimentos? Quais e com que frequência?</li> <li>Toma outro tipo de leite? Qual?</li> <li>Como é preparado esse leite?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O peso para a idade usando as curvas de crescimento propostas pelo Ministério da Saúde.</li> <li>A pega e a posição na amamentação.</li> </ul>

**C  
L  
A  
S  
S  
I  
F  
I  
C  
A  
R**



AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de peso &gt; 10% na primeira semana de vida</li> </ul>	<b>PROBLEMA GRAVE DE NUTRIÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital segundo as normas de estabilização e transporte</li> <li>Prevenir hipoglicemia</li> <li>Prevenir hipotermia</li> </ul>
<p><b>Um dos seguintes sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tendência de crescimento horizontal ou em declínio ou baixo ganho ponderal (&lt; 600g/mês)</li> <li>Peso/idade abaixo de -2 escores Z (ou P3)</li> <li>Pega incorreta</li> <li>Não mama bem</li> <li>Alimenta-se ao peito menos que 8 vezes ao dia</li> <li>Recebe outros alimentos ou líquidos</li> <li>Recebe outro leite</li> </ul>	<b>PROBLEMA DE NUTRIÇÃO OU DE ALIMENTAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se peso/idade na curva de peso está abaixo de -2 escores Z ou tendência horizontal, ou em declínio, ou baixo ganho ponderal (&lt; 600g/mês), referir para consulta com pediatra</li> <li>Aconselhar a mãe que dê o peito sempre que a criança quiser e pelo tempo que quiser, de dia e de noite, ao menos 8 vezes ao dia</li> <li>Se a criança tem pega incorreta ou não mama bem, orientar a mãe quanto à pega e posição corretas</li> <li>Se recebe outros alimentos ou líquidos, aconselhar a mãe que lhe dê o peito mais vezes, e vá reduzindo os outros alimentos e líquidos até eliminá-los completamente, e que não use mamadeira</li> <li>Se a criança não se alimenta ao peito, encaminhar para orientação sobre aleitamento materno e possível relactação</li> <li>Iniciar suplemento vitamínico, se recomendado</li> <li>Caso necessário, orientar a mãe sobre o preparo correto dos outros leites e a usar o copinho</li> <li>Fazer o seguimento para qualquer problema de alimentação 2 dias depois</li> <li>Fazer o seguimento de peso no 7º dia</li> <li>Se a mãe apresentar algum problema nas mamas, orientar o tratamento</li> <li>Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> </ul>
<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso/idade normal e não há nenhum problema de alimentação</li> <li>Tendência ascendente da curva de crescimento</li> </ul>	<b>NÃO TEM PROBLEMA DE NUTRIÇÃO OU DE ALIMENTAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a mãe por estar alimentando bem seu filho (a)</li> <li>Fazer o seguimento segundo normas estabelecidas para vigilância do crescimento e do desenvolvimento</li> <li>Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato</li> </ul>



**VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES DE IDADE (sempre que não houver uma classi?cação grave que necessite referir ao hospital)**

PERGUNTAR:	OBSERVAR:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizou pré-natal?</li> <li>Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho?</li> <li>Nasceu prematuro?</li> <li>Quanto pesou ao nascer?</li> <li>Seu filho teve icterícia ou alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões?</li> <li>A senhora e o pai da criança são parentes?</li> <li>Existe algum caso de deficiência na família?</li> <li>O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho?</li> </ul> <p><b>FAZER PERGUNTAS ADICIONAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo e etc.?</li> </ul> <p><b>LEMBRE-SE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação dessa criança</li> </ul>	<p><b>MENOR DE 1 MÊS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Postura (barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada)</li> <li>Observa um rosto</li> <li>Reage ao som</li> <li>Eleva a cabeça</li> </ul> <p><b>DE 1 MÊS A &lt; 2 MESES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Emite sons</li> <li>Movimenta ativamente os membros</li> <li>Abre as mãos</li> <li>Sorriso social</li> </ul> <p><b>ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perímetro Cefálico acima de + 2 escores Z ou abaixo de - 2 escores Z</li> <li>Presença de alterações fenotípicas:</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fenda palpebral oblíqua</li> <li>Olhos afastados</li> <li>Implantação baixa de orelhas</li> <li>Lábio leporino</li> <li>Fenda palatina</li> <li>Pescoço curto e/ou largo</li> <li>Prega palmar única</li> <li>5º dedo da mão curto e recurvado</li> </ul>

**C  
L  
A  
S  
S  
I  
F  
I  
C  
A  
R**

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PC acima de + 2 escores Z ou abaixo de -2 escores Z e/ou e/ou</li> <li>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas e/ou</li> <li>Ausência do reflexo cócleo-palpebral (não reage ao som) ou da postura adequada ou de uma ou mais habilidades, para a faixa etária anterior à sua (<i>criança de 0 a 1 mês considerar a ausência de um ou mais desses marcos, para a sua faixa etária, suficiente para esta classificação</i>)</li> </ul>	<b>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto</li> <li>Referir para avaliação neuropsicomotora</li> </ul>
<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência do reflexo cócleo-palpebral (reage ao som) ou da postura adequada ou de uma ou mais habilidades, para sua faixa etária (<i>exceto menores de 1 mês</i>)</li> </ul>	<b>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto</li> <li>Orientar a mãe sobre a estimulação de seu ?lho</li> <li>Marcar consulta de retorno em 30 dias</li> <li>Informar à mãe sobre os sinais de alerta para voltar antes de 30 dias</li> </ul>
<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexo de cócleo-palpebral, postura adequada, todas habilidades, para sua faixa etária estão presentes, mas existe um ou mais fatores de risco</li> </ul>	<b>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</b>	
<p><b>Se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexo de cócleo-palpebral, postura adequada, todas habilidades presentes para sua faixa etária e ausência de fatores de risco</li> </ul>	<b>DESENVOLVIMENTO NORMAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto</li> <li>Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho</li> <li>Retornar para acompanhamento conforme a rotina do seu serviço de saúde</li> <li>Informar à mãe sobre os sinais de alerta para voltar antes de 30 dias</li> </ul>

## VERIFICAR OS ANTECEDENTES DE VACINAÇÃO

ESQUEMA DE VACINAÇÃO	NASCIMENTO		1 MÊS
		_____	_____
	BCG	HepB-1	HepB-2

- **Vacinar todas as crianças menores de 2 meses, seguindo o calendário.**
- **Avaliar outros problemas (completar o exame físico ex: trauma ao nascer, lesões cutâneas, luxação de quadril, ou outros que a mãe refira)**

**Observações:**

**Certifique-se** que a criança classificada como DOENÇA GRAVE OU DIARREIA COM SANGUE seja referida depois de receber a primeira dose dos antibióticos recomendados ou qualquer outro tratamento de urgência.

**Verificar se** a criança recebeu agendamento para sua próxima vacina.

# TRATAR O MENOR DE 2 MESES DE IDADE E ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE

## NORMAS DE ESTABILIZAÇÃO ANTES E DURANTE O TRANSPORTE DA CRIANÇA

### 1. MANTER O AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO PARA PREVENIR A HIPOTERMIA

- Contato pele a pele, campos aquecidos, saco plástico poroso, fonte de aquecimento, incubadora ou outro método seguro.

### 2. PREVENIR E TRATAR A HIPOGLICEMIA

- Leite materno ou água açucarada, solução intravenosa com soro glicosado 10% (80-100mL/Kg/dia)
- Determinar a glicemia periférica. Se glicemia periférica  $\leq 45\text{mg/dL}$ , tratar com 2mL/kg/dose de soro glicosado a 10% endovenoso.

### 3. MANTER A OXIGENAÇÃO ADEQUADA (segundo a disponibilidade) através de:

- Hood, cânula nasal ou máscara, balão auto-inflável, CPAP nasal, ventilação mecânica.

### 4. DAR A PRIMEIRA DOSE DOS MEDICAMENTOS INDICADOS NOS QUADROS

- Antibióticos via parenteral, expansores de volume, soro glicosado 10% , sais de reidratação oral e vitamina k.

### 5. OUTROS CUIDADOS IMPORTANTES

- Se a criança tem distensão abdominal, colocar uma sonda orogástrica e deixá-la aberta
- Toda criança com dificuldade respiratória deve ser transportada com sonda orogástrica aberta
- Se a criança tem alguma patologia como exposição de vísceras ou mielomeningocele, envolvê-las com plástico transparente
- Se a criança tem uma fratura ou trauma, imobilizar a extremidade afetada

## DAR A PRIMEIRA DOSE DOS ANTIBIÓTICOS POR VIA PARENTERAL

- Utilizar sempre um Aminoglicosídeo associado a uma Penicilina.
- Um menor de 2 meses classificado como DOENÇA GRAVE sempre deve ser REFERIDO após a primeira dose dos antibióticos.
- Caso não seja possível referir, continuar no horário de acordo com os quadros de cada droga, preferencialmente pela via endovenosa.
- No recém-nascido a medicação IM deve ser aplicada no vasto lateral da coxa.

<b>PENICILINA G PROCAÍNA</b>		
<b>Dose: 50.000 UI/kg/dia IM</b>		
Para um frasco de <b>400.000 UI</b> , adicionar 1,6 mL de diluente = 2mL, logo <b>1mL = 200.000 UI</b>		
Peso (Kg)	Dose (mL)	Frequência
2,0	0,5	<b>A cada 24 horas</b>
2,5	0,6	
3,0	0,7	
3,5	0,9	
4,0	1,0	
4,5	1,1	
5,0	1,2	

<b>PENICILINA G CRISTALINA</b>				
<b>Dose: 100.000 UI/kg/dia EV ou IM</b>				
Para um frasco de <b>5.000.000 UI</b> , adicionar 8 mL de água destilada = 10mL, logo <b>1mL = 500.000 UI</b>				
Peso (Kg)	Dose (mL)			Frequência
	a	b	c	
2,0	0,2	0,13	0,1	<b>a. &lt;1 semana a cada 12 horas</b>
2,5	0,25	0,16	0,12	
3,0	0,3	0,2	0,15	
3,5	0,35	0,23	0,17	<b>b. 1-3 semanas a cada 8 horas</b>
4,0	0,4	0,26	0,2	
4,5	0,45	0,3	0,22	<b>c. &gt;3 semanas a cada 6 horas</b>
5,0	0,5	0,33	0,25	

<b>AMICACINA</b>			
<b>Dose: 15mg/kg/dia IM</b>			
Para uma ampola de <b>100mg (2 mL)</b> , logo <b>1mL = 50mg</b>		Para uma ampola de <b>500mg (2mL)</b> , logo <b>1mL = 250mg</b>	
Peso (Kg)	Dose (mL)		Frequência
	50mg/ mL	250mg/ mL	
2,0	0,6	0,12	<b>&lt; 37 semanas a cada 36 horas</b>
2,5	0,7	0,15	
3,0	0,9	0,18	
3,5	1,0	0,21	<b>≥ 37 semanas a cada 24 horas</b>
4,0	1,2	0,24	
4,5	1,35	0,27	
5,0	1,5	0,3	

<b>AMPICILINA</b>				
<b>Dose: 100mg/kg/dia EV ou IM</b>				
Para um frasco de <b>500mg</b> adicionar 5mL de água destilada = 5mL logo <b>1mL = 100mg</b>		Para um frasco de <b>1g</b> , adicionar 10mL de água destilada = 10mL logo <b>1mL = 250mg</b>		
Peso (Kg)	Dose (mL)			Frequência
	a	b	c	
2,0	1,0	0,7	0,5	<b>a. &lt; 1 semana a cada 12 horas</b>
2,5	1,25	0,85	0,6	
3,0	1,5	1,0	0,75	<b>b. 1-3 semanas a cada 8 horas</b>
3,5	1,75	1,2	0,9	
4,0	2,0	1,4	1,0	<b>c. &gt; 3 semanas a cada 6 horas</b>
4,5	2,25	1,5	1,1	
5,0	2,5	1,6	1,25	

<b>GENTAMICINA</b>			
<b>Dose: 4mg/kg/dia IM</b>			
Para uma ampola de <b>80mg (2mL)</b> adicionar 2mL de água destilada = 4mL logo <b>1mL = 20mg</b>		Para uma ampola de <b>40mg (1mL)</b> adicionar 1mL de água destilada = 2mL logo <b>1mL = 20mg</b>	
Peso (Kg)	Dose (mL)		Frequência
	a	b	
2,0	0,4		<b>&lt; 37 semanas a cada 36 horas</b>
2,5	0,5		
3,0	0,6		
3,5	0,7		<b>≥ 37 semanas a cada 24 horas</b>
4,0	0,8		
4,5	0,9		
5,0	1,0		

Lavar as mãos antes e depois de preparar um antibiótico ou de aplicá-lo na criança.

### DAR ANTITÉRMICO PARA FEBRE ALTA (> 38°C)

<b>ACETOMINOFEN</b>				
<b>Dose: 12mg/Kg/dose</b>				
<b>Peso (Kg)</b>	<b>Dose (gotas)</b>			<b>Frequência</b>
	<b>100mg/mL</b>	<b>200mg/mL</b>	<b>300mg/mL</b>	
2,0	4	2	1	A cada 8 horas
3,0	6	3	2	A cada 6 horas
4,0	8	4	3	
5,0	12	6	4	
6,0	14	7	5	
7,0	16	8	6	

### TRATAR CONVULSÃO

- **Como a causa mais frequente de convulsão no RN é a hipoglicemia:** deve-se imediatamente fazer a glicemia periférica, se menor que 45mg/dL – tratar a hipoglicemia (quadro COMO TRATAR A HIPOGLICEMIA).
- **Se a glicemia periférica estiver acima de 45mg/dL:** tratar a convulsão com fenobarbital 20mg/kg uma dose de ataque e manter 2,5mg/kg/dose de 12/12 horas por via intramuscular.

<b>FENOBARBITAL</b>			
<b>Dose de ataque: 20mg/Kg IM</b>			
<b>Dose de manutenção: 2,5 a 5mg/kg/dia VO</b>			
<b>Peso (Kg)</b>	<b>IM</b>	<b>VO</b>	<b>Frequência</b>
	<b>200mg/mL</b>	<b>1 gota= 1mg</b>	
	<b>Ataque</b>	<b>Manutenção</b>	
<b>2,0</b>	0,2 mL	3 a 5 gotas	A cada 12 horas
<b>3,0</b>	0,3 mL	4 a 7 gotas	
<b>4,0</b>	0,4 mL	6 a 10 gotas	
<b>5,0</b>	0,5 mL	6 a 12 gotas	
<b>6,0</b>	0,6 mL	8 a 15 gotas	
<b>7,0</b>	0,7 mL	9 a 17 gotas	

### COMO PREVENIR A HIPOGLICEMIA

**Nos RN: PIG, GIG, e/ou de baixo peso ao nascer:**

- Fazer a glicemia periférica com 1,3,6,12,18 e 24 horas de vida. Se glicemia periférica menor que 45mg/dL seguir o esquema de tratamento da hipoglicemia

**Se a criança pode sugar o peito vigorosamente:**

- Dizer à mãe que dê o peito com uma frequência maior

**Se a criança não pode sugar o peito, mas pode deglutir:**

- Dar leite materno ordenhado ou outro leite
- Se não for possível, dar à criança de 30 a 50 mL de água com açúcar antes de ser transferida. Para preparar a água com açúcar: dissolver 4 colheres de chá de açúcar (20g) em um copo com 200 mL de água

**Se a criança não pode deglutir:**

- Dar 50 mL de leite ou água com açúcar por uma sonda orogástrica
- Se for possível, administrar solução IV com soro glicosado a 10% (80-100 mL/kg/dia)

### COMO TRATAR A HIPOGLICEMIA

**Se a glicemia periférica for menor que 45mg/dL:**

- Tratar a hipoglicemia com 2mL/kg/dose de soro glicosado a 10% via endovenosa (ver abaixo preparo de soro glicosado a 10%), e
- Manter solução endovenosa de soro glicosado a 10%, 80-100mL/kg/dia (aproximadamente 3 a 4 microgotas/kg/dia), em microfix, aumentando o gotejamento para que a glicose estabilize acima de 45mg/dL.

**Controlar a glicemia periférica:**

- De 30 em 30 minutos até que a glicose estabilize acima de 45mg/dL. Depois controlar com glicemia periférica de 6/6horas.

**Para preparar o soro glicosado a 10%:**

- Misturar 89mL de soro glicosado a 5% com 11 mL de glicose 50%. Logo, terá 100mL de soro glicosado a 10%.

## CUIDADOS ROTINEIROS DO RECÉM-NASCIDO



1. Recepcionar o recém-nascido em campo aquecido

2. Posicionar o recém-nascido no tórax ou abdome materno, ao nível da placenta e cobrir com um segundo campo aquecido

3. Desprezar o primeiro campo

4. Avaliar o Apgar no primeiro minuto

5. Realizar o pinçamento do cordão umbilical entre 2 a 3 minutos depois do nascimento

6. Identificar o RN

7. Avaliar o Apgar no quinto minuto

8. Determinar a idade gestacional

9. Determinar as medidas antropométricas

10. Administrar vitamina K1 e proclaxia ocular

## “PLANO A” E “PLANO C” PARA O TRATAMENTO DA DIARREIA

### “PLANO A” PARA O TRATAMENTO DA DIARREIA EM CASA:

Orientar a mãe sobre as regras do tratamento em casa: aumentar a ingestão de líquidos, continuar dando o peito e quando deve retornar.

#### 1. AUMENTAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS (tanto quanto a criança queira tomar):

- Amamentar a criança com frequência e durante mais tempo em cada amamentação;
- Se a criança é exclusivamente amamentada, administrar-lhe SRO além do leite materno;
- Se a criança não é exclusivamente amamentada, dar-lhe : SRO, água pura, manter o aleitamento materno e orientar a alimentação .

#### ENSINAR À MÃE COMO MISTURAR E ADMINISTRAR SRO.

#### DISPONIBILIZAR À MÃE 2 PACOTES DE SRO PARA USAR EM CASA

#### Mostrar à mãe a quantidade de SRO que ela deve dar à criança além do leite materno:

- 50 a 100 mL depois de cada evacuação diarreica

#### Orientar a mãe:

- Dar de beber à criança com um copinho em goles pequenos e frequentes.
- Se a criança vomitar, esperar 10 min. Continuar depois, porém, mais lentamente.
- Seguir dando-lhe mais

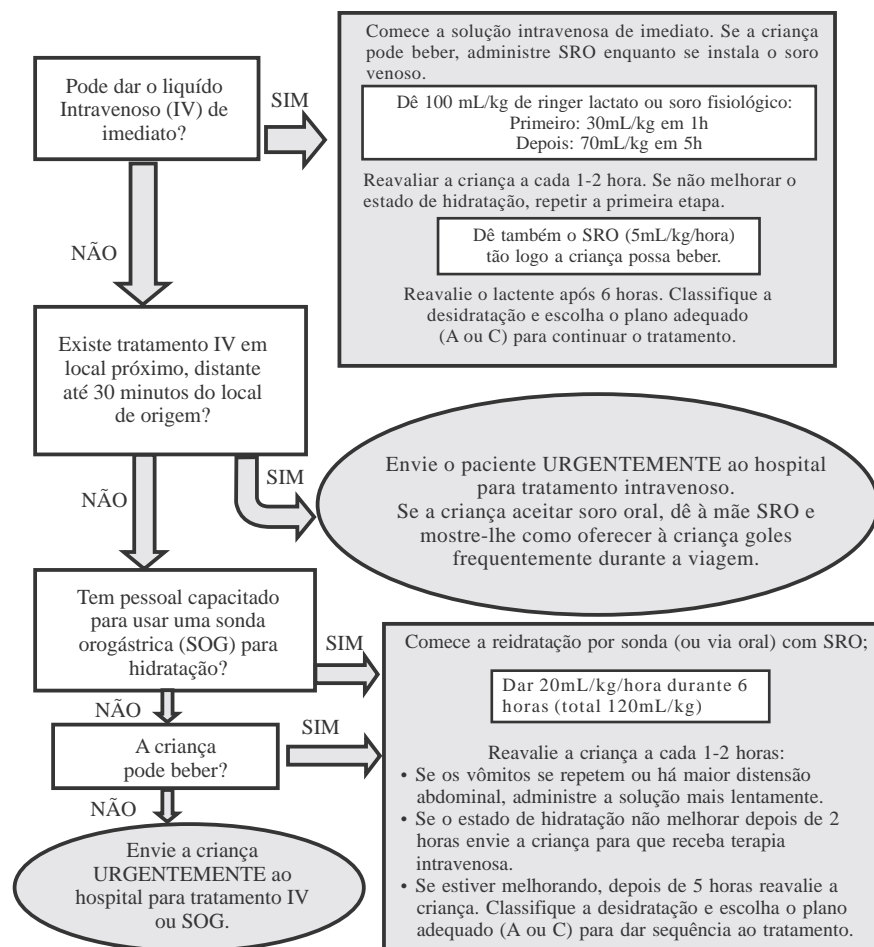
#### 2. SEGUIR DANDO ALIMENTOS

#### 3. ORIENTAR QUANDO RETORNAR

- Imediatamente, se a criança apresentar sinais de perigo
- Em 2 dias para consulta de seguimento

### “PLANO C” PARA O TRATAMENTO DA DIARREIA, TRATAR A DESIDRATAÇÃO RAPIDAMENTE

Siga as setas. Se a resposta for “SIM”, em sentido transversal. Se for “NÃO”, no sentido vertical



**Obs.: Todo menor de dois meses classificado como desidratação deve ser referido para um hospital.**

## ENSINAR À MÃE A TRATAR AS INFECÇÕES LOCALIZADAS

### Ensinar à mãe como tratar as infecções localizadas:

- Explicar como se administra o tratamento
- Observá-la enquanto administra a primeira dose da medicação no serviço de saúde
- Orientá-la para que administre a medicação o número de vezes indicado
- A mãe deve voltar imediatamente com a criança ao serviço de saúde se a infecção piorar

NISTATINA 100.000 UI/mL		
Peso (Kg)	Dose (mL)	Frequência
2,0	1,0	A cada 6 horas
2,5		
3,0		
3,5		
4,0		
4,5		
5,0		

#### DAR NISTATINA ORAL PARA CANDIDÍASE:

- Agitar bem o frasco antes de aplicar a nistatina na boca da criança. Não misturar com leite.
- Tratar os mamilos da mãe com nistatina local a cada 6 horas.

CEFALEXINA		
Dose: 50mg/Kg/dia Via oral		
Apresentação: 250mg/5mL		
1mL = 50mg		
Peso (Kg)	Dose (mL)	Frequência
2,0	0,5	A cada 6 horas
2,5	0,6	
3,0	0,7	
3,5	0,9	
4,0	1,0	
4,5	1,1	
5,0	1,2	

#### DAR CEFALEXINA PARA PÚSTULAS NA PELE OU INFECÇÃO NO UMBIGO

#### Para tratar pústulas na pele ou infecção no umbigo

##### A mãe deve:

- Lavar as mãos antes de iniciar o tratamento
- Lavar suavemente com água e sabão para tirar o pus e as crostas
- Secar o local
- Aplicar antibiótico tópico 3 vezes ao dia (neomicina + bacitracina)
- Evitar o uso de pós, cremes, corantes e loções
- Lavar as mãos

#### Para tratar as infecções nos olhos

##### A mãe deve:

- Lavar as mãos antes de iniciar o tratamento
- Limpar os olhos da criança com um pano limpo, 6 vezes ao dia
- Abaixar a pálpebra inferior da criança
- Aplicar antibiótico tópico (colírio ou pomada) 6x ao dia
- Fazer o mesmo procedimento no outro olho
- Aplicar a medicação por 7 dias
- Lavar as mãos

#### Para tratar candidíase oral (úlceras ou placas esbranquiçadas na boca)

##### A mãe deve:

- Lavar as mãos antes de iniciar o tratamento
- Lavar a boca da criança com um pano suave enrolado em um dedo e umedecido com água e sal
- Aplicar 1 conta-gotas de nistatina a cada 6 horas na boca da criança
- Tratar seus mamilos com nistatina local
- Lavar as mãos



## ENSINAR A POSIÇÃO E A PEGA CORRETAS PARA AMAMENTAÇÃO

### Mostrar à mãe como segurar bem uma criança:

- Com a cabeça e o corpo da criança alinhados
- Em direção ao seu peito, com o nariz da criança de frente ao peito
- Com o corpo da criança em frente ao corpo da mãe (barriga com barriga)
- Segurando todo o corpo da criança e não somente o pescoço e os ombros

### Mostrar como facilitar a pega. A mãe deve:

- Tocar os lábios da criança com o mamilo
- Esperar até que a criança abra bem a boca
- Mover a criança rapidamente para o peito e certificar-se de que o lábio inferior da criança toque bem debaixo do bico
- Segurando todo o corpo da criança e não somente o pescoço e os ombros

### Verificar os sinais da pega correta:

- Boca bem aberta
- O queixo do bebê encostado na mama
- O lábio inferior do bebê virado para fora
- Mais aréola visível acima do lábio superior e menos visível abaixo do lábio inferior

## ENSINAR À MÃE MEDIDAS PREVENTIVAS

- Aleitamento materno exclusivo logo após o nascimento para prevenir hipoglicemia e infecções
- Lavar as mãos antes e depois de trocar ou alimentar a criança
- Limpar o umbigo com álcool 70%, 3 vezes ao dia. Não cobrir e não usar outras substâncias em cima do umbigo
- Não deitar a criança em decúbito ventral para evitar a morte súbita. Dar preferência ao decúbito dorsal
- Manter a criança agasalhada ou contato pele a pele (canguru) para prevenir hipotermia
- Dar banho diário
- Dar líquidos adicionais, SRO, além do leite materno nos episódios de diarreia para prevenir desidratação
- Ensinar como preparar outros leites para prevenir problemas de infecções (se a criança não receber leite materno)
- Estimular a criança para prevenir problema de desenvolvimento
- Vacinar a criança para prevenir doenças
- Proporcionar afeto – estimular os pais a conversar, sorrir e acariciar o bebê
- Levar o bebê para consulta de rotina

## ACONSELHAR A MÃE SOBRE QUANDO DEVE RETORNAR PARA CONSULTA DE SEGUIMENTO OU DE IMEDIATO

### Quando deve retornar para consulta de seguimento

Se a criança tem	Retornar para consulta de seguimento em:
Infecção localizada Diarreia sem desidratação Qualquer problema de alimentação	2 dias
Baixo risco ao nascer	3 dias
Problema de nutrição	7 dias
Problema do desenvolvimento	30 dias

### Quando deve retornar de imediato

Recomendar à mãe que volte de imediato se a criança apresentar qualquer dos seguintes sinais de perigo:	
Não mama ou bebe mal Piora ou está mal Cianose (fica roxa) Dificuldade para respirar Umbigo com pus	Sangue nas fezes ou diarreia Febre ou hipotermia (fica fria) Vomita tudo Icterícia (fica amarela) Está pouco reativa, largada, ou “não vai bem”

**Conselhos:** lavar as mãos, deitar o bebê de barriga para cima, evitar hipotermia, aleitamento materno exclusivo, acariciar e dizer à criança que a quer bem, frequentemente.

# MÉTODOS DE SEGUIMENTO E REAVALIAÇÃO DO MENOR DE 2 MESES

## INFECÇÃO LOCALIZADA (NO UMBIGO, OLHO OU PELE)

### Depois de 2 dias:

- Examinar o umbigo. Está hiperemiado ou apresenta supuração? A hiperemia se estende à pele?
- Examinar os olhos. A secreção purulenta aumentou?
- Examinar as pústulas da pele. São muitas e extensas?

### TRATAMENTO:

- Se o pus e/ou a hiperemia ou as pústulas na pele seguem igual ou piorarem, referir ao hospital.
- Se o pus e/ou a hiperemia ou as pústulas melhorarem, aconselhar a mãe que continue dando o antibiótico até completar 7 dias de tratamento e continue tratando a infecção localizada em casa.
- Recomendar a mãe que continue dando peito 8 vezes ao dia.

## INFECÇÃO LOCALIZADA (CANDIDÍASE ORAL)

### Depois de 2 dias:

- Examinar a criança. Verificar se tem úlceras ou placas brancas na boca (monilíase oral).
- Reavaliar a alimentação.
- Em seguida determinar se tem problema de alimentação ou de nutrição.
- Reavaliar os mamilos/mãe

### TRATAMENTO:

- Se a CANDIDÍASE piorou ou se a criança tem problema com a pega no seio, referir ao hospital.
- Se a CANDIDÍASE melhorar e se a criança está se alimentando bem, continuar com a nistatina até terminar os 5 dias restantes de tratamento.
- Aconselhar a mãe de como cuidar de seus mamilos para evitar que se contamine pela CÂNDIDA.

## SEM DESIDRATAÇÃO

### Depois de 2 dias:

- Examine a criança: Está inquieta ou irritada?
- Bebe mal ou não pode beber?
- Tem os olhos fundos? Prega cutânea se desfaz lentamente ou muito lentamente?
- Tem sangue nas fezes?
- Determinar o grau de hidratação. Está bem hidratada?

### TRATAMENTO:

- Se a criança está desidratada, referir URGENTEMENTE ao hospital.
- Se o número de evacuações continua igual ou piorou ou se tem problemas de alimentação ou tem algum sinal geral de perigo, referir ao hospital.
- Se tem febre e/ou sangue nas fezes, dar a primeira dose de antibiótico recomendado por via IM ou EV e vitamina k (se sangue nas fezes) antes de referir.

## PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO

### Depois de 2 dias:

- Reavaliar a alimentação. Consultar o quadro intitulado “Em seguida determinar se tem problema de alimentação”.
- Perguntar sobre qualquer problema de alimentação detectado na primeira consulta.
- Aconselhar a mãe sobre qualquer problema novo ou persistente.
- Recomendar à mãe que não faça mudanças importantes na alimentação, e que retorne com a criança.
- Se o peso do menor de 2 meses é baixo para a idade, dizer a mãe que volte 7 dias depois da primeira consulta para detectar se a criança aumentou de peso.
- Se acredita que a alimentação não vai melhorar ou se a criança menor de 2 meses está perdendo peso, referir.

## PROBLEMA DO DESENVOLVIMENTO

### Depois de 30 dias:

#### Reavaliar o processo de desenvolvimento com os seguintes critérios:

- Eleva cabeça.
- Postura (barriga para cima; membros fletidos, cabeça lateralizada).
- Observa um rosto.
- Reage ao som.
- Sorriso social.
- Abre as mãos.
- Emite sons guturais
- Movimenta ativamente os membros.

Se a criança cumpre com a avaliação para sua idade, elogiar a mãe e orientá-la sobre como estimular o desenvolvimento em casa. Se a criança não cumpre com um ou mais critérios de avaliação para a sua idade, referir a um especialista para uma avaliação mais completa.

## OFERECER SERVIÇOS DE ATENÇÃO E ACONSELHAR A MÃE SOBRE SUA PRÓPRIA SAÚDE

- Se a mãe está doente, administre o tratamento ou a refira
- Quando se identifica risco de saúde na mãe, aconselhar
- Se tem algum problema nas mamas (como ingurgitamento, mamilos doloridos, infecção) administre o tratamento e a refira a um centro especializado
- Recomendar que coma todos os alimentos disponíveis em sua casa e beba líquido suficiente para manter-se sã e forte
- Aconselhar sobre planejamento reprodutivo, citologia vaginal, exploração das mamas e prevenção de doenças de transmissão sexual (DST)
- Determinar os antecedentes de vacinação da mãe e, se necessário, dar-lhe toxóide tetânico
- Aconselhar sobre higiene, autocuidado e auto estima
- Fazer controle puerperal no primeiro mês, dar vitaminas e ferro

# Formulário de Registro 1

## ATENÇÃO INTEGRADA DA MÃE E DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES DE IDADE

<b>1.- DADOS DA MÃE</b> Nome: _____ Motivo da consulta: _____ Idade: _____ anos Peso: _____ Kg    Estatura: _____ cm    PA: _____ / _____ mmHg.    Tipo de sangue: _____ DATA : _____ / _____ / _____	<b>2.- DADOS DA CRIANÇA</b> Nome: _____ Data de nascimento: _____ / _____ / _____    Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm    PC: _____ cm
<b>3.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</b> Gesta: ____ Para: ____ Cesáreas: __ Abortos: __ (Espontâneos __) Nascidos vivos: ____ Mortes neonatais: ____ Filhos < 2500g ____ e/ou > 4000g ____ Internação por hipertensão/preclâmpsia/eclâmpsia na última gestação: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO    Cirurgias anteriores no aparelho genital: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO    Quantas?: _____    Consulta pré-natal: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quantas? ____    Tratamento: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO    Qual? (descrever): _____	

### AVALIAR

### CLASSIFICAR

ATENÇÃO A MÃE DURANTE A GESTAÇÃO E AO RECÉM-NASCIDO				
<b>VERIFIQUE O RISCO NA GESTAÇÃO QUE AFETA O BEM ESTAR FETAL:</b> Gestação de _____ semanas pela DUM ou Altura Uterina				
<ul style="list-style-type: none"> <li>T. parto &lt; 37 sem</li> <li>Gestação &gt; 41 sem</li> <li>Diminuição ou ausência de movimetos fetais</li> <li>Doença sistêmica grave</li> <li>Infecção urinária com febre</li> <li>Diabetes não controlada</li> <li>Hemorragia vaginal</li> <li>RPM &gt; 12 horas</li> <li>Hipertensão não controlada e/ou presença de convulsões, visão turva, perda de consciência ou cefaleia intensa</li> <li>Alteração do BCF</li> <li>Apresentação anormal com trabalho de parto</li> <li>Palidez palmar intensa e/ou Hb &lt; 7mg/dl</li> <li>Edema de face, mãos e pernas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 15 anos ou &gt; 35 anos</li> <li>Primigesta ou grande multigesta</li> <li>Sem pré-natal</li> <li>Intervalo entre partos &lt; 2 anos</li> <li>Altura uterina sem correlação com IG</li> <li>Cesária anterior</li> <li>Antecedentes de PMT, BPN ou malformação do tubo neural</li> <li>Antecedentes de abortos, morte fetal ou neonatal precoce</li> <li>Doença sistêmica controlada</li> <li>Infecção urinária sem febre</li> <li>Problemas de saúde bucal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes controlada</li> <li>Palidez palmar moderada e/ou Hb &lt; 7mg/dl</li> <li>Secreção vaginal</li> <li>Drogas teratogênicas</li> <li>Alcoolismo, tabagismo ou drogas</li> <li>Hipertensão controlada</li> <li>Ganho inadequado de peso</li> <li>Apresentação anormal</li> <li>Gravidez múltipla</li> <li>Mãe Rh negativo</li> <li>VRRL, HIV, HTLV, Hepatite B e C, CMV; TOXO e/ou EGB positivos.</li> </ul>	<b>Gravidez com risco iminente</b>  <b>Gravidez de alto risco</b>  <b>Gravidez de baixo risco</b>	
<b>NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO</b>				
Líquido amniótico com mecônio Não respira ou não chora FC < 100 bpm FC < 60 bpm	Líquido amniótico claro Respirando ou chorando FC > 100 bpm	<b>APGAR:</b>  1° min: _____  5° min: _____		<b>Reanimação urgente + mecônio</b>  <b>Reanimação urgente</b>  <b>Reanimação + Massagem</b>  <b>Sem reanimação</b>
<b>O RISCO AO NASCER E CLASSIFICAR SEGUNDO O PESO E IDADE GESTACIONAL</b>				
Peso < 2000g ou ≥ 4000g  Dificuldade respiratória; frequência respiratória ≥ 60 ou < 30 rpm  Infecção intra-uterina (TORCH/HIV)  Idade gestacional < 35 semanas  Febre materna ou corioaminionite	Anomalias congênicas maiores  RPM > 12 horas  Lesão grave devido ao parto  Temperatura axilar < 36°C ou ≥ 37,5°C  Palidez ou pletora  Reanimação com pressão positiva/massagem cardíaca	Peso ≥ 2000g e < 2500g  Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas  Idade gestacional > 42 semanas  Anomalias congênicas menores  Reanimação sem pressão positiva/massagem cardíaca  PIG ou GIG	Respiração regular  Choro forte  Pele e mucosas rosadas  Boa atividade  Peso ≥ 2500g e < 4000g  Idade gestacional ≥ 37 semanas e < 42 semanas	<b>Idade Gest: _____ semanas</b>  <b>PIG AIG GIG</b>  <b>Pré-termo</b> <b>Termo</b> <b>Pós-termo</b>  <b>Alto risco ao nascer</b> <b>Médio risco ao nascer</b> <b>Baixo risco ao nascer</b>

## Formulário de Registro 2

### ATENÇÃO INTEGRADA DA MÃE E DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES DE IDADE

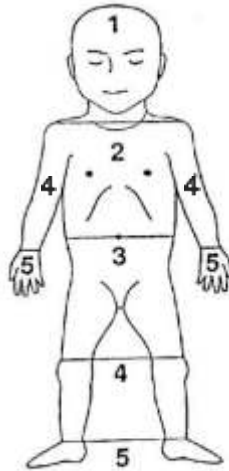
<b>DADOS DA CRIANÇA</b>	Data da consulta : ____/____/____	Data de Nascimento: ____/____/____	
Nome da mãe: _____	Nome da criança: _____	Idade: ____ dias	Primeira consulta: ____      Consulta de seguimento: _____
Motivo da consulta: _____		Peso: ____ Kg	Comp: ____ cm      PC: ____ cm

#### AVALIAR

#### CLASSIFICAR

AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DOENTE DE 0 A 2 MESES				
DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA	FR=		SIM      NÃO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Não vai bem", irritada</li> <li>• Não pode pegar o peito</li> <li>• Vomita tudo</li> <li>• Temp. Axilar &lt; 36 ou ≥ 37,5°C</li> <li>• Convulsões</li> <li>• Letárgica/inconsciente</li> <li>• Apneia</li> <li>• Batimentos de asas de nariz</li> <li>• Gemido, estridor ou sibilância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianose central, palidez intensa</li> <li>• Icterícia abaixo do umbigo, e/ou início antes de 24 h</li> <li>• Tiragem subcostal grave</li> <li>• Distensão abdominal</li> <li>• Peso menor que 2000g</li> <li>• Manifestação de sangramento</li> <li>• Equimose, petéquias, hemorragias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FR ≥ 60 ou &lt; 30 mrpm</li> <li>• Pústulas ou vesículas na pele (numerosas ou extensas)</li> <li>• Enchimento capilar lento (&gt; 2 segundos)</li> <li>• Anomalias congênicas maiores</li> <li>• Secreção purulenta do ouvido ou da conjuntiva (abundante e com edema palpebral) ou do umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção purulenta conjuntival</li> <li>• Umbigo com secreção purulenta e/ou eritema sem estender-se para a pele ao redor</li> <li>• Pústulas na pele (poucas ou localizadas)</li> <li>• Placas brancas na boca</li> </ul>	<b>Doença grave</b> <b>Infecção localizada</b> <b>Não tem doença grave ou infecção localizada</b>
<b>DIARREIA</b>			SIM      NÃO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgica/inconsciente</li> <li>• Inquieta ou irritada</li> <li>• Olhos fundos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinal de prega cutânea</li> <li>• Mama mal ou não consegue beber</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarreia há 7 dias ou mais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangue nas fezes</li> </ul>	<b>Desidratação</b> <b>Sem desidratação</b> <b>Diarreia prolongada</b> <b>Diarreia com sangue</b>
<b>NUTRIÇÃO</b> Primeiro: Determinar a tendência do crescimento			SIM      NÃO	
Perda do peso maior que 10% na primeira semana de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendência de crescimento horizontal ou em declínio</li> <li>Peso/idade abaixo de -2 escores Z</li> <li>Pega incorreta</li> <li>Baixo ganho ponderal (&lt; 600g/mês)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não mama bem</li> <li>Alimenta-se ao peito menos de 8x ao dia</li> <li>Recebe outros alimentos ou líquidos</li> <li>Recebe outro leite</li> </ul>	<b>Problema grave de nutrição</b> <b>Problemas de nutrição ou de alimentação</b> <b>Não tem problemas de nutrição ou de alimentação</b>	
<b>PC abaixo de - 2 escores Z ou acima de + 2 escores Z</b> <b>Alterações fenotípicas:</b> fenda palpebral oblíqua, olhos afastados, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única, 5º dedo da mão curto e encurvado	Postura (barriga para cima, membros fletidos, cabeça lateralizada)  Reflexo cócleo-palpebral (reage ao som); observa um rosto; eleva a cabeça; sorriso social; abre as mãos; emite sons e movimentação ativamente os membros.  Reflexo cócleo-palpebral, postura, todas habilidades presentes para faixa etária, mas existem fatores de risco.		<b>Provável atraso no desenvolvimento</b> <b>Alerta para desenvolvimento</b> <b>Desenvolvimento normal com fatores de risco</b> <b>Desenvolvimento normal</b>	
<b>VERIFICAR OS ANTECEDENTES DE VACINAÇÃO DO MENOR DE 2 MESES E DA MÃE.</b> Marcar com um círculo as vacinas que serão aplicadas hoje			<b>Voltar para próxima vacina em:</b>  ____/____/____ Data	
<b>Mãe</b>		<b>Criança</b>		
_____ Antitetânica -1	_____ Antitetânica-2	_____ BCG	_____ HepB -1      _____ HepB -2	
<b>AVALIAR OUTROS PROBLEMAS:</b>				

## ZONAS DE ICTERÍCIA DE KRAMER



**ZONA 1.** Icterícia de cabeça e pescoço (BT  $\cong$  6 mg/dl)

**ZONA 2.** Icterícia até no umbigo (BT  $\cong$  9 mg/dl)

**ZONA 3.** Icterícia até os joelhos (BT  $\cong$  12 mg/dl)

**ZONA 4.** Icterícia até os tornozelos e/ou antebraço (BT  $\cong$  15 mg/dl)

**ZONA 5.** Icterícia até região plantar e palmar (BT  $\cong$  18 mg/dl ou mais)

**BT** – bilirrubina total (aproximadamente)

Nível de Bilirrubina total -BT (mg/dL) para indicação de fototerapia e exsanguineotransfusão - EST em RN  $\geq$  35 semanas de idade gestacional ao nascer

Idade	Bilirrubina total (mg/dL)			
	Fototerapia		Exsanguineotransfusão	
	35 <sup>0/7</sup> - 37 <sup>6/7</sup> semanas	$\geq$ 38 <sup>0/7</sup> semanas	35 <sup>0/7</sup> - 37 <sup>6/7</sup> semanas	$\geq$ 38 <sup>0/7</sup> semanas
24 horas	8	10	15	18
36 horas	9,5	11,5	16	20
48 horas	11	13	17	21
72 horas	13	15	18	22
96 horas	14	16	20	23
5 a 7 dias	15	17	21	24

Valores de bilirrubina total - BT (mg/dL) para indicação de fototerapia e exsanguineotransfusão - EST em RN < 34 semanas de idade gestacional

Peso ao nascer	Bilirrubina total (mg/dL)	
	Fototerapia	Exsanguineotransfusão
1001-1500g	6 a 8	11 a 13
1501-2000g	8 a 10	13 a 15
2001-2500g	10 a 12	15 a 17

Considerar o valor inferior na presença de fatores de risco: doença hemolítica de G-6PD, asfixia, letargia, instabilidade na temperatura, sepse, acidose, hipotermia ou albumina < 3,0 g/dL.

Situações especiais para indicação de fototerapia em RN  $\geq$  35 semanas de idade gestacional ao nascer

- Diminuir em 2mg/dL o nível de indicação de fototerapia ou EST se doença hemolítica, (Rh, ABO, outros antígenos), deficiência de G-6-PD, asfixia, letargia, instabilidade na temperatura, sepse, acidose ou albuminemia < 3g/dL.
- Iniciar fototerapia de alta intensidade sempre que: BT > 17-19 mg/dL e colher BT após 4-6 horas; BT entre 20-25 mg/dL e colher BT em 3-4 horas; BT > 25 mg/dL e colher BT em 2-3 horas, enquanto o material da EST está sendo preparado.
- Se houver indicação de EST, enquanto ocorre o preparo colocar o RN em fototerapia de alta intensidade, repetindo a BT em 2 a 3 horas para reavaliar a indicação de EST.
- A EST deve ser realizada imediatamente se houver sinais de encefalopatia bilirrubínica ou se a BT estiver 5 mg/dL acima dos níveis referidos.
- A fototerapia pode ser suspensa, em geral, quando BT < 8-10 mg/dL, sendo a BT reavaliada 12-24 horas após suspensão para detectar rebote

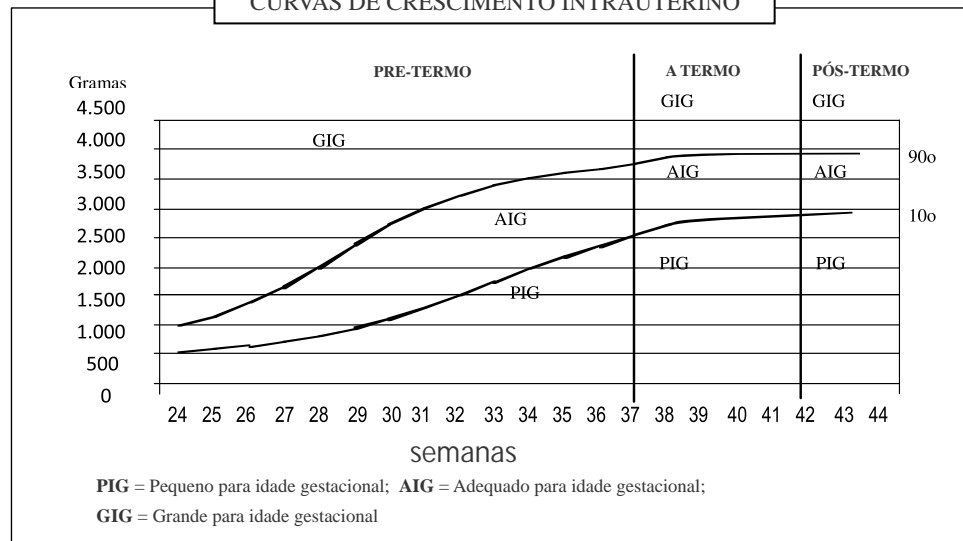
## ANEXO I: DETERMINE A IDADE GESTACIONAL: CAPURRO SOMÁTICO

FORMA DA ORELHA	Chata, disforme. Pavilhão não encurvado 0	Pavilhão parcialmente encurvado no bordo superior 8	Pavilhão encurvado em todo o bordo superior 16	Pavilhão totalmente encurvado 24	<b>CÁLCULO =</b>  Somar os pontos total das 5 características acrescentar 204 e após dividir por 7.
TAMANHO DA GLÁNDULA MAMÁRIA	Não palpável 0	Palpável: menor de 5 mm 5	Palpável: entre 5 e 10 mm 10	Palpável: maior de 10 mm 15	
FORMAÇÃO DO MAMILO	Apenas visível sem aréola 0	Diâmetro menor de 7,5 mm. Aréola lisa e chata 5	Diâmetro maior de 7,5 mm. Aréola pontiaguda e bordo não levantado 10	Diâmetro maior de 7,5 mm. Aréola pontiaguda e bordo levantado 15	
TEXTURA DA PELE	Muito ? na e gelatinosa 0	Fina e lisa 5	Algo mais grossa. Discreta descamação superficial 10	Grossa, marcas superficiais, descamação nas mãos e pés 15	
PREGAS PLANTARES	Sem pregas 0	Marcas mal definidas na metade anterior 5	Marcas bem definidas na metade anterior. Sulcos no terço anterior 10	Sulcos na metade anterior 15	
					Sulcos em mais da metade anterior 20

## EQUIVALÊNCIA DIA X SEMANAS

DIAS		SEMANAS	
168	174	.....	24
175	181	.....	25
182	188	.....	26
189	195	.....	27
196	202	.....	28
203	209	.....	29
210	216	.....	30
217	223	.....	31
224	230	.....	32
231	237	.....	33
238	244	.....	34
245	251	.....	35
252	256	.....	36
257	265	.....	37
266	272	.....	38
273	279	.....	39
280	286	.....	40
287	293	.....	41
294	300	.....	42
301	307	.....	43
308	314	.....	44
315	323	.....	45

### CURVAS DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO



## ANEXO II: TRATAMENTO – AVALIAR E DETERMINAR O RISCO DURANTE A GESTAÇÃO E PARTO

### PREVENIR HIPOTENSÃO

- Obter acesso venoso periférico calibroso para reposição de volume.
- Transfundir hemoderivados se hemoglobina  $\leq 7$ g/dL.
- Manter débito urinário  $> 30$ mL/hora - total de líquidos deve ser limitado a 150mL/kg.

### TRATAR HIPERTENSÃO: Pressão Arterial acima de 140 x 90 mmHg

- Paciente sentada ou em decúbito dorsal horizontal com manguito adequado à circunferência do braço, na ausência de esforço físico, consumo de cafeína ou cigarro e após repouso de alguns minutos.
- Se hipertensão antes da 20ª semana pensar em hipertensão arterial crônica.

**Emergência hipertensiva:** associação de altos níveis pressóricos quase sempre com PA  $> 160 \times 110$  mmHg.

**Tratamento:** hidralazina 5mg IV 15/15 minutos até que a PA esteja menor 20 a 30% do início – máximo de 20 mg em 1 hora. (1 ampola de 1mL tem 20 mg de hidralazina, dilui com 19 mL de soro fisiológico – 1mg/mL).

### SINAIS DE PERIGO DURANTE O PARTO QUE COLOCAM EM RISCO A VIDA DO RECÉM-NASCIDO:

- Hemorragia vaginal
- Apresentação anômala
- Febre materna

### SINAIS DE PERIGO NA GESTAÇÃO QUE PODEMAFETAR O BEBÊ:

- Menor de 15 anos
- Dor e ardor ao urinar
- Sangramento vaginal
- Edema em face, mãos e pés
- Perda de líquido  $> 12$  horas

### TRABALHO DE PARTO PREMATURO:

- Nifedipina comprimido de 20mg VO ou Terbutalina 2,5mg (5 ampolas) em 500 mL de SG 5% - 10 gotas/min com aumento de 10 gotas a cada 15 min.
- Corticóide (TPP  $< 35$  semanas): Betametasona 12 mg IM de 24/24 horas - 2 doses ou Dexametasona 6mg IM de 12/12 horas - 4 doses  
No máximo 2 ciclos. Cada ciclo tem efeito por 1 semana
- Rotura prematura ou prolongada de membranas: Ampicilina 1g IV, de 6/6 horas ou Eritromicina 500mg VO, de 6/6 horas.
- Se ITU com febre: Ampicilina 1g IV, de 6/6 horas ou Cefalexina, 1g VO, 6/6 horas, se não tiver acesso venoso.

### ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B

#### Cultura de Swab vaginal e retal entre 35 a 37 semanas de gestação positivas fazer profilaxia intraparto:

- Penicilina G cristalina 5 milhões UI EV - dose inicial e 2,5 milhões UI de 4/4 horas até o parto ou
- Ampicilina 2g EV inicial e 1g/EV até o parto, 4/4 horas
- Se alergia: cefazolina 2g EV inicial e 1g/EV, 8/8 horas

#### Na impossibilidade de fazer a cultura, instituir profilaxia por fator de risco nos casos de:

- Trabalho de parto antes de 37 semanas
- Temperatura materna intraparto  $\geq 38^\circ\text{C}$
- Rotura prematura de membranas  $\geq 18$ h

#### Com ou sem realização de cultura, fazer profilaxia em:

- Filho anterior com história de doença por EGB
- Infecção urinária por EGB na gestante

### CÁLCULO DO IMC (Índice de Massa Corporal):

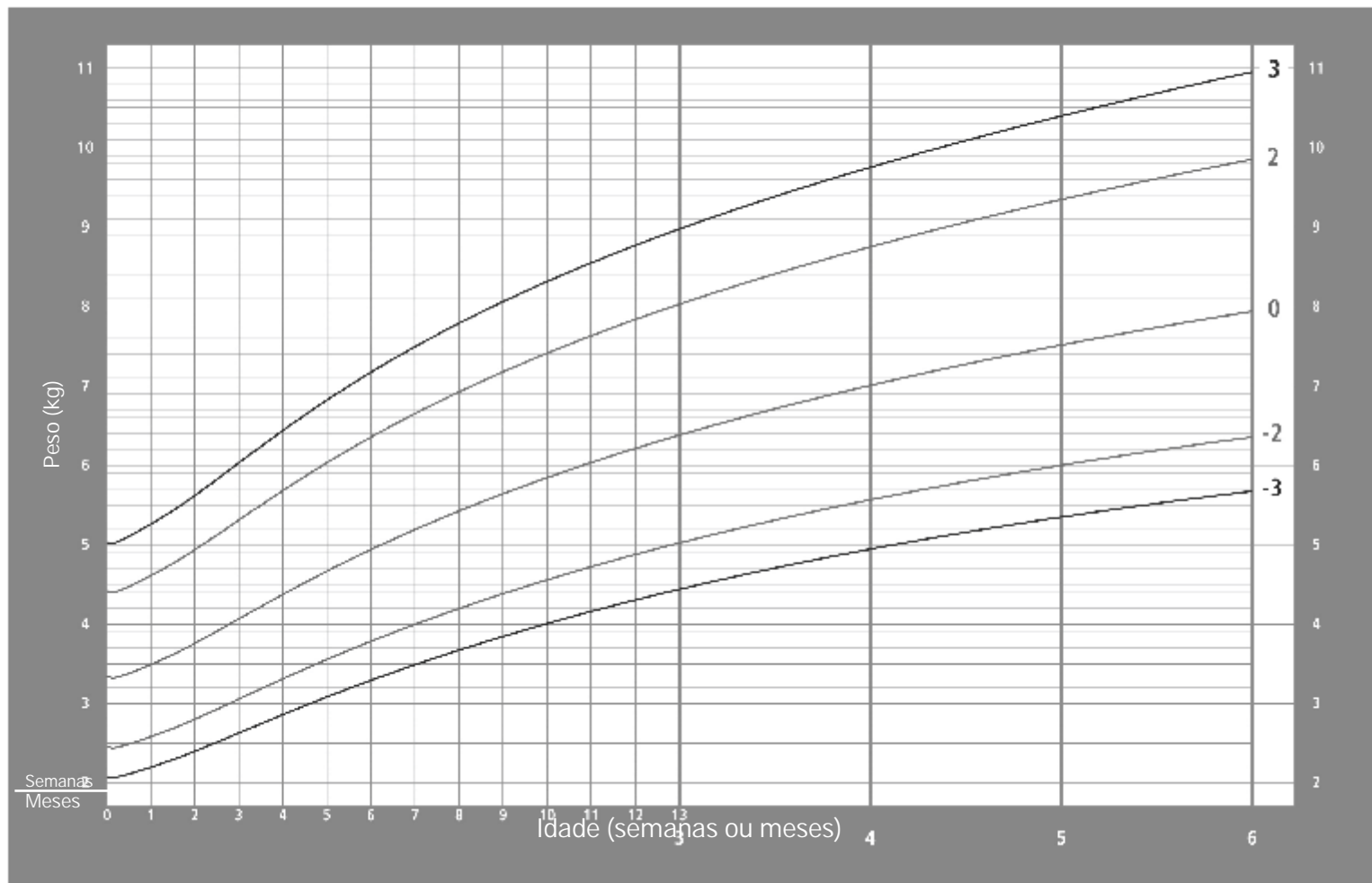
CLASSIFICAÇÃO	I.M.C. = Peso (Kg) /Altura (m <sup>2</sup> )
Emagrecida	IMC $< 20$
Normal	IMC de 20 a 26
Sobrepeso	IMC $> 26$ a 30
Obesidade grau I	IMC de 30 a $< 35$
Obesidade grau II	IMC de 35 a $< 40$
Obesidade grau III	IMC $> 40$



### ANEXO III: GRÁFICO DE CONTROLE EVOLUTIVO DO CRESCIMENTO (SEXO MASCULINO)

#### Peso / Idade - MENINOS

Nascimento a 6 meses (escore-Z)

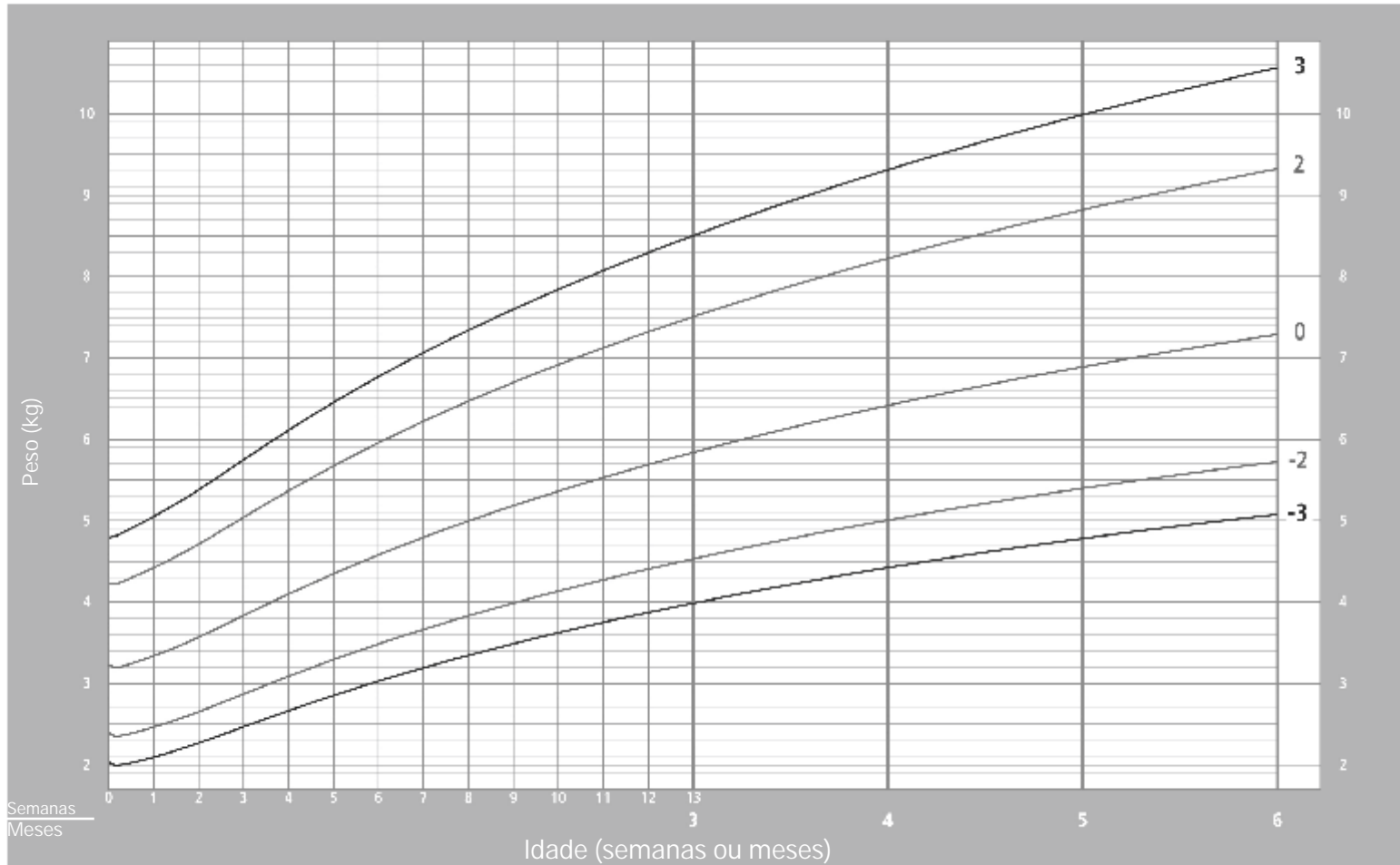


WHO Child Growth Standards

# ANEXO IV: GRÁFICO DE CONTROLE EVOLUTIVO DO CRESCIMENTO (SEXO FEMININO)

## Peso / Idade - MENINAS

Nascimento a 6 meses (escore-Z)

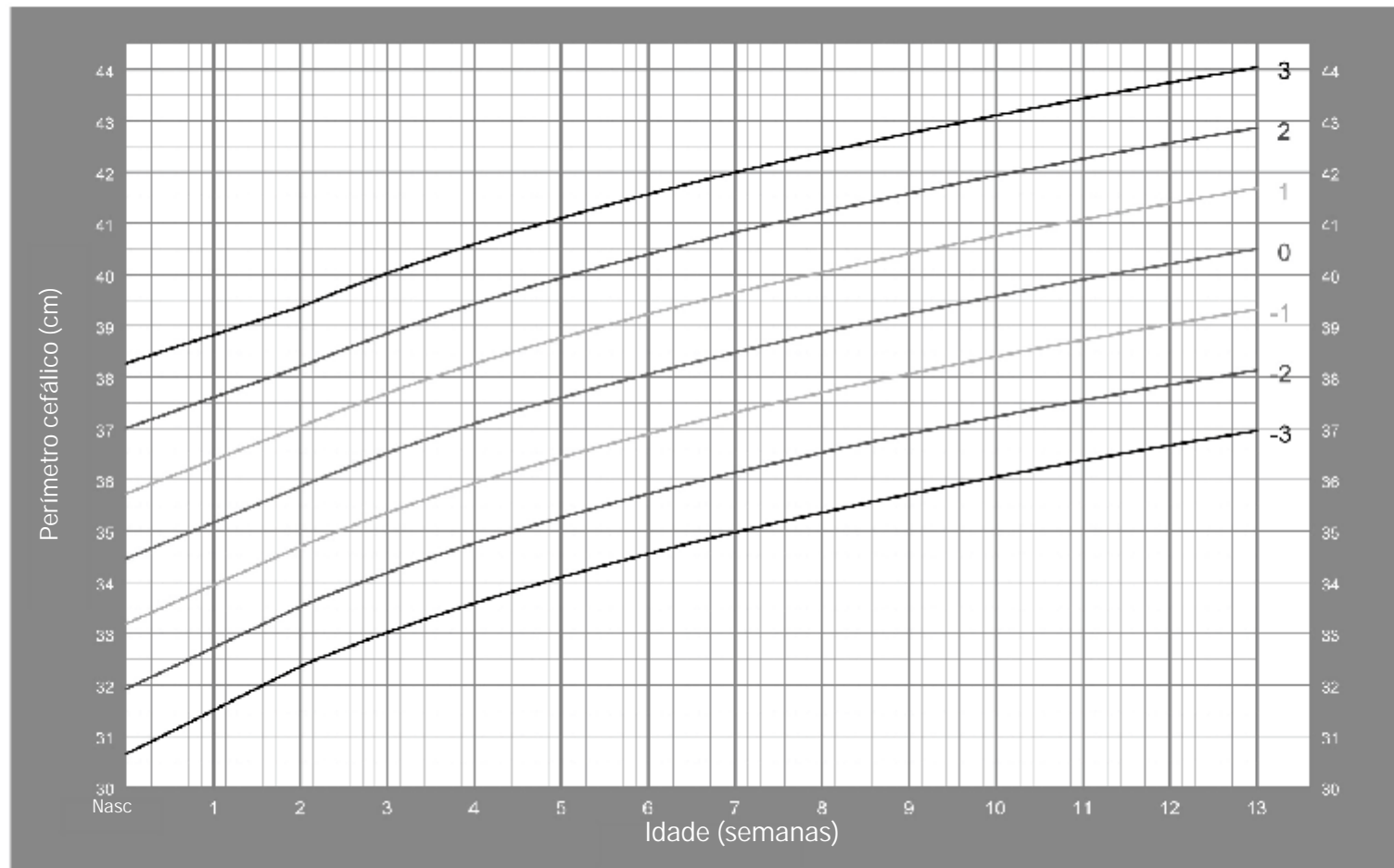


WHO Child Growth Standards

# ANEXO V: GRÁFICO DE CONTROLE DE PERÍMETRO CEFÁLICO (SEXO MASCULINO)

## Perímetro cefálico / Idade - MENINOS

Nascimento a 13 semanas (escore-Z)

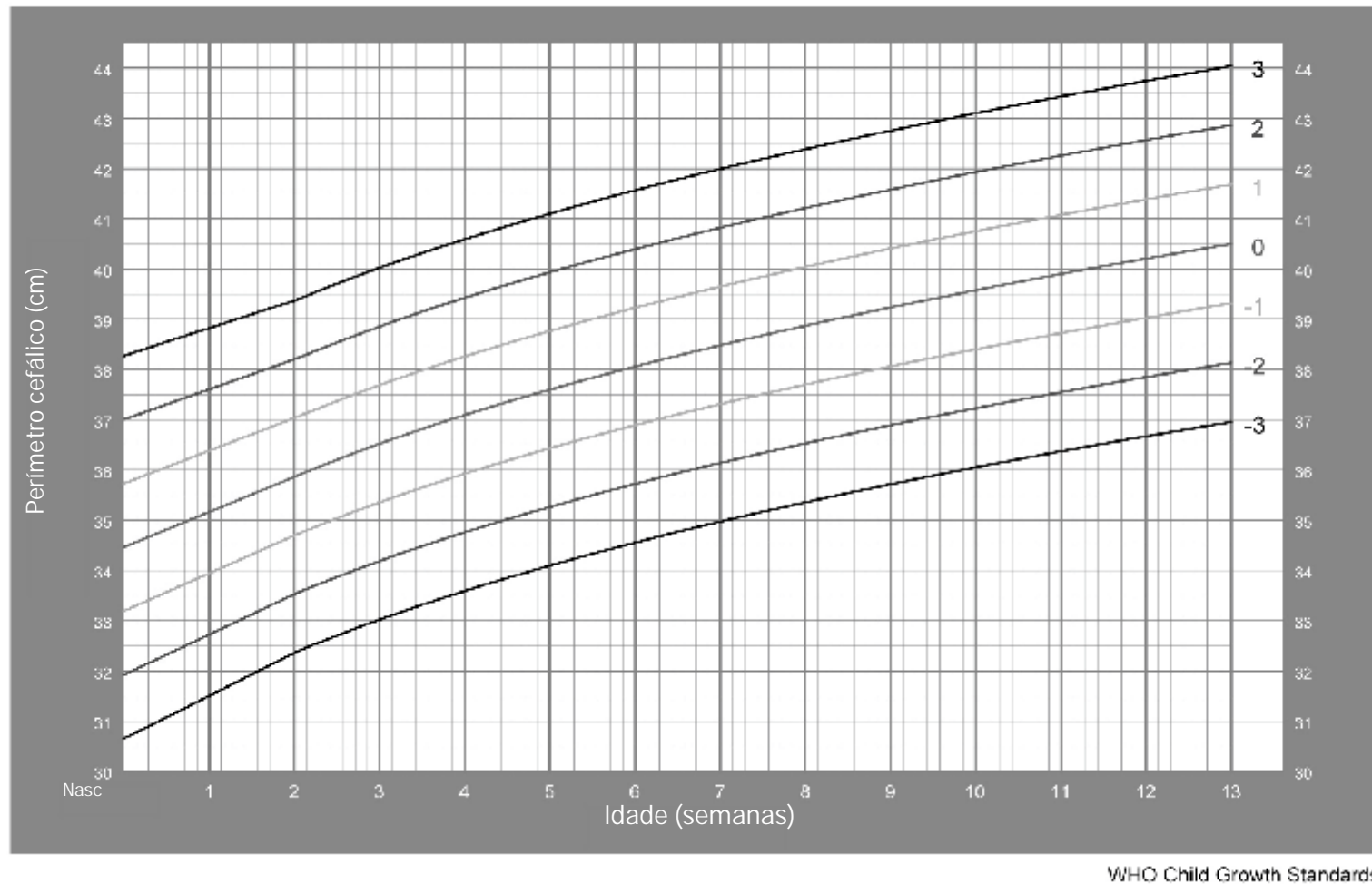


WHO Child Growth Standards

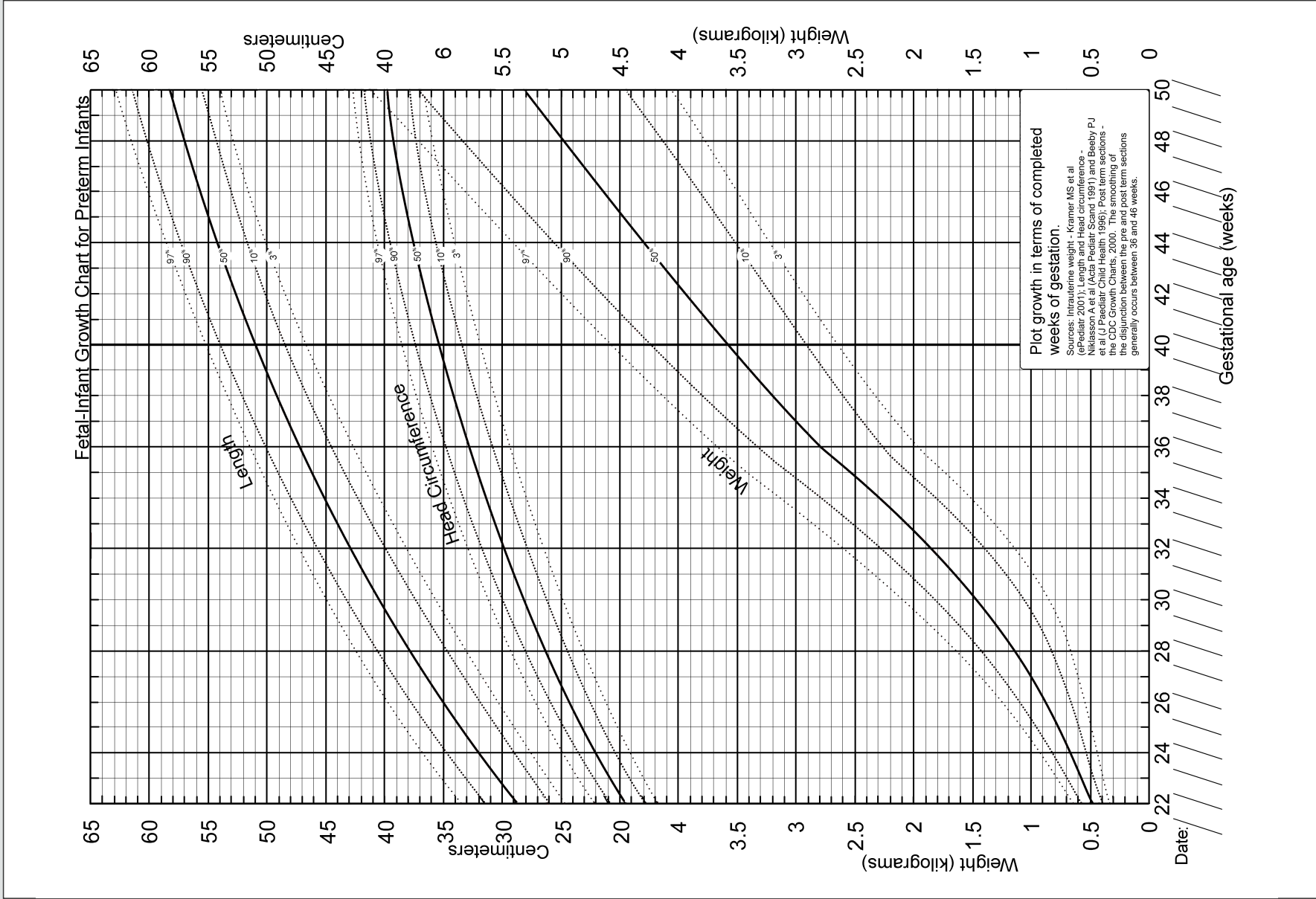
## ANEXO VI: GRÁFICO DE CONTROLE DE PERÍMETRO CEFÁLICO (SEXO FEMININO)

### Perímetro cefálico / Idade - MENINAS

Nascimento a 13 semanas (escore-Z)



# ANEXO VII: CURVAS DE CRESCIMENTO PÓS-NATAL PARA PREMATUROS



Fenton, 2003.

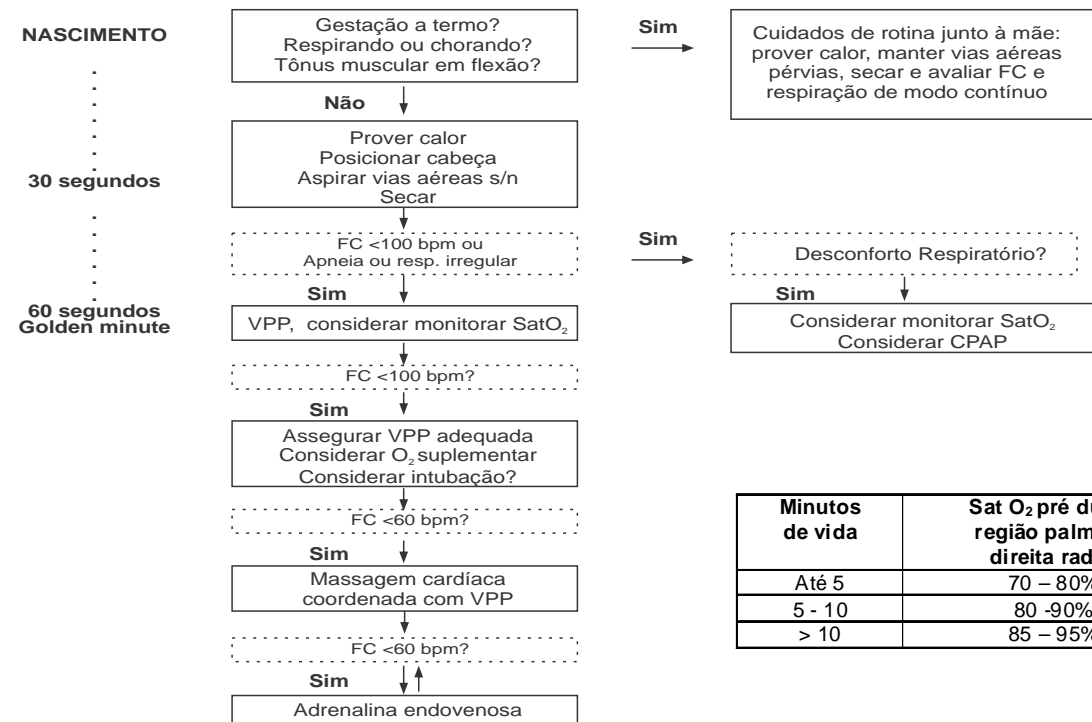
## ANEXO VIII: REANIMAÇÃO NEONATAL

### MEDICAÇÕES PARA REANIMAÇÃO

	Adrenalina Endovenosa	Adrenalina Endotraqueal	Expansores de Volume
<b>Diluição</b>	1:10.000 1 mL adrenalina em 9 mL de SF 0,9%	1:10.000 1 mL adrenalina 1:1000 em 9 mL de SF 0,9%	SF 0,9% Ringer lactato Sangue Total
<b>Preparo</b>	1 mL	5 mL	2 seringas de 20 mL
<b>Dose</b>	0,1 - 0,3 mL/Kg	0,5 - 1 mL/Kg	10 mL/kg EV
<b>Velocidade e Precauções</b>	Infundir rápido na veia umbilical e, a seguir infundir 0,5 - 1,0 mL de SF 0,9%.	Infundir diretamente na cânula traqueal e ventilar a seguir. USO ÚNICO	Infundir o expansor de volume na veia umbilical lentamente, em 5 a 10 minutos

Peso ao nascer	Adrenalina Endovenosa	Adrenalina Endotraqueal	Expansores de Volume
1kg	0,1 - 0,3 mL	0,5 - 1,0 mL	10 mL
2kg	0,2 - 0,6 mL	1,0 - 2,0 mL	20 mL
3kg	0,3 - 0,9 mL	1,5 - 3,0 mL	30 mL
4kg	0,4 - 1,2 mL	2,0 - 4,0 mL	40 mL

### FLUXOGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO



## ANEXO IX: NORMATIZAÇÃO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

### A normatização do transporte inter-hospitalar encontra-se estabelecida pela resolução CFM nº 1.672/2003, que determina:

#### Art1º

Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido.

- I** O hospital previamente estabelecido como referência, não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.
- II** Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.
- III** Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de médico, um profissional de enfermagem e o motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento dessa norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.
- IV** Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico do hospital de destino e ter a concordância do mesmo.
- V** Todas as ocorrências inerentes ao transporte devem ser registradas no prontuário de origem.
- VI** Todo o paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com o número do CRM) que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.
- VII** Para o transporte, faz-se necessário a obtenção de consentimento após esclarecimento por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isso pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do responsável. Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando tal fato devidamente no prontuário.
- VIII** A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. A responsabilidade para o transporte, quando realizado por ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico. As providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica do receptor. A responsabilidade para o transporte, quando realizado por ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada no local de destino e efetiva recepção por outro médico. As providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.
- IX** O transporte do paciente neonatal deverá ser realizado por ambulância tipo D, aeronave ou barco contendo:
  - incubadora de transporte, com bateria ou ligação à tomada do veículo (12volts), com suporte em seu próprio pedestal para o cilindro de oxigênio e ar comprimido e controle de temperatura com alarme
  - respirador de transporte neonatal com circuito estéril de reserva

- 2 cilindros de oxigênio
- oxímetro não invasivo portátil
- monitor cardioversor
- bomba de infusão com bateria e equipo
- máscaras laríngeas, cânulas endotraqueais
- sondas de aspiração
- laringoscópio com lâminas retas (0 e 1) estetoscópio
- esfigmomanômetro infantil
- maleta de acesso venoso com tala para fixação do membro, luvas estéreis, algodão com antiséptico, gaze estéril, esparadrapo, tesoura e material para punção.
- seringas, torneiras e equipo de infusão
- caixa de pequena cirurgia
- maleta de parto
- material para drenagem torácica
- cobertores ou mantas metálicas
- conjunto de colares cervicais e prancha para a imobilização da coluna
- medicamentos obrigatórios que deverão constar: adrenalina, atropina, dopamina, dobutamina, hidrocortisona, glicose 5%, fenobarbital, água destilada, dipirona e furosemida

#### ART2º

Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas

#### RESUMINDO: antes, durante e após o transporte

- Seguir normas de transporte (Capítulo XI);
  - Contactar o hospital para onde quer transferir a criança;
  - Estabilizar o paciente;
  - Checar o meio de transporte, pessoal habilitado, material necessário;
  - Fazer o relatório médico;
  - Cuidados com o bebê.
- a) Manter o ambiente térmico neutro para prevenir a hipotermia:** contato pele a pele, campos aquecidos, fonte de aquecimento, incubadora ou outro método seguro (ataduras, touca e meias). O prematuro pode ser transportado dentro de um saco plástico para prevenir maior perda de calor e a hipotermia.
- b) Prevenir a hipoglicemia (pág. 13 do Manual de Quadros)**
- c) Manter a oxigenação adequada (segundo a disponibilidade e necessidade) através de:** Hood, cânula nasal ou máscara,ambu ou ventilação mecânica.
- d) Administrar a primeira dose dos medicamentos indicados nos quadros**  
Antibiótico parenteral, Sais de Reidratação Oral (SRO) ou nistatina (pág.12, 13 e 16 do manual de quadros).
- e) Outros cuidados importantes em casos de:**
- Distensão abdominal: colocar uma sonda orogástrica e deixá-la aberta, em drenagem espontânea.
  - Dificuldade respiratória deve ser transportada com sonda orogástrica aberta.
  - Presença de patologia como exposição de vísceras ou mielomeningocele, envolvê-las com filme plástico transparente de PVC.
  - Nos casos de fratura ou trauma, imobilizar a extremidade afetada.

## ANEXO X: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS PRINCIPAIS INFECÇÕES CONGÊNITAS

Achado	Sífilis	Toxoplasmose (forma generalizada)	Doença de Chagas	Rubéola	CMV	VHS
Baixo peso	++	++	++++	+++	++	+++
Anemia	+++	+++	+++	+	++	0
Icterícia	+++	+++	+++	+	+++	+
Trombocitopenia	++	+	++	+++	+++	0
Hepatomegalia	++++	+++	++++	++	+++	+
Púrpura	++++	++++	++++	++	+++	+
Erupção Cutânea	++	+	++	+++	+++	0
Calcificações intracranianas	0	++	+	0	+++	+
Edema generalizado	++	+	++	0	+	0
Sintomatologia especial	Lesões mucocutâneas e vesiculo- bolhosas palmo- plantares; periostite; ostecondrite; coriza sanguinolenta	Microcefalia Convulsões Hidrocefalia	Prematuridade Edema	Catarata Glaucoma Cardiopatia Surdez Microcefalia Hidrocefalia Lesões ósseas	Pneumonite	Vesículas (tronco, face e membros) Microcefalia
Diagnósticos	Sorologia positiva	Sorologia positiva	Pesquisa direta do T. Cruzi positiva	Cultura (+)	Células de inclusão na urina	Cultura do líquido das vesículas para o VHS

Modificada de Oski e Naiman (1982).

0 = não descrito; + = presente em 1%-25% pacientes; ++ = presente em 26%-50% pacientes; +++ = presente em 51%-75% pacientes; ++++ = presente em 100% pacientes; CMV= Citomegalovírus; VHS= Vírus herpes simples



## ANEXO XI: INFECÇÃO CONGÊNITA – TRATAMENTO

### I. SÍFILIS CONGÊNITA

#### A – Critérios diagnósticos (Segundo a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Ministério da Saúde / Brasil)

Os 3 primeiros critérios são aceitos como confirmatório e os demais (4-8) são considerados critérios presumíveis para o diagnóstico da Sífilis Congênita:

1. Criança portadora de exame físico anormal (incluindo-se alterações líquóricas e/ou ósseas) compatíveis com Sífilis Congênita
2. Recém-nascido com título sorológico para a sífilis (VDRL) 4x superior ao título materno (ausência do aumento desse título não pode ser usado como evidência final contra o diagnóstico de Sífilis Congênita)
3. Teste positivo para a detecção de *Treponema pallidum* em campo escuro ou de anticorpos de ídidos orgânicos
4. Mãe com Sífilis em atividade e não tratada durante a gestação
5. Mãe com evidência sorológica de reinfecção ou recorrência de infecção após tratamento
6. Mãe com tratamento inadequado na gestação, ou seja:
  - tratamento com eritromicina ou com outro esquema não penicilínico
  - tratamento inadequado quanto ao estágio da Sífilis materna
  - tratamento concluído por período inferior a 1 mês antes do parto
  - tratamento durante a gestação não foi documentado
  - parceiro sexual não tratado
  - tratamento realizado com esquema penicilínico apropriado para o estágio de infecção, mas não há documentação do declínio dos títulos nos testes sorológicos (queda de 4x quando tratada na fase precoce da doença ou títulos estáveis e < 1:4 para gestantes tratadas nas fases tardias da doença)
7. Crianças que não negataram os testes não Treponêmicos até os 6 meses de idade ou que demonstrem elevação quantitativa desses títulos
8. Crianças que não foram tratadas para a Sífilis e que apresentem testes Treponêmicos positivos além dos 18 meses de idade

#### Tratamento da mãe:

- Sífilis primária: Penicilina Benzatina – 2.400.000 UI IM dose única
- Sífilis recente secundária e latente: Penicilina Benzatina – 2.400.000 UI IM 7/7 dias 2 doses
- Sífilis tardia (latente ou terciária): Penicilina Benzatina – 2.400.000 UI IM 7/7 dias 3 doses

#### Tratamento do recém-nascido

Conduta preconizada pelo *Centers for Disease Control* (2000) e pelo Ministério da Saúde do Brasil (2005) para a sífilis congênita confirmada ou provável:

- **RECÉM-NASCIDOS DE MÃES COM SÍFILIS NÃO TRATADA OU INADEQUADAMENTE TRATADA, realizar VDRL de sangue periférico, raio-X de ossos longos, hemograma, punção lombar e:**

- Se recém-nascido com VDRL positivo e/ou alterações clínicas, radiológicas e/ou hematológicas, mas sem acometimento neurológico, tratar com Penicilina Cristalina, EV por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana ou com Penicilina Procaína 50.000 unidade/kg/dose a cada 24 horas, IM, por 10 dias.
- Se houver alteração líquórica ou se não foi possível colher o LCR: Penicilina Cristalina, EV, por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose, a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas, após a primeira semana.
- Se o recém nascido com VDRL negativo, sem alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e líquóricas: Penicilina Benzatina, dose única de 50.000 unidades/kg, IM.
- O acompanhamento é obrigatório, incluindo o VDRL sérico com 1 e 3 meses. Sendo impossível garantir o acompanhamento, tratar com Penicilina Cristalina ou Procaína nas doses recomendadas acima, por 10 dias.
- **RECÉM-NASCIDOS DE MÃES COM SÍFILIS ADEQUADAMENTE TRATADA, realizar VDRL de sangue periférico e:**
- Recém-nascido com VDRL positivo com título superior ao materno e alterações clínicas, realizar radiografia dos ossos longos e exame do líquido. Se não houver alterações no LCR, tratar com Penicilina Cristalina, EV por 10 dias, dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas, após a primeira semana, ou com Penicilina Procaína, 50.000 unidade/kg/dose a cada 24 horas, IM por 10 dias.
- Se o líquido estiver alterado, usar apenas a Penicilina Cristalina nas doses acima, EV por 10 dias.
- Recém-nascido assintomático (exame clínico, raio-X de ossos longos normais) e VDRL com titulação igual ou inferior à materna ou VDRL negativo, proceder apenas seguimento ambulatorial e sorológico. Diante da impossibilidade de garantir o seguimento ambulatorial, aplicar a Penicilina Benzatina na dose única de 50.000 unidades/kg, por via intramuscular.

#### Critérios de cura:

- Crianças que apresentam queda dos títulos sorológicos ou negatificação dos exames. Na neurosífilis, o exame líquórico deve ser normal e a sorologia no LCR deve ser negativa.

### II- RUBÉOLA CONGÊNITA

**Tratamento:** Não há tratamento específico e a atenção médica deve ser focalizada em um bom suporte clínico. Devido ao caráter crônico da doença devemos estar atentos não só as lesões imediatas como à sua progressão.

### III- CITOMEGALOVIRUS

**Tratamento.** Os antivirais não devem ser utilizados pela grávida, pela ausência de comprovação dos riscos fetais.

Todo RN cuja mãe teve IgM + para CMV ou viragem sorológica para CMV (IgG inicialmente negativo, depois positivo) deverá ser encaminhado para atendimento especializado. A indicação atual do tratamento com ganciclovir em crianças com infecção congênita por CMV está restrita a casos selecionados, ou seja, RN com infecção confirmada, sintomáticos e com evidências de envolvimento do SNC (calcificações intracranianas, microcefalia, atrofia cortical e/ou LCR anormal), alteração auditiva e/ou coriorretinite.

## ANEXO XI: INFECÇÃO CONGÊNITA – TRATAMENTO (cont.)

### IV-DOENÇAS DE CHAGAS

#### Tratamento:

Benzenidazol (Rochagan) dose 7,5 mg/Kg/dia VO por 45 dias  
Nifurtimox - dose 25-20 mg/Kg/dia - 3x dia VO após as refeições

### V-TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

#### Tratamento da Gestante:

- Toxoplasmose aguda independente da idade gestacional:
  - Espiramicina (500mg) 3g/dia VO em 3 tomadas (8/8h)
- Com infecção fetal diagnosticada, após 21 semanas de gestação:
  - Pirimetamina – dose ataque: 100mg por dia de 12/12h por 2 dias  
dose manutenção: 50mg/dia de 24/24 horas
  - Sulfadiazina – dose ataque: 75mg/Kg/dia de 12/12h por 2 dias  
dose manutenção 100mg/Kg/dia de 12/12h
  - Leucovorin: 10 a 20 mg por dia (em dias alternados)  
Fazer tratamento até o término da gestação e interromper sulfadiazina 2 semanas antes do parto.

### V-TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

#### Tratamento na criança:

Toxoplasmose congênita sintomática ou assintomática = durante o primeiro ano de vida

- Sulfadiazina 100mg/Kg/dia VO 12/12h (comp. 500mg)
- Pirimetamina – dose ataque 2mg/Kg/dia VO 12/12h por 2 dias, dose manutenção 1mg/Kg/dia VO 24/24h. Daraprim (comp. de 25mg)
- Ácido Fólico (Leucovorim) 5mg a 10 mg/dose 3 vezes na semana (enquanto estiver fazendo uso da Sulfadiazina e Pirimetamina) pode-se utilizar o fermento biológico (1 colher das de cafezinho diluído no próprio leite materno ou em água filtrada) em dias alternados
- Corticosteróide (prednisona) quando houver níveis elevados de proteinorraquia (>1g/dl) ou tratamento de coriorretinite aguda. Dose 1mg/Kg/dia VO 12/12h (A duração do uso é até melhorar a proteinorraquia e/ou resolução da coriorretinite)

### VI-SINDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

#### Tratamento na gestante:

- Verificar protocolo do Ministério da Saúde

#### Tratamento na parturiente:

- AZT injetável: frasco ampola de 200mg com 20ml (10mg/ml)
- Iniciar a infusão em acesso venoso individualizado, com 2mg/Kg na 1ª hora, seguido de infusão contínua com 1mg/Kg/hora até o clampeamento do cordão umbilical. Diluir em SG 5% e gotejar conforme a tabela abaixo (concentração não exceder 4mg/ml)

Dose de ataque (2mg/kg correr na 1ª hora)	AZT →	40kg	50kg	60kg	70kg	80kg	90kg
		8mL	10mL	12mL	14mL	16mL	18mL
Dose manutenção (1mg/kg/ correr a cada hora)	AZT →	36 gts/min	37 gts/min	37 gts/min	39 gts/min	38 gts/min	39 gts/min
		4mL	5mL	6mL	7mL	8mL	9mL
		35 gts/min	35 gts/min	35 gts/min	36 gts/min	36 gts/min	36 gts/min

- Preparação de AZT para infusão endovenosa em 100ml de SG 5%

Obs: Esquema alternativo com ZT oral é recomendado para uso em situação de não disponibilidade do AZT injetável no momento do parto. Dose 300mg no começo do trabalho de parto e a partir de então 300mg a cada 3 horas até o clampeamento do cordão umbilical.

#### Considerações gerais:

Oferecer o AZT a toda gestante infectada, pela eficácia comprovada na redução da transmissão vertical do HIV, independente do nível do CD4, carga viral, estado clínico ou uso concomitante de outros antiretrovirais, devendo o tratamento ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação ou a partir do momento que for detectado até a hora do parto e prolongar até o clampeamento precoce do cordão umbilical

- Via de parto: Cesárea eletiva, com membranas íntegras e sem ter iniciado o trabalho de parto, estudos mostram que contribuem para a redução da transmissão vertical
- Evitar deixar a paciente com bolsa rota > 4 horas ou em trabalho de parto prolongado
- Realizar o clampeamento imediato do cordão umbilical
- Aspirar delicadamente as vias aéreas do RN, evitando traumatismo em mucosa
- Lavar o RN com água e sabão para a retirada de secreções maternas
- Contraindicar aleitamento materno
- Conduta no recém-nascido.**
- AZT xarope VO dose 2mg/Kg/dose de 6/6h nas primeiras 6 semanas de vida. Iniciar até 2 horas após o nascimento. A partir da sexta semana de vida iniciar profilaxia com sulfametoxazol – trimetopim (40mg/dia de 12/12 horas) 3x semana.
- Encaminhar para acompanhamento especializado

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde  
do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



ISBN 978-85-334-1905-6

