

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Manual AIDPI Neonatal

Quadros de procedimentos

Série A. Normas e Manuais Técnicos

4^a edição

Brasília - DF
2013

©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: 4ª edição - 2013 - 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria de Atenção a 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 Mercedes M. Sovano, Mariane C. Alves Franco, 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, Afonso 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), Mª da Graça Mouchrek Jaldin (MA), Mª de Fátima Arrais Carvalho (MA), Margareth Hamdan Melo Coelho (BA), Maria Rosário Ribeiro 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), Mª da Graça Mouchrek Jaldin (MA), Mª de Fátima Arrais Carvalho (MA), Margareth Hamdan Melo Coelho (BA), Maria Rosário Ribeiro 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 (MS), Luciana Ferreira Bordinoski (MS), Paulo Vicente Bonilha Almeida (MS) e João Joaquim Freitas do Amaral (CE).

4ª Edição (2013) com Revisão Técnica de: Rejane Silva Cavalcante (PA), Rosa Vieira Marques (PA), Mª da Graça Mouchrek Jaldin (MA), Mª de Fátima Arrais Carvalho (MA), Margareth Hamdan Melo Coelho (BA), Maria Rosário Ribeiro Barretto (BA), Cristiano Francisco da Silva (MS), Jussara Pereira de Oliveira (MS) e Paulo Vicente Bonilha Almeida (MS).

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.

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

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

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.

Tradução, 2007

Rejane Silva Cavalcante	Universidade do Estado do Pará
Maria das Mercedes 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

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

Equipe Responsável pela 4ª Edição e Revisão Técnica, 2013:

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 Melo Coelho - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Revisão e adaptação, 2007

Rejane Silva Cavalcante	Universidade do Estado do Pará
Maria das Mercedes 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
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

Maria Rosário Ribeiro Barretto - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
 Paulo Vicente Bonilha Almeida - Ministério da Saúde do Brasil
 Cristiano Francisco da Silva - Ministério da Saúde do Brasil
 Jussara Pereira de Oliveira - Ministério da Saúde do Brasil

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	Eliane do S. de S. O. Ribeiro	Pará	Mariza Fortes de C. P. da Silva	Piauí
Amira Consuelo Figueiras	Pará	Flávio Augusto Lyra T. de Melo	Paraíba	Ozaneide Canto Gomes	Pará
Ana Daniela Nogueira Morais	Paraíba	Francisco Martinez	OPAS/MS	Rejane Silva Cavalcante	Pará
Ana Cristina Guzzo	Pará	Ivani Mendes de Oliveira	Tocantins	Rosa Vieira Marques	Pará
Andrea Franklin de Carvalho	Pernambuco	Jenice Coelho Rodrigues	Alagoas	Rosa Líbia M. da L. P. Sobrinha	Ceará
Aurimery Chermont	Pará	Lúcia Margarida Costa Campos	Pará	Rosimery Monteiro da Costa	Rondônia
Blenda Avelino Garcia	Roraima	Maria das Graças Pantoja	Pará	Rosenilda Rosete de Barros	Amapá
Carline Rabelo de Oliveira	Sergipe	Maria da Graça Mouchrek Jaldin	Maranhão	Rosilene Lopes Trindade	Amapá
Cláudio F. Rodrigues Soriano	Alagoas	Maria de Fátima Arrais Carvalho	Maranhão	Ruben Schindler Maggi	Pernambuco
David da Costa Nunes Jr.	Bahia	Maria das Mercês Sovano	Pará	Ruy Medeiros de Oliveira	Rio Grande do Norte
Débora Luzia Dalponte	Mato Grosso	Maria Florinda P. P. de Carvalho	Pará	Sidneuma Melo Ventura	Ceará
Denis de Oliveira G. Cavalcante Júnior	Pará	Maria Rosário Ribeiro Barretto	Bahia	Valdenira dos S. M. da Cunha	Pará
Elizabeth Ramos Domingos	Roraima	Margareth Hamdan Melo Coelho	Bahia	Vera Maria Borges Leal de Brito	Pará

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

Sumário

PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO À MULHER

Avaliar e determinar o risco antes da gestação	7
Avaliar e determinar o risco durante a gestação	8
Avaliar e determinar o risco durante o parto	9

PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

Avaliar a necessidade de reanimação.	10
Avaliar o risco ao nascer	11

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

Determinar presença de doença grave ou infecção localizada	12
Em seguida, perguntar se a criança tem diarreia	13
Depois, avaliar problemas de nutrição ou de alimentação	14
Verificar o desenvolvimento da criança menor de 2 meses de idade	15
Verificar os antecedentes de vacinação	16
Alerta amarelo	16

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	17
Dar a primeira dose de antibiótico por via parenteral	18
Dar antitérmico para febre alta	19
Como prevenir e tratar a hipoglicemia	19
Tratar convulsão	19
Cuidados rotineiros do recém-nascido	20
Plano A e Plano C para o tratamento da diarreia	21
Ensinar à mãe a tratar as infecções localizadas	22
Ensinar a posição e a pega corretas para amamentação	23
Ensinar à mãe medidas preventivas	23
Aconselhar a mãe quando deve retornar para consulta de seguimento	23
Métodos de seguimento e reavaliação do menor de 2 meses	24
Oferecer serviços de atenção e aconselhar a mãe sobre sua própria saúde	25

ANEXOS

ANEXO I	
Formulário de registro 1	26
ANEXO II	
Formulário de registro 2	27
ANEXO III	
Tratamento - Risco durante a gestação e parto	28
ANEXO IV	
CAPURRO, curvas de crescimento intra-uterino	29
ANEXO V	
Gráfico de controle evolutivo do crescimento (sexo masculino)	30
ANEXO VI	
Gráfico de controle evolutivo do crescimento (sexo feminino)	31
ANEXO VII	
Gráfico de controle de perímetro cefálico (sexo masculino)	32
ANEXO VIII	
Gráfico de controle de perímetro cefálico (sexo feminino)	33
ANEXO IX	
Curvas de crescimento pós-natal para prematuros	34
ANEXO X	
Zonas de icterícia de Kramer	35
Nível de Bilirrubina Total (BT) para indicação de fototerapia e exsanguineotransfusão (EST) em RN ≥ 35 semanas de idade gestacional	35
ANEXO XI	
Medicações para Reanimação Neonatal	36
ANEXO XII	
Normatização do Transporte Inter-Hospitalar	37
ANEXO XIII	
Diagnóstico diferencial das principais infecções congênicas	38
ANEXO XIV	
Tratamento das principais infecções congênicas	39

AVALIAR E DETERMINAR O RISCO ANTES DA GESTAÇÃO

DETERMINAR SINAIS E SINTOMAS DE PERIGO		CLASSIFICAR	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR		Um dos seguintes sinais:	GESTAÇÃO NÃO RECOMENDADA OU SE RECOMENDA ADIAR A GESTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Recomendar engravidar após resolução dos problemas Referir a um nível de maior resolução, se necessário ou tratar se puder Planejamento reprodutivo Controlar doença prévia Determinar a causa e tratar a anemia Dar ferro e polivitaminas, se necessário Desparasitar com Albendazol em zonas de alta prevalência VDRL +, sem tratamento prévio adequado, tratar conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Investigar/Tratar o parceiro HIV +, tratar conforme o protocolo do Ministério da Saúde Vacinar contra Rubéola e Hepatite B, se necessário. Aconselhar sobre a higiene pessoal e estilos de vida saudável Aconselhar sobre higiene bucal e tratamento Tratamento e aconselhamento nutricional
<ul style="list-style-type: none"> Qual sua idade? Já iniciou a vida sexual? Se sim: tem vida sexual ativa? Tem parceiro estável? Você e seu parceiro utilizam algum método de planejamento reprodutivo? Tem relação sexual sem proteção? Quantos partos já teve? Qual o intervalo entre os partos? Qual o tipo de parto? Antecedentes de: cirurgia prévia do aparelho reprodutor, abortos, mortes perinatais, baixo peso ao nascer, prematuros ou com malformações congênitas do tubo neural. Faz uso de álcool, fumo, drogas ou medicamentos? Se sim, quais? Tem alguma doença? Se sim, qual? Teve contato com inseticidas e outros agentes químicos? Investigar dados de depressão, tristeza extrema ou violência. 	<ul style="list-style-type: none"> Peso Altura IMC Pressão arterial (PA) Hemoglobina ABO, Rh. Se Rh negativo, realizar Coombs indireto. VDRL HIV 1 e 2 Toxoplasmose (IgM, IgG) Hepatite B (AgHbs) Hepatite C (Anti HVC) HTLV I e II Lesões sugestivas de HPV Corrimento vaginal Palidez palmar Saúde bucal: dor, sangramento, inflamação, halitose, cárie, peças dentárias incompletas. Esquema de vacinação. Risco de HIV e ITS (infecções de transmissão sexual). 		<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menor de 15 anos Intervalo interpartal < 2 anos IMC < 20 ou > 30 PA > 140x90mmHg Hb < 7 g/dL ou palidez palmar intensa Rh negativo, Coombs indireto positivo VDRL +, sem tratamento prévio adequado HIV + Câncer Doença prévia sem controle Consumo de álcool, fumo ou droga Filho anterior com malformação do tubo neural Tristeza extrema, depressão ou violência Doença falciforme 	<p>GESTAÇÃO NÃO RECOMENDADA OU SE RECOMENDA ADIAR A GESTAÇÃO</p>	<p>EM CONDIÇÕES DE ENGRAVIDAR, MAS COM FATORES DE RISCO</p> <ul style="list-style-type: none"> Consulta com especialista Planejamento reprodutivo Dar 120 mg ferro elementar, VO, por dia, se necessário Ácido fólico 5 mg, VO diariamente, três meses antes da gravidez Desparasitar com Albendazol em zonas de alta prevalência Manejo das ITS (infecções de transmissão sexual), segundo as normas do Ministério da Saúde Profilaxia e tratamento da saúde bucal Aconselhamento nutricional e dieta adequada Aconselhar sobre o risco por Rh negativo Aconselhar sobre a higiene pessoal e estilos de vida saudável Aconselhar sobre a prevenção de câncer de mama e de colo uterino. Vacinar contra HPV, se possível. Vacinar contra Rubéola e Hepatite B, se necessário
			<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Idade: ≥ 15 e < 19 anos ou > 35 anos IMC > 26 e < 30 Parto cesáreo anterior Parceiros múltiplos Hb entre 7 e 12 g/dL ou palidez palmar moderada Rh negativo com Coombs indireto negativo Sem planejamento reprodutivo ITS, risco antecedente ou atual Doença crônica prévia controlada Problemas de saúde bucal Sem vacina anti-rubéola e anti hepatite B Mortes perinatais, baixo peso ao nascer, prematuridade e abortos prévios Fatores de risco para malformação do tubo neural HTLV + HPV + Hepatite B + Hepatite C + 	<p>EM CONDIÇÕES DE ENGRAVIDAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ácido fólico 5 mg, VO diariamente, três meses antes da gravidez Aconselhar sobre a higiene pessoal e bucal Educação sexual e aconselhamento em planejamento reprodutivo Desparasitar com Albendazol em zonas de alta prevalência Aconselhar sobre a prevenção de câncer de mama e de colo uterino - Vacinar contra HPV, se possível Aconselhar sobre estilos de vida saudável: nutrição, exercício físico, prevenção e exposição a tóxicos e infecções
		<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Idade entre 19 e 35 anos IMC entre 20 e 26 Vacinada contra Rubéola e Hepatite B Ausência dos riscos acima mencionados 	<p>EM CONDIÇÕES DE ENGRAVIDAR</p>		
<p>Fatores de risco para malformações do tubo neural:</p> <p>Exposição a pesticidas e outros produtos químicos, uso de medicamentos anticonvulsivantes, diabetes materna, anemia falciforme, baixo nível socioeconômico, desnutrição materna, deficiência de ácido fólico, hipertermia materna e fatores genéticos.</p>					

AVALIAR E DETERMINAR O RISCO DURANTE A GESTAÇÃO

PERGUNTAR	OBSERVAR E DETERMINAR	CLASSIFICAR	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> Qual a sua idade? Quando foi a última menstruação? Faz controle pré-natal? Quando começou o pré-natal? Quantas consultas? Quando foi seu último parto? Já realizou alguma cirurgia sobre o útero (cesárea, retirada de mioma, perfuração uterina etc)? Há quanto tempo? Quantas gestações já teve? Teve filhos com baixo peso e/ou prematuros? Teve filhos malformados? Teve abortos (gestação menor que 5 meses) e/ou morte de filhos antes de nascer ou na primeira semana de vida? Está tendo dor de parto? Sente os movimentos fetais? Tem tido febre? Tem alguma doença? Qual? Está tomando algum medicamento? Qual? Tem ou teve sangramento vaginal? Tem ou teve perda de líquido pela vagina? Qual a cor? Há quanto tempo? Tem corrimento? Tem dor de cabeça forte? Tem visão turva? Tem convulsões? Tem perda de consciência? Fuma, bebe ou consome drogas? 	<ul style="list-style-type: none"> Data provável do parto/Idade gestacional Peso/Altura/IMC Pressão arterial Temperatura Altura uterina Batimento cardíaco fetal (BCF) Apresentação fetal Presença de contrações uterinas Gestação múltipla Se fez cesárea anterior Se tem palidez palmar intensa Se tem edema de face, mãos e/ou pernas Se tem ou teve sangramento vaginal Se tem corrimento vaginal Sinais de doença sistêmica e/ou infecções de transmissão sexual (ITS) Saúde bucal: dor, sangramento, inflamação, halitose, cárie, peças dentárias incompletas Se o calendário vacinal está completo e atualizado (Tetano, Coqueluche, Hepatite B e Influenza). 		<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabalho de parto em curso < 37 semanas Gestação > 41 semanas Diminuição (menor que 6 em 1 hora) ou ausência de movimentos fetais Doença sistêmica grave Infecção urinária com febre Diabetes não controlada Sangramento vaginal Rotura prematura de membranas > 12 horas Hipertensão não controlada e/ou presença de convulsões, visão turva, perda de consciência ou cefaleia intensa Alteração da frequência cardíaca fetal (< 120 ou > 160) Apresentação anormal com trabalho de parto Palidez palmar intensa e/ou Hb < 7g/dL Edema de face, mãos e pernas 	<p>GESTAÇÃO COM RISCO IMINENTE</p>	<p>Estabilizar e referir URGENTEMENTE ao hospital segundo normas de referência.</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar em decúbito lateral esquerdo Prevenir hipotensão Tratar hipertensão arterial segundo protocolo do Ministério da Saúde Se trabalho de parto prematuro, inibir contrações e administrar corticóide (se TPP < 35 semanas) Se rotura prematura de membranas > 12 horas e/ou infecção urinária com febre administrar a primeira dose do antibiótico recomendado Administrar oxigênio, se necessário 	
			<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> < 15 ou > 35 anos Primigesta ou grande multigesta (> 5 gestações) Sem pré-natal Intervalo entre as gestações < 2 anos Altura uterina sem correlação com a idade gestacional Cirurgia anterior sobre o útero < 2 anos Antecedentes de prematuros, de baixo peso ao nascer ou malformados Antecedentes de abortos, morte fetal e /ou neonatal precoce Doença sistêmica controlada (diabetes, hipertensão etc) Infecção urinária sem febre 	<ul style="list-style-type: none"> Palidez palmar moderada e/ou Hb entre 7 - 10 g/dL Corrimento vaginal Drogas teratogênicas Alcoolismo, tabagismo ou drogas Ganho inadequado de peso Apresentação anormal Gestação de mãe Rh negativo VDRL, HIV, HTLV,HPV, Hepatite B/C, Toxoplasmose (IgM), EGB e/ou CMV (IgM) positivos Gestação múltipla Problemas de saúde bucal 	<p>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</p>	<p>Referir para consulta com especialista</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestação múltipla referir antes de 30 semanas VDRL +, sem tratamento prévio adequado, tratar conforme protocolo do Ministério da Saúde. Investigar/Tratar o parceiro Toxoplasmose IgM + ou viragem sorológica durante a gravidez, conduzir conforme protocolo do Ministério da Saúde. Tratar e controlar infecção urinária Recomendar à mãe que continue com o tratamento instituído Administrar ferro, ácido fólico e polivitaminas Em zonas de alta prevalência de parasitose, administrar Albendazol (2º e 3º trimestres) Administrar vacinas (Tetano, Coqueluche, Hepatite B e Influenza) se necessário Orientação para ITS/SIDA EGB positivo orientar profilaxia periparto Orientar nutrição, saúde bucal, cuidados com a gestação, puerpério, aleitamento materno, vacinas e cuidados com o RN Ensinar sinais de perigo para retorno imediato Organizar com a família referência antes do parto de acordo com os fatores de risco e capacidade resolutiva Marcar retorno
			<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestação sem risco iminente ou alto risco 		<p>GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento até o final da gestação com o pré-natal Orientar nutrição, saúde bucal, cuidados com a gestação, puerpério, aleitamento materno, vacinas e cuidados com o RN Orientação para ITS/SIDA Recomendar à mãe que continue com o tratamento instituído Administrar ferro, ácido fólico e polivitaminas Em zonas de alta prevalência de parasitose, administrar Albendazol (2º e 3º trimestres) Administrar vacinas (Tetano, Coqueluche, Hepatite B e Influenza) se necessário Ensinar sinais de perigo para retorno imediato Organizar com a família a referência antes do parto Marcar retorno

SE EXISTIR POSSIBILIDADE DETERMINE:

1º consulta ou 1º trimestre: hemograma, tipagem sanguínea, fator RH, prova de Coombs indireto (se mãe RH negativo), glicemia em jejum, VDRL ou teste rápido para sífilis, teste rápido diagnóstico anti HIV, toxoplasmose (IgM e IgG), AgHBs, citomegalovirus (IgG e IgM), exame de urina, urocultura, ultrasson obstétrico, citopatológico de colo de útero SN e parasitológico de fezes.

2º trimestre: prova de Coombs indireto (se mãe RH negativo), glicemia, VDRL, exame de urina, ultrasson obstétrico, HTLV, CMV e Hepatite C.

3º trimestre: Hemograma, prova de Coombs indireto (se mãe RH negativo), glicemia em jejum, VDRL, anti HIV, toxoplasmose (se IgG não foi reagente), AgHBs, citomegalovirus (se IgG não foi reagente), exame de urina, urocultura, cultura vaginal e anorretal para 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"> Quando foi a última menstruação? Tem dores de parto? Teve infecção urinária recente? Fez tratamento e controle de cura? Tem hemorragia vaginal? Tem saído líquido da vagina? Qual a cor? Há quanto tempo? Tem dor de cabeça forte? Tem zumbido nos ouvidos? Tem escotomas ou visão borrada? Tem/teve convulsões? Tem febre? Percebe movimentos fetais menos que o normal ou o bebê deixou de movimentar-se? Tem doença prévia? 	<ul style="list-style-type: none"> Pressão arterial (PA) Temperatura Número de contrações uterinas em 10 minutos Hipertonia uterina Batimento cardíaco fetal a cada 30 minutos Dilatação cervical e apresentação fetal Hemorragia vaginal Número de movimentos fetais em 10 minutos Perda de líquido Duração do trabalho de parto Edema de face, mãos e/ou pernas 		<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabalho de parto em curso < 37 semanas Diminuição ou ausência de movimentos fetais Doença sistêmica não controlada: diabetes, cardiopatia, hipertireoidismo etc Hipertensão arterial não controlada e/ou presença de convulsões, visão borrada, perda de consciência ou dor de cabeça forte Hemorragia vaginal Rotura prematura de membranas > 12 horas e/ou febre Batimento cardíaco fetal < 120 ou > 160 bpm Palidez palmar intensa ou Hb < 7 g/dL Apresentação anormal com trabalho de parto Presença de líquido amniótico meconial Rh negativo isoimunizada Edema de face, mãos e pernas 3 contrações de 45 segundos em 10 minutos sem modificações cervicais num período de 2 horas 	<p>PARTO COM RISCO IMINENTE</p>	<p>Referir URGENTEMENTE à maternidade segundo s normas de referência</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar em decúbito lateral esquerdo Prevenir a hipotensão Tratar hipertensão arterial segundo protocolo do Ministério da Saúde Tratar hemorragia segundo protocolo do Ministério da Saúde Se tem trabalho de parto prematuro: inibir contrações e administrar corticóide para induzir maturação pulmonar (se < 35 semanas) conforme protocolo em anexo Se rotura prematura de membranas > 12 horas e/ou febre administrar a primeira dose do antibiótico recomendado Administrar oxigênio, se necessário Vigilância do trabalho de parto (Partograma) enquanto aguarda transferência
<p>REVISE RESULTADOS DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hb, Ht, HTLV, VDRL, HIV, hepatite B e C, toxoplasmose, CMV Estreptococo do Grupo B (EGB) e glicemia. Grupo sanguíneo, Coombs indireto. Se mãe Rh negativo investigar uso de imunoglobulina anti-D. Sumário de urina (proteinúria, piúria etc). 	<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Doença sistêmica controlada: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia e/ou hipertireoidismo etc Mãe Rh negativo não isoimunizada VDRL +, sem tratamento prévio adequado HIV + EGB + ou fatores de risco para doença estreptocócica neonatal Hepatite B + e/ou Hepatite C + HTLV + Toxoplasmose IgM + IMC < 20 ou > 30 Palidez palmar moderada e/ou Hb entre 7 e 10 g/dL 		<p>PARTO DE ALTO RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância do trabalho de parto (Partograma) enquanto aguarda transferência. Na maternidade: Se possível, realizar parto normal com 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 + Se HIV e/ou VDRL +, tratar conforme protocolo do Ministério da Saúde. Investigar/tratar o parceiro. Se TOXO +, investigar o bebê Se EGB + ou presença de fatores de risco, iniciar profilaxia para doença estreptocócica neonatal Se Hepatite B/C e/ou HIV/HTLV +, aspiração cuidadosa (se necessário) para evitar lesões. Banho precoce e injeções só após banho Se Hepatite B positivo fazer no RN imunoglobulina e vacinar contra Hepatite B segundo protocolo do Ministério da Saúde Iniciar contato pele a pele precoce Aleitamento materno na primeira hora de vida, inclusive no parto cesáreo, se possível, exceto HIV + e HTLV + Mãe Rh negativo, RN Rh positivo e Coombs direto negativo, aplicar Imunoglobulina anti-D até 72 horas após o parto, independente do Grupo ABO 	
<p>TODA MULHER EM TRABALHO DE PARTO DEVE SER REFERIDA PARA UMA MATERNIDADE, DEVE SER REALIZADO O PARTOGRAMA E TESTE RÁPIDO ANTI-HIV E VDRL ANTES DO PARTO.</p>	<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parto sem risco iminente ou alto risco 		<p>PARTO DE BAIXO RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância do trabalho de parto (Partograma) enquanto aguarda transferência. Na maternidade: Indique deambulação livre durante o trabalho de parto e hidratação oral Se possível, realizar parto normal com manejo ativo do terceiro período do parto, incluindo pinçamento tardio do cordão umbilical (aos 2 a 3 minutos) Iniciar contato pele a pele/aleitamento materno na primeira hora de vida Orientar sobre sinais de perigo no puerpério Aconselhar sobre planejamento reprodutivo 	
<p>PERGUNTE A TODAS AS MÃES SE POSSUEM O CARTÃO DA GESTANTE E ANOTE SUA CONDUTA NO MESMO</p>					

PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

AVALIAR A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO

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

CLASSIFICAR

Em TODOS os casos, antes do parto, perguntar sobre os antecedentes da gestação e o trabalho de parto. Se for possível assistir ao parto, 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-inflamável 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

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

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
Líquido amniótico com mecônio e um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> Não respira ou respiração irregular Flácido FC < 100 	REANIMAÇÃO URGENTE EM PRESENÇA DE MECÔNIO	<ul style="list-style-type: none"> Aspiração e sucção endotraqueal, uma única vez, antes de iniciar reanimação
Líquido amniótico sem mecônio e um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> Pré-termo Não respira ou respiração irregular Flácido 	REANIMAÇÃO URGENTE	Iniciar REANIMAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar calor Posicionar a cabeça Aspirar vias aéreas, se necessário Secar e desprezar o campo úmido Reposicionar o RN Avaliar FC e respiração
Líquido amniótico sem mecônio e um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> Termo Respirando ou chorando Tônus bom 	NÃO REANIMA	<ul style="list-style-type: none"> Contato pele a pele, iniciar amamentação Cuidados de rotina Classifique o risco ao nascer

REAVLIAÇÃO APÓS 30 SEGUNDOS

<ul style="list-style-type: none"> Não respira ou respiração irregular e/ou FC < 100 bpm 	CONTINUAR REANIMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Ventilação com pressão positiva (MÁSCARA E BALÃO AUTO-INFLÁVEL) em ar ambiente Reavaliar FC e respiração em 30 seg. *
<ul style="list-style-type: none"> Respirando ou chorando e FC > 100 bpm 	SUSPENDER REANIMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de rotina Classificar o risco ao nascer Observar no mínimo 1 hora

REAVLIAÇÃO APÓS 30 SEGUNDOS

<ul style="list-style-type: none"> FC < 60 bpm 	REANIMAÇÃO COM MASSAGEM CARDÍACA	<ul style="list-style-type: none"> Ventilação com pressão positiva (MÁSCARA E BALÃO AUTO-INFLÁVEL) com oxigênio a 100% Compressão torácica (relação 3:1 com ventilação) Reavaliar FC em 30 seg. **
<p>↓ FC < 60 bpm ↑</p>		
<ul style="list-style-type: none"> FC ≥ 60 e <100 bpm 	CONTINUAR REANIMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Parar compressão torácica Ventilação com pressão positiva (MÁSCARA E BALÃO AUTO-INFLÁVEL) com oxigênio a 100% Reavaliar FC e respiração em 30 seg.
<ul style="list-style-type: none"> Respirando ou chorando e FC > 100 bpm 	SUSPENDER REANIMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> O₂ inalatório Cuidados de rotina Transferir para unidade de cuidados intensivos

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

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.

O TESTE DO CORAÇÃOZINHO

Aferição da oximetria de pulso no membro superior direito (MSD) e em um dos membros inferiores (MI). RN entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. **Resultado normal:** Saturação \geq 95% em ambas as medidas (MSD e MI) e diferença $<$ 3% entre MSD e MI.

Se anormal realizar nova aferição após 1 hora. Caso o resultado se confirme, realizar ecocardiograma.

- Lavar as mãos antes e depois de examinar o RN.
- Evitar hipotermia.
- Estimular aleitamento materno.
- Vacinar contra hepatite B nas primeiras 12h de vida.

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Peso ao nascer $<$ 2.000g ou \geq 4.000g Idade gestacional $<$ 35 semanas Temperatura axilar $<$ 36° ou \geq 37,5°C Desconforto respiratório e/ou frequência respiratória \geq 60 ou $<$ 30 rpm Febre materna e/ou corioamnionite Rotura prematura de membranas $>$ 12 horas antes do parto Palidez ou pletora (bebê muito vermelho) Infecção intrauterina (TORCH'S), HIV e Chagas Anomalias congênicas maiores Lesões graves devido ao parto Reanimação com pressão positiva/massagem cardíaca 	ALTO RISCO AO NASCER	<ul style="list-style-type: none"> Referir URGENTEMENTE para UCI ou UTI Neonatal de acordo com as normas de estabilização e transporte Favorecer o contato pele a pele quando as condições da criança e da mãe permitirem Controle de glicemia periférica e tratamento da hipoglicemia, se necessário Iniciar a amamentação, se possível (exceto HIV + e/ou HTLV +) Manter o RN aquecido Se a rotura prematura de membranas $>$ 12 horas e/ou febre materna e/ou corioamnionite dar primeira dose dos antibióticos recomendados Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto Orientar a mãe sobre os motivos da transferência Indicar vacinação de acordo com o esquema do Ministério da Saúde
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Peso ao nascer \geq 2.000g e $<$ 2.500g Idade gestacional \geq 35 e $<$ 37 semanas Idade gestacional \geq 42 semanas Anomalias congênicas menores Reanimação sem pressão positiva PIG ou GIG 	MÉDIO RISCO AO NASCER	<ul style="list-style-type: none"> Colocar o RN em contato pele a pele com a mãe Iniciar amamentação na primeira hora de vida, se possível (exceto HIV + e/ou HTLV +) Se PIG, GIG ou peso $<$ 2.500g, controle de glicemia periférica Manter o RN em alojamento conjunto Orientar a mãe a manter o RN aquecido Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto Orientar a mãe sobre os cuidados com o RN em casa Ensinar a mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato Indicar vacinação de acordo com o esquema do Ministério da Saúde Orientar o teste do pezinho, olhinho e orelhinha Realizar teste do coraçãozinho Solicitar avaliação de pediatra/neonatologista antes da alta hospitalar Referir para consulta médica especializada
<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Respiração regular Choro forte Pele e mucosas rosadas Boa atividade Peso ao nascer \geq 2.500g e $<$ 4.000g Idade gestacional \geq 37 e $<$ 42 semanas 	BAIXO RISCO AO NASCER	<ul style="list-style-type: none"> Colocar o RN em contato pele a pele com a mãe Iniciar amamentação na primeira hora de vida, se possível (exceto HIV + e/ou HTLV +) Manter o RN em alojamento conjunto Orientar a mãe a manter o RN aquecido Verificar o cumprimento dos cuidados de rotina em sala de parto Orientar a mãe sobre os cuidados com o RN em casa Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato Indicar vacinação de acordo com o esquema do Ministério da Saúde Orientar o teste do pezinho, olhinho e orelhinha Realizar teste do coraçãozinho Agendar consulta de seguimento em 3 dias

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

CLASSIFICAR

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Não vai bem", irritada • Não consegue mamar ou beber nada • Vomita tudo • Temperatura axilar < 36° ou ≥ 37,5°C • Convulsões/ movimentos anormais • Letargia/inconsciência ou flacidez • Tiragem subcostal grave • Apneia • Batimentos de asas do nariz • Gemido, estridor ou sibilância • Cianose central • Palidez palmar intensa • Icterícia abaixo do umbigo e/ou de aparecimento antes de 24 horas de vida • Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias • Secreção purulenta no ouvido ou nos olhos (abundante e com edema palpebral) ou no umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor) • Distensão abdominal • Frequência respiratória ≥ 60 ou < 30rpm • Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas) • Enchimento capilar lento (> 2seg) • Anomalias congênicas maiores 	<p>DOENÇA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE ao hospital segundo as normas de estabilização e transporte • Dar a primeira dose via parenteral dos antibióticos recomendados, exceto em anomalias congênicas sem exposição de vísceras e icterícia • Administrar oxigênio se houver cianose central • Prevenir, controlar e, se necessário, tratar a hipoglicemia • Dar acetaminofen para febre > 38°C • Tratar convulsões • Prevenir a hipotermia (manter a criança aquecida) • Recomendar à mãe que continue a amamentação, se possível
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta nos olhos • Umbigo com secreção purulenta e/ou eritema sem estender-se para a pele ao redor • Pústulas na pele (poucas ou localizadas) • Placas brancas na boca 	<p>INFECÇÃO LOCALIZADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar antibiótico recomendado por 7 dias ou Nistatina segundo o sinal observado. Se monilíase oral tratar o mamilo da mãe • Aplicar tratamento local (antibiótico tópico) • Ensinar à mãe a tratar as infecções localizadas em casa • Ensinar à mãe medidas preventivas e sinais de perigo para retorno imediato • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo • Fazer o seguimento em 2 dias
<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhum dos sinais anteriores 	<p>SEM DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo • Nenhum tratamento adicional • Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato • Orientar a mãe quanto ao retorno para nova consulta

Lavar as mãos antes e depois de examinar a criança

EM SEGUIDA, PERGUNTAR SE A CRIANÇA TEM DIARREIA

SE A RESPOSTA É POSITIVA, PERGUNTAR:	OBSERVAR E DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> Há quanto tempo? Tem sangue nas fezes? A criança está sugando bem? 	Sinais de desidratação: <ul style="list-style-type: none"> Letárgico ou inconsciente Inquieto ou irritado Olhos fundos Sinal da prega cutânea Sucção débil ou não consegue mamar

CLASSIFICAR

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

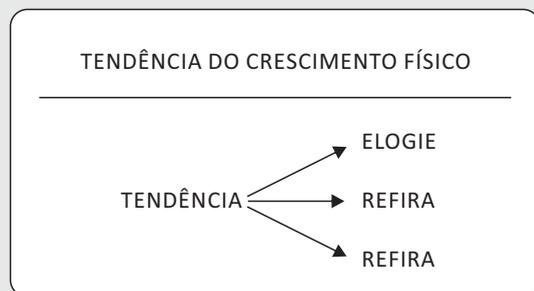
Lavar as mãos antes e depois de examinar a criança

* Antes de referir, quando há condições de aplicar o PLANO C e não tem outra classificação grave.

DEPOIS AVALIAR PROBLEMA DE NUTRIÇÃO OU ALIMENTAÇÃO

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

CLASSIFICAR



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

No RN prematuro, utilizar a curva de crescimento pós-natal

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

PERGUNTAR	OBSERVAR	CLASSIFICAR	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> Realizou pré-natal? Houve algum problema durante a gestação, parto ou nascimento de seu filho? Nasceu prematuro? Quanto pesou ao nascer? Seu filho teve icterícia ou alguma doença grave como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? A senhora e o pai da criança são parentes? Existe algum caso de deficiência na família? O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho? <p>FAZER PERGUNTAS ADICIONAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existem outros fatores de risco como violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo etc.? <p>LEMBRE-SE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se a mãe disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento, fique mais atento na avaliação dessa criança 	<p>MARCOS NO MENOR DE 1 MÊS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Postura (barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada) Observa um rosto Reage ao som Eleva a cabeça <p>MARCOS DE 1 MÊS A < 2 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Emite sons Movimenta ativamente os membros Abre as mãos Sorriso social <p>ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perímetro cefálico acima de + 2 escores Z ou abaixo de - 2 escores Z Presença de alterações fenotípicas: <ul style="list-style-type: none"> 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 recurvado 		<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> PC acima de +2 escores Z ou abaixo de - 2 escores Z <p>e/ou</p> <ul style="list-style-type: none"> Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas <p>e/ou</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais marcos, para a faixa etária anterior, nas crianças de 1 mês à < 2 meses. Nas crianças menores de 1 mês, ausência de 1 ou mais marcos para a sua faixa etária. 	<p>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto Referir para avaliação neuropsicomotora
			<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais marcos, para a sua faixa etária, nas crianças de 1 mês à < 2 meses <p>.....</p> <p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presença de todos os marcos para a sua faixa etária, mas existe um ou mais fatores de risco 	<p>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO</p> <p>.....</p> <p>DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho Marcar consulta de retorno em 30 dias
			<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presença de todos os marcos para a sua faixa etária e ausência de fatores de risco 	<p>DESENVOLVIMENTO NORMAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto Orientar a mãe para que continue estimulando seu filho Retornar para acompanhamento conforme a rotina do seu serviço de saúde

No RN prematuro, o desenvolvimento deve ser avaliado, com base na idade gestacional corrigida

VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACINAÇÃO	NASCIMENTO		AGENDAR AOS DOIS MESES
	_____	BCG_ID	_____

Verificar se a criança recebeu agendamento para as próximas vacinas aos dois meses de idade.

Avaliar outros problemas (completar o exame físico ex: trauma ao nascer, lesões cutâneas, displasia de quadril ou outros que a mãe refira como por exemplo fezes acólicas - ver abaixo alerta amarelo).

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.



ALERTA AMARELO

O aumento da bilirrubina direta (colestase) representa a presença de doença hepatocelular ou biliar e necessita exploração clínica urgente. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado influem decisivamente na sobrevivência e na qualidade de vida de muitos pacientes, como nos portadores de atresia biliar e alguns erros inatos do metabolismo.

A atresia biliar é a principal causa de transplante hepático em crianças e, se não tratada, é fatal em 100% dos casos. A cirurgia de Kasai (portoenterostomia) é a única alternativa para evitar o transplante hepático, tendo melhores resultados se realizada precocemente. No Brasil, o encaminhamento tardio destes pacientes é um importante problema. Medidas simples, como as descritas a seguir, podem facilitar o diagnóstico precoce e melhorar o prognóstico destas crianças:

- O recém-nascido que persistir com icterícia com idade igual ou maior que 14 dias deve ser avaliado do ponto de vista clínico (global e coloração das fezes e urina) e laboratorial (bilirrubinas).
- Se as fezes foram "suspeitas" ou a criança apresentar aumento de bilirrubina direta, encaminhar o paciente para serviços especializados.



A COLESTASE NEONATAL É UMA URGÊNCIA EM PEDIATRIA!

Departamento Científico de Gastroenterologia Pediátrica SBP



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 (ver página 19).

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

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

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

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

AMICACINA - Dose: 15mg/Kg/dia IM			
Para uma ampola de 100mg (2mL) , logo 1ml = 50mg		Para uma ampola de 500mg (2mL) , logo 1ml = 250mg	
Peso (Kg)	Dose (mL)		Frequência
	50mg/mL	250mg/mL	
2,0	0,6	0,12	A cada 24 horas
2,5	0,7	0,15	
3,0	0,9	0,18	
3,5	1,0	0,21	
4,0	1,2	0,24	
4,5	1,35	0,27	
5,0	1,5	0,3	

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

GENTAMICINA - Dose: 4mg/Kg/dia IM		
Para uma ampola de 80mg (2mL) adicionar 2mL de água destilada = 4mL logo 1mL = 20mg		Para uma ampola de 40mg (1mL) adicionar 1mL de água destilada = 2mL logo 1mL = 20mg
Peso (Kg)	Dose (mL)	Frequência
2,0	0,4	A cada 24 horas
2,5	0,5	
3,0	0,6	
3,5	0,7	
4,0	0,8	
4,5	0,9	
5,0	1,0	

**Ao usar penicilina G cristalina EV
rediluir a solução para não causar flebite**

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

DAR ANTITÉRMICO PARA FEBRE ALTA (> 38°C)

ACETAMINOFEN				
Dose: 10mg/Kg/dose				
Peso (Kg)	Dose (gotas)			Frequência
	100 mg/mL	200 mg/mL	300 mg/mL	
2,0	4	2	2	A cada 8 horas
3,0	6	3	2	A cada 6 horas
4,0	8	4	3	
5,0	10	5	4	
6,0	12	6	4	
7,0	14	7	5	

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 intramuscular e manter 2,5mg/kg/dose de 12/12 horas por via oral.

FENOBARBITAL			
Dose de ataque: 20mg/Kg IM			
Dose de manutenção: 2,5 a 5 mg/Kg/dia VO			
Peso (Kg)	IM 200mg/mL Ataque	VO 1 gota = 1mg Manutenção	Frequência
2,0	0,2 mL	3 a 5 gotas	A cada 12 horas
3,0	0,3 mL	4 a 7 gotas	
4,0	0,4 mL	6 a 10 gotas	
5,0	0,5 mL	6 a 12 gotas	
6,0	0,6 mL	8 a 15 gotas	
7,0	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/min), 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, vacina anti hepatite B e profilaxia 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

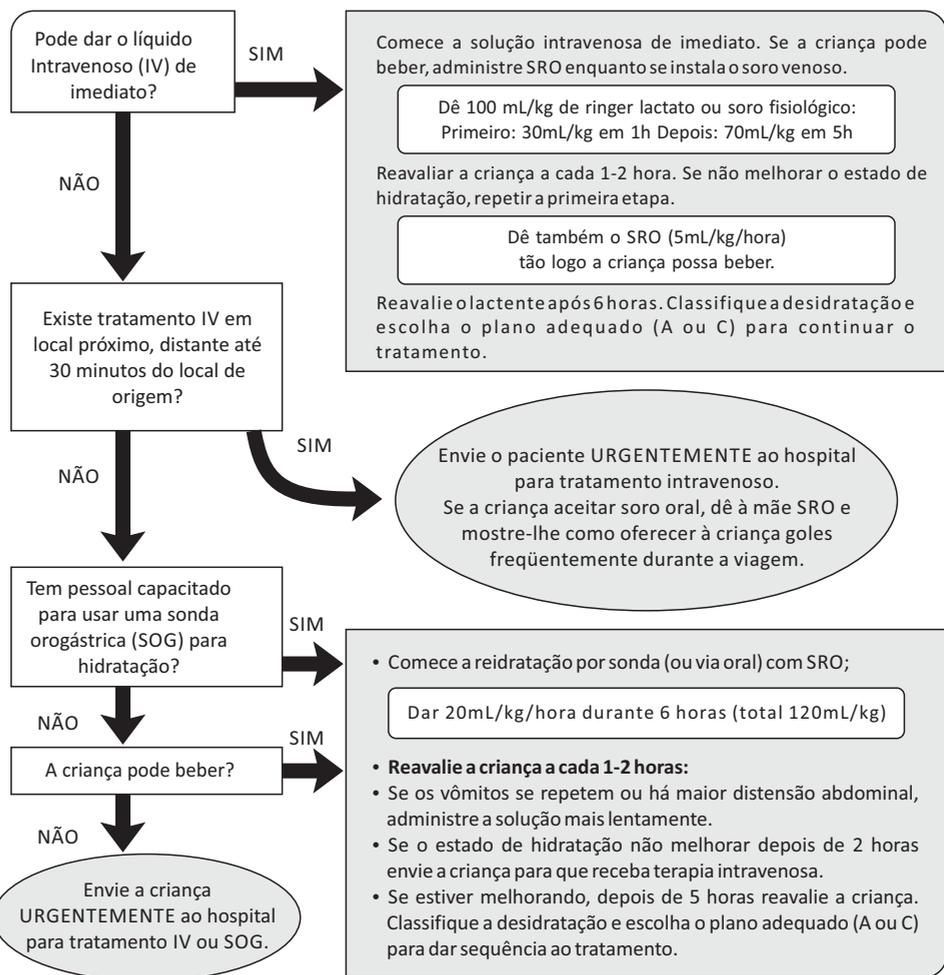
3. ORIENTAR QUANDO RETORNAR

- 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

- 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 (mupirocina ou neomicina + bacitracina)
- Não usar 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 algodão úmido, 6 vezes ao dia
- Abaixar a pálpebra inferior da criança
- Aplicar antibiótico tópico - tobramicina ou cloranfenicol (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
- Limpar a boca da criança suavemente com um pano limpo, enrolado em um dedo e umedecido com água
- Aplicar 1 conta-gotas de nistatina a cada 6 horas na boca da criança por 8 dias
- Tratar seus mamilos com nistatina local, a cada 6 horas
- Lavar as mãos

ENSINAR A POSIÇÃO E A PEGA CORRETAS PARA AMAMENTAÇÃO

Mostrar à mãe como posicionar a 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
- Segurar 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 – orientar 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 (alerta para desenvolvimento ou desenvolvimento normal com fator de risco)	30 dias

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.

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 (está amarela) Está pouco reativa, largada, ou “não vai bem”

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 à mãe que continue dando peito sob livre demanda, pelo menos 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 da mãe

TRATAMENTO:

- Se a CANDIDÍASE piorou ou se a criança tem problema com a pega no seio, referir ao hospital.
- Se a CANDIDÍASE melhorou e se a criança está se alimentando bem, continuar com a nistatina até terminar os 5 dias restantes de tratamento.
- Aconselhar a mãe como cuidar de seus mamilos e a manter o tratamento.

SEM DESIDRATAÇÃO

Depois de 2 dias:

- Tem sangue nas fezes?
- Examine a criança:
- Está inquieta ou irritada?
 - Letárgica ou inconsciente?
 - Sucção débil ou não consegue mamar?
 - Tem os olhos fundos?
 - Prega cutânea se desfaz lentamente ou muito lentamente?
 - Determinar o grau de hidratação.

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 “Depois avaliar problema de nutrição e alimentação”.
- Perguntar sobre qualquer problema de alimentação detectado na primeira consulta.
- Aconselhar a mãe sobre qualquer problema novo ou persistente.
- Se o peso do menor de 2 meses é baixo para a idade, dizer à 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 (ALERTA PARA DESENVOLVIMENTO OU DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATOR DE RISCO)

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 identificar 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 tenha alimentação saudável
- Aconselhar sobre planejamento reprodutivo, citologia vaginal, exploração das mamas e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ITS)
- Determinar os antecedentes de vacinação da mãe e, se necessário, atualizar calendário vacinal
- Aconselhar sobre higiene, autocuidado e auto estima
- Fazer controle puerperal no primeiro mês, dar vitaminas e ferro

Anexo I

Formulário de Registro 1

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

1. DADOS DA MÃE Nome: _____ Motivo da consulta: _____ Idade: _____ anos Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm PA: _____ / _____ mmHg. Tipo de sangue: _____ DATA: ____/____/____ Tax: _____ °C	2. DADOS DA CRIANÇA AO NASCER Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Tax: _____ °C APGAR: 1° min: _____ Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm PC: _____ cm 5° min: _____
3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Gesta: _____ Para: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ (Espontâneos: _____) VACINAS: _____ Nascidos vivos: _____ Mortes neonatais: _____ Filhos < 2.500g _____ e/ou > 4.000g _____ Internação por hipertensão/ preeclâmpsia/ 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

VERIFIQUE O RISCO DURANTE A GESTAÇÃO QUE AFETA O BEM ESTAR FETAL:	Gestação de _____ semanas pela DUM ou Altura Uterina	
<ul style="list-style-type: none"> • T. parto < 37 sem • Gestação > 41 sem • Diminuição ou ausência de movimentos fetais • Doença sistêmica grave • Infecção urinária com febre • Diabetes não controlada • Hemorragia vaginal • RPM > 12 horas • Hipertensão não controlada e/ou presença de convulsões, visão turva, perda de consciência ou cefaleia intensa 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do BCF • Apresentação anormal com trabalho de parto • Palidez palmar intensa e/ou Hb < 7g/dL • Edema de face, mãos e pernas 	<ul style="list-style-type: none"> • < 15 anos ou > 35 anos • Primigesta ou grande multigesta • Sem pré-natal • Intervalo entre partos < 2 anos • Altura uterina sem correlação com IG • Cirurgia anterior sobre o útero • Antecedentes de PMT, BPN ou malformação do tubo neural • Antecedentes de abortos, morte fetal ou neonatal precoce • Doença sistêmica controlada • Infecção urinária sem febre • Problemas de saúde bucal
		<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes controlada • Palidez palmar moderada e/ou Hb entre 7 g/dL e 10 g/dL • Secreção vaginal • Drogas teratogênicas • Alcoolismo, tabagismo ou drogas • Hipertensão controlada • Ganho inadequado de peso • Apresentação anormal • Gravidez múltipla • Mãe Rh negativo • VDRL, HIV, HTLV, Hepatite B e C, CMV; TOXO e/ou EGB positivos.
		Gravidez com risco iminente Gravidez de alto risco Gravidez de baixo risco

NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO

Líquido amniótico com mecônio Não respira ou respiração irregular FC < 100 bpm FC < 60 bpm	Flacidez Líquido amniótico claro Respirando ou chorando FC > 100 bpm	Reanimação urgente + mecônio Reanimação urgente Reanimação + Massagem Sem reanimação
---	---	---

O RISCO AO NASCER E CLASSIFICAR SEGUNDO O PESO E IDADE GESTACIONAL

<ul style="list-style-type: none"> • Peso < 2.000g ou ≥ 4.000g • Dificuldade respiratória; frequência respiratória ≥ 60 ou < 30 rpm • Infecção intra-uterina (TORCH/HIV/CHAGAS) • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso ≥ 2.000g e < 2.500g • Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas • Idade gestacional ≥ 42 semanas • Anomalias congênicas menores • Reanimação sem pressão positiva/ massagem cardíaca • PIG ou GIG 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração regular • Choro forte • Rosada • Ativo ao nascer • Peso ≥ 2.500g e < 4.000g • Idade gestacional ≥ 37 semanas e < 42 semanas
		Idade Gest: _____ semanas PIG AIG GIG
		Pré-termo Termo Pós-termo
		Alto risco ao nascer Médio risco ao nascer Baixo risco ao nascer

Anexo II
Formulário de Registro 2

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

DADOS DA CRIANÇA	Data da consulta: ____/____/____	Data de Nascimento: ____/____/____	T: ____°C
Nome da Mãe: _____	Nome da Criança: _____	Idade: ____ dias	Primeira consulta: ____
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 =		
<ul style="list-style-type: none"> • "Não vai bem", irritada • Não consegue mamar ou beber nada • Vômito tudo • Temperatura Axilar < 36 ou ≥ 37,5°C • Convulsões ou movimentos anormais • Letárgica/inconsciente • Apneia • Batimentos de asas de nariz • Gemido, estridor ou sibilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Cianose central, palidez intensa • Icterícia abaixo do umbigo, e/ou início antes de 24h • Tiragem subcostal grave • Distensão abdominal • Manifestação de sangramento: equimose, petéquias, hemorragias 		
<ul style="list-style-type: none"> • FR ≥ 60 ou < 30mrpm • Pústulas ou vesículas na pele • (numerosas ou extensas) • Enchimento capilar lento (>2 segundos) • Anomalias congênitas maiores • Secreção purulenta no ouvido ou nos olhos (abundante e com edema palpebral) ou no umbigo (com eritma que se estende para pele ao redor) 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta nos olhos • Umbigo com secreção purulenta e/ou eritema sem estender-se para pele ao redor • Pústula na pele (poucas ou localizadas) • Placas brancas na boca 		
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">SIM</td> <td style="width:50%; text-align: center;">NÃO</td> </tr> </table>	SIM	NÃO
SIM	NÃO		
DIARREIA			
<ul style="list-style-type: none"> • Letárgica/inconsciente • Inquieta ou irritada • Olhos fundo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinal de prega cutânea • Sucção débil ou não consegue mamar 		
<ul style="list-style-type: none"> • Diarreia há 7 dias ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangue nas fezes 		
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">SIM</td> <td style="width:50%; text-align: center;">NÃO</td> </tr> </table>	SIM	NÃO
SIM	NÃO		
NUTRIÇÃO Primeiro: Determinar a tendência do crescimento			
Perda do peso maior que 10% na primeira semana de vida	Tendência de crescimento horizontal ou em declínio Peso/idade abaixo de -2 escores Z Pega incorreta Baixo ganho ponderal (< 600g/mês)		
Não mama bem Não mama sob livre demanda Recebe outros alimentos ou líquidos Recebe outro leite	<ul style="list-style-type: none"> • Problema grave de nutrição • Problemas de nutrição ou de alimentação • Não tem problemas de nutrição ou de alimentação 		
Desenvolvimento PC abaixo de - 2 escores Z ou acima de + 2 escores Z Alterações fenotípicas: 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 recurvado.	Ausência de: <ul style="list-style-type: none"> • 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 movimentam ativamente os membros. Todos os marcos presentes para sua faixa etária, mas existem fatores de risco.		
VERIFIQUE OS ANTECEDENTES DE VACINAÇÃO DO MENOR DE 2 MESES. Marcar com um círculo as vacinas que serão aplicadas hoje			
CRIANÇA			
----- BCG	----- HepB - 1		
AVALIAR OUTROS PROBLEMAS:			
Voltar para próxima vacina em: ____/____/____ Data			

TRATAMENTO – RISCO DURANTE A GESTAÇÃO E PARTO

PREVENIR HIPOTENSÃO

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

TRATAR HIPERTENSÃO: Pressão Arterial acima de 140x90 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 $> 160 \times 110\text{ mmHg}$.

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, diluir com 19 mL de soro fisiológico – 1mg/mL), ou nifedipina 10mg, VO, a cada 30 minutos, máximo de 3 doses.

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 PODEM AFETAR O BEBÊ:

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

TRABALHO DE PARTO PREMATURO:

- Nifedipina comprimido de 20mg VO. Se hipotensão materna ou bloqueio AV usar Terbutalina 2,5mg (5 ampolas) em 500mL de SG5% - 10 gotas/min com aumento de 10 gotas a cada 15 min.
- Corticóide (TPP < 35 semanas):
 - Betametasona 12mg IM de 24/24 horas - 2doses ou
 - Dexametasona 6mg IM de 12/12horas - 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 e/ou 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 $\geq 18\text{h}$

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 ²)
Desnutrida	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 IV

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	<p>CÁLCULO = Somar os pontos total das 5 características acrescentar 204 e após dividir por 7.</p>
TAMANHO DA GLÂNDULA 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 7,5mm. Aréola pontiaguda e bordo não levantado 10	Diâmetro maior de 7,5 mm. Aréola pontiaguda e bordo levantado 15	
TEXTURA DA PELE	Muito fina 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	
					Grossa, enrugada, com marcas profundas 20
					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

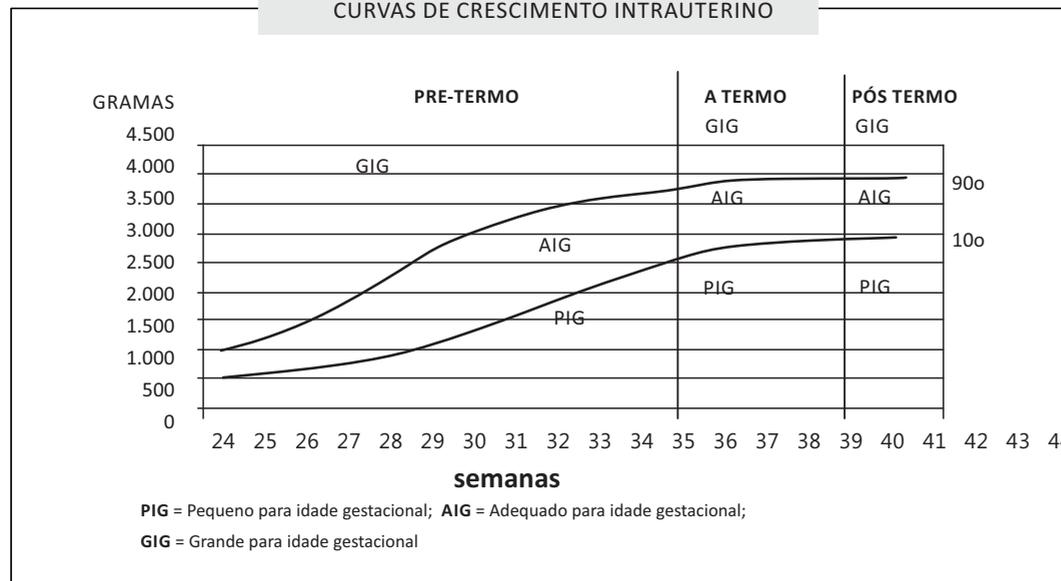
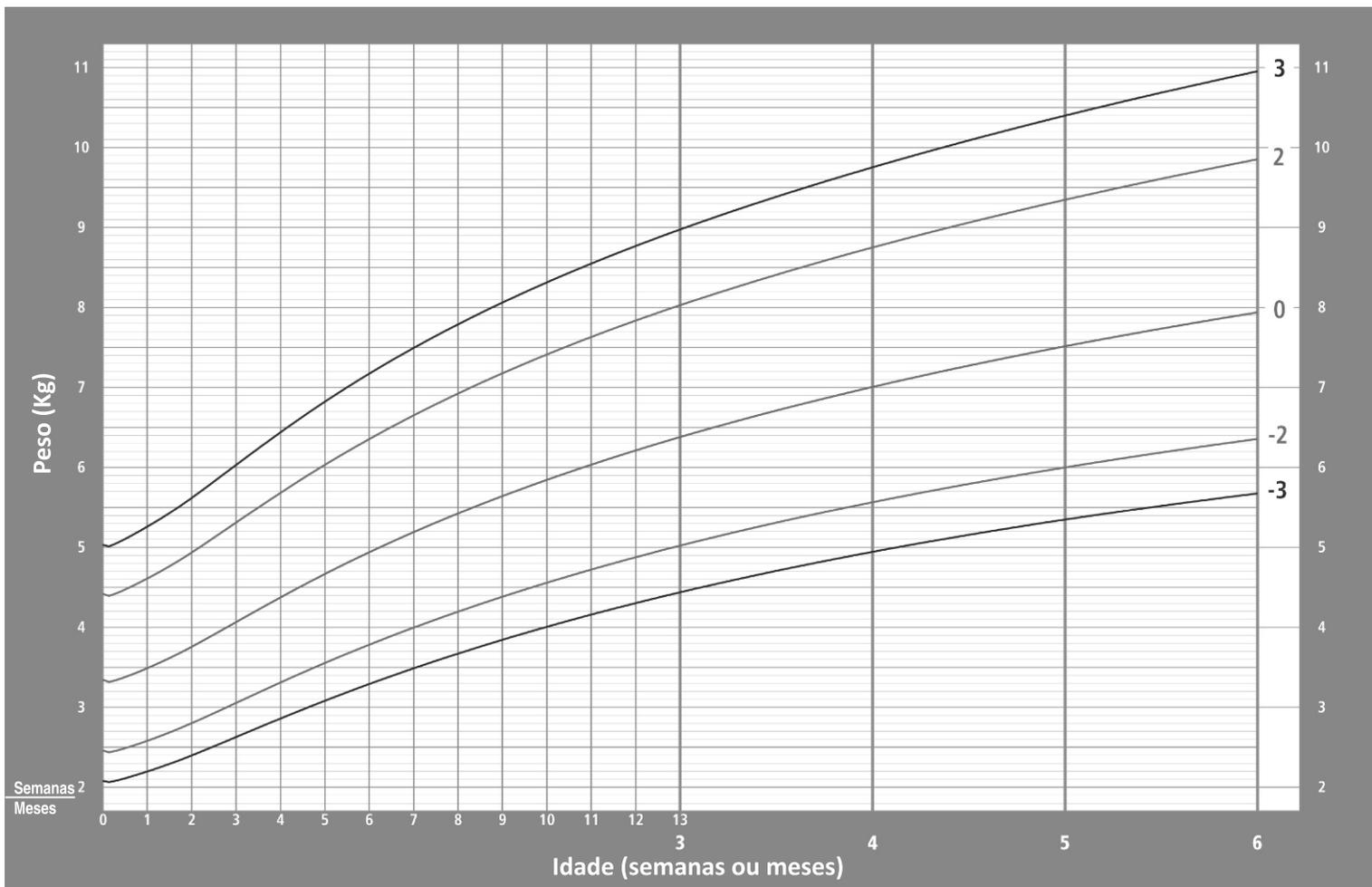


GRÁFICO DE CONTROLE EVOLUTIVO DO CRESCIMENTO (SEXO MASCULINO)

Peso / Idade - MENINOS

Nascimento a 6 meses (escore-Z)

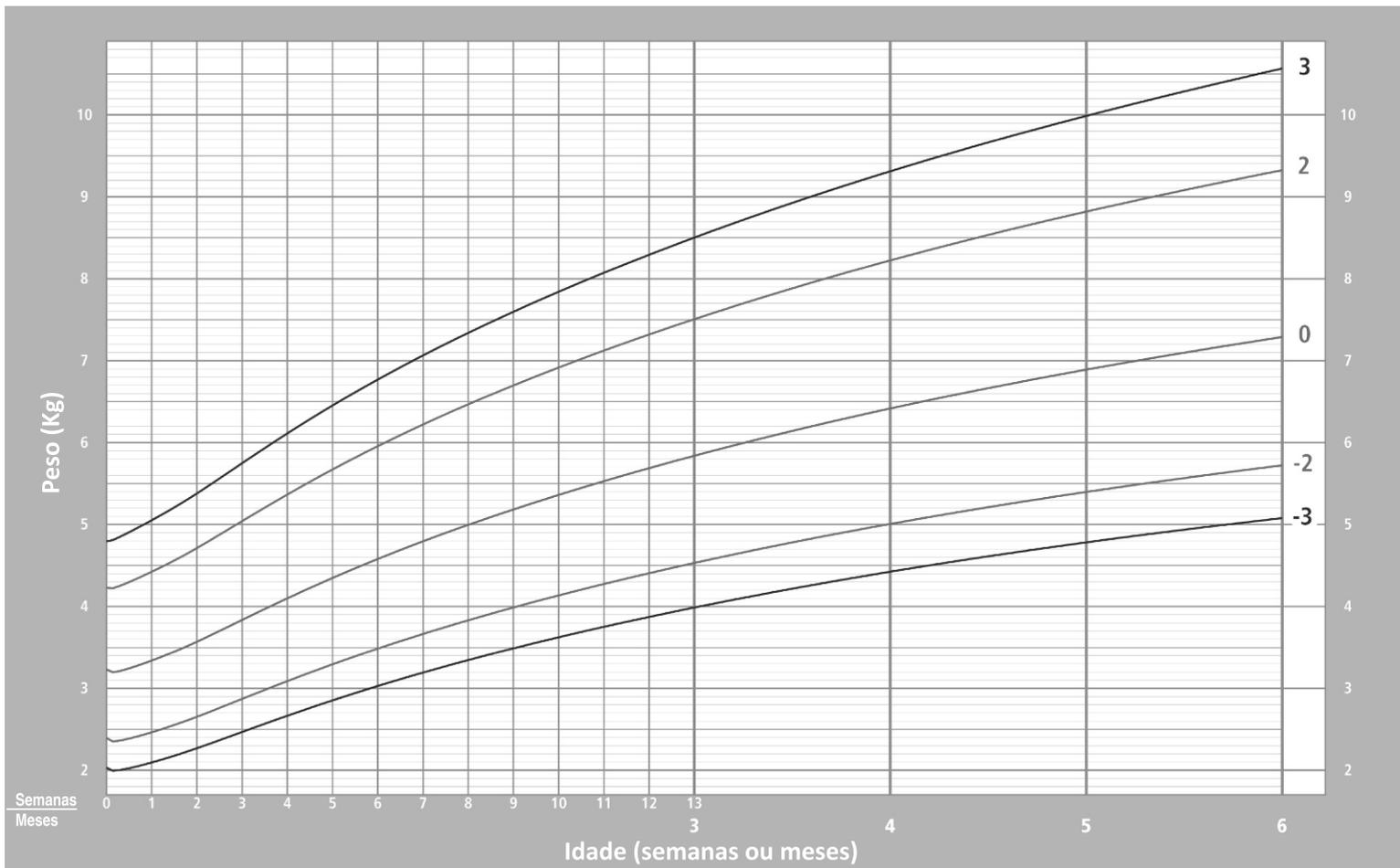


WHO Child Growth Standards

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

Peso / Idade - MENINAS

Nascimento a 6 meses (escore-Z)

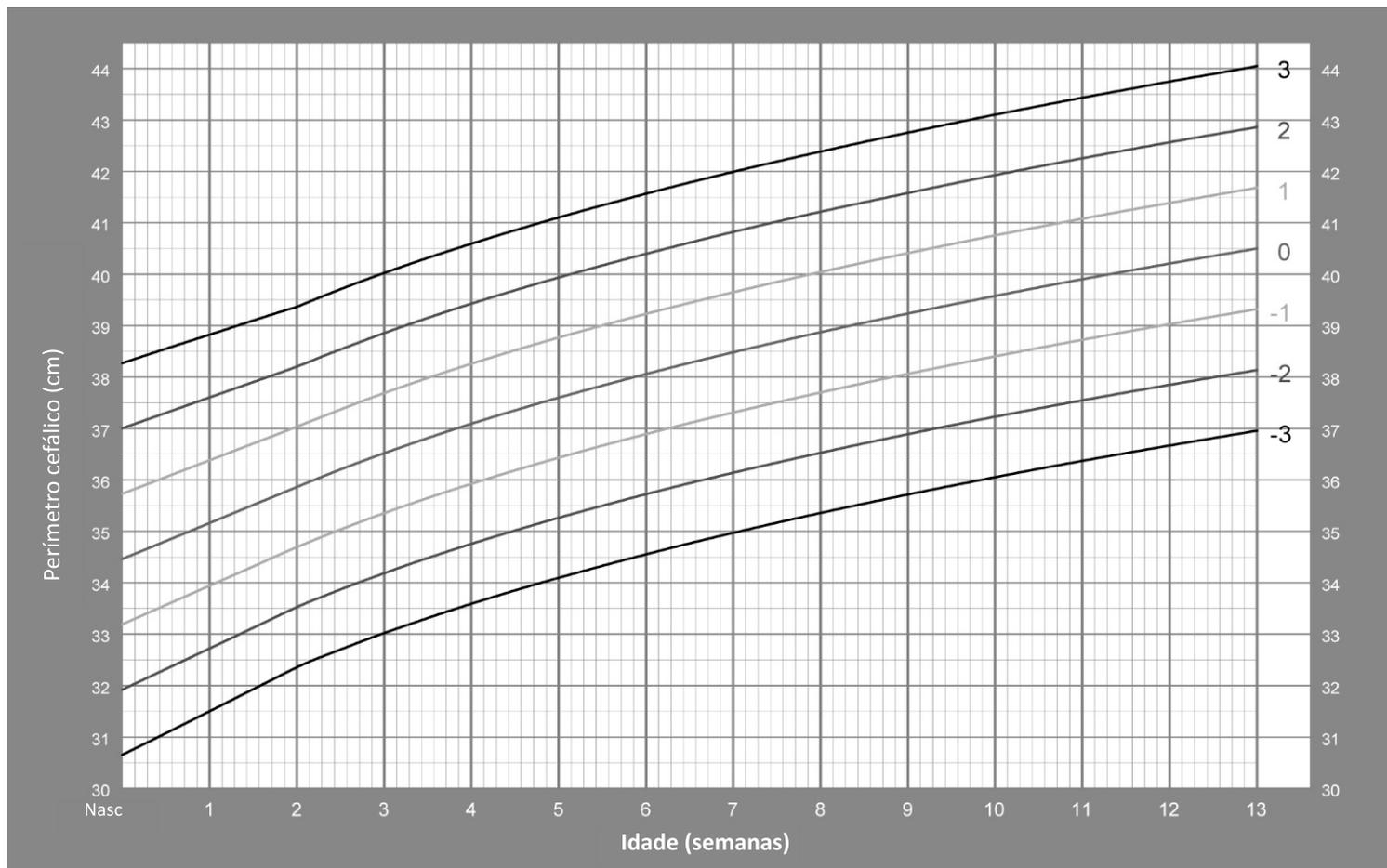


WHO Child Growth Standards

GRÁFICO DE CONTROLE DE PERÍMETRO CEFÁLICO (SEXO MASCULINO)

Perímetro cefálico / Idade - MENINOS

Nascimento a 13 semanas (escore-Z)

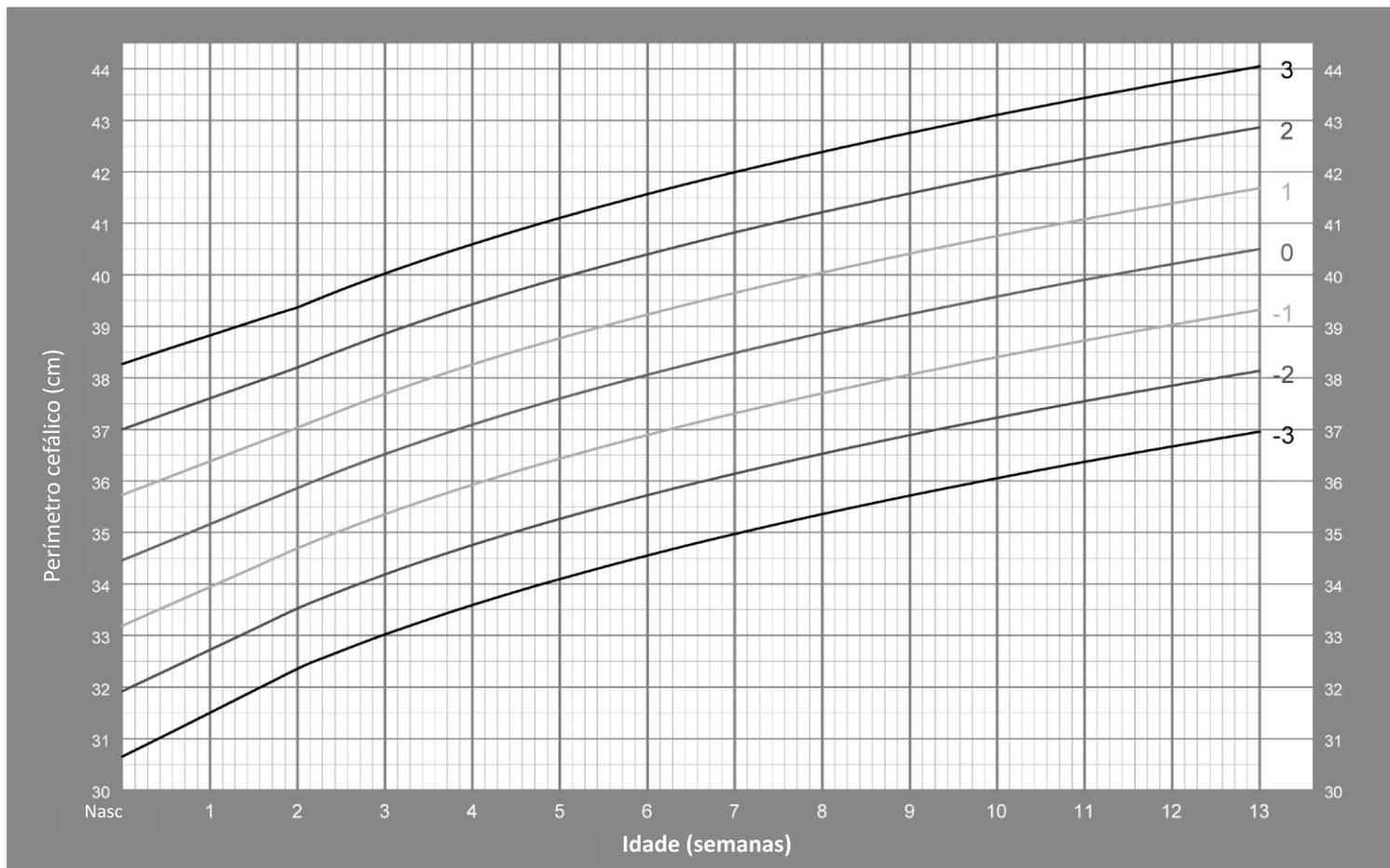


WHO Child Growth Standards

GRÁFICO DE CONTROLE DE PERÍMETRO CEFÁLICO (SEXO FEMININO)

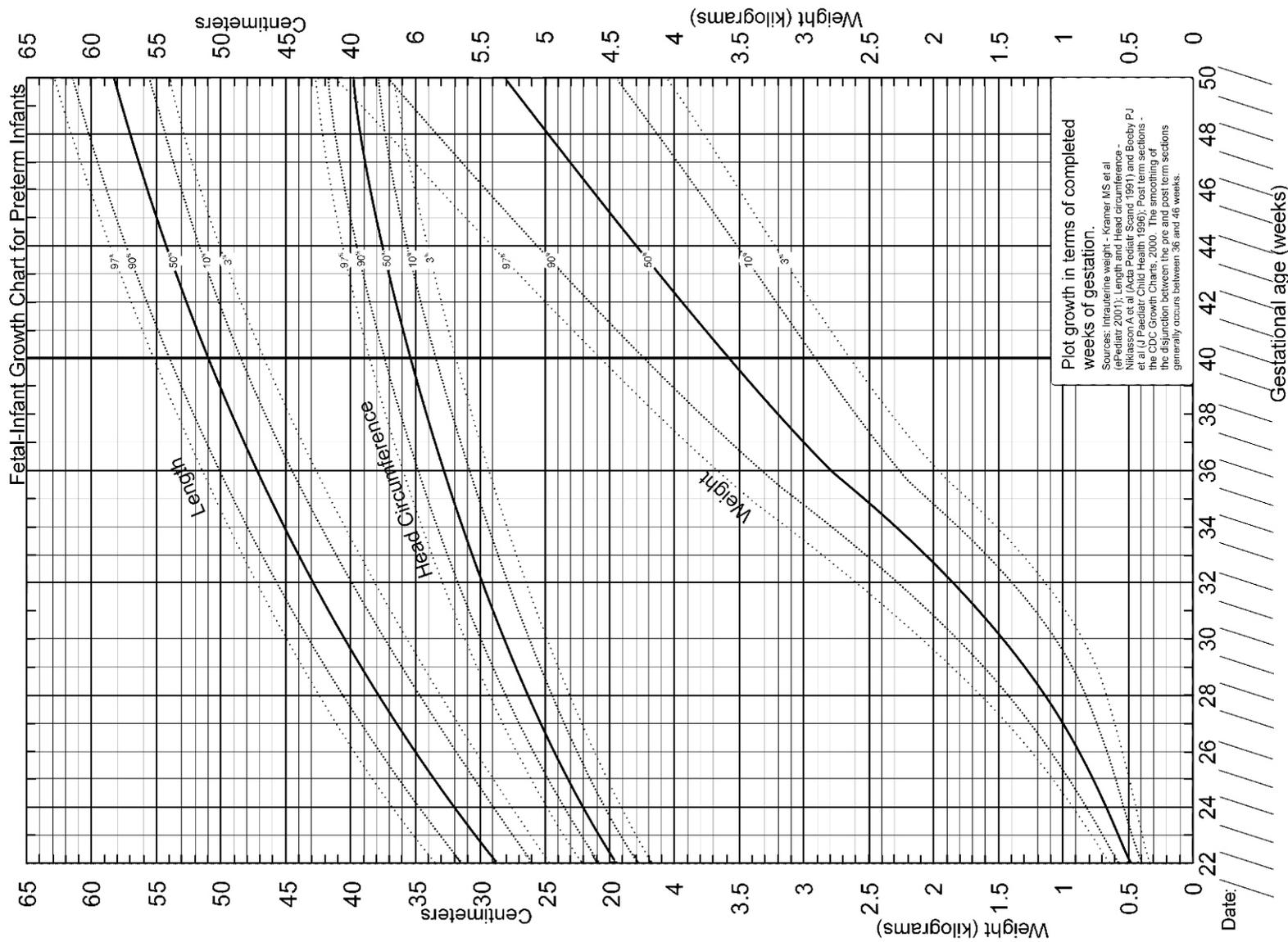
Perímetro cefálico / Idade - MENINAS

Nascimento a 13 semanas (escore-Z)

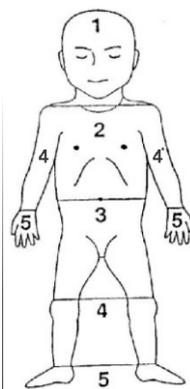


WHO Child Growth Standards

CURVAS DE CRESCIMENTO PÓS-NATAL PARA PREMATUROS



ZONA DE ICTERÍCIA DE KRAMER



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

ZONA 2. Icterícia até no umbigo (BT \approx 9 mg/dl)

ZONA 3. Icterícia até os joelhos (BT \approx 12 mg/dl)

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

ZONA 5. Icterícia até região plantar e palmar (BT \approx 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 ^{0/7} - 37 ^{6/7} Semana	\geq 38 ^{0/7} Semana	35 ^{0/7} - 37 ^{6/7} Semana	\geq 38 ^{0/7} Semana
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

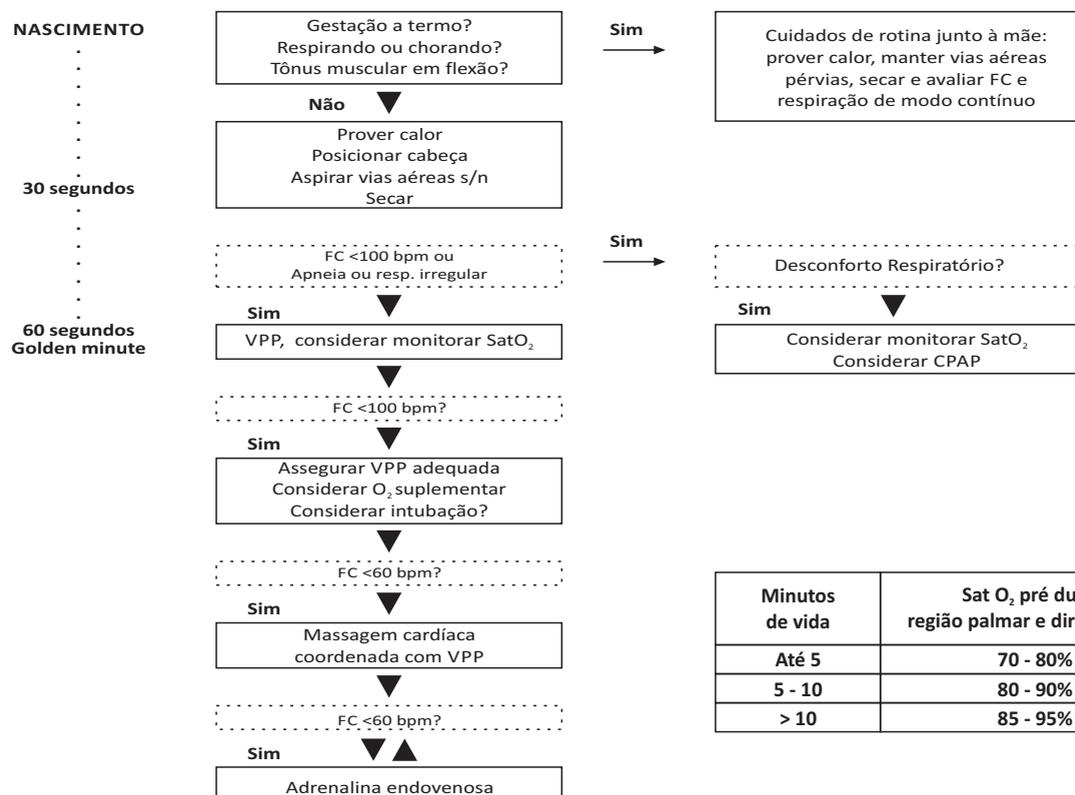
- Diminuir em 2mg/dL o nível de indicação de fototerapia ou EST se doença hemolítica, (Rh, ABO, outros antígenos), deficiência de G-6-PD, asfixia, letargia, instabilidade na temperatura, sepse, acidose ou albuminemia < 3g/dL.
- Iniciar fototerapia de alta intensidade sempre que: BT > 17-19 mg/dL e colher 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

MEDICAÇÕES PARA REANIMAÇÃO NEONATAL

	Adrenalina Endovenosa	Adrenalina Endotraqueal	Expansores de Volume
Diluição	1:10.000 1 mL adrenalina 1:1000 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
Preparo	1 mL	5 mL	2 seringas de 20 mL
Dose	0,1 - 0,3 mL/Kg	0,5 - 1 mL/Kg	10 mL/kg EV
Velocidade e Precauções	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



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.

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 (12 volts), 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, torneira e equipo de infusão;
- Caixa de pequena cirurgia;
- Maleta de parto;
- Material para drenagem torácica;
- Cobertores ou filmes metálicos;
- 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 furosema.

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;
- 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.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS PRINCIPAIS INFECÇÕES CONGÊNTAS

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 palmoplantares; periostite; osteocondrite; coriza sanguinolenta	Microcefalia Convulsões Hidrocefalia	Prematuridade Edema	Catarata Glaucoma Cardiopatia Surdez Microcefalia Lesões Ósseas	Pneumonite	Vesículas (tronco, face e membros) Microcefalia
Diagnósticos	Sorologia positiva	Sorologia positiva	Pesquisa direta do T. Cruzei 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.

INFECÇÃO CONGÊNITA - TRATAMENTO

1. 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 confirmatórios 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 liquóricas e/ou ósseas) compatíveis com Sífilis Congênita.
2. Recém-nascidos 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 detecção de *Treponema pallidum* em campo escuro ou de anticorpos de fluidos orgânicos.
4. Mãe com sífilis em atividade e não tratado durante a gestação.
5. Mãe com evidência sorológica de reinfeção 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 tratado na fase precoce da doença ou título 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 recentes secundárias 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 sífilis congênita confirmada ou provável:

RECÉM-NASCIDO 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 unidades/kg/dose a cada 24 horas, IM, por 10 dias.

- Se houver alteração liquórica 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 liquóricas: 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 cada 8 horas, após a primeira semana, ou com Penicilina Procaína, 50.000 unidades/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-nascidos 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 negativação dos exames. Na neurosífilis, o exame liquórico 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 - CITOMEGALOVÍRUS

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 (calcificação intracranianas, microcefalia, atrofia cortical e/ou LCR anormal), alteração auditiva e/ou coriorretinite.

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:

1. Toxoplasmose aguda independente da idade gestacional:

- Espiramicina (500mg) 3g/dia VO em 3 tomadas (8/8h)

2. Com infecção fetal diagnosticada:

- Espiramicina 1g VO de 8/8h até a 20ª semana de gestação.
- A partir da 21ª semana de gestação:**
- Pirimetamina - 50 mg VO de 24/24h + Ácido Fólico 15mg VO (em dias alternados) + Sulfadiazina - 1g VO 6/6h

Fazer tratamento até o término da gestação e interromper sulfadiazina 2 semanas antes do parto.

VI. 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 (leucovorin) 5mg a 10mg/ dose 3 vezes na semana (em quanto estiver fazendo uso da sulfadiazina e pirimetamina) pode-se utilizar o fermento biológico (uma colher das de cafézinho 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 1 mg/Kg/dia VO 12/12h (A duarcação 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 ao lado (concentração não exceder 4mg/ml);
- Preparação de AZT para infusão endovenosa em 100ml de SG 5%.

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

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:

- Seguir conduta atualizada do Ministério da Saúde;
- Encaminhar para acompanhamento especializado.