

# CADERNETA DE SAÚDE MENINA



CADERNETA DE SAÚDE  
**MENINA**

**Carlos Massa Ratinho Junior**

Governador do Paraná

**Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)**

Secretário de Estado da Saúde

**Nestor Werner Junior**

Diretor Geral

**Maria Goretti David Lopes**

Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde

**Fernanda Crosewski**

Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

**Gisella Sanches Henle Piassetta**

**Iolanda Maria Novadzki**

**Jéssica Luiz Dinardi**

**Letícia Santos Corrêa Foltran**

**Mariana Watanabe Ribeiro**

**Marisa da Costa**

Equipe Colaboradora

1ª Edição

2022

SECRETARIA DA SAÚDE - Rua Piquiri, 170 - Rebouças - Curitiba - PR

## **PARABÉNS! ACABA DE NASCER UMA PARANAENSE.**

O acesso da criança e de sua família à saúde é um direito garantido pela constituição!

A caderneta da criança é um documento importante e único no qual devem ficar registradas todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde para o acompanhamento desde o momento do seu nascimento até os 9 anos de idade. Ao registrarem as informações na Caderneta da Criança, os profissionais compartilham esses dados com a família e facilitam a integração das ações sociais.

- Sempre que levar a criança aos serviços de saúde, e em todas as campanhas de vacinação, leve também a Caderneta da Criança.
- Converse com o profissional de saúde, tire suas dúvidas e peça orientações para que a criança cresça e se desenvolva bem.
- Solicite ao profissional de saúde que preencha a Caderneta da Criança. Esse é um direito da família e da criança.

Esta caderneta traz orientações sobre os cuidados com a criança para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável.

Maternidade de nascimento: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário na Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nº da Declaração de Nascido Vivo (DNV): \_\_\_\_\_

Nº do Registro Civil de Nascimento (RCN): \_\_\_\_\_

Nº do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de referência: \_\_\_\_\_

Possui plano de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Qual? Nº \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: LEVE SUA FILHA A UM SERVIÇO DE SAÚDE 2 A 3 DIAS APÓS A ALTA DA MATERNIDADE OU DE ACORDO COM A ORIENTAÇÃO MÉDICA.**

CADERNETA DE SAÚDE  
**MENINA**

**Espaço reservado para carimbar o pezinho do bebê**



## Identificação da Criança

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Município onde nasceu: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Reside com: ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Responsável legal ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
( ) Instituição de acolhimento: \_\_\_\_\_  
Endereço Rua/Av.: \_\_\_\_\_  
Nº Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Localização do domicílio: ( ) Urbano ( ) Rural  
Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
Contato: Tel. ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena

## Informações Sociodemográficas Familiares

( ) Família cigana ( ) Família quilombola ( ) Família ribeirinha  
( ) Imigrante: \_\_\_\_\_ ( ) Família em situação de rua  
( ) Família indígena residente em aldeia/reserva  
Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_  
Residentes na casa: \_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_ Crianças

### Escolaridade Materna:

( ) Analfabeta ( ) Ensino fundamental incompleto  
( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto  
( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto  
( ) Ensino superior completo ( ) Pós graduação

### Renda Familiar:

( ) Menos de 1 salário mínimo ( ) Entre 1 e 2 salários mínimos  
( ) Entre 3 e 5 salários mínimos ( ) Acima de 5 salários mínimos

### Uso de substâncias que geram dependência em algum familiar:

( ) Álcool ( ) Cigarro ( ) Drogas ( ) Outros  
Caso assinala a opção cigarro e/ou álcool, observar os testes T-ACE e de Fagerström na caderneta da gestante.

## **Anote aqui as mudanças de endereço da família**

### **Novo endereço**

Rua/Av.: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Localização do domicílio: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Contato: Tel. ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Esta criança é acompanhada por: \_\_\_\_\_

UBS/ESF: \_\_\_\_\_

Serviço de Saúde: \_\_\_\_\_

### **Novo endereço**

Rua/Av.: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Localização do domicílio: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Contato: Tel. ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Esta criança é acompanhada por: \_\_\_\_\_

UBS/ESF: \_\_\_\_\_

Serviço de Saúde: \_\_\_\_\_

### **Novo endereço**

Rua/Av.: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Localização do domicílio: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Contato: Tel. ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Esta criança é acompanhada por: \_\_\_\_\_

UBS/ESF: \_\_\_\_\_

Serviço de Saúde: \_\_\_\_\_



## Dados do Nascimento

Nascida às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parto em: ( ) Hospital ( ) Centro de Parto Normal ( ) Domicílio

( ) Outro: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) Vaginal ( ) Cesárea. Motivo: \_\_\_\_\_

Acompanhantes no parto/nascimento: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Contato pele a pele: ( ) Não ( ) Sim

Mamou na primeira hora de vida? ( ) Não ( ) Sim

Apgar 1º min: \_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_

Clampamento oportuno do cordão umbilical: ( ) Não ( ) Sim

IG: \_\_\_\_ Semanas e \_\_\_\_ dias ( ) DUM ( ) USG ( ) Exame RN. Qual? \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ g Comprimento: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm

Adequação peso/IG: ( ) AIG ( ) PIG ( ) GIG

Reanimação neonatal ( ) Não ( ) Sim. RN assistido no parto por: \_\_\_\_\_

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_ Bebê \_\_\_\_\_ CD \_\_\_\_\_

Prevenção: Oftálmica ( ) Não ( ) Sim.

Hemorrágica (vit. K) ( ) Não ( ) Sim

## Exame físico detalhado da recém-nascida

O exame deve ser feito nas primeiras 48h de vida

TÔNUS	MOVIMENTAÇÃO			PELE	
<input type="checkbox"/> Extensão dos quatro membros	<input type="checkbox"/> normal			Lesões/Manchas	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Flexão MMSS e extensão de MMII	<input type="checkbox"/> hipocinética			Cor	<input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> rosada
<input type="checkbox"/> Flexão dos quatro membros	<input type="checkbox"/> hiperkinética			Obs:	
<input type="checkbox"/> Outras (descrever)	<b>Sinais</b>	Sim	Não	<b>Cianose</b>	<b>Icterícia</b>
	Tremores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> ausente
	Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> localizada	<input type="checkbox"/> leve
	Paralisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> generalizada	<input type="checkbox"/> intensa

CABEÇA E PESCOÇO						
<b>Fontanela Anterior</b>			Sim	Não	<b>Narinas</b>	<b>Cavidade Bucal</b>
Tamanho:		Cefalohematomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> normal
		Bossa serossanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anormais	<input type="checkbox"/> anormal
<b>Tensão</b>	<b>Suturas</b>	Marca fórcipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normais					
<input type="checkbox"/> hipertensa	<input type="checkbox"/> acavaladas	<b>Olhos</b>	<b>Pupilas</b>		<b>Pescoço</b>	<b>Pavilhões Auriculares</b>
<input type="checkbox"/> deprimida	<input type="checkbox"/> afastadas	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> normais
<b>Obs:</b>		<input type="checkbox"/> anormais	<input type="checkbox"/> anormais	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> anormais	<input type="checkbox"/> anormais

AVALIAÇÃO DO FREIO LINGUAL	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> alterado

TÓRAX						
<b>Clavículas</b>		<b>Aparelho Respiratório</b>		<b>Aparelho Cardiovascular</b>		
<input type="checkbox"/> normais		Frequência Respiratória		Frequência Cardíaca		
		_____rpm		_____bpm		
<input type="checkbox"/> anormais		Ritmo	Ausculta	Ritmo	Ausculta	Sopro
		<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Sim
<b>Obs:</b>		<input type="checkbox"/> irregular	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> irregular	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> Não
		Obs:		Obs:		

ABDOME							
<b>Fígado</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	<b>Eliminação de Mecônio</b>		<b>Genitourinário</b>		
<b>Baço</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<b>Urinou</b>	<b>Genitais Externos</b>	
<b>Lojas Lombares</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	Características		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> normal	
<b>Coto Umbilical</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal			<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal
<b>Ânus</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal			Obs:		
<b>Obs:</b>							

OSTEOARTICULAR							
<b>Manobra de Ortolani</b>		<b>Membros Superiores</b>			<b>Membros Inferiores</b>		
<input type="checkbox"/> Positiva		<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> anormais	<b>Pulsos Braquiais</b>	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> anormais	
<input type="checkbox"/> Negativa				<input type="checkbox"/> normais			<b>Pulsos Femorais</b>
<input type="checkbox"/> Duvidosa				<input type="checkbox"/> anormais			<input type="checkbox"/> normais
<b>Obs:</b>		<b>Obs:</b>			<b>Obs:</b>		

Os testes de triagem neonatal devem ser realizados antes da alta ou transferência da maternidade.

## 1. Triagem neonatal

### A. TRIAGEM OFTALMOLÓGICA

#### Teste do reflexo vermelho

#### Teste do olhinho

Deve ser realizado antes da alta da maternidade.

( ) Não realizado ( ) Realizado em \_\_/\_\_/\_\_

Olho Direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Olho Esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

Obs/Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Os resultados de teste do reflexo vermelho positivos em recém-nascidos deverão ser encaminhados para cirurgia, em prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do resultado do exame. Lei 14.601/2004.

Fundo de olho: ( ) Não realizado  
( ) Normal Data: \_\_/\_\_/\_\_  
( ) Alterado Data: \_\_/\_\_/\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

### C. TRIAGEM AUDITIVA

#### Teste da orelhinha

Deve ser realizada preferencialmente na maternidade entre 24 e 48h de vida e no máximo, durante o 1º mês de vida.

( ) Não realizado  
( ) EOAE ( ) Peate realizado em: \_\_/\_\_/\_\_

Ouvido direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Ouvido esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

Se 1ª triagem EOAE alterada, realizar 2º.

( ) 2º EOAE realizado em: \_\_/\_\_/\_\_

Ouvido direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Ouvido esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

Reteste deve ser realizado no período de até 30 dias após o 2º teste de triagem alterado.

Se 2º EOAE alterado, realizar Peate.

Realizado em: \_\_/\_\_/\_\_

Ouvido direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Ouvido esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

Se Peate alterado, encaminhar para avaliação com Otorrinolaringologista.

EOAE: Emissões Otoacústicas Evocadas.

Peate: Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, também conhecido como BERA

Após os exames complementares, a criança deverá ser submetida, quando necessário, ao processo de habilitação, adaptando-se o aparelho auditivo até o 6º mês de vida, conforme lei 14.588 de 2004.

### B. TRIAGEM CARDIOLÓGICA

#### Oximetria de pulso

#### Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade entre 24h e 48h de vida conforme orientação do Ministério de Saúde.

( ) Não Realizado ( ) Realizado em: \_\_/\_\_/\_\_

( ) Normal ( ) Alterado

Se alterado, repetir após uma hora e caso alterado novamente, deve ser solicitado o parecer do cardiologista e/ou a realização do ecocardiograma\*. Ministério da Saúde orienta não dar alta até esclarecimento diagnóstico.

\* Obs: Conforme Manual de Orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria, em caso de SpO2 entre 90 e 94% ou ≠ entre MSD e MMI ≥ 4% , o teste deve ser realizado novamente após uma hora por até duas vezes e persistindo a alteração ou se SpO2 < 89% no primeiro teste, deve-se realizar avaliação neonatal e cardiológica completa (exame clínico e ecocardiograma).

Ecocardiograma realizado em: \_\_/\_\_/\_\_

Resultado e encaminhamentos: \_\_\_\_\_

### D. TRIAGEM BIOLÓGICA

#### Teste do pezinho

Deve ser realizado entre 48h de vida e 5º dia de vida do bebê e antes da alta/transferência.

( ) Não realizado

( ) Realizado em: \_\_/\_\_/\_\_

Quando necessário reteste, informar a data e estabelecimento de saúde responsável pela nova coleta:

DATA \_\_/\_\_/\_\_ Estabelecimento de Saúde: \_\_\_\_\_

DATA \_\_/\_\_/\_\_ Estabelecimento de Saúde: \_\_\_\_\_

Grampeie aqui o comprovante do exame:

Permanência do RN em hospital após 48h de vida:

( ) Não ( ) Sim

Onde? ( ) UTIN ( ) UCINCo ( ) UCINCa ( ) Alojamento Conjunto

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exames complementares realizados durante o internamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

USG cerebral: ( ) Não realizado

( ) Realizado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Normal

( ) Alterado

Achado/Conduta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Demais exames realizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resumo de alta (pode ser escrito ou grampeado o resumo nessa página): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plano Terapêutico Singular para compartilhamento do cuidado com a Atenção Primária:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso na alta: \_\_\_\_\_ g

Alimentação:

( ) Leite materno exclusivo

( ) Leite materno e leite artificial

( ) Leite artificial

Estratificação de risco ao nascer:

( ) Risco habitual

( ) Risco intermediário

( ) Alto risco

## Acompanhamento de Puericultura

**Consulta da 1ª Semana** Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Esta consulta deve ser realizada até o 5º dia pós alta hospitalar no domicílio ou na unidade de saúde.

**1. Medidas:** PC\*: \_\_\_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_\_\_ cm

\*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34.

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) Leite materno exclusivo (LME)

( ) Leite materno e leite artificial (LM+LA)

( ) Leite artificial (LA) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dificuldade para amamentar? ( ) Não ( ) Sim

\_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Sinais de alerta

Coto umbilical infeccionado ( ) Não ( ) Sim

Icterícia ( ) Não ( ) Sim

Diarreia/Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades para respirar

(FR>60 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Hipotermia ( $< 36,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou movimentos

anormais ( ) Não ( ) Sim

Ausculta cardíaca alterada ( ) Não ( ) Sim

Cianose ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Vacinas

Registrar a aplicação no quadro das págs. 56 e 57

Hepatite B ( ) Não ( ) Sim

BCG ( ) Não ( ) Sim

### 5. Desenvolvimento e laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação da bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com a bebê.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Estratificação de risco:

( ) Risco habitual

( ) Risco intermediário

( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida.

Intermediário: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.



## Consulta do 1º Mês Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Esta consulta deve ser realizada no 1º mês de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

**1. Medidas:** PC\*: \_\_\_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_\_\_ cm IMC\*: \_\_\_\_\_

\*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34.

### 2. Triagem neonatal – Resumo

	Realizado		Resultado		Encaminhado	AB - Atenção Básica; CER-Centro Especializado em Reabilitação; SSA - Serviço de Saúde Auditiva; SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico, Auditivo, Outros).
	Não	Sim	Normal	Alterado	AB CER SSA SSE	
Pezinho						
Orelhinha - Exame auditivo						
Olhinho - Reflexo olho vermelho						
Coraçõzinho						

### 3. Aleitamento/alimentação

- ( ) Leite materno exclusivo  
 ( ) Leite materno e leite artificial  
 ( ) Leite artificial \_\_\_\_\_

Dificuldade para amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: \_\_\_\_\_

### 7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filha \_\_\_\_\_

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

- ( ) Adequado para idade  
 ( ) Alerta para o desenvolvimento  
 ( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 4. Sinais de alerta

- Secreção nasal ( ) Não ( ) Sim  
 Cólica/Engasgos ( ) Não ( ) Sim  
 Diarreia/Constipação ( ) Não ( ) Sim  
 Vômitos/Golfadas ( ) Não ( ) Sim  
 Dificuldades para respirar  
 (FR>60 ou <30) ( ) Não ( ) Sim  
 Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim  
 Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim  
 Convulsões ou movimentos anormais ( ) Não ( ) Sim  
 Outros: \_\_\_\_\_

### 8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Tempo de sono em 24 horas \_\_\_\_\_  
 Posição no sono \_\_\_\_\_  
 Funcionamento do intestino e cólicas \_\_\_\_\_  
 Higiene e cuidados gerais \_\_\_\_\_  
 Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_  
 Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

### 5. Exame ocular

- Abertura ocular normal ( ) Não ( ) Sim  
 Pupilas normais ( ) Não ( ) Sim  
 Estrabismo ( ) Não ( ) Sim  
 Segue com o olhar ( ) Não ( ) Sim

### 9. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação da bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com a bebê.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim  
 Verificar os quadros das pág. 54 à 57

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 10. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

( ) Risco habitual ( ) Risco intermediário ( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida.

Intermediário: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Consulta do 2º Mês** Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Medidas:** PC\*: \_\_\_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_\_\_ cm IMC\* \_\_\_\_\_

\*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34

**2. Aleitamento/alimentação**

- ( ) Leite materno exclusivo  
( ) Leite materno e leite artificial  
( ) Leite artificial \_\_\_\_\_

Dificuldade para amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: \_\_\_\_\_

**3. Sinais de alerta**

Secreção nasal ( ) Não ( ) Sim

Cólica/Engasgos ( ) Não ( ) Sim

Diarreia/Constipação ( ) Não ( ) Sim

Vômitos/Golfadas ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades para respirar

(FR>60 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim

Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou movimentos anormais ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

**4. Exame ocular**

Abertura ocular normal ( ) Não ( ) Sim

Pupilas normais ( ) Não ( ) Sim

Estrabismo ( ) Não ( ) Sim

Segue com o olhar ( ) Não ( ) Sim

TRV ( ) Normal ( ) Alterado

Todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao Teste do Reflexo Vermelho (TRV) antes da alta da maternidade e pelo menos 2-3 vezes/ano nos 3 primeiros anos de vida. Se nessa fase for detectada qualquer alteração, a criança precisa ser encaminhada para esclarecimento diagnóstico e conduta precoce em unidade especializada.

**5. Verificações importantes**

Vacinas de acordo com o calendário

Verificar os quadros das pág. 54 à 57

( ) Não ( ) Sim

**6. Atenção e cuidados especiais nesta fase**

Posição no sono \_\_\_\_\_

Tempo de sono \_\_\_\_\_

Troca de posição durante o dia \_\_\_\_\_

Funcionamento do intestino e cólicas \_\_\_\_\_

Higiene e cuidados gerais \_\_\_\_\_

Orientações sobre a saúde bucal da bebê: higiene bucal \_\_\_\_\_

Uso de bico ou chupeta ( ) Não ( ) Sim

Uso de soro fisiológico nasal \_\_\_\_\_

Acidentes domésticos \_\_\_\_\_

Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**7. Desenvolvimento**

Observação da interação mãe-filha \_\_\_\_\_

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

**8. Laços de afeto**

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação da bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com a bebê.

**9. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:**

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

( ) Risco habitual

( ) Risco intermediário

( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

## Consulta do 3º Mês Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Medidas:** PC\*: \_\_\_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_\_\_ cm IMC\* \_\_\_\_\_

\*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) Leite materno exclusivo

( ) Leite materno e leite artificial

( ) Leite artificial \_\_\_\_\_

Dificuldade para amamentar? ( ) Não ( ) Sim

\_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Sinais de alerta

Secreção nasal ( ) Não ( ) Sim

Cólica/Engasgos ( ) Não ( ) Sim

Diarreia/Constipação ( ) Não ( ) Sim

Vômitos/Golfadas ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades para respirar

(FR>60 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim

Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou movimentos anormais ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Exame ocular

Abertura ocular normal ( ) Não ( ) Sim

Pupilas normais ( ) Não ( ) Sim

Estrabismo ( ) Não ( ) Sim

Segue com o olhar ( ) Não ( ) Sim

### 5. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário

Verificar os quadros das pág. 54 à 57

( ) Não ( ) Sim

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono \_\_\_\_\_

Tempo de sono \_\_\_\_\_

Troca de posição durante o dia \_\_\_\_\_

Funcionamento do intestino e cólicas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Higiene e cuidados gerais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Orientações sobre a saúde bucal da bebê:  
higiene bucal \_\_\_\_\_

Uso de bico ou chupeta ( ) Não ( ) Sim

Uso de soro fisiológico nasal \_\_\_\_\_

Acidentes domésticos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

### 7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação da bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com a bebê.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

( ) Risco habitual

( ) Risco intermediário

( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Consulta do 4º Mês** Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Medidas:** PC\*: \_\_\_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_\_\_ cm IMC\* \_\_\_\_\_

\*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34

**2. Aleitamento/alimentação**

- ( ) Leite materno exclusivo  
( ) Leite materno e leite artificial  
( ) Leite artificial \_\_\_\_\_

Dificuldade para amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Sinais de alerta**

Secreção nasal ( ) Não ( ) Sim

Cólica/Engasgos ( ) Não ( ) Sim

Diarreia/Constipação ( ) Não ( ) Sim

Vômitos/Golfadas ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades para respirar

(FR)>60 ou <30 ( ) Não ( ) Sim

Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim

Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou movimentos anormais ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

**4. Exame ocular**

Abertura ocular normal ( ) Não ( ) Sim

Pupilas normais ( ) Não ( ) Sim

Estrabismo ( ) Não ( ) Sim

Segue com o olhar ( ) Não ( ) Sim

**5. Verificações importantes**

Verificar os quadros das pág. 54 à 57

Vacinas de acordo com o calendário

( ) Não ( ) Sim

**6. Atenção e cuidados especiais nesta fase**

Posição no sono \_\_\_\_\_

Tempo de sono \_\_\_\_\_

Troca de posição durante o dia \_\_\_\_\_

Funcionamento do intestino e cólicas \_\_\_\_\_

Higiene e cuidados gerais \_\_\_\_\_

Orientações sobre a saúde bucal da bebê:

higiene bucal \_\_\_\_\_

Uso de bico ou chupeta ( ) Não ( ) Sim

Uso de soro fisiológico nasal \_\_\_\_\_

Acidentes domésticos \_\_\_\_\_

Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**7. Desenvolvimento**

Observação da interação mãe-filha \_\_\_\_\_

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

**8. Laços de afeto**

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação da bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com a bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras. \_\_\_\_\_

**9. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:**

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

( ) Risco habitual

( ) Risco intermediário

( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

## Consulta do 5º Mês Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Medidas:** PC\*: \_\_\_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_\_\_ cm IMC\* \_\_\_\_\_

\*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

- ( ) Leite materno exclusivo  
 ( ) Leite materno e leite artificial  
 ( ) Leite artificial \_\_\_\_\_  
 Dificuldade para amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: \_\_\_\_\_

### 3. Sinais de alerta

- Secreção nasal ( ) Não ( ) Sim  
 Cólica/Engasgos ( ) Não ( ) Sim  
 Diarreia/Constipação ( ) Não ( ) Sim  
 Vômitos/Golfadas ( ) Não ( ) Sim  
 Dificuldades para respirar  
 (FR>60 ou <30) ( ) Não ( ) Sim  
 Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim  
 Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim  
 Convulsões ou movimentos anormais ( ) Não ( ) Sim  
 Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Exame ocular

- Abertura ocular normal ( ) Não ( ) Sim  
 Pupilas normais ( ) Não ( ) Sim  
 Estrabismo ( ) Não ( ) Sim  
 Segue com o olhar ( ) Não ( ) Sim

### 5. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário

Verificar os quadros das pág. 54 à 57

( ) Não ( ) Sim

### 6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono \_\_\_\_\_

Tempo de sono \_\_\_\_\_

Troca de posição durante o dia \_\_\_\_\_

Funcionamento do intestino e cólicas \_\_\_\_\_

Higiene e cuidados gerais \_\_\_\_\_

Orientações sobre a saúde bucal da bebê:

higiene bucal \_\_\_\_\_

Uso de bico ou chupeta ( ) Não ( ) Sim

Uso de soro fisiológico nasal \_\_\_\_\_

Acidentes domésticos \_\_\_\_\_

Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

### 7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filha \_\_\_\_\_

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação da bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com a bebê.

### 9. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

( ) Risco habitual

( ) Risco intermediário

( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

## Consulta do 6º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_ cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar ( $\text{FR} > 50$  ou  $< 30$ ) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 5. Teste Do Reflexo Vermelho

( ) Normal ( ) Alterado Observação: \_\_\_\_\_

### 6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 7. Laços de afeto

### 8. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

## Consulta do 7º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_ cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar ( $\text{FR} > 50$  ou  $< 30$ ) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 6. Laços de afeto

### 7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

## Consulta do 8º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_ cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR $>50$  ou  $<30$ ) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Laços de afeto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

## Consulta do 9º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_ cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR $>50$  ou  $<30$ ) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Laços de afeto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

## Consulta do 10º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_cm Peso\*: \_\_\_g Comprimento\*: \_\_\_cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 6. Laços de afeto

\_\_\_\_\_

### 7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

## Consulta do 11º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_cm Peso\*: \_\_\_g Comprimento\*: \_\_\_cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 6. Laços de afeto

\_\_\_\_\_

### 7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.



## Consulta do 12º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_cm Peso\*: \_\_\_g Comprimento\*: \_\_\_cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR $>50$  ou  $<30$ ) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 5. Teste Do Reflexo Vermelho

( ) Normal ( ) Alterado Observação: \_\_\_\_\_

### 6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 7. Laços de afeto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

## Consulta do 15º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_cm Peso\*: \_\_\_g Comprimento\*: \_\_\_cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR $>50$  ou  $<30$ ) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 6. Laços de afeto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

## Consulta do 18º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_ cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 5. Teste Do Reflexo Vermelho

( ) Normal ( ) Alterado Observação: \_\_\_\_\_

### 6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 7. Laços de afeto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

## Consulta do 21º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_ cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 44 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Laços de afeto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:  
**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.  
**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

## Consulta do 24º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_ cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 44 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 5. Teste Do Reflexo Vermelho

( ) Normal ( ) Alterado Observação: \_\_\_\_\_

### 6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 7. Laços de afeto

### 8. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

## Consulta do 36º Mês \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Medidas

PC\*: \_\_\_ cm Peso\*: \_\_\_ g Comprimento\*: \_\_\_ cm IMC\* \_\_\_

\*Anotar nos gráficos das páginas 35 à 37

### 2. Aleitamento/alimentação

( ) LM ( ) LA \_\_\_\_\_

Parou de amamentar? ( ) Não ( ) Sim

Com que idade? \_\_\_\_\_

Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_

Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. Presença de

Diarreia ( ) Não ( ) Sim

Vômitos ( ) Não ( ) Sim

Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim

Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim

Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim

Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 44 e classifique pelo instrumento da pág. 41

( ) Adequado para idade

( ) Alerta para o desenvolvimento

( ) Provável atraso no desenvolvimento

Observações: \_\_\_\_\_

### 5. Teste Do Reflexo Vermelho

( ) Normal ( ) Alterado Observação: \_\_\_\_\_

### 6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes ( ) Não ( ) Sim

Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim

Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

Sinais de violências/negligências \_\_\_\_\_

### 7. Laços de afeto

### 8. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

( ) Risco habitual ( ) Intermediário ( ) Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:  
**Habitual:** 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.  
**Alto risco:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.













## Interpretando os Gráficos

- As linhas coloridas dos gráficos fornecem indicações para a linha de crescimento da criança formada pela união dos pontos das medidas de cada consulta.
- A linha verde corresponde a um padrão ou escore Z igual a 0. A curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um traçado paralelo à linha verde, acima ou abaixo dela, que pode estar situado entre as linhas laranjas (desvio de 1 escore Z) ou entre as linhas vermelhas (desvio de 2 escores Z). Qualquer mudança rápida que desvie a curva da criança para cima ou para baixo, ou então um traçado horizontal, devem ser investigados.
- Os traçados que se desviam muito e que cruzam uma linha dos escores Z podem indicar risco para a saúde da criança.
- Com relação às curvas de perímetro cefálico, é importante lembrar que as alterações do desenvolvimento infantil são mais sensíveis e precoces que o crescimento da cabeça.

### ATENÇÃO!

A página a seguir contém os gráficos, com seus respectivos desvios-padrão, para a avaliação do peso, comprimento e perímetro cefálico de recém-nascidos pré-termo (RNPT). Para efeito de acompanhamento longitudinal do crescimento dos RNPT, a Caderneta contém o gráfico correspondente ao período de 27 a 64 semanas.

Assim essas curvas devem ser utilizadas até 64 semanas pós-concepcionais, quando o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da OMS/MS. Após 64 semanas deve-se calcular a idade corrigida da criança e continuar o acompanhamento nas curvas da OMS.

#### Até quando utilizar idade corrigida?

Até 2 anos de idade cronológica. Até 3 anos, se Idade Gestacional (IG) < 28 semanas

#### Como calcular?

Primeiro calcular: 40 semanas menos IG do nascimento em semanas = esse é o tempo que faltou para a IG de termo; Ex: 40 sem - 28 sem = 12 sem (corresponde a 3 meses)

Depois: Descontar da idade cronológica. Ex: criança com 6 meses (Idade cronológica) - 3 meses (desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.

#### Observações dos RNPT

---

---

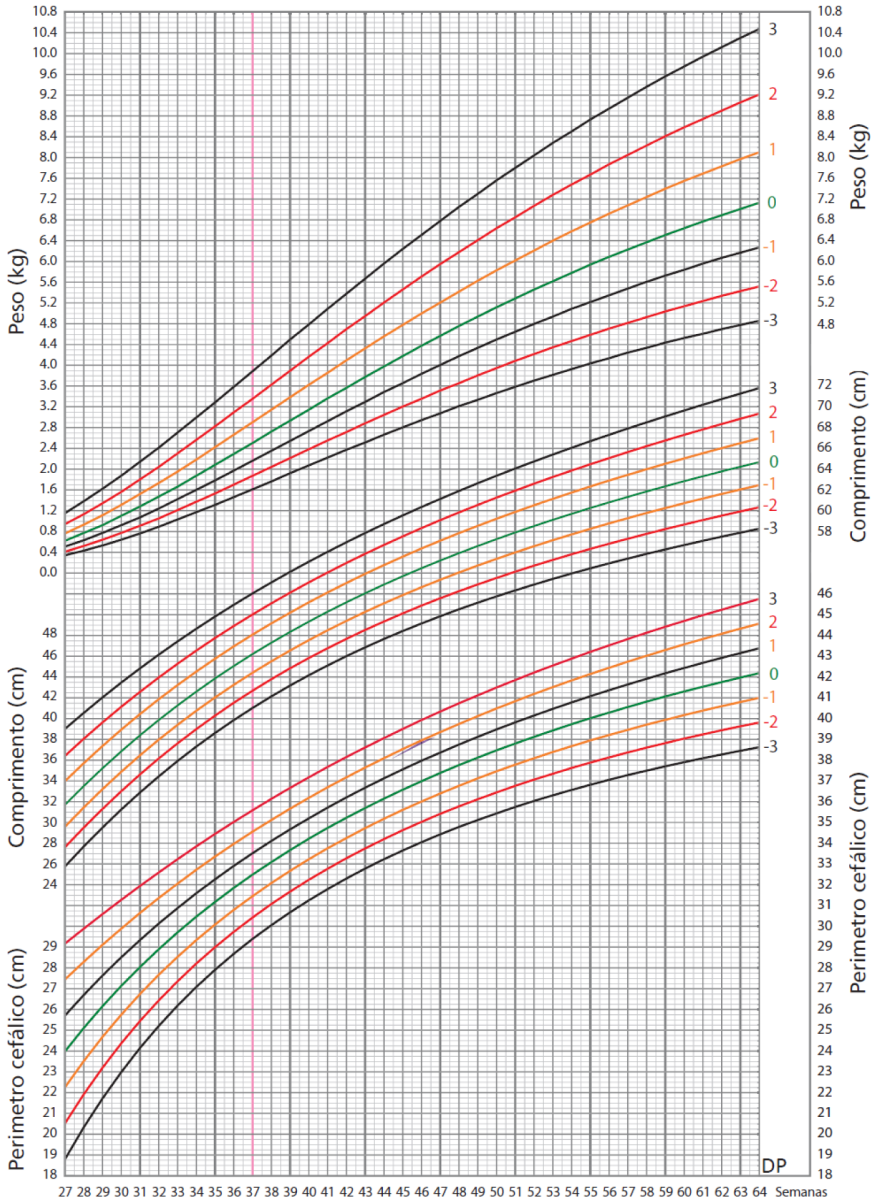
---

---

---

---

**CURVAS INTERNACIONAIS DE CRESCIMENTO PARA  
CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO**

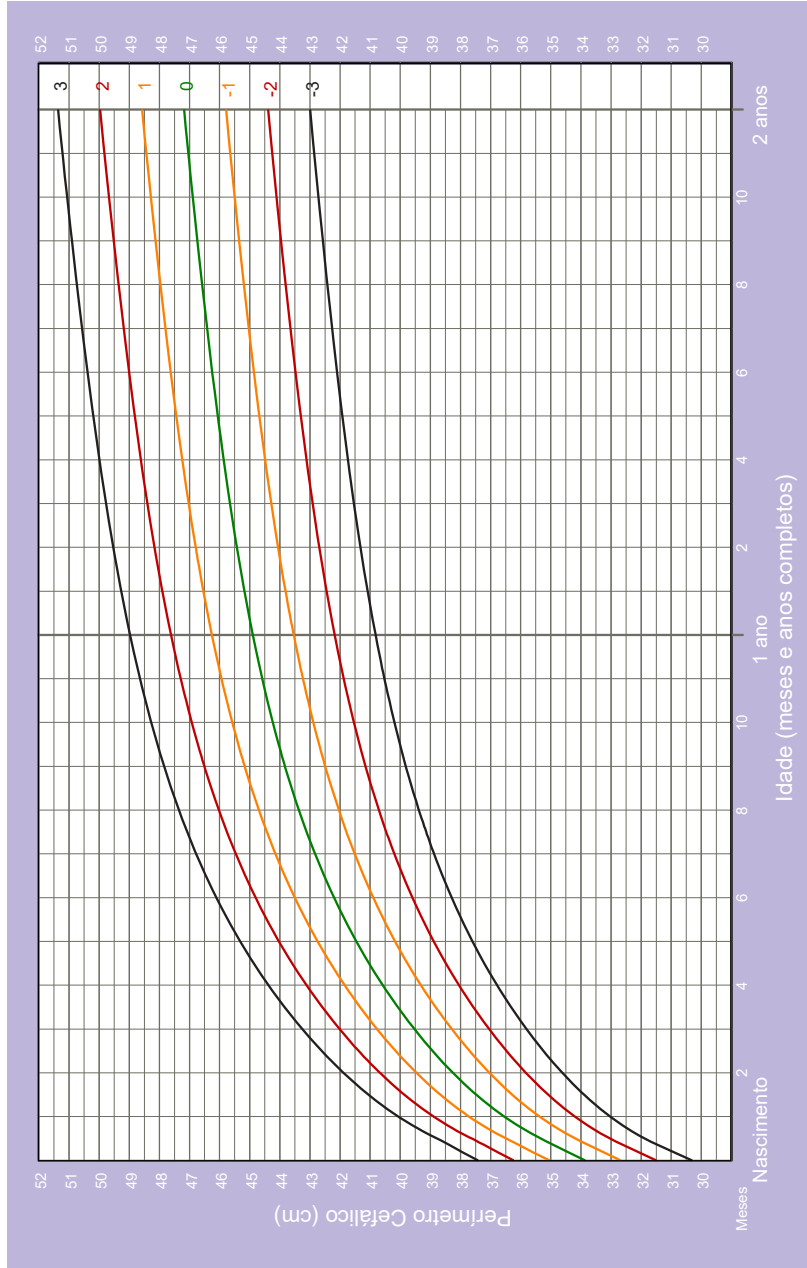


© University of Oxford

Ref: Villar et al Lancet Glob Health 2015;3:e681-91

### GRÁFICO DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA IDADE DE 0 A 2 ANOS

- PC para Idade 0 a 2 anos
- PC acima do esperado para a idade > +2 escores z
- PC adequado para idade  $\leq +2$  escores z e  $\geq -2$  escores z
- PC abaixo do esperado para idade < -2 escores z

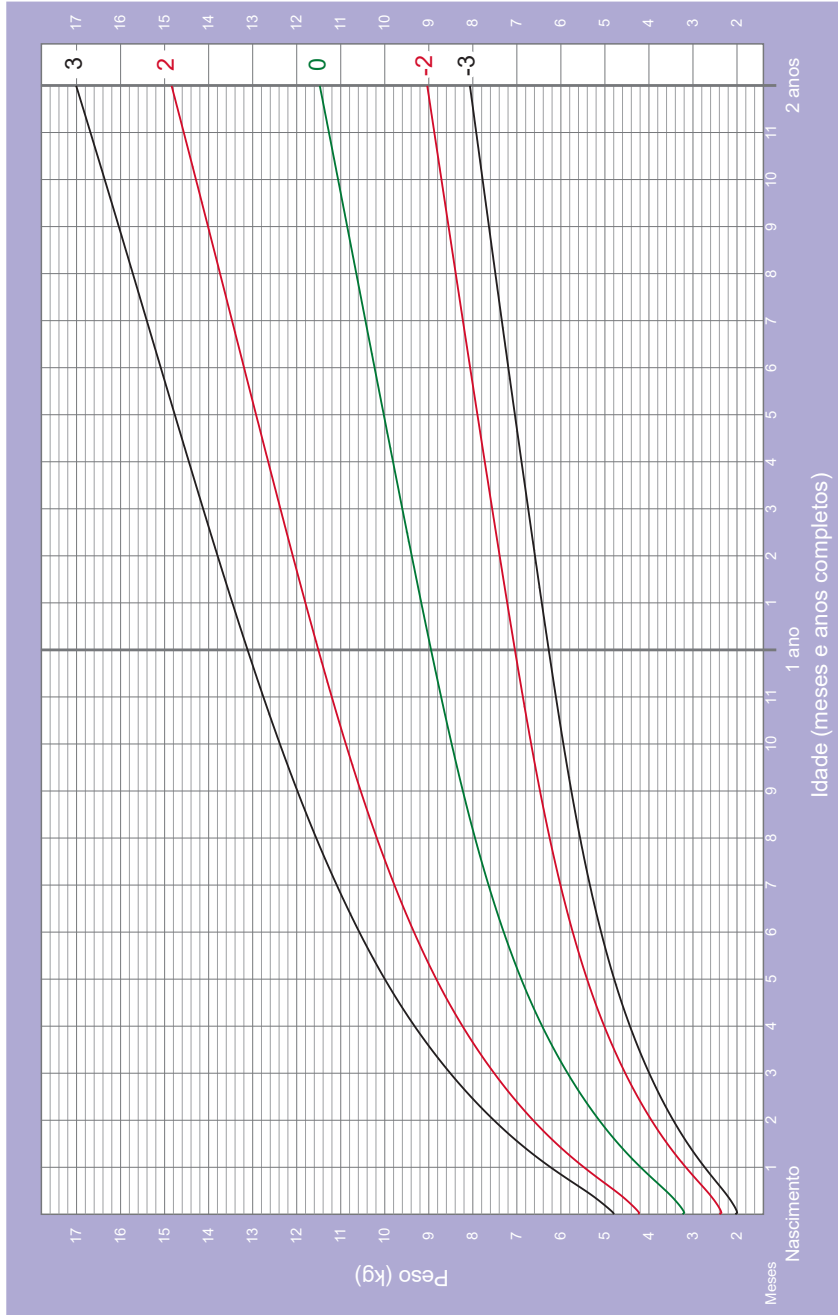


**GRÁFICO DE PESO PARA IDADE DE 0 A 2 ANOS**

Peso para Idade 0 a 2 anos

Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade  $\geq$  escore-z -2 e  $\leq$  escore-z +2

Baixo peso para idade  $\geq$  escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3

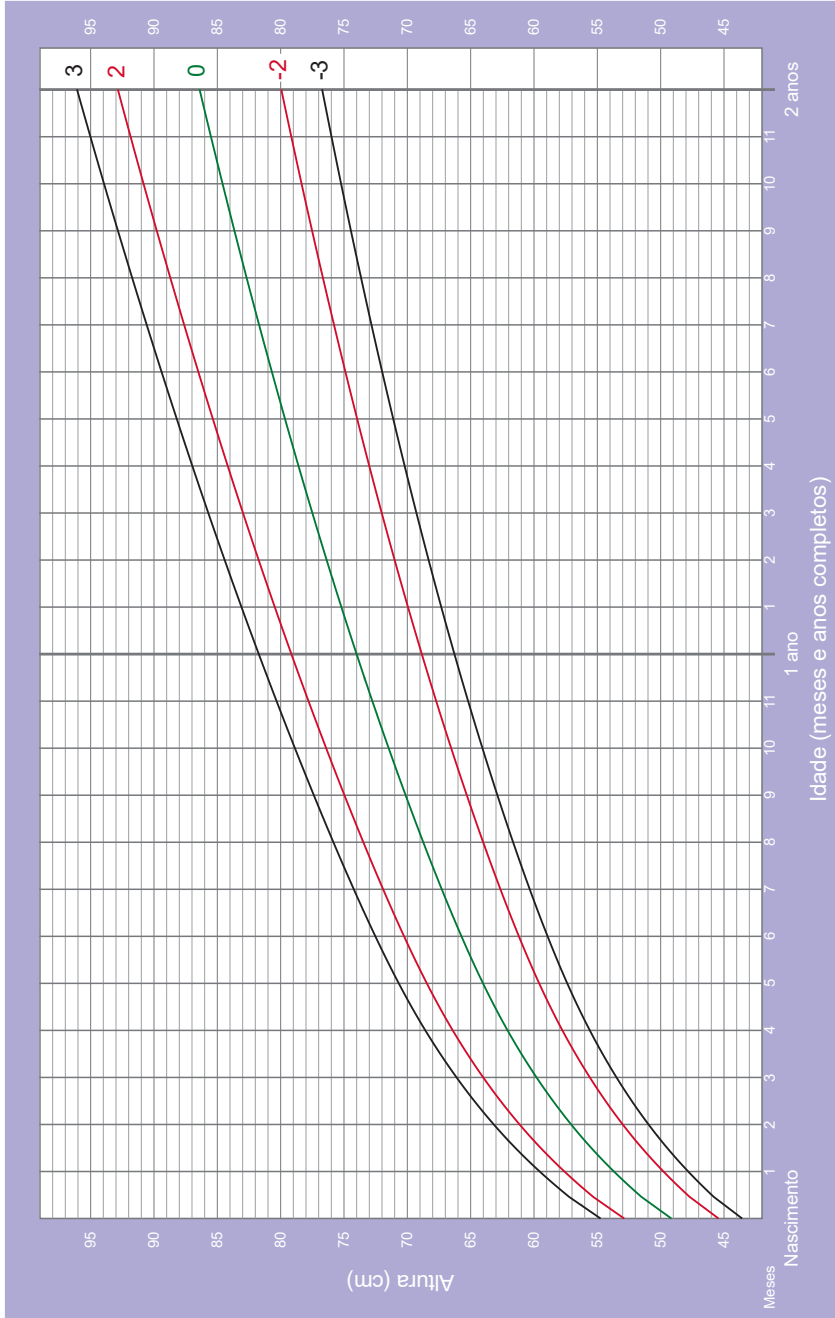


### GRÁFICO DE COMPRIMENTO PARA IDADE DE 0 A 2 ANOS

Comprimento para Idade 0 a 2 anos

Comprimento adequado para idade  $\geq$  escore-z -2 | Baixo comprimento para idade  $\geq$  escore-z -3 e  $<$  escore-z -2

Muito baixo comprimento para idade  $<$  escore-z -3

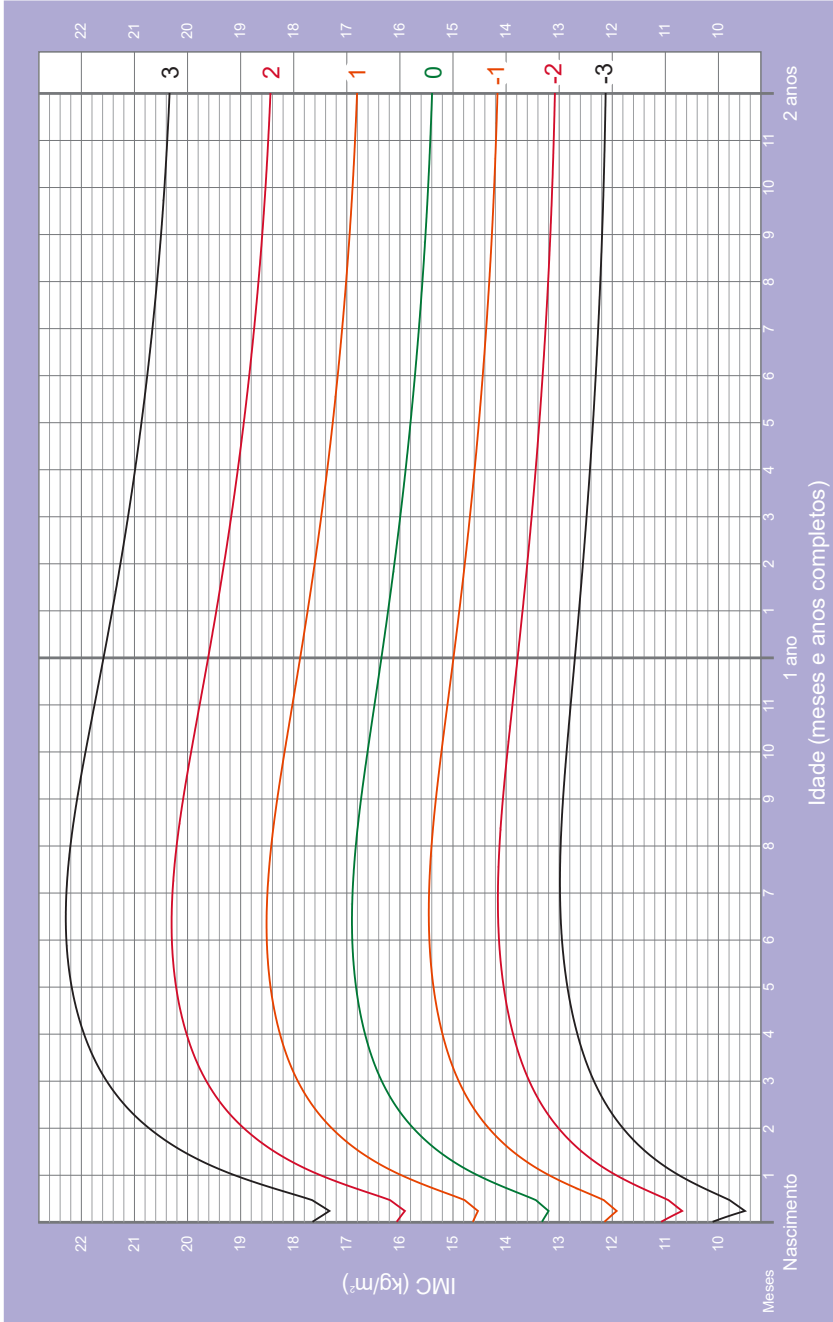


**GRÁFICO DE IMC PARA IDADE DE 0 A 2 ANOS**

IMC para Idade 0 a 2 anos

Obesidade > escore-z +3 | Sobrepeso > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Risco de sobrepeso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2

Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3

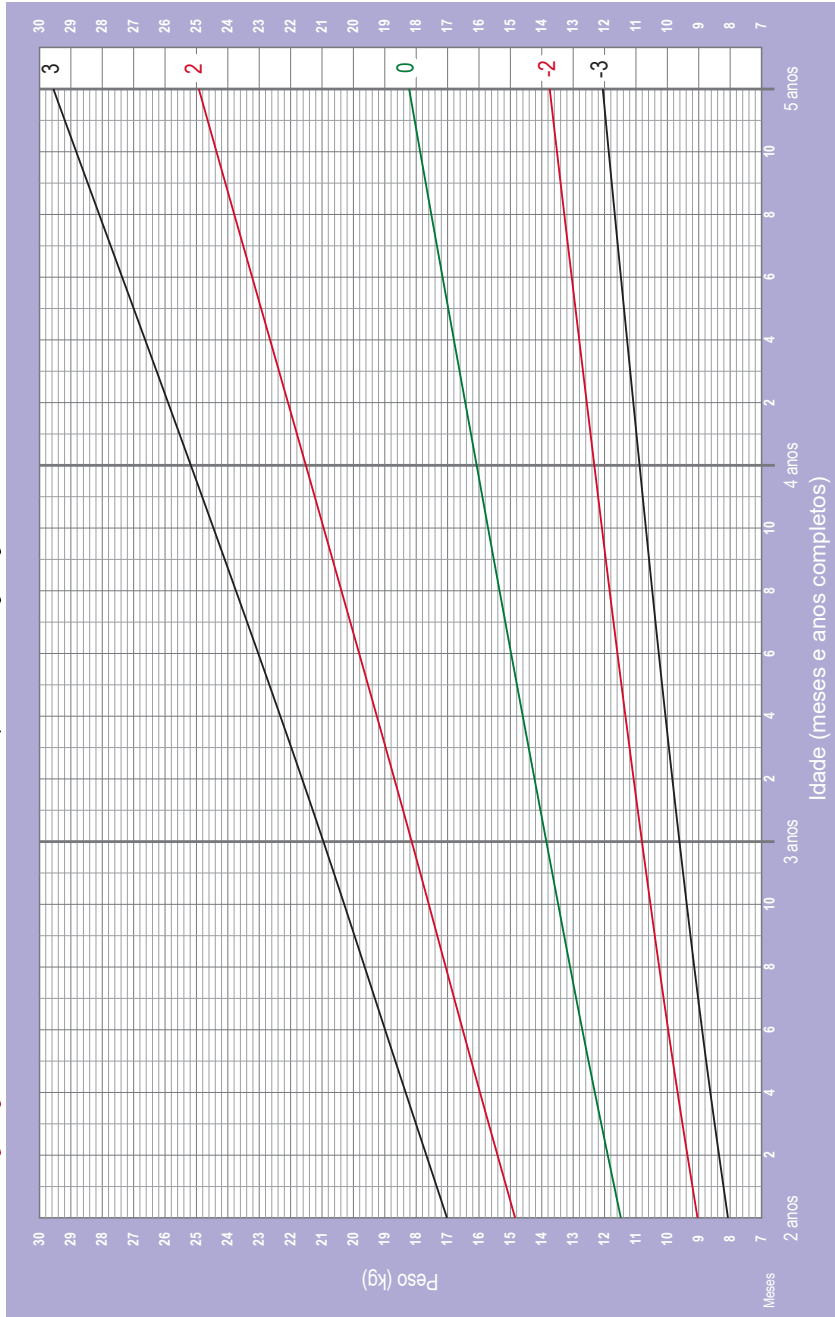


### GRÁFICO DE PESO PARA IDADE DE 2 A 5 ANOS

Peso para Idade 2 a 5 anos

Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade  $\geq$  escore-z -2 e  $\leq$  escore-z +2

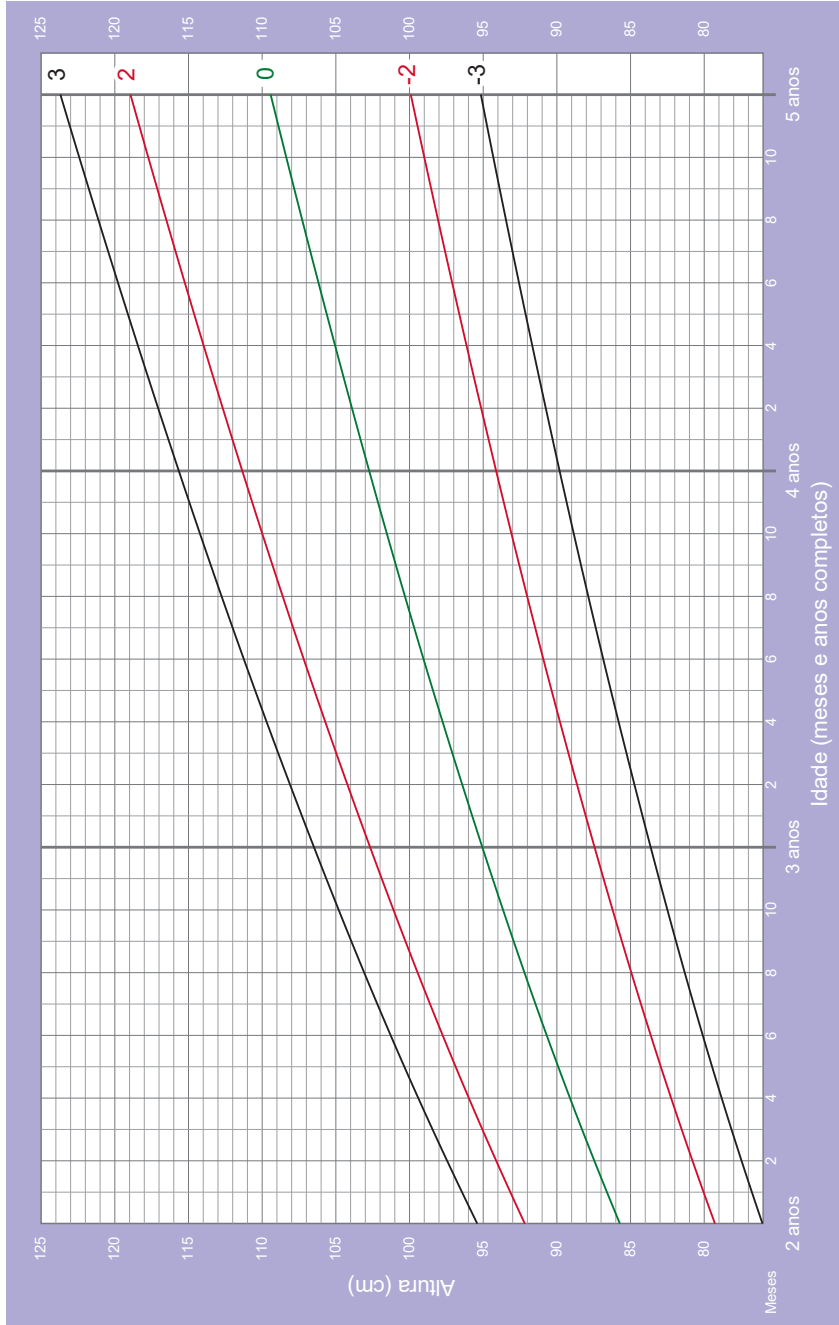
Baixo peso para idade  $\geq$  escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3



**GRÁFICO DE ESTATURA PARA IDADE DE 2 A 5 ANOS**

Estatura para idade 2 a 5 anos

Estatura adequada para idade  $\geq$  escore-z -2 | Baixa estatura para idade  $\geq$  escore-z -3 e  $<$  escore-z -2 | Muito baixa estatura para idade  $<$  escore-z -3



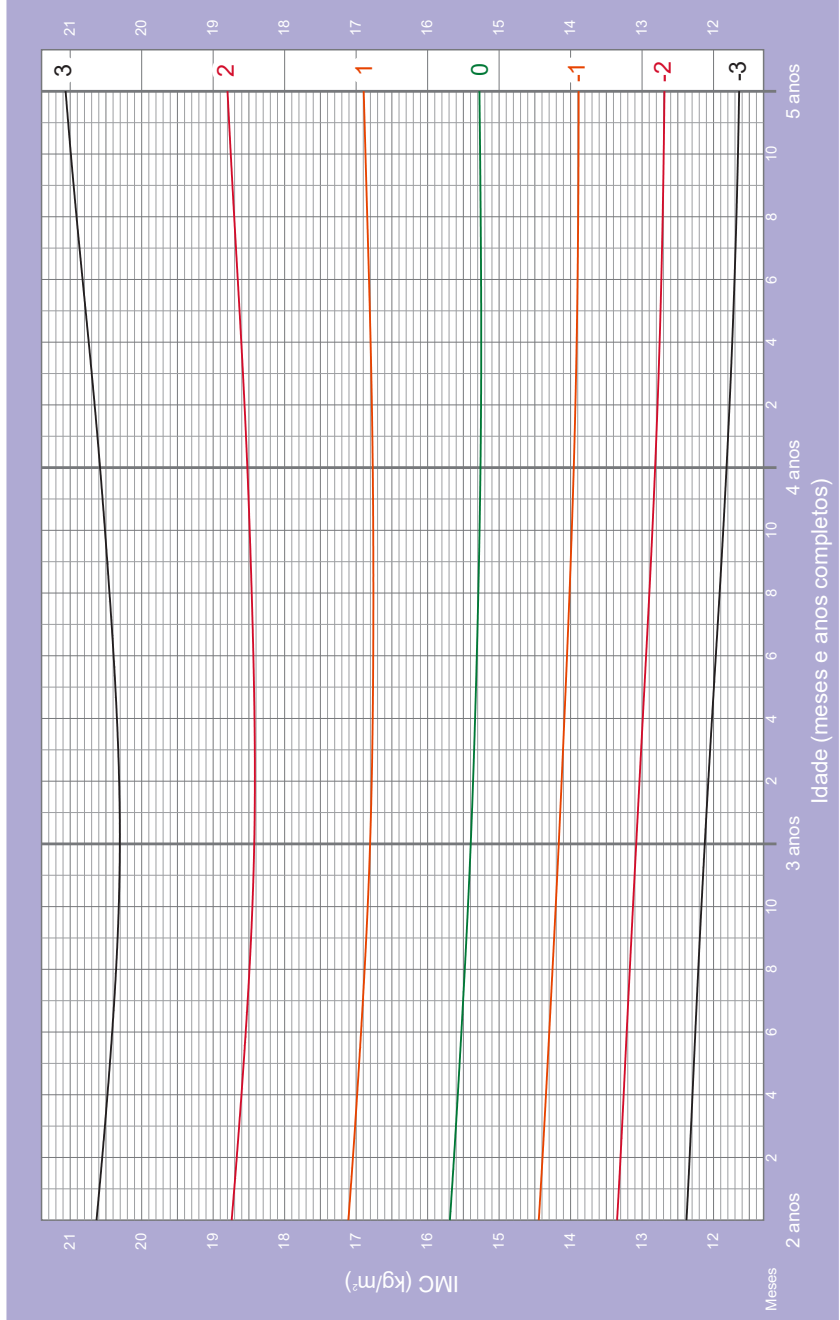


### GRÁFICO DE IMC PARA IDADE DE 2 A 5 ANOS

IMC para Idade 2 a 5 anos

Obesidade > escore-z +3 | Sobrepeso > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Risco de sobrepeso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2

Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3

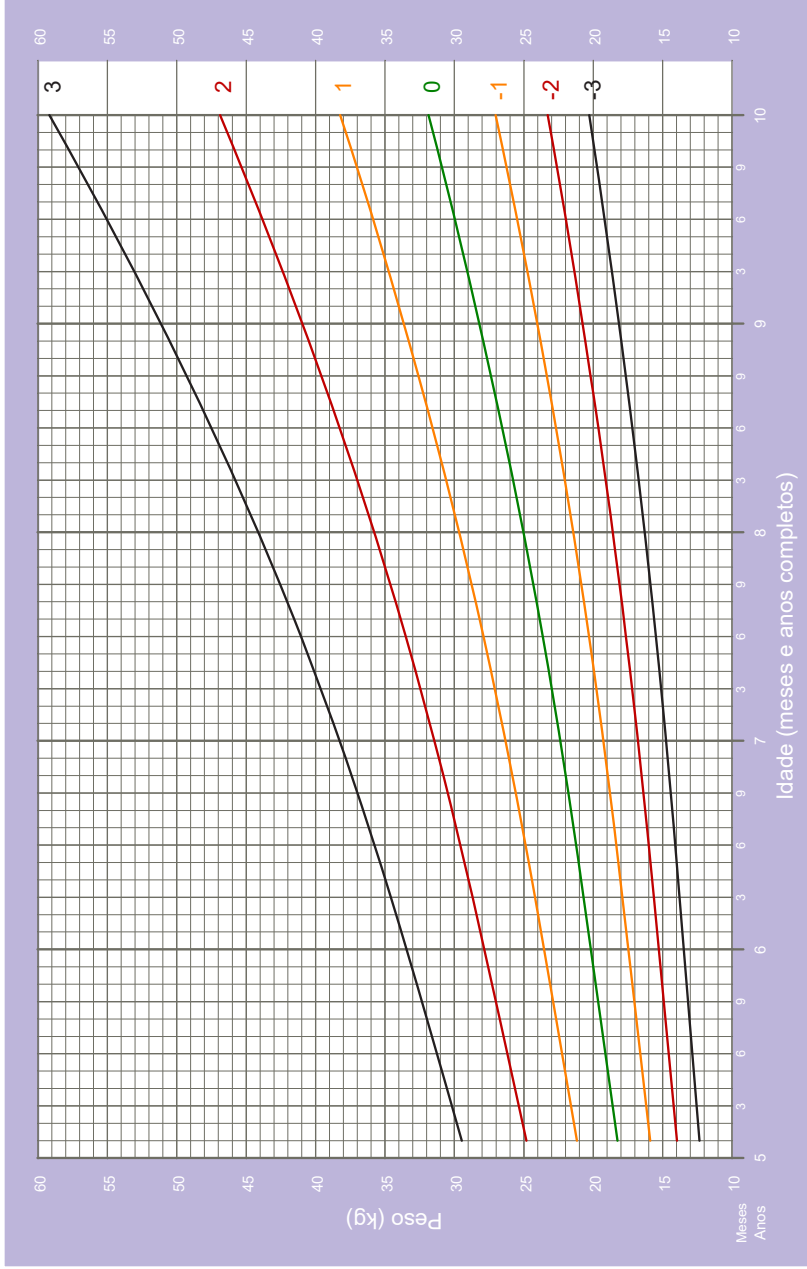


**GRÁFICO DE PESO PARA IDADE DE 5 A 10 ANOS**

Peso para idade 5 a 10 anos

Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade  $\geq$  escore-z -2 e  $\leq$  escore-z +2

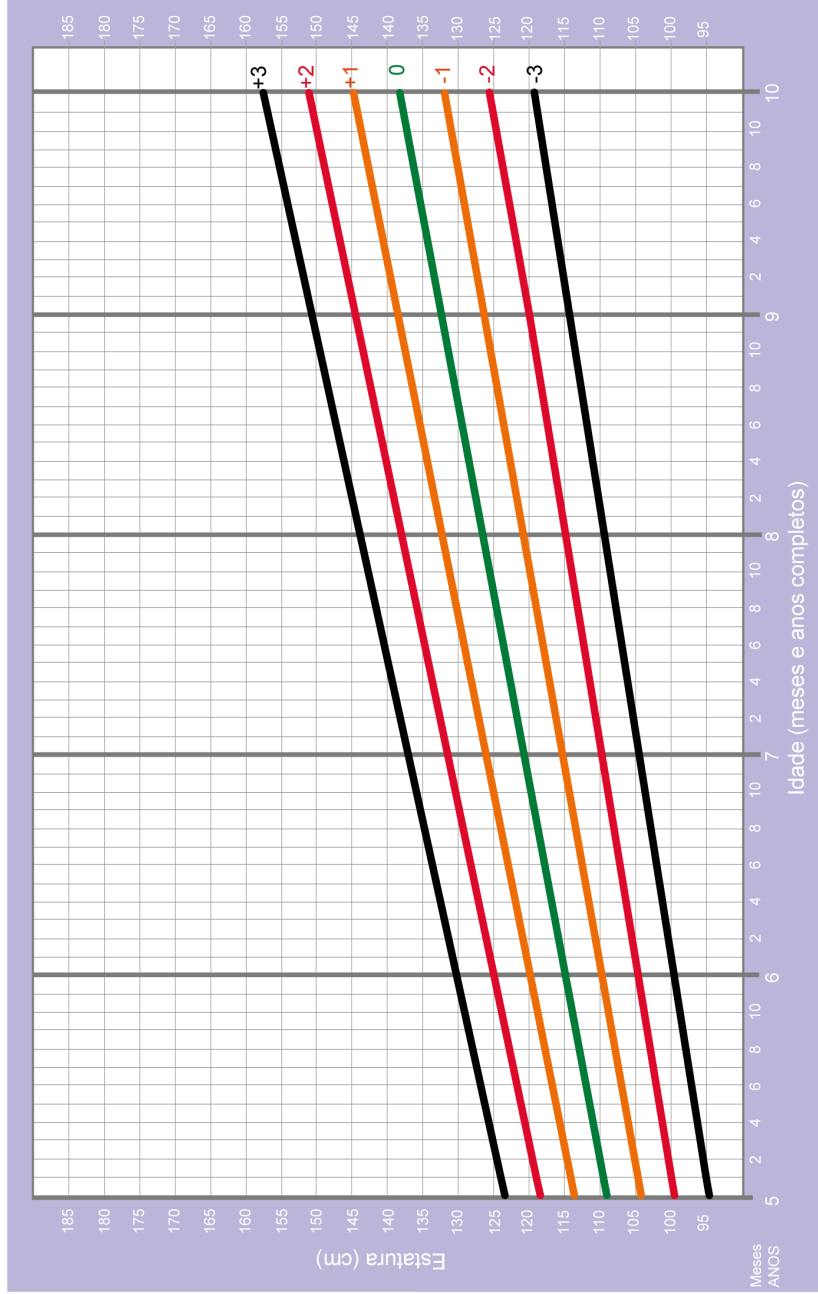
Baixo peso para idade  $\geq$  escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3



## GRÁFICO DE ESTATURA PARA IDADE DE 5 A 10 ANOS

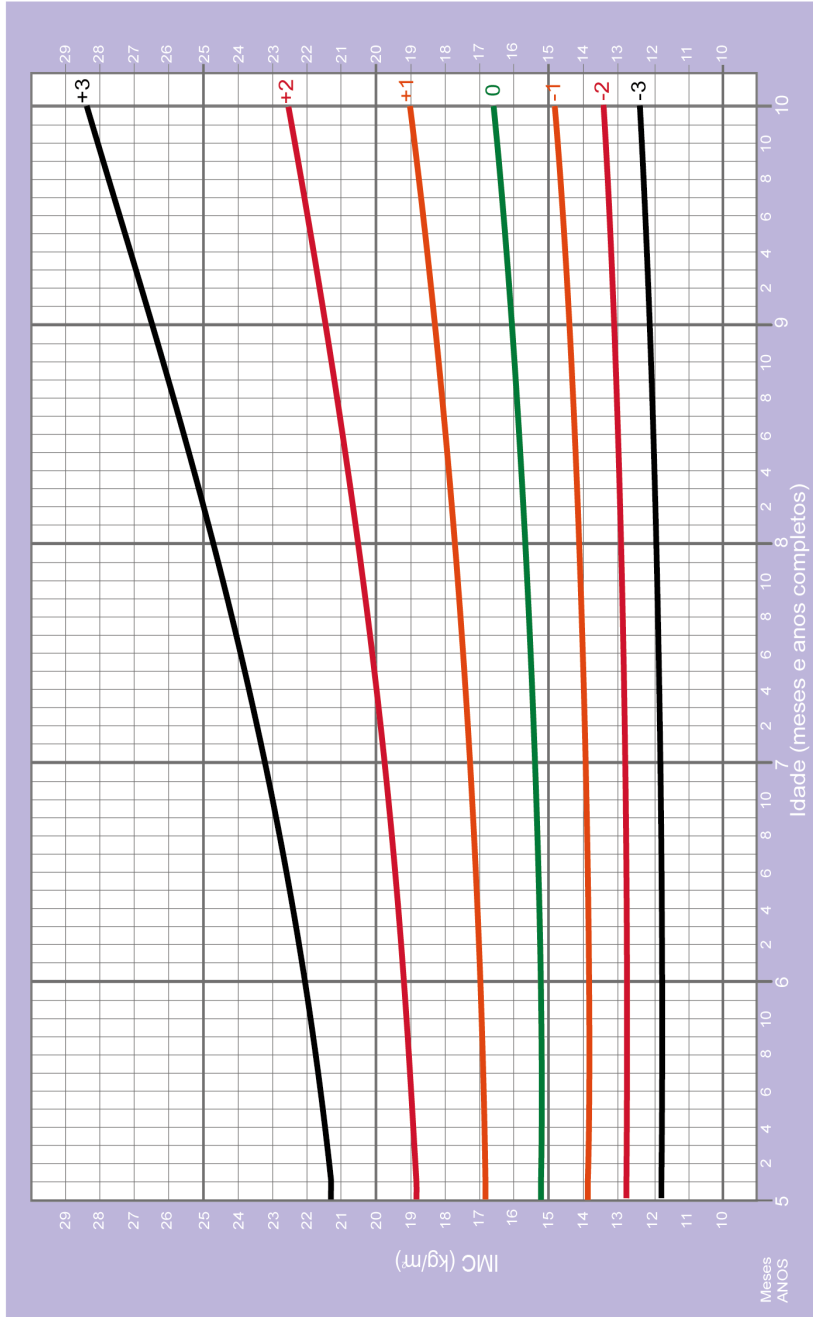
Estatura para Idade 5 a 10 anos

Estatura adequada para idade  $\geq$  escore-z -2 | Baixa estatura para idade  $\geq$  escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixa estatura para idade < escore-z -3



**GRÁFICO DE IMC PARA IDADE DE 5 A 10 ANOS**

IMC para Idade 5 a 10 anos  
 Obesidade grave > escore-z +3 | Obesidade > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Sobrepeso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2  
 Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico &lt; -2Z escores ou &gt; +2Z escores;  <b>ou</b>            Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*;  <b>ou</b>            Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	<b>PROVÁVEL            ATRASO NO            DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.</li> </ul>
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos).  <b>ou</b>            Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais <b>fatores de risco</b>.</p>	<b>ALERTA PARA O            DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança.</li> <li>• Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.</li> </ul>
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>	<b>DESENVOLVIMENTO            ADEQUADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elogiar a mãe/cuidador.</li> <li>• Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança.</li> <li>• Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde.</li> <li>• Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.</li> </ul>

\* Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado.

**MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DO NASCIMENTO AOS 6 MESES**

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES								
		0	1	2	3	4	5	6		
Postura: Pernas braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.									
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.									
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chochalo a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.									
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.									
Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.									
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.									
Emitte sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se faz em casa.									
Movimenta os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.									
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir que a mãe o faça.									
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.									
Emitte sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons ("gugu", "eee" etc.), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).									
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou com seu próprio rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.									
Busca ativa por objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.									
Leva objetos à boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva à boca.									
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chochalo etc), próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.									
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.									









## MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 5 A 6 ANOS

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES						
		60	62	64	66	68	70	72
Brincar de fazer de conta com outras crianças	Pergunte aos cuidadores se a criança participa de brincadeiras de fazer de conta (casinha ou escola, por exemplo), tanto no contexto familiar quanto escolar.							
Desenha pessoa com 6 partes	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Peça a ela para que desenhe uma pessoa (menino, menina, mãe, pai etc.). Certifique-se de que ela tenha terminado o desenho antes de pontuar o item do teste. As partes do corpo presentes em pares deverão ser consideradas como uma parte apenas (orelhas, olhos, braços, mãos e pés). Considere como certo somente se ambas as partes do par forem desenhadas.							
Faz analogia	Pergunte à criança, devagar e distintamente, uma questão de cada vez: "Se o cavalo é grande, o rato é...?", "Se o fogo é quente, o gelo é...?", "Se o sol brilha durante o dia, a lua brilha durante a...". A criança deverá completar corretamente duas das três frases.							
Marcha ponta-calcanhar	Demonstre à criança como andar em linha reta, encostando a ponta de um pé no calcanhar do outro. Ande aproximadamente oito passos desta forma, e então peça para que a criança imite. Se necessário, demonstre várias vezes (pode facilitar a compreensão, comparando este andar com o "andar na corda bamba"). Até três tentativas são permitidas. Se a criança conseguir dar quatro passos ou mais, em linha reta, com o calcanhar a no máximo 2,5 cm da ponta do pé, sem apoiar-se, terá alcançado este marco.							
Aceita e segue regras nos jogos de mesa	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.							
Copia um quadrado	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Mostre a ela o desenho de um quadrado. Não nomear a figura, nem mover seu dedo ou o lápis para demonstrar como desenhá-la. Peça para a criança "faça um desenho como este". Podem ser fornecidas três tentativas. Se a criança for incapaz de copiar o quadrado da ficha, mostre a ela como fazê-lo, desenhando dois lados opostos (paralelos) e depois outros dois lados opostos (ao invés de desenhá-lo com um movimento contínuo). Três demonstrações e tentativas podem ser fornecidas.							
Define 7 palavras	Procedimento semelhante ao item "Define cinco palavras". Agora deve definir 7 palavras.							
Equilibra-se em cada pé por 7 segundos	Procedimento semelhante a "Equilibra-se em cada pé por 1 segundo", com o tempo de 7 segundos ou mais.							

## DESENVOLVIMENTO DE 6 A 10 ANOS

IDADE EM ANOS	A partir dos 6 anos de idade é importante avaliar como está o aprendizado na escola, a socialização desta criança com outras crianças, se sua fala e seu comportamento são adequados, etc.
6 a 7 anos	Anotações referentes a cada faixa etária
7 a 8 anos	
8 a 9 anos	
9 a 10 anos	

## Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)

A escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA. É de rápida aplicação, pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde, devendo ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta.

A avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.

A escala indica uma suspeita de TEA e não é diagnóstica.

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA.

Resultado positivo maior ou igual a 3 pontos: a criança deve ser encaminhada para consulta com especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência ou em Neurologia Pediátrica a fim de realizar a avaliação de seguimento, com a aplicação do M-CHAT-R/F.

Resultados falso-negativos são possíveis. Se o resultado da triagem não for positivo, recomenda-se acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor do paciente e reavaliação.

Por favor, responda as questões abaixo sobre a sua filha. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.		
1. Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	SIM	NÃO
2. Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	SIM	NÃO
3. O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	SIM	NÃO
4. O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	SIM	NÃO
5. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	SIM	NÃO
6. O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	SIM	NÃO

7. O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	SIM	NÃO
8. O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	SIM	NÃO
9. O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	SIM	NÃO
10. O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	SIM	NÃO
11. Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	SIM	NÃO
12. O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	SIM	NÃO
13. O seu filho anda?	SIM	NÃO
14. O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	SIM	NÃO
15. O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	SIM	NÃO
16. Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	SIM	NÃO
17. O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)	SIM	NÃO
18. O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”)?	SIM	NÃO
19. Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	SIM	NÃO
20. O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	SIM	NÃO

## Cronologia da Erupção dos Dentes

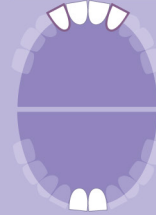
6 a 9 meses



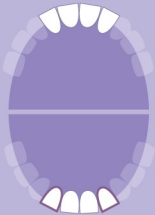
9 a 10 meses



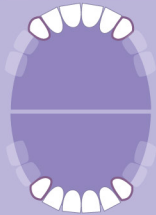
10 a 11 meses



11 a 12 meses



12 a 14 meses

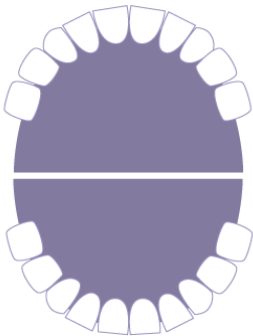


14 a 30 meses



**DENTIÇÃO SUPERIOR**

Marque: X - dente cariado



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DENTIÇÃO INFERIOR**

---

---

---

---

---

---

---

---





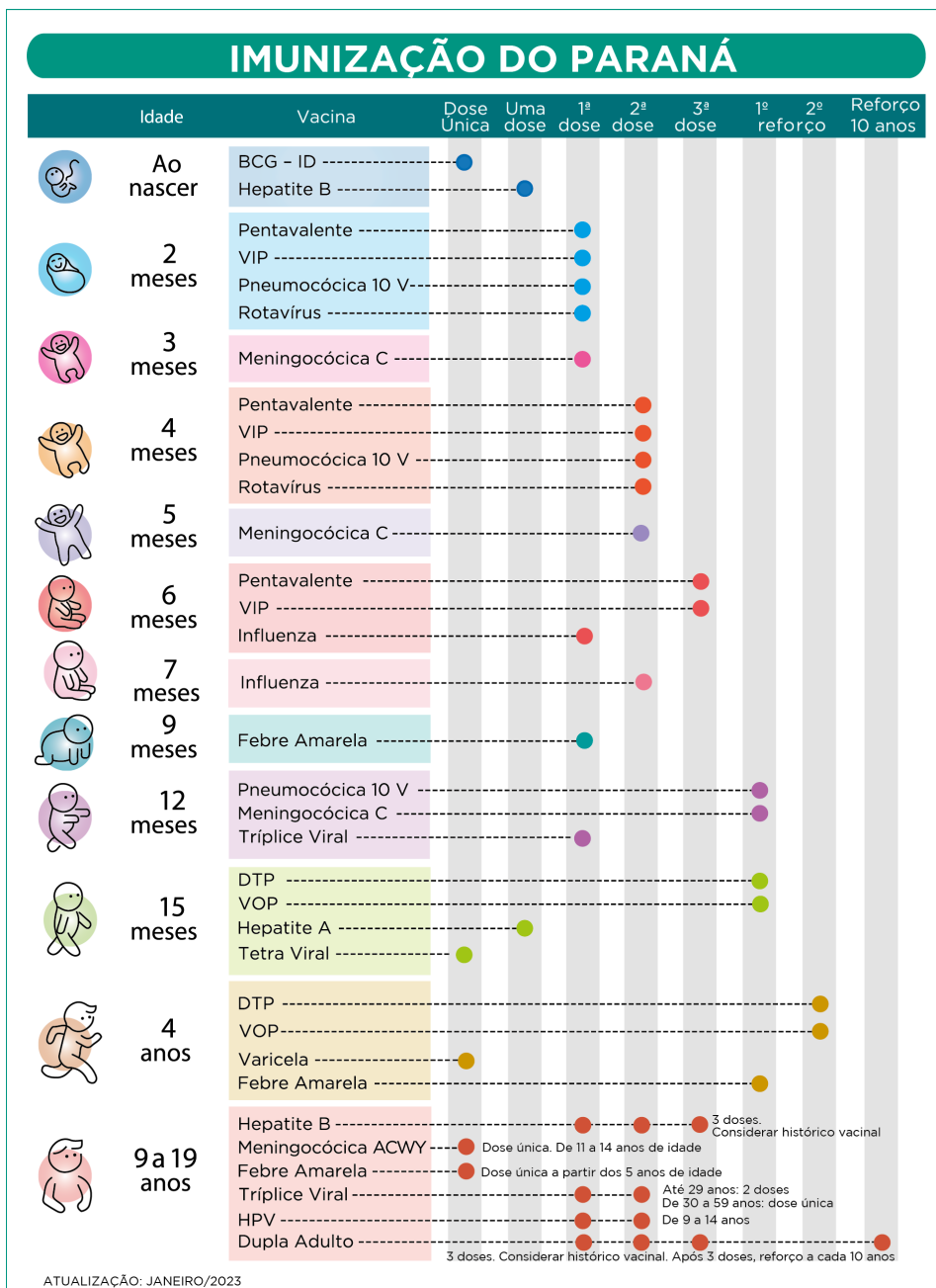


## Palivizumabe

Anticorpo monoclonal, que apresenta ação neutralizante contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). É indicado para a prevenção de doença grave do trato respiratório inferior, causada pelo VSR, em pacientes pediátricos de alto risco, menores de dois anos de idade, que inclui crianças prematuras, crianças portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade e portadores de cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa. Na região sul do Brasil a sazonalidade da ocorrência do vírus se dá entre os meses de Abril e Agosto, devido as características de meia vida da medicação a mesma deve ter sua administração iniciada um mês antes do período sazonal do vírus, ou seja a partir do mês de março de cada ano, o intervalo entre as doses deve ser de 1 mês e são administradas no máximo 5 doses por ano.

<b>ADMINISTRAÇÃO DE ANTICORPO MONOCLONAL HUMANIZADO (PALIVIZUMABE)</b>			
<b>Dose</b>	<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Assinatura</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## Calendário Nacional de Vacinação da Criança



## Calendário Nacional de Vacinação da Criança

### **Vacina BCG (Bacilo Calmette-Guerin)**

Previne as formas graves de tuberculose, principalmente miliar e meníngea).

### **Vacina SCR - Tríplice Viral**

Previne o sarampo, caxumba e rubéola.

### **Vacina Pentavalente**

Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B.

### **Vacina FA**

Previne a febre amarela.

### **Vacina DTP**

Tríplice bacteriana

### **Vacina Hepatite B**

Previne hepatite B.

### **VacinaSCRV - Tetra Viral**

Previne sarampo, caxumba, rubéola e varicela.

### **Vacina Inativada Poliomielite**

Previne a poliomielite tipos I,II e III.

### **Vacina HPV**

Previne câncer e verruga genital por papilomavírus humano.

**Vacina Oral Poliomielite** - Previne a poliomielite tipo I e III.

### **Vacina dT - dupla bacteriana**

Previne a difteria e tétano.

### **Vacina Pneumocócica conjugada 10 valente**

Previne contra doenças causadas por pneumococo: pneumonia, otites, meningites.

### **Vacina dTpa - tríplice bacteriana acelular adulto**

Previne difteria, tétano e coqueluche acelular.

### **Vacina Rotavirus Humano**

Previne as diarreias por rotavírus.

### **Vacina hepatite A**

Previne a hepatite A.

### **Vacina Meningocócica C**

Previne doenças invasivas causadas pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C.

### **Vacina varicela**

Previne a varicela.

### **Vacina Influenza**

Previne o vírus da gripe: H1N1; H3N2 e influenza B.

### **Vacina Meningocócica ACWY**

Previne doenças invasivas causadas pela bactéria Neisseria meningitidis do sorogrupo A,C,W e Y.

CADERNETA DE SAÚDE  
**MENINA**

DOSES / VACINAS	BCG	Hepatite B	Penta	VIP
Ao nascer	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____		
1ª dose			Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
2ª dose			Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
3ª dose			Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
DOSES / VACINAS	Febre Amarela	Hepatite A	DTP	VOP
Dose	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____		
Dose				
Reforço	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____		Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
Reforço			Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____			
Rotavirus humano	Pneumocócica 10-valente (conjugada)	Menigocócica C (conjugada)	HPV
Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
Triplíce Viral	Tetra Viral	Varicela	
Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	



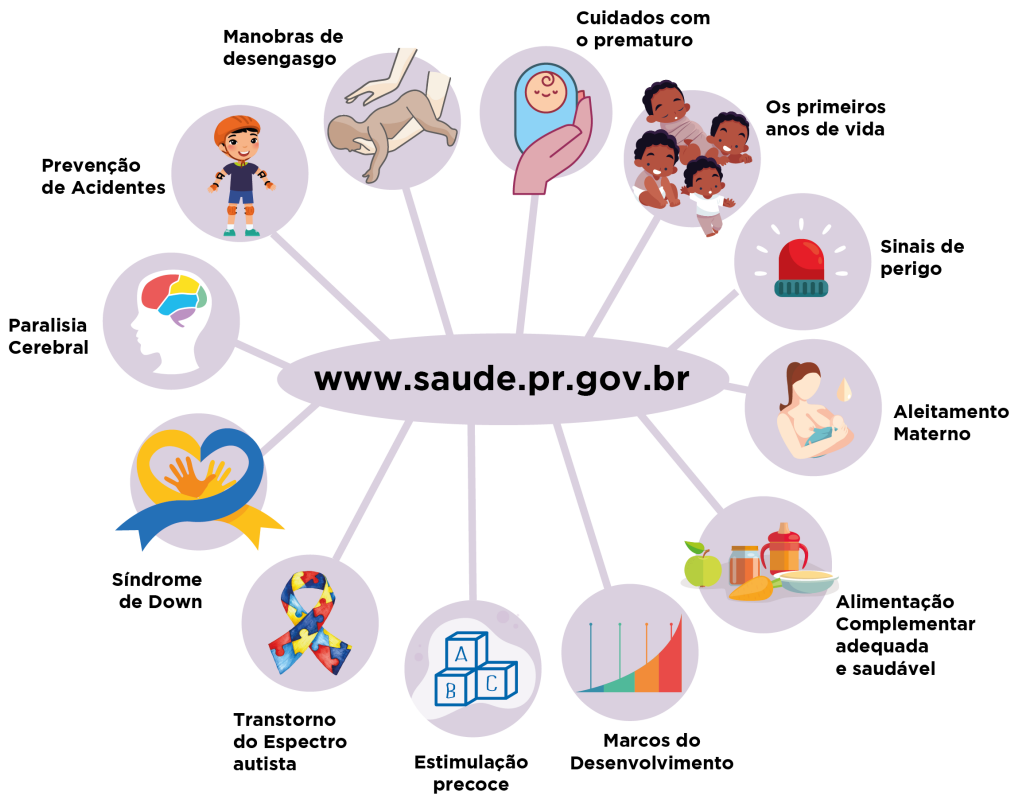








## Saiba mais sobre:





CADERNETA DE SAÚDE  
**MENINA**



**PARANÁ**   
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE