**Roteiro**

**Menu**

1. **Orientações em saúde (caderneta da criança)**

* Dicas de amamentação
* Consultas e vacinas
* Higiene do bebê
* Introdução alimentar

1. **Registro do acompanhamento da criança**

* Consultas
* Vacinas
* Gráficos

1. **Relatórios**
2. **Orientações em saúde**

* Dicas de amamentação

Importância do Leite Materno

O leite materno é um alimento completo e é recomendado para as crianças até os 2 anos de idade ou mais. Até os 6 meses de idade, deve ser o único alimento, ou seja, seu bebê não precisa de chá, suco, água, outro leite ou alimento. O uso de água ou chá antes do 6º mês pode atrapalhar o aleitamento materno e aumenta o risco de o bebê ficar doente. Em lugares de clima quente, ofereça o peito mais vezes. Inicialmente, o bebê que se alimenta apenas de leite materno mama de 8 a 12 vezes por dia e, com o tempo, ela mesmo vai aumentando os intervalos e fazendo o seu próprio horário de mamadas. Não é necessário fixar horários. Quanto mais seu bebê mamar, maior será a sua produção de leite.

**Melhor para a criança**

O leite materno é de mais fácil digestão, porque é produzido exclusivamente para a criança, e também é limpo, gratuito, está sempre pronto e quentinho. Além disso, protege o bebê de doenças como diarreia, infecções respiratórias, alergias e também pressão alta, colesterol alto, diabetes e obesidade na vida adulta. A amamentação também contribui para o desenvolvimento emocional da criança assim como para sua inteligência. Sugar o peito é um excelente exercício para fortalecer os músculos da face e ajuda o bebê a desenvolver a respiração, a fala e a ter dentes saudáveis.

**Melhor para a mãe**

Acompanhada de uma alimentação saudável, ajuda a reduzir, mais rapidamente, o peso adquirido durante a gravidez. Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia. Reduz o risco de doenças como diabetes, câncer de mama e de ovário.

**IMPORTANTE!**

Além de garantir os nutrientes necessários ao crescimento saudável, a amamentação favorece a comunicação entre a mãe e o bebê. O contato corporal, a troca de olhares e as carícias que podem acontecer durante as mamadas ajudam mãe e bebê a se conhecerem.

Tornando a Amamentação Mais Prazerosa

Durante o período de amamentação, é importante que a mãe e o bebê recebam o apoio da família e das pessoas mais próximas.

■ A participação do pai é importante em todos os momentos possíveis dos cuidados com o bebê.

■ O pai, os avós, outros parentes, amigos e vizinhos devem valorizar e apoiar a amamentação, ajudando nos cuidados com a casa, com as outras crianças e também com o bebê.

■ A tranquilidade de mãe e bebê na hora da amamentação ajuda a tornar as mamadas momentos de alegria e prazer.

**Posição do bebê**

A melhor posição para amamentar é aquela em que você e seu bebê ficam confortáveis. Você mesma deve buscar um jeito fácil e aconchegante de colocar o bebê no peito. O bebê deve estar virado de frente para você, bem junto do seu corpo (barriga com barriga), bem apoiado e com os braços livres.

**Pega da mama**

Só coloque seu bebê para sugar quando ela abrir bem a boca. O bebê pega bem o peito quando o queixo encosta na mama, os lábios ficam virados para fora, o nariz fica livre e a aréola (parte escura em volta do mamilo) aparece mais na parte de cima do que na parte de baixo da boca. Para tirar a bebê do peito sem machucar a mama, coloque seu dedo mínimo entre as gengivas dela, no canto dos lábios, assim ela abrirá a boca e soltará a mama.

**ATENÇÃO!**

Não ofereça mamadeiras e chupetas nem use protetores de silicone. Eles atrapalham a amamentação. Além disso, podem causar doenças e problemas na dentição e na fala do bebê.

**Tempo de mamada**

Cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar e ele deve ser respeitado. Deixe seu bebê mamar até que fique satisfeita.

■ Não tenha pressa. Durante a mamada, converse, faça carinho e dê atenção a ela.

■ Depois da mamada, coloque-a na posição vertical, para arrotar.

■ Não é necessário limpar os mamilos antes das mamadas. O banho diário e o uso de um sutiã limpo são suficientes para manter os mamilos em condições adequadas para a amamentação. ■ Alimente-se bem, descanse, evite bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas.

■ Faça alimentação saudável e completa e tome líquidos em quantidade suficiente para saciar a sede. Sempre que se sentar para amamentar, lembre-se de ingerir líquidos.

■ Não são recomendáveis dietas para emagrecimento durante a amamentação.

■ Algumas doenças podem ser transmitidas pelo leite materno. Por isso, não é recomendado que outra mulher amamente seu bebê , mesmo que seja da família.

■ A maioria dos remédios que a mãe precisa tomar não impede a amamentação. Porém, é importante consultar a equipe de saúde sobre a manutenção da amamentação sempre que precisar fazer uso de um medicamento. Não se medique por conta própria.

■ Para evitar uma nova gravidez, procure orientação no serviço de saúde.

**Quantidade e qualidade do leite materno**

Todo leite materno é forte e bom. A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco. O ato de sugar é o maior estímulo à produção: quanto mais seu bebê suga, mais leite você produz.

**IMPORTANTE!**

Se seu bebê está crescendo e se desenvolvendo dentro do esperado, a quantidade de leite está sendo suficiente para ela. Se você perceber que produz mais leite do que ela precisa, você pode ser uma doadora de leite materno. Para isso, informe-se sobre a existência de um Banco de Leite Humano no seu município nos serviços de saúde ou no site: <https://rblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-blh>.

O leite do início da mamada tem mais água e mata a sede. Já o leite do fim tem mais gordura, satisfaz a fome e faz o bebê ganhar peso. Se você acha que está com pouco leite, procure orientação no serviço de saúde.

**Dificuldades na Amamentação**

Pequenos problemas podem causar muito desconforto na hora das mamadas. Para evitá-los, retire um pouco do leite antes de cada mamada para amaciar a mama e facilitar a pega bebê no peito. Além dos problemas que podem gerar desconfortos durante as mamadas, algumas crianças podem ter dificuldades para sugar, ainda assim é importante oferecer o seio. Mas, observe se ela apresenta engasgos, vômitos e tosse. Esses sinais devem ser conversados com o profissional de saúde. Caso ela esteja usando uma sonda para alimentação, deve-se retirar o leite da mama e oferecer ao bebê por meio da sonda. As rachaduras no bico do peito podem ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê de pegar o peito.

Quando as mamas ficam empedradas, é preciso esvaziá-las o máximo possível. Para isso, você deve aumentar a frequência das mamadas, realizando-as sem horários fixos, inclusive à noite. Se, mesmo depois de você tomar os cuidados necessários, as mamas não melhorarem, piorarem ou surgir qualquer outra dificuldade na amamentação, procure imediatamente a ajuda de um profissional do serviço de saúde. Outra opção para buscar apoio é um banco de leite humano. Verifique se existe algum em sua cidade. Consulte o site: <https://rblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-blh>.

**ATENÇÃO!**

Mães com HIV positivo devem receber orientações especiais e não devem amamentar, pois as chances da transmissão aumentam a cada mamada. Logo após o parto, o bebê deve ser colocado sobre o peito em contato pele a pele (sem, entretanto, mamar). Depois do parto, mãe e bebê devem ficar em alojamento conjunto, estabelecendo uma relação íntima propiciada pelos momentos em que ela começa a cuidar da criança.

**Retorno da Mãe ao Trabalho ou à Escola**

Se você precisar voltar ao trabalho ou à escola antes de seu bebê completar 6 meses, será preciso se preparar. É importante que você se organize pelo menos 15 dias antes para retirar e guardar o seu leite para que seu bebê tome enquanto você estiver fora de casa. Caso o seu leite seja encaminhado à creche ou a qualquer outro local, ele precisa estar identificado com o nome da sua criança e a data da primeira coleta. Veja como retirar e guardar o seu leite.

**Preparo do frasco para guardar o leite materno**

■ Escolha um frasco de vidro incolor com tampa plástica.

■ Retire o rótulo e o papel de dentro da tampa.

■ Lave bem o frasco com água e sabão e depois ferva a tampa e o frasco por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura.

■ Coloque o frasco e a tampa sobre um pano limpo, para secar.

■ Depois que o frasco estiver seco, feche-o bem sem tocar na parte interna da tampa com a mão.

■ Identifique o frasco com o seu nome, a data e a hora em que o leite foi retirado.

**Higiene pessoal para a extração do leite materno**

■ Retire anéis, aliança, pulseiras e relógio.

■ Coloque uma touca ou um lenço no cabelo e amarre um pano ou uma máscara na boca.

■ Lave as mãos e os braços, até o cotovelo, com bastante água limpa e sabão.

■ Lave as mamas apenas com água limpa.

■ Seque as mãos e as mamas com toalha ou pano limpo ou com papel-toalha.

**Local adequado para a extração do leite materno**

■ Escolha um lugar confortável, limpo e tranquilo. Algumas empresas possuem sala de apoio à amamentação. Informe-se com a coordenação de recursos humanos da sua empresa.

■ Forre uma mesa ou outra superfície de apoio com pano limpo para colocar o frasco e a tampa.

■ Evite conversar durante a retirada do leite, pois sua saliva pode contaminá-lo.

**Como fazer a extração do leite materno?**

■ Massageie o peito com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares da aréola (parte escura do seio) em direção ao corpo. É necessário que os movimentos sejam contínuos e firmes, mas ao mesmo tempo delicados, para evitar machucá-la.

■ Coloque o polegar acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo dela. Firme os dedos e empurre a mama para dentro, em direção ao corpo.

■ Aperte o polegar contra os dedos indicador e médio até sair o leite. Não deslize os dedos sobre a pele. Pressione e solte os dedos seguidas vezes. Se a mama doer com a pressão dos dedos, é porque alguma coisa está errada. A manobra não dói quando a técnica é usada corretamente. O leite pode não fluir no começo, mas depois de pressionar os dedos algumas vezes, ele começa a sair com facilidade.

■ Despreze os primeiros jatos ou gotas do leite.

■ Abra o frasco e coloque a tampa, virada para cima, sobre a mesa forrada com um pano limpo.

■ Coloque o frasco debaixo da aréola para receber o leite.

■ Mude a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas.

■ Mude de mama quando o fluxo de leite diminuir e repita todo o processo.

■ Feche bem o frasco depois que terminar a coleta.

**IMPORTANTE!**

A extração do leite materno leva, mais ou menos, de 20 a 30 minutos em cada mama, principalmente nos primeiros dias. Como conservar o leite materno O leite materno pode ser conservado em geladeira por até 12 horas e no freezer ou no congelador por até 15 dias, contados a partir da data da primeira retirada. Após a retirada do leite, guarde imediatamente o frasco na geladeira, no freezer ou no congelador. Se o frasco não ficar cheio na primeira coleta, você pode ir complementando com outras retiradas por cima do leite já congelado anteriormente. Não encha o vidro por completo, deve-se deixar sempre um espaço de dois dedos entre a boca do frasco e o leite. Se na sua cidade houver um Banco de Leite Humano ou Posto de Coleta de Leite Humano e você tiver leite materno suficiente para doar, deve fazê-lo até 10 dias após a retirada do leite materno.

**Como ofertar o leite materno extraído à criança**

O leite retirado deve ser oferecido, de preferência, em um copo, uma xícara ou uma colher. Para aquecer o leite materno, esquente a água em uma panela, desligue o fogo e coloque o frasco imerso na água morna (banho-maria), agitando-o lentamente até que não reste nenhuma pedra de gelo. Para manter seus fatores de proteção, o leite materno não deve ser fervido e nem aquecido em micro-ondas. Amorne apenas a quantidade de leite que o bebê for tomar. O leite morno que sobrar deve ser jogado fora. O restante do leite descongelado e não aquecido poderá ser guardado na primeira prateleira da geladeira e deve ser utilizado no prazo de até 12 horas após o descongelamento.

**ATENÇÃO!**

O leite materno que é levado para a creche para ser oferecido a seu bebê precisa ser transportado em uma caixa de isopor ou uma bolsa térmica. É importante certificar-se de que o leite está sendo oferecido da forma correta.

Saiba que os profissionais de creche também podem apoiar as mães na fase de retorno ao trabalho ou estudo, planejando, com o serviço de saúde, os cuidados com a oferta do leite retirado e desenvolvendo novas formas de alimentar e hidratar os bebês sem o uso de mamadeira. A partir dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com alimentos saudáveis, mas deve ser mantida até os 2 anos ou mais. Existem situações em que não é possível amamentar. Se esse for o seu caso, converse com o profissional de saúde mais próximo de sua casa sobre suas dificuldades e sobre outro tipo de leite e alimentação complementar.

* Consultas e vacinas

Você deve levar a criança para fazer as consultas de rotina nas idades:

■ Primeira semana

■ 1 mês

■ 2 meses

■ 4 meses

■ 6 meses

■ 9 meses

■ 12 meses

■ 18 meses

■ 24 meses

■ 36 meses

A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina devem ser feitas uma vez ao ano, de acordo com a necessidade de cuidados de seu bebê. Nas consultas de rotina, você pode esclarecer dúvidas e pedir orientações sobre os cuidados que você precisa ter para que seu bebê tenha uma boa saúde. Peça ao profissional para anotar as informações sobre o atendimento nos espaços próprios deste aplicativo

**ATENÇÃO!**

Mesmo que a criança não esteja doente, é fundamental levá-la ao serviço de saúde para saber como ela está crescendo e se desenvolvendo. Algumas crianças precisam de uma atenção maior e devem ser acompanhadas pelos serviços de saúde com mais frequência.

A consulta da primeira semana de vida é muito importante para saber como estão a mãe e o bebê. Essa consulta pode ser realizada pelo profissional da medicina ou da enfermagem tanto no domicílio quanto na unidade de saúde. Nessa consulta, devem-se avaliar as condições de saúde da mãe e do recém-nascido, a comunicação e o vínculo entre os dois, a amamentação, a vacinação e outros cuidados. É um momento oportuno para que a mãe receba todas as orientações e, quando for o caso, para que a mãe e o bebê sejam encaminhados para os testes de triagem ou outros cuidados.

**Prevenir Doenças pela Triagem Neonatal e Vacinação**

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite identificar, em tempo oportuno, distúrbios e doenças congênitas, e realizar acompanhamento e tratamento para diminuir ou eliminar os danos associados a eles. A triagem neonatal inclui os testes do pezinho, do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho, que devem ser realizados nos primeiros dias de vida para verificar a presença de doenças que, se descobertas bem cedo, podem ser tratadas com sucesso. Pergunte ao profissional de saúde sobre esses testes: Este é um DIREITO de seu filho!

**ATENÇÃO!**

Verifique se o profissional registrou os resultados desses testes no App.

A vacinação é essencial para manter a criança saudável desde o nascimento. Durante a triagem neonatal, deve-se aproveitar a oportunidade para avaliar se a criança recebeu as vacinas indicadas ao nascer ou se há necessidade de atualizá-las. Na dúvida, converse com a equipe de saúde para obter mais informações.

O Calendário Nacional de Vacinação traz os nomes de todas as vacinas que seu (sua) filho (a) precisa receber para ficar protegida de doenças. A vacinação é gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS). As vacinas estão disponíveis nas unidades básicas de saúde e durante as campanhas de vacinação.

Amamentar durante a aplicação da vacina pode deixar a criança mais tranquila. Se você pode, amamente durante esse procedimento.

* Higiene do bebê

**A hora do banho**

A hora do banho pode ser um momento muito relaxante. Faça seu bebê sentir-se segura: segure-a com firmeza e fale com ela, tocando-a com delicadeza. Não use o recipiente do banho para lavar roupas ou outras coisas, pois isso pode causar irritações na pele do bebê. Prefira uma banheira, bacia ou balde, que dão mais segurança ao bebê. Coloque em um local protegido, onde não haja risco de o bebê ficar exposto ao vento. Use água morna e sabonete neutro em pequena quantidade. Nunca coloque seu bebê na água sem antes experimentar a temperatura com a própria mão. Passe seu braço por trás das costas dela e apoie sua cabeça e use a outra mão para lavá-la. Enxague bem o bebê. Seque bem as dobrinhas da pele e o umbigo antes de vestir a roupinha.

**Os cuidados com o umbigo**

Para limpar o umbigo, após o banho seque a região e passe apenas álcool a 70% no local. Evite que o álcool pingue na pele ao redor do umbigo ou em outras partes do corpo do bebê. Se a área ao redor do umbigo ficar vermelha ou se aparecer secreção amarelada, com pus e mau cheiro, pode ser sinal de infecção. Neste caso, leve seu bebê a imediatamente a um profissional de saúde. O coto, a parte do umbigo que seca, costuma cair até o final da segunda semana de vida dos bebês. Não coloque faixas, moedas ou qualquer outro objeto ou substância sobre o coto, pois isto pode causar infecção.

**A limpeza de roupas e objetos**

As roupas, os objetos e os brinquedos de seu bebê devem ser lavados com água e sabão neutro e estar bem secos quando forem usados por ela. Evite o uso de produtos perfumados, de sabão em pó e amaciante. Procure usar produtos de limpeza como sabão neutro, álcool ou vinagre.

**Os cuidados especiais com o ambiente**

Os recém-nascidos são muito sensíveis. Portanto, procure evitar:

■ Sair com seu bebê para lugares que têm muita gente, movimento, barulho e poluição (feiras, supermercados, shoppings) – prefira locais mais tranquilos;

■ Tudo o que possa poluir o ambiente de sua casa – não permita que fumem nesse espaço, porque a fumaça e o cheiro do cigarro fazem mal à saúde de todos, principalmente dos bebês;

■ Usar produtos com cheiro muito forte e ambientes com pouca ventilação;

■ Aproximar o bebê de brinquedos de pelúcia ou contato direto com roupas de lã;

■ Aproximar o bebê de animais, considerando as reações inesperadas que podem machucar.

* Introdução alimentar

**Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável**

Quando completar 6 meses de idade, o bebê precisa receber, além do leite materno, alimentos como frutas, cereais ou tubérculos, legumes e verduras, grãos, carnes e ovos. Esses alimentos vão acrescentar às refeições outros nutrientes que são necessários ao crescimento e ao desenvolvimento da criança e à prevenção de doenças. É importante oferecer água ao seu bebê nos intervalos entre as refeições.

**ATENÇÃO!**

O leite materno continua sendo importante e a amamentação deve continuar até 2 anos de idade ou mais.

A introdução de novos alimentos deve acontecer pouco a pouco. Não é preciso peneirar ou bater os alimentos no liquidificador, basta amassá-los com o garfo e oferecê-los separadamente no prato.

Crie uma rotina de alimentação, oferecendo as refeições sempre nos mesmos horários, conforme esquema alimentar abaixo. Ao completar 1 ano, além do leite materno a criança já deve receber cinco refeições por dia. Conforme o bebê crescer e desenvolver suas habilidades para segurar a colher e levá-la à boca, estimule-o a comer sozinho, em seu próprio prato.

**Quadro 1 – Esquema alimentar para crianças até 2 anos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Aos 6 meses** | **Entre 7 e 8 meses** | **Entre 9 e 12 meses** | **Entre 1 e 2 anos** |
| **Café da manhã** | Aleitamento materno sempre que a criança quiser. | leite materno | leite materno | Fruta ou Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) ou Raízes e tubérculos (aipim/ macaxeira, batata-doce, inhame) |
| **Lanche da manhã** | Aleitamento materno sempre que a criança quiser. | fruta e leite materno | fruta e leite materno | fruta e leite materno |
| **Almoço** - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; - 1 alimento do grupo dos feijões; - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; - 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta | Quantidade aproximada — 2 a 3 colheres de sopa no total. | Quantidade aproximada — 3 a 4 colheres de sopa no total. | Quantidade aproximada — 4 a 5 colheres de sopa no total | Quantidade aproximada — 5 a 6 colheres de sopa no total. |
| **Lanche da tarde** | Leite materno | fruta e leite materno | fruta e leite materno | fruta e leite materno |

Quadro 2- grupos de alimentos

|  |  |
| --- | --- |
| Quadro grupo de alimentos | |
| **Grupo dos feijões (leguminosas)** | Todos os tipos de feijão (branco, carioca, feijão-de-corda, feijão-fava, fradinho, jalo-roxo, mulatinho, preto, rajado, roxinho, vermelho) e também ervilha, grão de bico, soja e lentilha |
| **Grupo dos cereais** | Arroz, arroz integral, aveia, centeio, milho, trigo, triguilho (trigo para quibe), e os diferentes tipos de farinha, como fubá, flocão, amido de milho, farinha de trigo, entre outros. |
| **Grupo das raízes e tubérculos** | Batatas — baroa (também chamada de mandioquinha, batata-salsa ou cenourinha-amarela), doce e inglesa, entre outras; cará; inhame e mandioca — conhecida também como aipim ou macaxeira. |
| **Grupo dos legumes e verduras** | Abóbora (ou jerimum), abobrinha, berinjela, beterraba, cenoura, chuchu, gueroba, ervilha torta, jiló, jurubeba, maxixe, pepino, pimentão, quiabo, tomate e vagem. Acelga, agrião, alface, almeirão, beldroega, brócolis, catalonha, cebola, chicória, couve, couve-flor, espinafre, jambu, majorgomes, mostarda, ora-pro-nóbis, repolho, taioba |
| **Grupo das frutas** | Abacate, abacaxi, abiu, açaí, acerola, ameixa, amora, araçá, banana, cajá, caju, caqui, carambola, cereja, cupuaçu, figo, goiaba, graviola, jabuticaba, jaca, jenipapo, laranja, tangerina (também conhecida como bergamota ou mexerica), lima, maçã, mangaba, mamão, maracujá, melancia, melão, morango, pequi, pêra, pêssego, pitanga, pomelo, romã, umbu, uva. |
| **Grupo das carnes e ovos** | Carnes de boi, suíno (porco), cabrito, cordeiro, búfalo, aves, coelho, pescados, frutos do mar, ovos de galinha e de outras aves. Vísceras ou miúdos de animais (fígado bovino e de aves, estômago ou bucho, tripa, moela de frango). |
| **Grupo dos leites e queijos** | Leite materno e de outros animais, coalhadas, iogurtes naturais sem açúcar e queijos. |
| **Grupo de amendoim, castanhas e nozes** | Amêndoas, amendoim, avelã, castanhas de caju, castanha do Pará/do Brasil, castanha de baru, noz-pecã, pistache. |

Quando seu (sua) filho (a) se recusar determinado alimento, ofereça-o novamente em outras refeições. Algumas vezes, são necessárias de oito a dez tentativas para que a criança aceite o novo alimento. Variar a forma de preparo ajuda a aceitação.

**IMPORTANTE!**

Anote as dificuldades com a alimentação para conversar na consulta ou nas sessões de grupos do serviço de saúde.

Lave as mãos antes de preparar as refeições e antes de alimentar seu bebê.

Os hábitos alimentares são formados nos primeiros anos de vida. Nesta fase, não ofereça açúcar, frituras e alimentos ultraprocessados como achocolatado, refrigerantes, sucos de caixa, salgadinhos, gelatina, balas, biscoitos, bolachas, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo e salsicha. Esses alimentos são ricos em açúcar, sal e gordura e podem prejudicar a saúde da criança, uma vez que dificultam a aceitação de alimentos saudáveis e favorecem o excesso de peso e outras doenças em idade precoce. O sal deve ser usado com moderação nas refeições. Utilize temperos naturais (cheiro-verde, alho, cebola e outros). Não utilize temperos prontos e industrializados.

As crianças gostam de comer alguns alimentos com as mãos. Permita que seu bebê faça isso algumas vezes, mas não deixe de incentivá-la a usar os talheres. Ensine-a a lavar as mãos antes das refeições e a criar o hábito de escovar os dentes logo depois.

**ATENÇÃO!**

Para uma alimentação mais saudável e prazerosa, valorize as refeições em família. Evite ligar a televisão ou mexer no celular nesses momentos. Cuidar da criança e da sua alimentação é tarefa de toda a família. Procure compartilhar as tarefas do cuidado alimentar.

**Prevenindo as Carências Nutricionais**

A falta de ferro pode provocar cansaço, fraqueza e falta de apetite. Com isso, as crianças ficam sem ânimo para brincar e aprender. Para evitar a anemia, todas as crianças de 6 a 24 meses devem receber, além da alimentação rica em ferro, fontes extras de ferro de forma preventiva (por meio do suplemento de ferro ou de fortificação).

A deficiência de vitamina A pode provocar problemas graves nos olhos da criança e levá-la à cegueira. Além de proteger a visão, a vitamina A diminui o risco de diarreia, de infecções respiratórias e ajuda no crescimento e desenvolvimento da criança. As crianças de 6 meses a 5 anos que residem em área de risco para a deficiência de vitamina A devem ser suplementadas. Verifique na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) se o seu município faz parte do Programa Nacional de Suplementação de vitamina A.

Além do reforço com a suplementação e/ou fortificação de alimentos que a criança recebe, é importante acrescentar, em suas refeições, alimentos ricos nesses nutrientes.

**IMPORTANTE!**

As crianças que recebem os sachês de micronutrientes em pó (Estratégia NutriSUS) não devem receber outro suplemento de ferro e não necessitam receber a megadose de vitamina A. Mais informações sobre os Programas de Suplementação Nacionais podem ser obtidas no site (https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/nutrisus).

Alguns alimentos ricos em ferro

■ Carnes (de gado, aves e peixes), fígado e outros.

■ Leguminosas: feijão, ervilha e outras.

Alguns alimentos ricos em vitamina A

■ Fígado, gema de ovo, leite de vaca e outros.

■ Frutas e legumes amarelo-alaranjados: manga, pitanga, mamão, caqui, abóbora, cenoura, batata-doce e outros.

■ Vegetais amarelos e vegetais folhosos verdes: espinafre, couve, brócolis, mostarda e outros.

■ Óleos e frutas oleaginosas: buriti, pupunha, dendê, pequi e outros. ATENÇÃO! As crianças que apresentam alguma doença como anemia falciforme e talassemia, entre outras, devem ser acompanhadas individualmente pela equipe de saúde.

**Menina e Menino (há diferença?)**

1. **Registro do acompanhamento da criança**
   1. Consultas: Lista suspensa

* Triagem Neonatal
* Crescimento Infantil e Desenvolvimento infantil
* Gráfico

2.2 Vacinas

* **Triagem Neonatal**
* **Registrar data:**

1.Triagens neonatais

**a**. 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

Observação/Encaminhamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b.** Triagem de cardiopatia congênita crítica

Oximetria de pulso - Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade após 24h de vida

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

Resultado: ( ) Normal\* ( )Alterado\*\*

Observação/Encaminhamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**c**. Triagem auditiva - Teste da orelhinha

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

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

Testes: ( ) Emissão Otoacústica Evocada

( ) Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

Ouvido direito: ( ) Normal ( ) Alterado

Ouvido esquerdo: ( ) Normal ( ) Alterado

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

**d**. Triagem biológica - Teste do pezinho

Idealmente realizada na maternidade ou entre o 3º a 5º dia.

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

Reteste:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Triagem neonatal- 1 mês

Realizado Resultado

Pezinho ( ) Não ( ) Sim ( ) Normal ( ) Alterado

Orelhinha ( ) Não ( ) Sim ( ) Normal ( ) Alterado

Exame auditivo ( ) Não ( ) Sim ( ) Normal ( ) Alterado

Olhinho - Reflexo olho vermelho ( ) Não ( ) Sim ( ) Normal ( ) Alterado

Coraçãozinho ( ) Não ( ) Sim ( ) Normal ( ) Alterado

* **Consultas (abre a lista das consultas)**

**Consulta da 1ª Semana**

**Meses/ reavaliação (caso seja necessário). Se algum mês for marcado o A ou NV, aparecer como pendência na avaliação seguinte.**

Legenda: P = marco presente, A = marco ausente, NV = marco não verificado.

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* 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:
* Sinais de alerta
* Coto umbilical infeccionado ( ) Não ( ) Sim
* Icterícia Diarreia/Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou movimentos anormais ( ) Não ( ) Sim
* Ausculta cardíaca alterada/Cianose ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 1º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento infantil
* Reflexo de Moro ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Reflexo Cócleo-palpebral ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Reflexo de sucção ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Braços e pernas flexionados ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Observa um rosto ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Reage ao som ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Eleva a cabeça ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* Leite materno exclusivo ( )
* Leite materno e leite artificial ( ) Leite artificial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dificuldade para amamentar? ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Em caso de desmame precoce descreva o motivo:
* 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
* Exame ocular
* Abertura ocular normal ( ) Não ( ) Sim
* Pupilas normais ( ) Não ( ) Sim
* Estrabismo ( ) Não ( ) Sim
* Segue com o olhar ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Tempo de sono em 24 horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Posição no sono quando deitado no berço: De barriga para cima? ( ) Não ( ) Sim
* Funcionamento do intestino e cólicas ( ) preservado ( ) não preservado
* Higiene e cuidados gerais ( ) preservado ( ) não preservado
* Sinais de violências/negligências ( ) presente ( ) ausente
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 2º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Sorri quando estimulada ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Abre as mãos ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Emite sons ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Movimenta os membros ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* Leite materno exclusivo ( )
* Leite materno e leite artificial ( ) Leite artificial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dificuldade para amamentar? ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Em caso de desmame precoce descreva o motivo:
* Sinais de alerta
* Secreção nasal ( ) Não ( ) Sim
* Cólica/Engasgos ( ) Não ( ) Sim
* Diarreia/Constipação ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos/Golfadas ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou movimentos anormais ( ) Não ( ) Sim
* Exame ocular
* Globo ocular de tamanho normal ( ) Não ( ) Sim
* Pupilas normais ( ) Não ( ) Sim
* Estrabismo ( ) Não ( ) Sim
* Secreção ocular ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Posição no sono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tempo de sono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Troca de posição durante o dia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Funcionamento do intestino e cólicas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Higiene e cuidados gerais\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Uso de soro fisiológico nasal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 4 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Responde ativamente ao contato social ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Segura objetos ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Emite sons, ri alto ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* Leite materno exclusivo ( )
* Leite materno e leite artificial ( ) Leite artificial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dificuldade para amamentar? ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Em caso de desmame precoce descreva o motivo:
* Sinais de alerta
* Secreção nasal ( ) Não ( ) Sim
* Cólica/Engasgos ( ) Não ( ) Sim
* Diarreia/Constipação ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos/Golfadas ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou movimentos anormais ( ) Não ( ) Sim
* Hérnia inguinal/umbilical ( ) Não ( ) Sim
* Exame ocular
* Globo ocular de tamanho normal ( ) Não ( ) Sim
* Pupilas normais ( ) Não ( ) Sim
* Estrabismo ( ) Não ( ) Sim
* Secreção ocular ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Funcionamento do intestino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Higiene e cuidados gerais\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 6 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Busca ativa de objetos ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Leva objetos a boca ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Localiza o som ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Muda de posição (rola) ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 9 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Brinca de esconde-achou ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Transfere objetos de uma mão para outra ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Duplica sílabas ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Senta-se sem apoio ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* O que a criança está comendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Hipotermia (<36,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 12 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Imita gestos ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Faz pinça ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Produz “jargão” ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Anda com apoio ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quais alimentos foram introduzidos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 15 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Mostra o que quer ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Coloca blocos na caneca ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Diz uma palavra ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Anda sem apoio ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* O que a criança está comendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 18 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Usa colher ou garfo ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Constrói torre de 2 cubos ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Fala 3 palavras ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Anda para trás ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* O que a criança está comendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 24 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Tira roupa ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Constrói torre de 3 cubos ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Aponta 2 figuras ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Chuta bola ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* O que a criança está comendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 30 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Veste-se com supervisão ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Constrói torre de 6 cubos ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Frases com 2 palavras ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Pula com ambos os pés ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* O que a criança está comendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 36 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Brinca com outras crianças ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Imita o desenho de uma linha ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Reconhece 2 ações ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Arremessa bola ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* O que a criança está comendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim

**Consulta do 42 º Mês**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm
* Desenvolvimento
* Veste uma camiseta ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Move o polegar com a mão fechada ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Compreende 2 adjetivos ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Equilibra-se em cada pé 1 segundo ( ) P ( ) Ausente ( ) NV
* Alimentação
* ( ) Leite materno ( ) Leite artificial
* Parou de amamentar? ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* O que a criança está comendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quantas porções de fruta/dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Recebe algum tipo de alimento industrializado? ( ) Não ( ) Sim. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sinais de alerta
* Diarreia ( ) Não ( ) Sim
* Vômitos ( ) Não ( ) Sim
* Febre (≥37,5°C) ( ) Não ( ) Sim
* Sibilâncias ( ) Não ( ) Sim
* Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) ( ) Não ( ) Sim
* Convulsões ou tremores ( ) Não ( ) Sim
* Cuidados especiais
* Suplementação de Ferro ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de Micronutrientes ( ) Não ( ) Sim
* Suplementação de vitamina A ( ) Não ( ) Sim
* Acompanhamento odontológico ( ) Não ( ) Sim
* Acidentes domésticos ( ) Não ( ) Sim
* Sinais de violências/negligências ( ) Não ( ) Sim
* **Parâmetros de avaliação (**Ao preencher os dados do desenvolvimento, inserir a avaliação automática).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DE AVALIAÇÃO** | **CLASSIFICAÇÃO** | **CONDUTA** |
| Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores; ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas\*; ou 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). | PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO | Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento. |
| Ausência de 1 ou mais reflexos/ posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos). ou Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco | ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO | • Orientar a mãe/ cuidador sobre a estimulação da criança. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias. |
| Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária. | DESENVOLVIMENTO ADEQUADO | • Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes. |

**Outras consultas**

* Crescimento
* Altura e Peso
* Comprimento\*: \_\_\_\_\_\_cm (1.68, exemplo).
* Peso\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* IMC: calcular automático (altura2/peso)
* Perímetro Cefálico
* PC\*: \_\_\_\_\_cm

Observações:

**Gráficos de crescimento**

**Tanto o menino, quanto a menina, possuem gráficos de crescimento específicos. São diferentes para os sexos. A proposta é que quando o profissional registrar o peso e altura, já preencha o dado automaticamente no gráfico.**

**2.2 Vacinas**  (Botão de Salvar e editar em todas as vacinas)

* **Ao nascer**
* **Vacina BCG**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento (alertar na data)
* **Vacina hepatite B (recombinante)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **2 meses**
* **Vacina Penta**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Poliomielite (VIP)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Pneumocócica 10-valente (Conjugada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **3 meses**
* **Vacina meningocócica C (conjugada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **4 meses**
* **Vacina Penta**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Poliomielite (VIP)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Pneumocócica 10-valente (Conjugada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **5 meses**
* **Vacina meningocócica C (conjugada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **6 meses**
* **Vacina Penta**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Poliomielite (VIP)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Influenza**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **9 meses**
* **Vacina Febre amarela (atenuada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **12 meses**
* **Vacina Pneumocócica 10-valente (Conjugada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina meningocócica C (conjugada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Tríplice viral**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **15 meses**
* **Vacina DTP**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Poliomielite (VOPb)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina adsorvida hepatite A (inativada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **4 anos**
* **Vacina DTP**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Febre amarela (atenuada)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina Poliomielite (VOPb)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Vacina varicela (monovalente) - (Varicela)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **5 anos**
* **Vacina Pneumocócica 23-valente - (Pneumo 23)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento
* **Registro de Outras Vacinas e Campanhas (Trazer botão de novo registro +).**

**Apertando o + registra as informações abaixo**

* **Nome: lista (Covid, influenza, ?)**
* Lote: campo
* Fabricante: campo
* Data:
* Unidade de saúde:
* Profissional Conselho: Número:
* Aprazamento

**Botão de Salvar.**