



Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de encaminhamento de crianças e adolescentes nas especialidades clínicas e cirúrgicas nos níveis de atenção à saúde.

Área(s): Referência Técnica Distrital de Pediatria/CATES/SAIS, Referência Técnica Distrital de Neuropediatria/CATES/SAIS, Referência Técnica Distrital de Cirurgia Pediátrica/CATES/SAIS, Gerência de Ciclos de Vida/DAEAP/COAPS/SAIS, Assessoria Técnica Distrital da Política Nacional de Humanização (PNH)/SAIS/SES, Assessoria Técnica da Secretaria de Atenção Integral à Saúde/SES-DF.

Portaria SES-DF Nº 27 de 15/01/2019, publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

A pesquisa de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2018 nas bases de dados PUBMED, LILACS, COCHRANE e BVS bem como em livros-texto, legislação vigente sobre o assunto, protocolos validados em outras instituições de saúde.

1.2 Palavra(s) chave(s)

Saúde da criança e Saúde do adolescente; Violência; Redes de atenção à saúde.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

O material apresentado foi elaborado durante o ano de 2018. Foram utilizados como referenciais teóricos principais o “Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas especializadas. Hospitais Federais do Rio de Janeiro, 2015”, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) para o Sistema Único de Saúde (SUS)”, “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” e “Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em

situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde”.

2- Introdução

A lei 8080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, preconiza a universalidade e integralidade no atendimento à saúde. Para que isso ocorra, é necessária a hierarquização dos serviços de saúde, para uma boa assistência (BRASIL, 1990).

O atendimento em saúde da criança e de adolescentes necessita, em muitos casos, de um grau de especialização avançado, que não pode ser atingido na rede de atenção primária à saúde e, por esse motivo, surge a necessidade de critérios de encaminhamento para a atenção secundária e terciária (MENDES, 2011).

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Esses protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades do serviço, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implementação de ações (BRASIL, 2015).

A **Atenção primária à Saúde (APS)** é a porta de entrada para todos os usuários na rede de saúde da SESDF. A APS é a ordenadora do cuidado e contra referência do cuidado especializado. Os usuários devem sempre manter o vínculo do cuidado na APS mesmo que eles necessitem de algum cuidado especializado.

A **Atenção secundária (AS)** é composta pela especialidade em Pediatria, bem como suas diferentes áreas de atuação.

A **Atenção terciária (AT)** abrangerá aqueles casos de maior complexidade que necessitem de suporte tecnológico não disponibilizados nas outras áreas de atenção.

Encaminhar crianças e adolescentes implica em transferi-lo a um serviço de saúde a partir de uma unidade básica de saúde. O processo deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, por meio da contra- referência. Devem, portanto, existir normas claras para o estabelecimento de mecanismos destes fluxos, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as necessidades locais regionais (BRASIL, 2015).

Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e devem ser tratados com prioridade absoluta nas políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde recebeu o mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. Essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho

em rede. No que se refere ao enfrentamento das situações de violência nos níveis de atenção à saúde, esse protocolo pretende estimular os profissionais de saúde para que aproveitem, ao máximo, as oportunidades oferecidas pelos contatos com as famílias a fim de romper com o ciclo de violência que, muitas vezes, se instala na própria dinâmica dos relacionamentos familiares (BRASIL, 2010).

3- Justificativa

A padronização de condutas para o encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços secundários e terciários nos níveis de atenção à saúde, por meio de um protocolo, busca uma normatização que fomente e possibilite um atendimento integral com continuidade do cuidado, centrado na necessidade do usuário e da família e ofertando melhorias, a fim de que se aprimore a qualidade da assistência prestada. Além disso, torna possível a organização racional e equânime da demanda para que não haja sobrecarga dos serviços e, ao mesmo tempo, melhore o acesso dessa população aos serviços da rede.

Assim, este protocolo objetiva contribuir na garantia às pessoas e populações, às diretrizes e princípios de equidade, universalidade e integralidade às ações e aos serviços de saúde preconizados pelo SUS, além de melhorar as interações entre os pacientes e os profissionais de saúde.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

A classificação na CID-10 será informada pelo médico assistente baseada nos sinais e sintomas informados pelo médico assistente e os resultados dos exames realizados.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico clínico será baseado nos sinais e sintomas avaliados pelo médico assistente.

6- Critérios de Inclusão

- Na Atenção Secundária (Ambulatórios no nível secundário*): Crianças e Adolescentes até 14 anos, 11 meses e 29 dias que se enquadrem na complexidade
- Na Atenção Terciária (Ambulatórios no nível terciário*): Crianças e Adolescentes até 17 anos, 11 meses e 29 dias.

*: Vide anexo

7- Critérios de Exclusão

- Na Atenção Secundária (Ambulatórios no nível secundário*): Crianças e Adolescentes acima de 14 anos, 11 meses e 29 dias que se enquadrem na complexidade
- Na Atenção Terciária (Ambulatórios no nível terciário*): Crianças e Adolescentes acima de até 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- Na Atenção Secundária e Atenção Terciária: adultos.

8- Conduta

A avaliação das crianças e adolescentes deve ocorrer nas equipes da atenção primária a saúde, e o encaminhamento deve acontecer mediante um relatório médico contendo as seguintes informações: dados do paciente; história da doença atual; achados clínicos exames diagnósticos; hipótese diagnóstica; classificação na CID-10 e prioridade de atendimento. O encaminhamento deverá ser guiado pelo protocolo anexo, conforme composição descrita a seguir.

Apresentação do Protocolo:

O protocolo foi dividido nos seguintes itens:

- A) Assunto:** especialidade clínica ou cirúrgica que contém o motivo do encaminhamento.
- B) Motivo da consulta:** sinais e sintomas que motivaram o paciente a procurar atendimento nos serviços de saúde, assim como relatar exames complementares já realizados.
- C) Quando encaminhar:** orientação de quando deve se encaminhar o paciente. A definição é feita com base na própria doença, hipótese diagnóstica com exames complementares sugeridos e **não necessariamente obrigatórios**, e exame físico do usuário.
- D) CID provável:** CID que deve ser colocado na solicitação de exames e no SISREG para marcação de consulta com o especialista sugerido.
- E) Prioridade de Regulação:** está baseado na classificação de prioridade pertinente aos motivos da consulta, como demonstrado no quadro 01. É importante observar que a classificação da prioridade se relaciona com o grau de urgência de atendimento daquele caso, e não para o nível de atenção para o qual deve ser encaminhado.
- G) Ambulatórios secundários de especialidades:** incluem todas as especialidades médicas com ponto de atendimento nas unidades secundárias na rede de atenção à saúde.
- H) Ambulatórios de especialidades terciários:** incluem todas as especialidades médicas com ponto de atendimento nas unidades terciárias na rede de atenção à saúde.
- I) Contra referência:** sugestão de contra referência, de acordo com a avaliação realizada pelo profissional de saúde.

Quadro 01 – Classificação de prioridade

PRIORIDADE DE REGULAÇÃO		
Cor	Classificação	Descrição
Vermelho	P0	Pertencem os casos de alto risco para os quais deve ser providenciado atendimento o mais rápido possível
Amarelo	P1	Pertencem os casos que requerem esclarecimento diagnóstico breve, pois a demora dessa elucidação pode acarretar sérios danos à saúde do usuário;
Verde	P2	Pertencem os casos em que há necessidade de realização de consulta especializada, mas há um baixo risco associado à saúde do usuário;
Azul	P3	Pertencem os casos em que não há risco associado à saúde do usuário, devem ser agendados nos serviços de saúde de acordo com a disponibilidade de vagas.

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco (s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9- Benefícios Esperados

A implantação do Protocolo de Encaminhamento de Crianças e Adolescentes nas Especialidades Clínicas (anexo I) e Cirúrgicas (anexo II) nos níveis de atenção à saúde proporcionará aos usuários do sistema público de saúde do DF os meios necessários para melhorar o acesso aos serviços de saúde do DF. Este protocolo irá promover o aprimoramento da atenção à saúde ao usuário e a articulação entre todos os níveis de atenção, ordenada pela atenção primária à saúde (APS), além da corresponsabilização dos gestores e profissionais envolvidos na assistência nos temas abordados nos diferentes níveis de atenção.

10- Monitorização

Os mais notificados e atendidos na rede de saúde do DF.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Os dados coletados anualmente pelas regiões de saúde, por meio dos indicadores pactuados neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis. Sendo a Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços, da Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços a responsável pelo monitoramento e avaliação.

14- Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS na atenção básica. 1. Ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n 28, Volume I. Brasília, 2011.

BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Constituição Federal Brasileira. Lei 8080, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 que Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS. – 1.ed., 3.reimpr. p 24 a 26. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipotireoidismo congênito.

[portalms.saude.gov.br > ... > Hipotireoidismo Congênito \(HC\)](http://portalms.saude.gov.br/...>Hipotireoidismo%20Congenito(HC))

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 ***Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).***

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

MENDES, E. V. As Redes de Atenção a Saúde.

Organização Pan Americana da Saúde, 2ª ed. Brasília, 2011.

MURAHOVSKI, J. Pediatria: diagnóstico e tratamento. 6

ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2006.

ANEXO I

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA	Anafilaxia	Sempre quando houver suspeita do diagnóstico: 1) Início agudo de sintomas cutâneos e/ou mucoso e de pelo menos 1 dos achados: sintomas respiratórios e/ou cardiovascular;	T78.4 T78.2	P0	x	Não se aplica
		2) Dois ou mais dos seguintes achados após exposição (minutos a horas) a provável alérgeno: sintomas cutâneos e/ou mucosos, cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais (persistentes)	T78.4 T78.2	P0	x	Não se aplica
		3) Hipotensão* após exposição a alérgeno sabidamente conhecido pelo paciente. *Hipotensão: -Queda da PA > 30% abaixo de sua linha basal, ou - Crianças e adolescentes: PA sistólica abaixo da específica para a idade.	T78.4 T78.2	P0	x	Não se aplica

ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA	Urticária	Urticária aguda sem sintomas de anafilaxia, <i>exceto por reação a medicamentos e alimentos</i>	L50.0 L50.9 Q82.2	P3	X	Não se aplica
		Toda urticária aguda com sintomas de anafilaxia: (< 6 semanas) Presença de urticas (Lesões com edema central de tamanho variado); Prurido intenso, e/ou sensação de ardor/queimação; Pode estar associada ou não ao angioedema. Lesões duram até 24h	L50.1 L50.2 L50.3 L50.4 L50.5 L50.6 L50.8 L50.9	P0	Não se aplica	Não se aplica
		Toda urticária crônica (> 6 semanas): Presença de urticas (Lesões com edema central de tamanho variado); Prurido intenso, e/ou sensação de ardor/queimação; Pode estar associada ou não ao angioedema. Lesões duram até 24h.	L50.1 L50.2 L50.3 L50.4 L50.5 L50.6 L50.8 L50.9	P1	X	Não se aplica
		Toda urticária vasculítica.	L95.0	P0	Não se aplica	X

ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA	Angioedema	Se presença de angiodema: edema da derme profunda que pode durar até 72 horas	J38.4	P3 (angioedema associado a urticária aguda)	X	Não se aplica
				P1 (Desencadeado por alimentos ou medicamentos)	X	Não se aplica
				P0 (parte do quadro de anafilaxia)	X	Não se aplica
		Angioedema Hereditário: Angioedema recorrente de pele e de submucosa, não pruriginoso, que acomete vários órgãos	D84.1	P0	Não se aplica	X

ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA	Dermatite atópica	Se dermatite moderada a grave com: áreas com xerose e/ou xerose difusa; Se prurido frequente/constante associado a inflamação (com ou sem sinais de escoriações e áreas localizadas de espessamento da pele com ou sem sangramentos, liquenificações ou alteração de pigmentação);	L20.0	P0 (Dermatite Atópica Grave ou com infecções recorrente)	Não se aplica	X
		Se impacto moderado nas atividades diárias e psicossociais; Se distúrbios do sono frequentes;		P3 (Dermatite Atópica Leve)	Não se aplica	Não se aplica
				P1 (Dermatite Atópica Moderada)	X	Não se aplica
	Rinite alérgica	Em casos de falha no tratamento; se suspeita de outros diagnósticos; se não conseguir retirar os fatores desencadeantes; se rinite persistente moderada a grave; se intolerância ao tratamento; se presença de comorbidades tais como: Rinoconjuntivite, Respirador oral, Síndrome da Apneia, hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), otite com efusão, rinossinusite, asma.	J30.4 H10.1 R06.5 G47 H65 J01.9	P3 (Rinite leve/persistente)	Não se aplica	Não se aplica
				P1 (Rinite MODERADA/persistente, se intolerância ao tratamento; se presença de comorbidades)	X	Não se aplica
			J32 J45.0	P1 (Rinite GRAVE/persistente, se de falha no tratamento e presença de comorbidades)	X	Não se aplica

**ALERGIA E
IMUNOLOGIA
PEDIÁTRICA**

Imunodeficiência (ID)

- Se suspeita de ID de acordo com os critérios:
1. ≥ 2 pneumonias no último ano.
 2. ≥ 8 novas otites no último ano.
 3. Estomatites de repetição ou Monilíase por mais de dois meses
 4. Abscessos de repetição ou ectima
 5. Um episódio de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia)
 6. Infecções intestinais de repetição / diarreia crônica.
 7. Asma grave, doença do colágeno ou doença auto-imune.
 8. Efeito adverso ao BCG e/ou infecção por Micobactéria.
 9. Fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada a Imunodeficiência.
 10. História familiar de imunodeficiência.

D80.9

P0
(Infecções Moderadas com internações)

Não se aplica

X

P2
(Infecções de repetição sem internações)

X

Não se aplica

D80.9

P0
(Imunodeficiências combinadas graves – risco de morte)

Não se aplica

X

ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA	Alergia alimentar	Se reações Imediatas (IgE mediadas), Mistas, Não IgE mediadas com: Risco de morte; Repercussão nutricional; alergias a vários alimentos; Manifestações clínicas minutos a horas após ingestão de alimentos; Urticária, angioedema, eczema; Síndrome da alergia oral (coceira e inchaço nos lábios, palato e faringe. O edema de glote não é freqüente); rinoconjuntivite; tosse, roquidão, estridor, dispneia; diarreia, dor abdominal, vômitos; reação sistêmica grave (anafilaxia);	T78.0	P2 (Alergia Alimentar, sem outras manifestações clínicas)	X	Não se aplica
				P1 (Múltiplas alergias alimentares ou com repercussão nutricional)	Não se aplica	X
	Alergia a medicamentos	Alergia a medicamentos apresentando história de internações, múltiplas medicações, reações cutâneas severas; • impossibilidade de suspender o medicamentos; falta de medicamento substituto.		P0	X	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	Sopro Cardíaco	Se paciente assintomático e ainda sem investigação.	R01	P2	Não se aplica	Não se aplica
		Se paciente assintomático com exames complementares alterados (Rx tórax),eletrocardiograma, ecocardiograma), sem repercussão hemodinâmica clínica.	R01	P1	X	Não se aplica
		Se paciente sintomático (taquidispneico, dificuldade de sucção e palidez) com exames complementares alterados (Rx tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma) demonstrando repercussão hemodinâmica clínica.	R01	P0	Não se aplica	X
		Todos os casos de recém-nascidos com teste do coraçãozinho alterado	R01	P0	Não se aplica	X

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	Cianose	Se paciente cianótico ou com alteração na oximetria	R23	P0	Não se aplica	X
	Hipertensão arterial	Se paciente com pressão arterial alterada em pelo menos 3 consultas distintas (PAS/ PAD \geq p95) e/ou presença de alterações/ assimetria de pulsos em membros e/ou cefaléia.	I10 I15.8	P1	X	Não se aplica
	Dor torácica	Se paciente com dor torácica aos esforços, acompanhada de sinais de baixo débito cardíaco (sudorese, palidez, palpitações, vômitos, síncope) ou história familiar de cardiomiopatia ou morte súbita.	R07.4	P0	Não se aplica	X
	Cardiomiopatia	Se paciente com evidências de disfunção miocárdica, com dispnéia aos esforços e cardiomegalia	I42.0 I42.1 I42.2 I42.5 I42.9 I43.1 I43.2	P0	Não se aplica	X

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	Cardite reumática Crônica Diagnóstico de febre reumática com evidências clínicas de cardite (dispnéia, sopro cardíaco e confirmação ecocardiográfica de lesão valvar)	Todas as crianças com lesões valvares moderadas/graves e que apresentem refratariedade ao tratamento clínico padrão.	I01.1 I01.9 I02.0 I05.1 I06.1 I09.0 I09.1	P0	Não se aplica	X
		Diagnóstico de febre reumática com evidências clínicas de cardite, mas sem sinais de descompensação (dispneia aos esforços, cianose, palidez), com lesão valvar leve.	I01.1 I01.9 I02.0 I05.1 I06.1 I09.0 I09.1	P1	X	Não se aplica
	Suspeita de síndrome genética associado a suspeita de cardiopatia	Se recém-nascido com características fenotípicas sugestivas de síndromes genéticas, como dismorfismo facial, outros dismorfismos, sopros cardíacos, alterações de pulsos periféricos e hipertensão (Prioridades: síndromes de Down, Noonan, Turner, William's e Marfan).	Q90.9 I42.1 I42.2 I42.9 Q96.9 Q87.4	P0	Não se aplica	X

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	Arritmia	Se paciente com arritmias comprovadas por exames complementares ou com clínica sugestiva como palpitações, taquicardia paroxística ou bradicardia, associados à tontura, escurecimento visual, síncope ou pré-síncope .	I47 R00 R55	P0	Não se aplica	X
	Risco cirúrgico	Crianças e adolescentes cardiopatas	CID (Específico do diagnóstico da cardiopatia).	P2	X	Não se aplica
		Crianças e adolescentes não cardiopata	Z01.8	P3	Não se aplica	Não se aplica
	Avaliação para esporte	Crianças e adolescentes não cardiopatas	Z02.5	P3	Não se aplica	Não se aplica
		Pacientes sabidamente portadores de cardiopatias, ou com história familiar de cardiomiopatia ou morte súbita em adultos jovens de 1º e 2º grau.		P1	X	Não se aplica
		Atletas sem cardiopatias com alterações em exames complementares.		P2	X	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
DERMATOLOGIA	Prurido/ Eczema	Todos os casos de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com o exame clínico e exames complementares.	L30	P1	X	Não se aplica
	Farmacodermias	Todos os casos de lesões de pele associadas ao uso de medicações. Observar a frequência e a intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos	T78	P1	X	Não se aplica
	Acne	Acne leve com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 6 meses	L70	P2	X	Não se aplica
	Micoses profundas	Quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias)	B35 B49	P1	X	Não se aplica
	Dermatoses bolhosas Pênfigos e epidermólise	Todos os casos de dermatoses bolhosas que não respondam ao tratamento clínico otimizado; Dermatoses bolhosas que necessitem de biópsia para diferenciação clínica.	L10 L14	P1	X (Encaminhar ao ambulatório de Dermatoses Bolhosas no HRAN ou HUB, e cuidados de enfermagem para Epidermólise Bolhosa no HRT)	Não se aplica

DERMATOLOGIA	Psoríase	Moderada a grave	L40	P1	X (Encaminhar ao ambulatório de Psoríase no HRAN ou HUB)	Não se aplica
	Hanseníase (Em menores de 15 anos)	Casos novos de hanseníase	A30.0 a A30.9	P1	X	Não se aplica
		Casos de hanseníase com sequelas e que necessitem de correção cirúrgica.	B 92	P1	Não se aplica	X (Devem ser encaminhados para o HUB e Hospital do Paranoá).
	Molusco, verrugas virais (Refratários ao tratamento por pelo menos 3 meses de tratamento).	Descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução); Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso).	B07 B08.1	P3	X	Não se aplica
	Dermatite atópica	Dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave;	L20	P0	Não se aplica	X
		Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 3 meses;	L20	P1	X	Não se aplica
		Dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado.	L20	P1	Não se aplica	X

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	Criança com baixa estatura	<p>Se paciente com Z estatura < -3SD ou < P3 da curva de crescimento ou</p> <ul style="list-style-type: none"> estatura entre -3SD e -2SD com velocidade de crescimento abaixo do esperado para idade em 12 meses; ou recém nascido pequeno para idade gestacional sem recuperação do crescimento até os 2 anos de idade. 	<p>E23.0</p> <p>E34.3</p> <p>P05.1</p>	P1	X	Não se aplica
	Criança com alta estatura	<ul style="list-style-type: none"> Se paciente com Z estatura > 3SD ou > P 97 da curva de crescimento ou com velocidade de crescimento acima do esperado para a faixa etária. <p>Avaliar estatura alvo e canal familiar (meninos=estatura paterna+estatura materna+13/2±10; meninas=estatura paterna+estatura materna-13/2 ±9).</p>	E34.4	P1	X	Não se aplica

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	Distúrbio de diferenciação Sexual (DDS)	<ul style="list-style-type: none"> • Se recém nascido com ambiguidade genital, e ou 17 hidroxiprogesterona alterada no teste do pezinho; ou • crianças com criptorquidia bilateral e/ou hipospádia penoescrotal; 	<p>Q53.2</p> <p>Q 54.2</p>	P0	Não se aplica	Ambulatórios de referência para DDS
	Distúrbio da puberdade	<p><u>Suspeita de Puberdade Precoce:</u></p> <p>Meninas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relato de broto mamário e/ou presença de pêlos pubianos em < de 8 anos de idade, com ou sem aumento da velocidade de crescimento; ou • relato de progressão rápida da puberdade (início da puberdade na idade adequada mas com mudança do estágio puberal (Estágios de Tanner) num período menor que 3 meses); ou • menarca antes dos 9 anos de idade. <p>Meninos (menores de 9 anos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumento testicular (\geq a 4ml de volume ou \geq a 2,5 cm no maior diâmetro); ou • presença de pêlos pubianos ou axilares ou odor axilar. 	E22.8	P0	X	Não se aplica

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA		<p><u>Suspeita de Atraso Puberal:</u></p> <p>Meninas</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausência de broto mamário após 13 anos de idade ou ausência de menarca após 15 anos de idade; <p>Meninos</p> <ul style="list-style-type: none"> • volume testicular inferior a 4ml de volume após 14 anos de idade; 	E30.0	P0	X	Não se aplica
	Diabetes insípido	<ul style="list-style-type: none"> • Se paciente com diurese aumentada, sede exacerbada, dificuldade de ganhar peso. 	E23.2	P0	Não se aplica	X
	Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de Diabetes Mellitus tipo 1; • Suspeita de outras formas de diabetes (Diabetes Mellitus tipo 2 e tipo Mody). 	E10.9	P0	X	Não se aplica
	Hipotireoidismo congênito	<ul style="list-style-type: none"> • Se recém nascido com teste do pezinho alterado e/ou recém nascidos de mãe com doença tireoidiana autoimune. 	E03.1	P0	X	Ambulatório de referência de Triagem Neonatal – hipotireoidismo congênito HCB
		<p><u>Suspeita de hipotireoidismo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se suspeita clínica e alterações dos valores de referência para a idade do TSH e T4 livre. 	E03	P0	X	Não se aplica

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	Distúrbio da tireóide	<u>Suspeita de hipertireodismo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Se suspeita clínica e alterações dos valores de referência para a idade do TSH e T4 livre. 	E05	P0	X	Não se aplica
		<u>Suspeita de nódulo e bócio:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nódulo de tireóide e alterações dos valores de referência para a idade do TSH e T4 livre. • Pacientes com bócio. 	E01	P0	X	Não se aplica
	Distúrbios do cálcio	<ul style="list-style-type: none"> • Se paciente com baixa estatura ou redução da velocidade de crescimento; alterações esqueléticas; fraturas de repetição; relato de convulsão; 	E 83.5	P1	Não se aplica	X
	Ginecomastia	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecomastia em crianças pré púberes; ou • Ginecomastia associada à velocidade de crescimento rápido ou maior do que 4 cm/ano;ou • Ginecomastia puberal associada à suspeita de anormalidade endocrinológica (hipogonadismo, hipertireoidismo, suspeita de resistência androgênica, entre outras); ou • Ginecomastia idiopática que não regrediu após 2 anos de acompanhamento. 	N62	P0	X	Não se aplica

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	Dislipidemia	<ul style="list-style-type: none"> • Se paciente com hiperlipidemia com LDL > 160 ou triglicerídeos > 500mg/dL e sem resposta ao tratamento inicial realizado na APS por 12 meses após abordagem multiprofissional. • Presença de outras patologias ou comorbidades associadas a dislipidemia. 	E78	P2	X	Não se aplica
	Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • Se paciente com obesidade Z IMC > +3SD para idade com comorbidades; se paciente com obesidade Z IMC entre +2 e +3SD com comorbidades. • Obesidade por provável causa endocrinológica ou genética; • Criança sem resposta ao tratamento conservador para obesidade realizado na APS por 12 meses após abordagem multiprofissional. 	E66	P3	X	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE DE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	Alergia alimentar, má absorção, desnutrição, doença celíaca	Crianças abaixo de 2 anos com sintomas digestivos como vômitos recorrentes por mais de 10 dias e/ou diarreia crônica e/ou sangramento nas fezes; alergias múltiplas associada a síndrome de má absorção com desnutrição.	K52	P1	Não se aplica	X
		Má absorção devido à intolerância não classificada	K304	P1	X	Não se aplica
		Desnutrição protéico-calórica grave	E43	P0	Não se aplica	X
		Doença celíaca	K304	P1	Não se aplica	X
		Alergia alimentar (Gastroenterite e colite alérgica)	K52.2	P3	X	Não se aplica
	Constipação crônica, incontinência fecal, obstrução intestinal	História de evacuações dolorosas (com dor ou choro) há mais de 3 meses, com menos de 3 evacuações por semana, comportamento de retenção fecal e eliminação de fezes ressecadas ou em cíbalos, sem melhora com tratamento medicamentoso e não medicamentoso; ou • relato de escape fecal (soiling) a partir dos 4 anos de idade, ou encoprese (incontinência fecal após aquisição de continência esfinteriana); ou • presença de anomalias anorretais ou disfunções neurológicas, como meningomielocele.	K59	P2	X	Não se aplica

GASTROENTE ROLOGIA PEDIÁTRICA		Se suspeita de fibrose cística ou de doença de Hirschsprung	E 84.8 Q43.1	P0	Não se aplica	X
		Incontinência fecal, Encoprese	R15 F981	P1	X	Não se aplica
		Obstrução intestinal	K85	P0	Não se aplica	X
	Dor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Três ou mais episódios de dor no abdome que interrompe as atividades cotidianas, em período não inferior a 3 meses;ou • dor epigástrica e/ou persistência da gastrite após orientação alimentar e não responsiva a tratamento medicamentoso;ou • duas ou mais internações hospitalares num período de 6 meses em decorrência da dor abdominal. 	R10	P3	X	Não se aplica
		Se dor abdominal de duração superior a 2 meses e/ou pelo menos três episódios recorrentes em um período de 2 meses;	R10	P1	Não se aplica	X
	Refluxo gastroesofágico	criança maior de 18 meses com manifestações otorrinolaringológicas de repetição e/ou perda de peso, e/ou parada do crescimento, e/ou irritabilidade, e/ou choro constantes sem melhora com tratamento medicamentoso;hérnia hiatal ou hérnia diafragmática.	K21	P1	X	Não se aplica

GASTROENTE ROLOGIA PEDIÁTRICA		Se atresia de esôfago corrigida, paralisia cerebral ou menores de 2 anos com sintomas como anemia não responsiva à reposição de ferro, déficit ponderal, irritabilidade persistente; sintomas respiratórios recorrentes, recusa alimentar.	K21	P1	Não se aplica	X
		Acalásia do cárdia	K220	P2	X	Não se aplica
		Discinesia do esôfago	K224	P1	X	Não se aplica
		Doença de refluxo gastroesofágico com esofagite	K21.0	P1	Não se aplica	X
		Doença de refluxo gastroesofágico sem esofagite	K21	P3	X	Não se aplica
	Sangramento digestivo	Se paciente com sangramento digestivo alto ou fezes escuras; Hematêmese, Melena, Síndrome da laceração hemorrágica gastroesofágica, Gastrite hemorrágica aguda	R83.1 K92.0 K83.1 K22.6 K29.0	P1	Não se aplica	X
		Corpo estranho no aparelho digestivo	T1829.	P0	Não se aplica	X
	Náuseas e vômitos	Vômitos persistentes por mais de 10 dias e/ou vômitos recorrentes; Perda de peso, desnutrição; hematêmese	R11	P1	Não se aplica	X
		Náuseas e vômitos	R11	P3	X	Não se aplica
	Icterícia	Criança com aumento de bilirrubina direta e crianças com idade superior a 2 anos com aumento de bilirrubina indireta. Icterícia neonatal (se aumento de bilirrubina direta); Teste do pezinho alterado.	R17 P59.9 P59	P0	Não se aplica	X

GASTROENTE ROLOGIA PEDIÁTRICA	Doenças hepáticas	Hepatite autoimune, Hepatite A com coma hepático (alteração de INR), Hepatite crônica, Hepatomegalia com esplenomegalia, Insuficiência hepática, Trombose de veia hepática, Trombose de veia porta, Fibrose e cirrose hepáticas, Fibrose cística, Doença cística (congenita) do fígado, Doença hepática tóxica com colestase, Doença hepática, Doença hepática venoclusiva, Doença de Wilson, Síndrome hepatorrenal, Transplante hepático	K75.4 B15.0 K73 K76.6 R16.0 K22.2 K83.2 I82.2 I81 K74 E 84.8 Q44.3 Q44.6 K71.0 K76.9 K76.5 E83.0 K76.7 Z94.4	P0	Não se aplica	X
		Degeneração gordurosa do fígado	K760	P1	X	Não se aplica
	Doenças das vias bilares	Calculose de via biliar com colangite, Obstrução de via biliar, Perfuração de via biliar, Calculose de via biliar com colecistite, Cisto biliar, Atresia das vias biliares, Agenesia, aplasia e hipoplasia da vesícula biliar, Colangite	K80.3 K22.2 K83.2 K80.4 K83.5 Q44.2 Q44.0 K83.0	P0	Não se aplica	X
	Doenças do pâncreas e colédoco	Pancreatite crônica, Pancreatite aguda, Pseudocisto do pâncreas, Cisto do colédoco, Esteatorréia pancreática	K86.1 T54 K86.3 Q44.4 K90.3	P0	Não se aplica	X

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	Úlcera péptica	Úlcera do esôfago, Úlcera duodenal, Úlcera péptica de localização não especificada, Úlcera gastroyejunal, Úlcera do ânus e do reto	K22.1 K26 K27 K28	P0	Não se aplica	X
	Doenças do intestino, e região anorretal	Doença de Crohn [enterite regional], Divertículo de Meckel, Colite ulcerativa, Doença inflamatória intestinal, Pólipo do cólon, proctite por radiação, Fístula do intestino, Úlcera do ânus e do reto, Abscesso anal, Abscesso anorretal, Abscesso retal	K50 Q43.0 K51 K52 K635 K627 K63.2 K626 K61.0 K61.2 K61.1			
	Doenças do esôfago	Divertículo do esôfago, Esofagite, Perfuração do esôfago, Obstrução do esôfago, Fístula traqueoesofágica congênita, sem atresia, Esôfago de Barrett, Efeito tóxico de corrosivos	K225 K20 K22.3 K56.6 Q39.2 K22.7 K92.1	P1	Não se aplica	X
		Discinesia do esôfago	K224	P1	X	Não se aplica
	Atresias, estenoses	Estenose hipertrófica congênita do piloro Estenose e estreitamento congênitos das vias biliares Estenose congênita e estreitamento congênito do esôfago, Atresia de esôfago, com ou sem fístula traqueoesofágica	Q40.0 Q44.3 Q39.3 Q39.1 Q39.0			

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	Agenesia renal unilateral (rim único), hipoplasia renal	Paciente com rim único, sem alteração ecográfica e assintomático	N26 N27	P3	X	Não se aplica
		Paciente com rim único, com alteração ecográfica (hidronefrose, cálculo, cisto) mas assintomático		P1	Não se aplica	X
		Paciente com alteração ecográfica e sintomático: hipertenso, com proteinúria, com alteração de ureia e creatinina		P0	Não se aplica	X
	Bexiga neurogênica (com lesão medular/mielomeningocele)	Sem ITUs de repetição e/ou com hidronefrose	N31 N33	P1	Não se aplica	X
		Com ITUs e/ou alteração de creatinina e/ou HAS		P0		
	Distúrbio das eliminações	Enurese noturna monossintomática	F98.0	P2	X	Não se aplica
		Enurese associada a incontinência diurna	R32	P2	Não se aplica	X
		Incontinência diurna isolada		P2	Não se aplica	X
	Doença renal crônica	- Paciente com até 1 ano de idade: com creatinina > 1mg/dL ou maior do que 3 vezes o valor de referência - Paciente com > 1 ano: com creatinina > 2mg/dL ou maior do que 3 vezes o valor de referência	N18	P0	Não se aplica	X
		Paciente com creatinina < 2mg/dL ou menor do que 3 vezes o valor de referência		P1	Não se aplica	X

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	Doenças císticas renais	Cisto renal simples assintomático	N28.1 Q61 Q61.2 Q61.3 Q61.4 Q61.5 Q61.8 Q61.9	P3	X	Não se aplica
		Doença renal policística: Paciente com cisto renal bilateral, com ou sem história familiar, com função renal e pressão arterial normais		P1	Não se aplica	X
		Doença renal policística: Paciente com cisto renal bilateral, com ou sem história familiar, com alteração de função renal e/ou de pressão arterial		P0	Não se aplica	X
		Rim multicístico unilateral com o outro rim normal (ou vicariante)		P2	X	Não se aplica
	Glomerulopatia	Nefropatia do IgA/Doença de Berger	D69.0	P1	Não se aplica	X
		Nefrite Lúpica	N08.5 N04	P0	Não se aplica	X
		Síndrome Nefrítica/ GNDA/GNPE sem recuperação da função renal e mantendo pressão arterial elevada	N00 N01 N05	P0	Não se aplica	X
		Síndrome Nefrítica/ GNDA/GNPE que já recuperou função renal e já normalizou pressão arterial	N00 N01 N05	P1	X	Não se aplica
		Síndrome Nefrótica corticorresistente	N04	P0	Não se aplica	X
		Síndrome Nefrótica corticodependente		P1	Não se aplica	X
		Síndrome Nefrótica recidivante frequente		P1	Não se aplica	X
		Síndrome Nefrótica corticossensível, recidivas infrequentes	N04	P1	X	Não se aplica
		Diabetes com microalbuminúria alterada, sem controle com iECA	E11.2	P1	Não se aplica	X
		Diabetes com microalbuminúria alterada, com controle com iECA		P2	X	Não se aplica

NEFROLOGIA
PEDIÁTRICA

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	Hipertensão de origem renal	Não controlada com medicação	I10 I15	P0	Não se aplica	X
		Controlada com medicação		P1	Não se aplica	X
	Hematúria	Hematúria microscópica isolado persistente	R31 N02	P2	X	Não se aplica
		Hematúria microscópica associada a proteinuria não nefrótica		P1	Não se aplica	X
		Hematúria microscópica associada a proteinuria nefrótica		P0	Não se aplica	X
		Hematúria macroscópica recorrente associado a HAS ou proteinúria		P0	Não se aplica	X
		Hematúria macroscópica sem HAS ou proteinúria		P1	X	Não se aplica
	Injúria Renal Aguda (IRA)	Nefrite túbulo-intersticial	N10 N14 N17	P0	Não se aplica	X
		Síndrome Hemolítico-urêmica típica (SHU) sem recuperação da função renal		P0	Não se aplica	X
		Síndrome Hemolítico-urêmica típica (SHU) com recuperação da função renal		P1	Não se aplica	X
		Síndrome Hemolítico-Urêmica Atípica (SHUa)		P0	Não se aplica	X
		IRA não resolvida		P0	Não se aplica	X
		IRA resolvida		P2	X	Não se aplica

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	Infecção urinária	Em período neonatal, bem documentada (coleta de urina por jato médio ou sonda)	N39	P1	X	
		Em período neonatal, mal documentada (coleta de urina por saco coletor)		P1		
		Infecção urinária de repetição, com febre		P1		Não se aplica
		Infecção urinária de repetição, sem febre		P2		
		Infecção urinária com refluxo vesicoureteral ou cicatriz renal		P1		
	Nefrolitíase	Nefrolitíase com acidose metabólica	N20 N21 N22 N23	P0	Não se aplica	X
		Nefrolitíase sem acidose metabólica		P1	Não se aplica	X
	Proteinúria	Proteinúria isolada, com valor entre 5 e 10mg/kg/dia	N06 R80	P2	X	Não se aplica
		Proteinúria isolada, com valor entre 10 e 50mg/kg/dia		P1	Não se aplica	X
		Proteinúria isolada, com valor > 50mg/kg/dia		P0	Não se aplica	X
		Proteinúria associada a hematúria, edema, HAS, insuficiência renal		P0	Não se aplica	X
	Tubulopatia	Acidose tubular renal, Síndrome de Bartter, Síndrome De Gitelman, Diabetes insipidus nefrogêncio, cistinose, Distúrbio hidroeletrólítico, distúrbio ácido-básico.	N25	P0	Não se aplica	X

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	Uropatia	Hidronefrose leve	Q62.0 Q62.1 N13.0 N13.8 N13.9	P2	X	Não se aplica
		Hidronefrose moderada ou grave unilateral em paciente com 2 rins, EJUP Hidroureteronefrose moderada ou grave unilateral em paciente com 2 rins, EJUV		P1	Não se aplica	X
		Hidronefrose moderada ou grave bilateral ou de rim único, EJUP Hidroureteronefrose moderada ou grave bilateral ou de rim único, EJUV		P0	Não se aplica	X
		Ureterocele sintomática	N25 N28.8 N29	P1	Não se aplica	X
		Ureterocele assintomática		P2	Não se aplica	Não se aplica
		Refluxo vesivoureteral grau IV/V	Q62.7 N13.7 N13.8 N13.9	P1	Não se aplica	X
		Refluxo vesicoureteral grau I/II/III com ITUs de repetição		Verde	Não se aplica	X
		Refluxo vesicoureteral grau I/II/III com ou sem ITUs de repetição		P2	Não se aplica	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	Convulsão	Se crises convulsivas recorrentes (com ou sem acompanhamento; se quadro epiléptico; Se convulsão febril em menores de 6 anos, sem problema neurológico ou de desenvolvimento subjacentes, crise com características focais ou crises recorrentes.	G40 R56	P0	X	Não se aplica
	Criança com movimentos anormais	Se transtorno paroxístico não epileptiformes com alteração do padrão do sono; movimentos involuntários recorrentes, não epileptiformes, de instalação aguda ou crônica, interferindo nas atividades diárias da criança.	G 47	P1	X	Não se aplica
	Cefaléia	Se dor de cabeça de início recente acompanhado de sinais focais (alteração motora, da marcha, visual) - afastar tumores.	G 93 G 93.2 R51 G 47	P0	Não se aplica	X
		Se dor de cabeça com quadro sugestivo de enxaqueca (recorrente, presente há muito tempo, sem mudança no padrão clínico ao longo do tempo.	R51 G43 F81	P1	X	Não se aplica
	Dificuldade escolar	Se transtornos do aprendizado sem alteração motora, porém com histórico de atraso do desenvolvimento motor e /ou da fala.	F 81	P1	X	Não se aplica
	Atraso no desenvolvimento	Se atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com déficits motores e dismorfias faciais.	F84.0 F84.5	P1	Não se aplica	X

	Fraqueza muscular	Se bebê ou lactente hipotônico, com dificuldade respiratória, crises convulsivas, histórico de “engasgos”, e deformidades ortopédicas ou dismorfias faciais.	M62 M63 M 63.8 G 80	P0	Não se aplica	X
	Alteração de marcha	Se início súbito com outras alterações motoras; com febre, com dor, com alterações de esfíncter vesical.	R26 R 26.8	P0	Não se aplica	X
		Se atraso do desenvolvimento, outras alterações motoras, sem febre, sem dor, sem alterações de esfíncter vesical.	R26 R 26.8	P0	X	Não se aplica
	Criança com cabeça pequena ou deformada	Se cabeça deformada e/ou pequena; com desaceleração do perímetro cefálico ou PC Escore Z < - 2	Q02	P1	X	Não se aplica
		Se cabeça deformada e/ou pequena sem sinais de hipertensão intracraniana ou alteração do desenvolvimento.	Q75	P1	X	Não se aplica
	Alteração do comportamento	Se transtorno de comportamento; Autismo.	F84	P1	X Pediatra Geral	Não se aplica
		Se crianças maiores de 6 anos com transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade (TDAH); com/sem dificuldade de aprendizado; sem alterações motoras; pode apresentar dismorfias faciais e/ou déficit cognitivo.	F70-79 F90	P3	X Pediatra Geral	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	Fibrose Cística	Todos os casos com suspeita diagnóstica no teste do pezinho ou com teste do suor positivo em qualquer idade, com infecções respiratórias recorrentes.	E84	P0	Não se aplica	X (Agendamento no Ambulatório de FC no HCB)
	Pneumonia recorrente	Se paciente com 3 ou mais episódios no ano e radiografias normais nos intervalos.	J15 J18	P2	X	Não se aplica
		Se imagem radiológica inalterada por > 3 meses; ou episódio com duração com > 30 dias OBS: CONTACTAR DE IMEDIATO PROGRAMA DE TUBERCULOSE LOCAL. SE DESCARTADA A TUBERCULOSE, ENCAMINHAR PELA REGULAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO DE PNEUMOPEDIATRIA DA REGIONAL, OU NA AUSENCIA DESTE, PARA O AMBULATÓRIO DE PNEUMOPEDIATRIA DO HCB.	A15 A16 A19	P0	X	Não se aplica
	Rouquidão ou estridor	Estridor, respiração ruidosa e disfonia Estridor, sem sinais de insuficiência respiratória, que melhora com repouso.	J37 J38 J39	P2	X	Não se aplica

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA		Estridor crônico Afastar causas de obstrução aguda ou infecciosas das vias aéreas superiores. Estridor com dificuldade respiratória progressiva, acompanhada de cianose, tiragem sibilo e gemido.	J37 J38 J39		Não se aplica	Unidade de Endoscopia Respiratória do IHBDF. *Manter acompanhamento com o Pediatra Geral da Atenção Secundária.
	Tosse crônica (> 8 semanas)	Se tosse crônica, quadros recorrentes de infecção de vias aéreas inferiores, sem prejuízo pondero-estatural e das atividades diárias, sem internações frequentes.	R 05	P1	Não se aplica	Não se aplica
		Se tosse crônica, quadros recorrentes de infecção de vias aéreas inferiores, com prejuízo pondero-estatural, intolerância aos grandes e médios esforços, com ou sem internações.	R 05	P0	X	Não se aplica
		Se tosse crônica, com expectoração matinal, ausculta pulmonar sempre alterada com roncos, crepitações e/ ou sibilos, quadros recorrentes de infecção de vias aéreas inferiores, com importante prejuízo pondero-estatural, e intolerância aos pequenos esforços, com internações frequentes, podendo ser acompanhados por hipoxemia. Acompanhados de alteração de imagem-TC de torax- áreas em mosaico.	R05	P0	Não se aplica	Agendamento no Ambulatório de Pneumologia Geral no HCB

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA		<p><u>ASMA LEVE:</u> Presença de sintomas de tosse, chiado no peito, cansaço, < duas vezes na semana, sem limitação a atividade física mesmo na intercrise. Em tratamento no STEP 1 ou 2 da Diretriz de Asma com corticóide inalatório baixa dose associada ou não ao antileucotrieno, por > 3 meses.</p> <p>NA FALTA DE CONTROLE DA DOENÇA, ENCAMINHAR PELA REGULAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO DE PNEUMOPEDIATRIA DA REGIONAL, OU NA AUSÊNCIA DESTA, PARA O AMBULATÓRIO DE PNEUMOPEDIATRIA GERAL DO HCB.</p>	<p>J45 J45.0</p> <p>J45.1 J45.8</p> <p>J45.9</p>	P3	Não se aplica	Não se aplica
	Criança ou lactente com sibilância	<p><u>ASMA MODERADA:</u> Presença de sintomas de tosse, chiado no peito, cansaço, > duas vezes na semana, com limitação a atividade física diariamente, porém não continua ao longo do dia. Em tratamento no STEP 3 da Diretriz de Asma com corticóide inalatório média dose associada ao LABA, ou ao Antileucotrieno, OU Corticóide inalatório alta dose por > 3 meses.</p> <p>NA FALTA DE CONTROLE DA DOENÇA, ENCAMINHAR PARA O AMBULATÓRIO DE ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE NO HCB COM RELATÓRIO DETALHADO DOS MEDICAMENTOS E TEMPO DE TRATAMENTO REALIZADOS.</p>	<p>J45 J45.0</p> <p>J45.1 J45.8</p> <p>J45.9</p>	P2	X	Não se aplica

ASMA GRAVE: Cansaço, chiado no peito, tosse crônica, falta de ar e despertares noturnos, diários ou quase diários, com limitação a atividade física diária e contínua,. Exacerbações e internações frequentes associadas ou não a quadros de infecção pulmonar. Relato de intubação, ventilação mecânica e internação em UTI pela doença.Em tratamento no **STEP 4 OU 5** da **Diretriz de Asma** com corticóide inalatório alta dose associada ao LABA, e/ ou ao antileucotrieno, e/ou associado ao Tiotrópio ou Teofilina (pacientes >12 anos), ou ainda, associado a corticóide oral baixa dose diária, por > 3 meses.

ENCAMINHAR PARA O AMBULATÓRIO DE ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE NO HCB COM RELATÓRIO DETALHADO DOS MEDICAMENTOS E TEMPO DE TRATAMENTO REALIZADOS.

J45 J45.
J45.1 J45.8
J45.9

P0

Não se aplica

Agendamento no ambulatório de asma grave de difícil controle no HCB

BEBÊ CHIADOR:

Lactente com 3 ou mais episódios de chiado no peito, ou sibilância, ao longo de 2 meses, ou chiado no peito que dura pelo menos 1 mes.

J45.9

P0

X

Não se aplica

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	Dispnéia crônica	Dispnéia que afeta atividades diárias e com baqueteamento digital.	J84.9	P1	Não se aplica	X
	Alterações em exame de imagem Atelectasia	Assintomático respiratório	R91 J94	P1	Não se aplica	Não se aplica
		Com repercussões e/ ou sintomatologia respiratória.	J98.1 J98.6	P2	X	Não se aplica
	Criança com traqueostomia	Toda criança traqueostomizada CUIDADOS A TRAQUEOSTOMIA (vide código SIGTAP)	J95 J95.5 Z93.0	P0	Não se aplica	Unidade de Endoscopia Respiratória do IHBDF. ** Mantendo o acompanhamento com o Pediatra Geral na Atenção Secundária.
	Doença respiratória originada no período perinatal (com realto de uso de O2 desde o nascimento por mais de 28 dias).	ASSINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO.	P27	P0	Não se aplica	Não se aplica
		Doença LEVE: sintomas respiratórios leves, sem oxigenoterapia.	P27	P0	X	Não se aplica
		Doença MODERADA ou GRAVE: sintomas respiratórios moderados a grave com necessidade oxigenoterapia na vigília e noturna.	P27	P0	Não se aplica	Agendamento no Ambulatório de Displasia Broncopulmonar no HCB

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	Outras afecções ou malformções originadas no período neonatal	ATELECTASIAS Tosse e imagens persistentes na Radiografia de torax	P28.1	P0	X	Não se aplica
		HIPOPLASIA E AGENESIA DO PULMAO Graus variados de dificuldade respiratoria depedendo da quantidade de parenquima pulmonar funcionante	Q33.6	P0	Não se aplica	X (Agendamento no Ambulatório de Pneumologia Geral do HCB)
	Tórax Escavado OU Tórax Carinado	Assintomático	Q 67.6 Q 67.7	P2	Não se aplica	Não se aplica
		Taquicardia, palpitações, cansaço facil, sintomas psicologicos (timidez)	Q 67.6 Q 67.7	P1	X	Não se aplica

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	Febre Reumática	1) Início agudo de artrite migratoria, febre com ou sem rash cutâneo;	I00	P1	Não se aplica	X
		2) Artrite migratória, febre e sopro cardíaco	I00 + I09	P0		
		3) Febre prolongada, com surgimento de sopro (novo) cardíaco, com ou sem artrite	I01	P0	Não se aplica	X
		4) Surgimento de movimentos involuntários e mudança de humor (Coreia) Coreia com sopro cardíaco	I02.9 I02.0	P1 P0	Não se aplica	X

REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	Artrite idiopática Juvenil	1) Artrite mono ou poliarticular com mais de 06 semanas, acompanhada ou não de rigidez matinal e rash cutâneo	M08.0	P1	Não se aplica	X
		2) Febre alta, prolongada com rash cutâneo durante os picos febris, hepatoesplenomegalia e linfadenomegalia, com ou sem artrite.	M08.2	P0	Não se aplica	X
		3) Artrite com lesões psoríasicas ou artrite com história de psoríase em familiar de primeiro grau .	M09.0	P1	Não aplica	X
		4) Dor em região lombar, associado a artrite de grandes e pequenas articulação e entesite	M08.1	P1	Não se aplica	X
		5) Síndrome de ativação macrofágica associada à forma sistêmica da AIJ: hepatomegalia, esplenomegalia, manifestações hemorrágicas, disfunção de sistema nervoso central, bicitopenia (hemoglobina < 9 ou leucopenia < 4 mil ou plaquetas < 181 mil), ferritina > 684 ng/ml, TGO > 48, triglicérides > 156 mg/dl, fibrinogênio < 360mg/dl.				

REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	Doença de Kawasaki	<p>1) Se presença de febre por mais de 4 ou 05 dias, rash cutâneo polimorfo, hiperemia conjuntival, bilateral, fissura labial, língua em fambroesa, adenomegalia, edema e ou eritema de mãos e pés e dor abdominal,.</p> <p>2)Febre prolongada, com rash cutâneo, irritabilidade, em crianças < 01 ano</p>	M30.3	P0	Não se aplica	X
	Lupus eritematoso sistêmico (LESJ)	<p>1) Criança com febre prolongada, eritema malar, vasculite cutânea livedo reticular, linfadenomegalias, úlceras orais/nasais, alopecia,artralgia e ou artrite em mais de 02 articulações, serosites (pericardite e ou pleurite) e FAN >1/80</p> <p>2) proteinuria maior que 500mg, Cilindros e hematuria no EAS e Hipertensão arterial e FAN >1/80</p> <p>3) Crise convulsivas sem causa determinada, psicose e coreia e FAN >1/80</p> <p>4) anemia hemolitica, leucopenia< 4000, linfopenia< 1000 e plaquetopenia < 100.000 e FAN >1/80</p>	M32. 1	P0	Não se aplica	X

REUMATOLOGIA
PEDIÁTRICA

**Púrpura por
IgA (Henoch-
Schönlein)**

Presença de púrpura palpável não
trombocitopênica em MMII e ou nádegas, dor
abdominal, artrite aguda, orquite

D69.0

P0

Não se aplica

X

**Outras
vasculites**

Febre prolongada, lesões de vasculites, dolorosas
ou não, Artrite, perda de peso, presença de asma
bronquica associada, e ou HAS, sinusites de
repetição
Discrepância da pressão arterial nos 04 membros
em mais de 10 mmHG

M30.0
M30.1
M30.2
M31

P0

Não se aplica

X

**Dermatomiosite
Juvenil**

História de febre ou não, déficit de força
muscular proximal e simétrica, rash cutâneo
malar, lesão violácea nas pálpebras superiores
(heliotropo), lesões cutâneas hipocrômicas em
face extensora nas metacarpo e interfalangeanas
proximais (sinal de Gottron), dificuldade de
deglutição

M33.0

P0

Não se aplica

X

**REUMATOLOGIA
PEDIÁTRICA**

Esclerodermia

- 1) Lesões crônicas, hiperocrômicas, atroficas (sem pregueamento da pele), brilhantes, indolores, de formatos variados, localizadas na face (golpe de sabre) e ou em outras regiões do corpo. Sensibilidade preservada.

L94.0

L94.1

- 2) Edema endurecido, pele fina e sem pregueamento, sinal de Raynaud,, telengectasias, artralgias e dificuldade de deglutição.

G37.0

P1

Não se aplica

X

**Síndromes
hereditárias de
febre periódica**

Febre prolongada ou periódica, associada a dor abdomina, artrite, rash cutâneo, artrite, rash pustuloso, inicio no período neonatal ou em pre escolar,

A68.9

P1

Não se aplica

X

ANEXO II

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCIÁRIO
CIRURGIA PEDIÁTRICA	Hérnia Inguinal	Todos os pacientes com abaulamentos inguinais ou inguinoescrotais, com ou sem esforços.	K40	P0	Não se aplica	X
	Fimose	Se paciente com mais de 4 anos de idade com impossibilidade de exteriorização da glândula	N47	P2	Não se aplica	X
		Se paciente com qualquer idade, em caso de balanopostite de repetição ou história de parafimose ou estenose de meato prepucial	N47	P0	Não se aplica	X
	Distopia Testicular (criptorquia)	Se paciente após 6 meses de idade com ausência de um ou dois testículos na bolsa testicular.	Q53	P0 (Até 2 anos)	Não se aplica	X
				P1 (Após 2 anos)	Não se aplica	X
	Hidrocele	Se paciente maior de 1 ano de idade com coleção líquida ao redor do testículo e/ou aumento do volume do escroto.	N43	P2 (Sem dor)	Não se aplica	X
				P1 (Com dor)	Não se aplica	X

CIRURGIA PEDIÁTRICA	Hérnia umbilical	Todos os casos com abaulamento na região umbilical	K42	P1 (Com dor em região umbilical)	Não se aplica	X
				P2 (Sem dor em região umbilical)	Não se aplica	X
	Hérnia ventral ou epigástrica	Todos os casos de nódulo na linha média da parede abdominal – acima do umbigo	K43	P0 (Com dor)	Não se aplica	X
				P1 (Sem dor)	Não se aplica	X
	Pavilhão supra-numerário (Apêndice auricular)	Todos os casos de apêndice (s) cartilaginoso (s) à(s) orelha (s) em criança maior de 1 ano	Q17.0	P3	Não se aplica	X
	Más formações do aparelho braquial	Todos os casos de orifícios fistulosos com ou sem secreção e cistos em região cervical lateral e próximo à clavícula em criança maior de 1 ano	Q18.0	P0 (Após quadro infeccioso)	Não se aplica	X
				P1 (Acima de 3 anos)	Não se aplica	X

CIRURGIA PEDIÁTRICA				P3 (Entre 1 e 3 anos)	Não se aplica	X
	Cisto de ducto tireoglossos	Todos os casos de lesão cística em região cervical média anterior em crianças maior de 1 ano	Q18.9	P0 (Após quadro infecçioso)	Não se aplica	X
				P1 (Acima de 3 anos)	Não se aplica	X
				P3 (Entre 1 e 3 anos)	Não se aplica	X
	Anquiloglossia (Língua presa)	Todos os casos de membrana encurtada da língua com dificuldade para falar	Q38	P2	Não se aplica	X
	Suspeita de tumores de partes moles, incluindo cisto de cauda de supercílio	Todos os casos de nódulos ou tumores da pele e anexos, (excluir linfonodos) em crianças maiores que 1 ano ou menores de 1 ano em caso de história de inflamação/infecção/ complicação).	D17 D21	P2	Não se aplica	X
	Dedo supra- numerário não articulado (Polidactilia)	Todos os casos de dedos extranumerários sem articulação em mãos e/ou pés.	Q69	P0	Não se aplica	X

ASSUNTO	MOTIVO DA CONSULTA	QUANDO ENCAMINHAR	CID PROVÁVEL	PRIORI DADE DE REGU LAÇÃO	AMBULATÓ RIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL SECUNDÁRIO	AMBULATÓ RIO DE ESPECIALIDADE NO NÍVEL TERCÍARIO
UROLOGIA PEDIÁTRICA	Hipospádia e epispádia	Todos os casos com falha na formação da uretra (meato uretral em posição anormal).	Q59 Q64	P1 (Até 1 ano)	Não se aplica	X
				P2 (Após 1 ano)	Não se aplica	X
				P0 (Com dificuldade para urinar em qualquer idade)	Não se aplica	X

ANEXO III

1. Valores de referência da velocidade de crescimento para a idade:

- 1º ano de vida: 23-27 cm/ano.
- 1º a 2º ano de vida: 10 a 14 cm/ano.
- 2º a 3º ano de vida: 8 cm/ano.
- 3º a 5º ano de vida: 7 cm /ano.
- 5º ano até a puberdade: 5-6 cm/ano.
- Durante a puberdade em meninas: 8-12 cm /ano.
- Durante a puberdade em meninos: 10-14 cm/ano.

Fonte: Am Fam Physician. 2015 Jul 1;92(1):43-50.

2. Sugestões para diferenciar alguns tipos de Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus tipo 1

- hiperglicemia mais acentuada, início do quadro mais abrupto;
- apresentação do quadro com cetoacidose: perda de peso ponderal, poliúria, polidipsia e polifagia ("4 Ps");
- desidratação; vômitos; dor abdominal; hálito cetótico; exame comum de urina ou teste rápido urinário com corpos cetônicos positivo (especialmente se acompanhado de glicosúria);
- autoanticorpos costumam ser positivos: antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anticorpo anti-ilhota pancreática, anticorpos anti-insulina, entre outros;
- paciente pode ter outras doenças autoimunes como hipotireoidismo e vitiligo;
- obesidade não exclui o diagnóstico.

Diabetes Mellitus tipo 2

- quadro insidioso, costuma ser detectado em exames de rotina;
- podem apresentar sintomas de hiperglicemia sustentada (poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso ponderal) quando a doença está descompensada;
- costumam ter sobrepeso/obesidade e história familiar de DM2;
- sinais clínicos de resistência insulínica: acantose nigricans, aumento da circunferência abdominal.

Diabetes tipo Mody

- hiperglicemia costuma ser leve;
- pacientes com diabetes e peso normal;
- não costumam cursar com cetoacidose;
- história familiar de diabetes diagnosticado antes dos 25 anos.

Fontes: TELESÁUDERS-UFRGS (2018) adaptado de SAAD, MACIEL e MENDONÇA (2017).

3. A) Estágios de Tanner (estágios de maturação sexual).

Estágio de maturação sexual das mamas (telarca - M) em meninas

Estágio 1



Estágio 2



Estágio 3



Estágio 4



Estágio 5



Mamas

M1 – Mama infantil, elevação somente da papila.

M2 – Broto mamário: aumento glândula mamária, com elevação da aréola e papila, formando uma pequena saliência.

M3 – Maior aumento da mama e da aréola, mas sem separação de seus contornos.

M4 – Maior crescimento da mama e da aréola, segunda saliência acima do contorno da mama.

M5 – Mamas com aspecto adulto. O contorno areolar está incorporado ao contorno da mama.

B) Estágios de Tanner (estágios de maturação sexual).

Estágio de maturação sexual dos pelos pubianos (pubarca - P) em meninas

Estágio 1



Estágio 2



Estágio 3



Estágio 4



Estágio 5



Pelos pubianos

P1 – Ausência de pelos pubianos. Pode haver uma leve penugem semelhante à parede abdominal.

P2 – Pelos longos e finos, pouco pigmentados, lisos ou pouco encaracolados ao longo dos grandes lábios.

P3 – Maior quantidade de pelos, mais grossos, escuros e encaracolados, sobre a sínfise púbica.

P4 – Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, sem atingir a face interna das coxas.

P5 – Pelos iguais ao adulto, em quantidade e distribuição, invade face interna das coxas.

P6 – Extensão dos pelos para cima da região púbica.

C) Estágios de Tanner (estágios de maturação sexual).

Estágio de maturação sexual dos genitais (gonadarca – G) e pelos pubianos (pubarca – P) em meninos

Estágio 1



Estágio 2



Estágio 3



Estágio 4



Estágio 5



Gônadas

G1 – pênis, testículos e escroto de tamanho e proporções infantis.

G2 – aumento inicial do volume testicular (>4ml). Pele escrotal muda de textura e torna-se avermelhada. Mínimo aumento do pênis.

G3 – crescimento peniano, principalmente em comprimento. Maior crescimento dos testículos e escroto.

G4 – continua crescimento peniano, agora principalmente em diâmetro, e com maior desenvolvimento da glândula. Maior crescimento dos testículos e do escroto, cuja pele se torna mais pigmentada.

G5 – desenvolvimento completo da genitália, que assume tamanho e forma adulta.

Pelos púbicos

P1 – Ausência de pelos pubianos. Pode haver uma leve penugem semelhante à parede abdominal.

P2 – Pelos longos e finos, pouco pigmentados, lisos ou pouco encaracolados principalmente na base do pênis.

P3 – Maior quantidade de pelos, mais grossos, escuros e encaracolados, sobre a sínfise púbica.

P4 – Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, sem atingir a face interna das coxas.

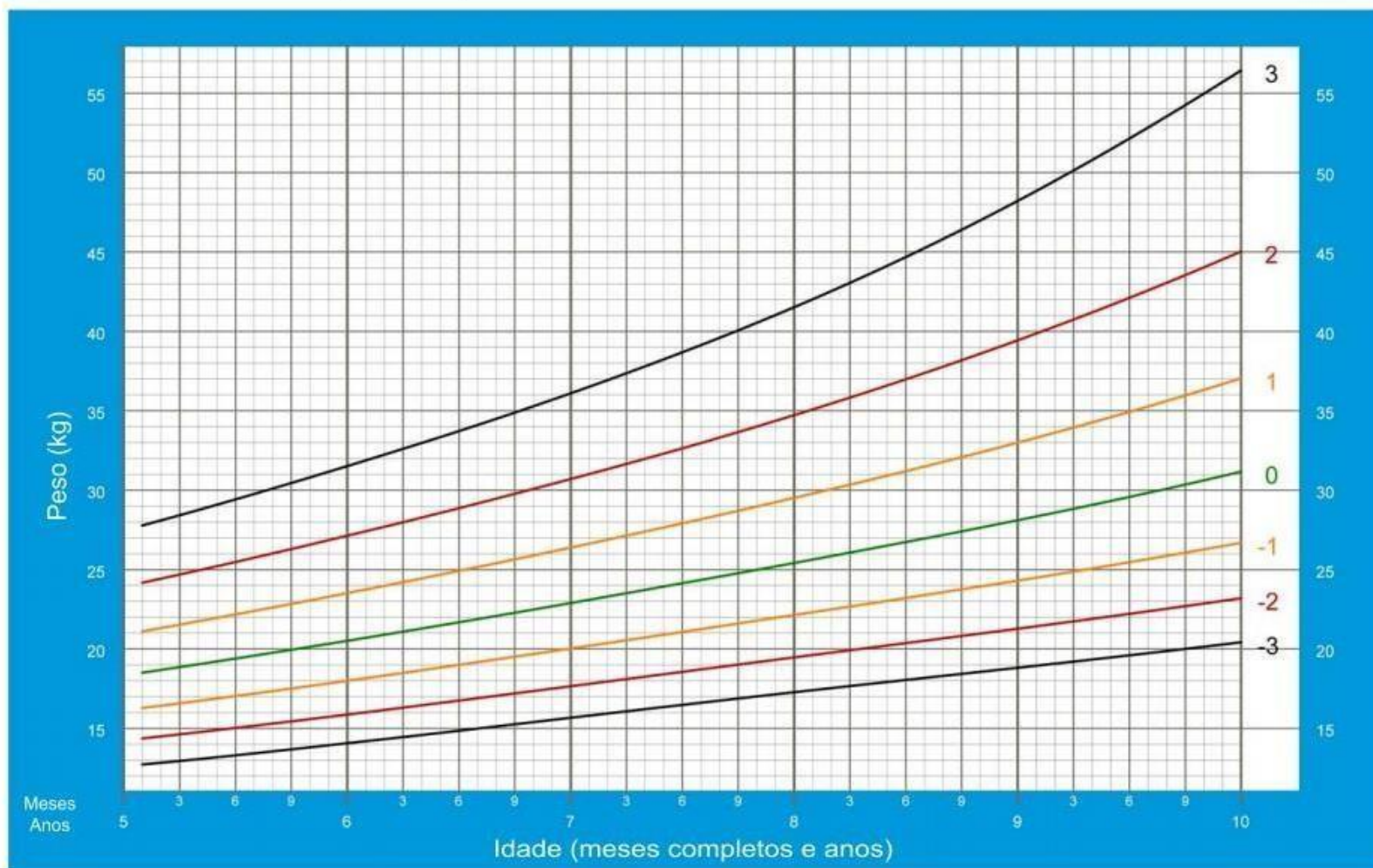
P5 – Pelos iguais ao adulto, em quantidade e distribuição, invade face interna das coxas.

P6 – Extensão dos pelos para cima da região púbica.

4. A) Gráfico peso por idade meninos.

Peso por idade MENINOS

Dos 5 aos 10 anos (escores-z)

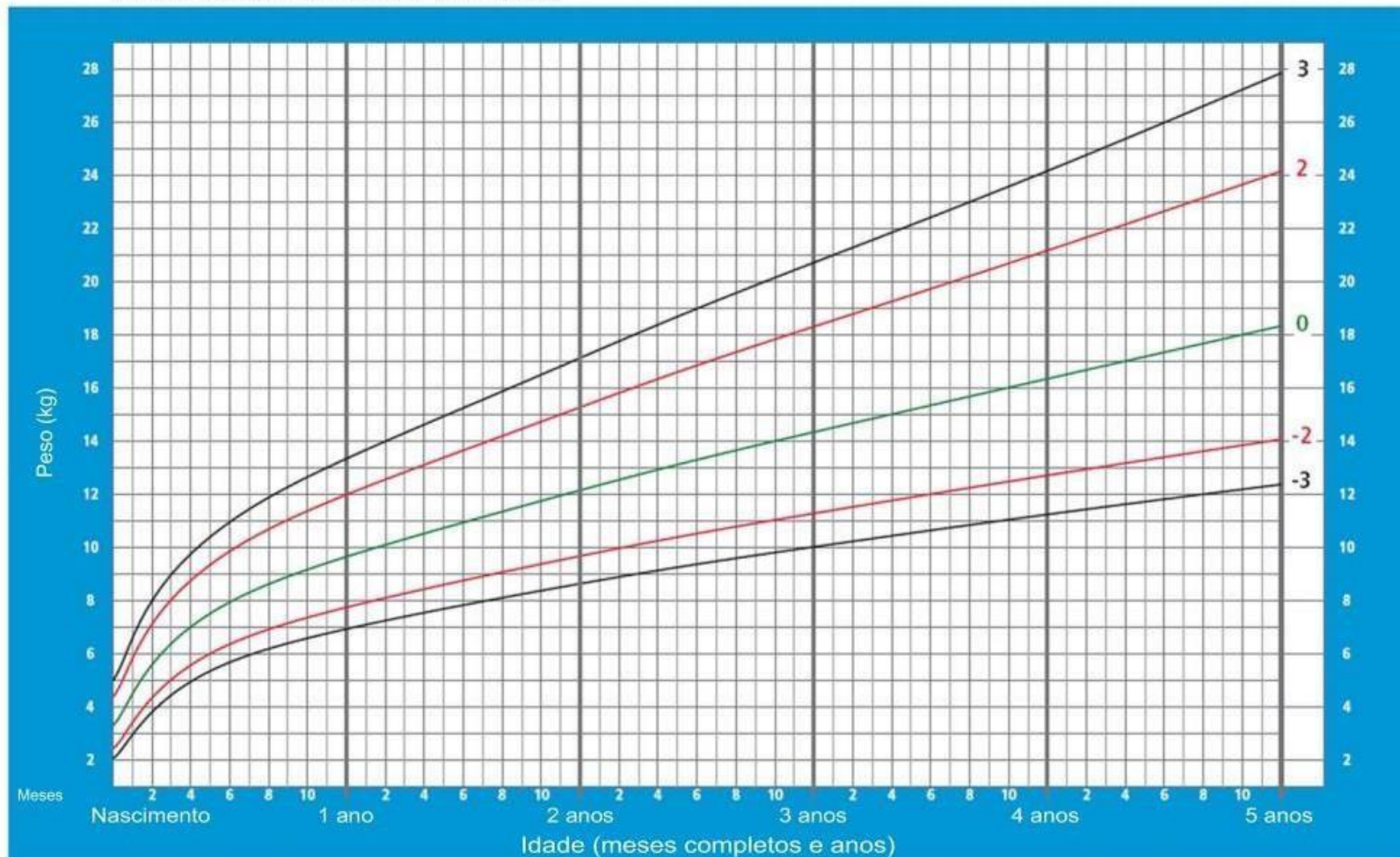


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

B) Gráfico peso por idade meninos.

Peso por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

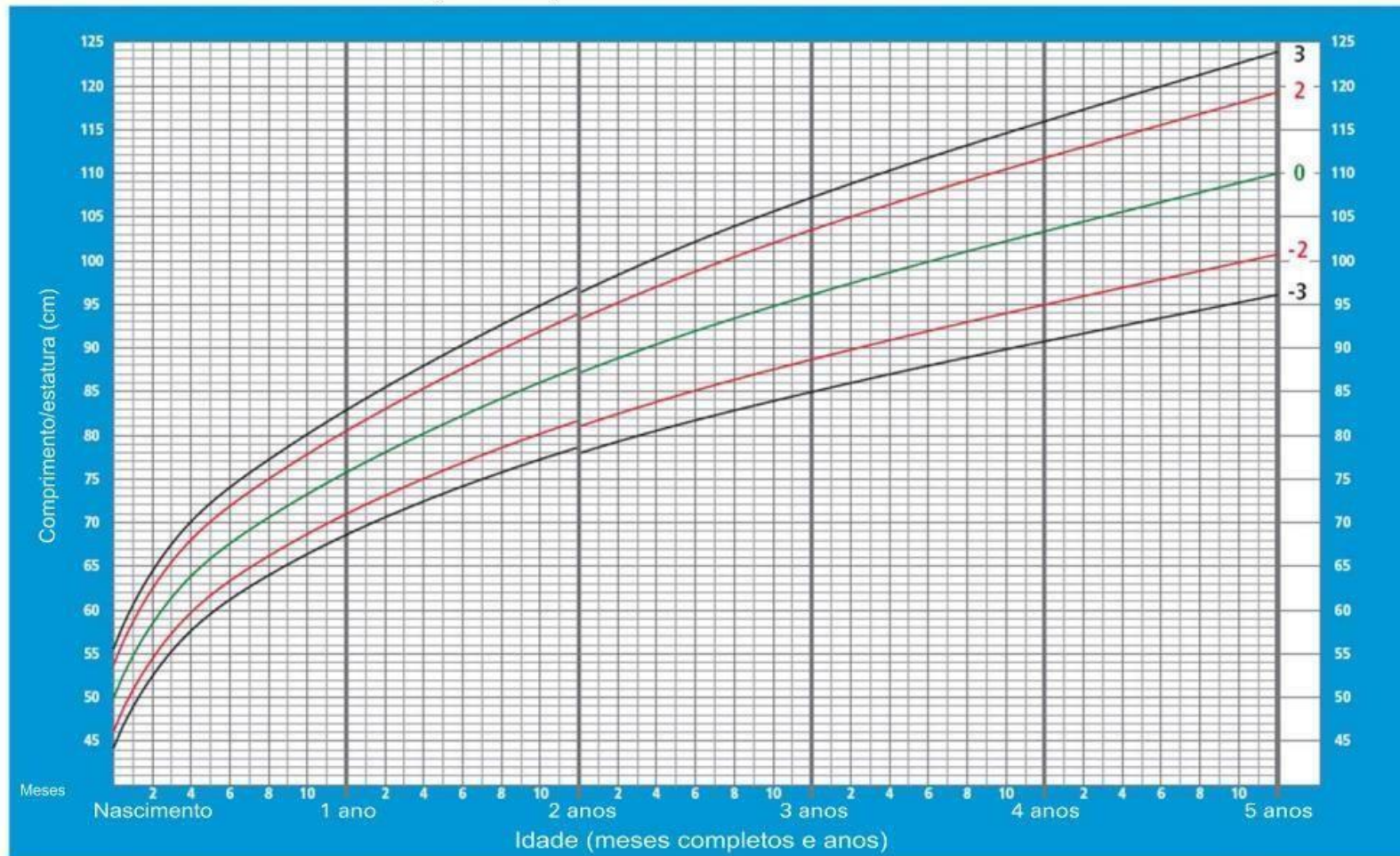


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

5. A) Comprimento/ Estatura por idade meninos

Comprimento/estatura por idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

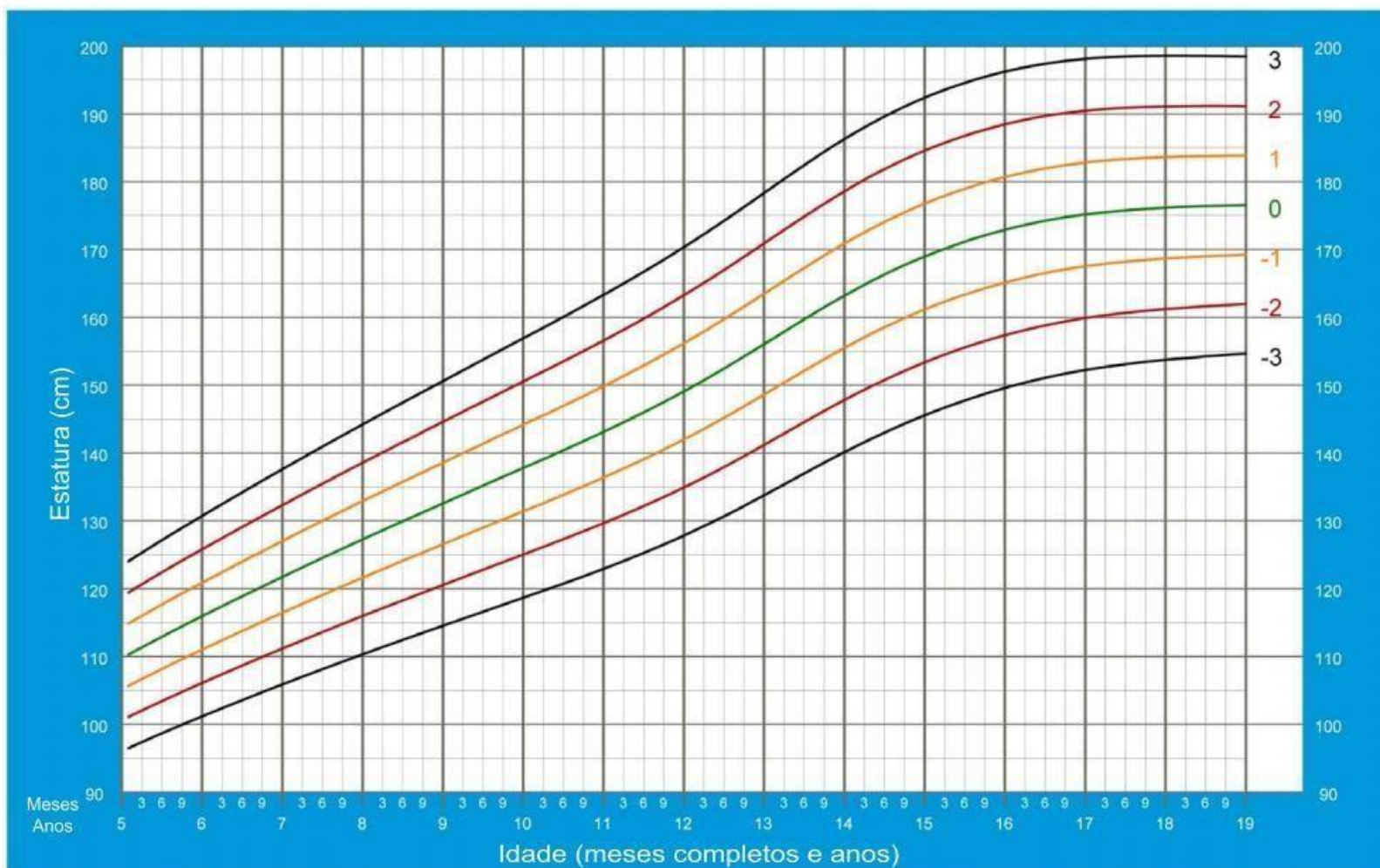


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

B) Estatura por idade meninos

Estatura por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)

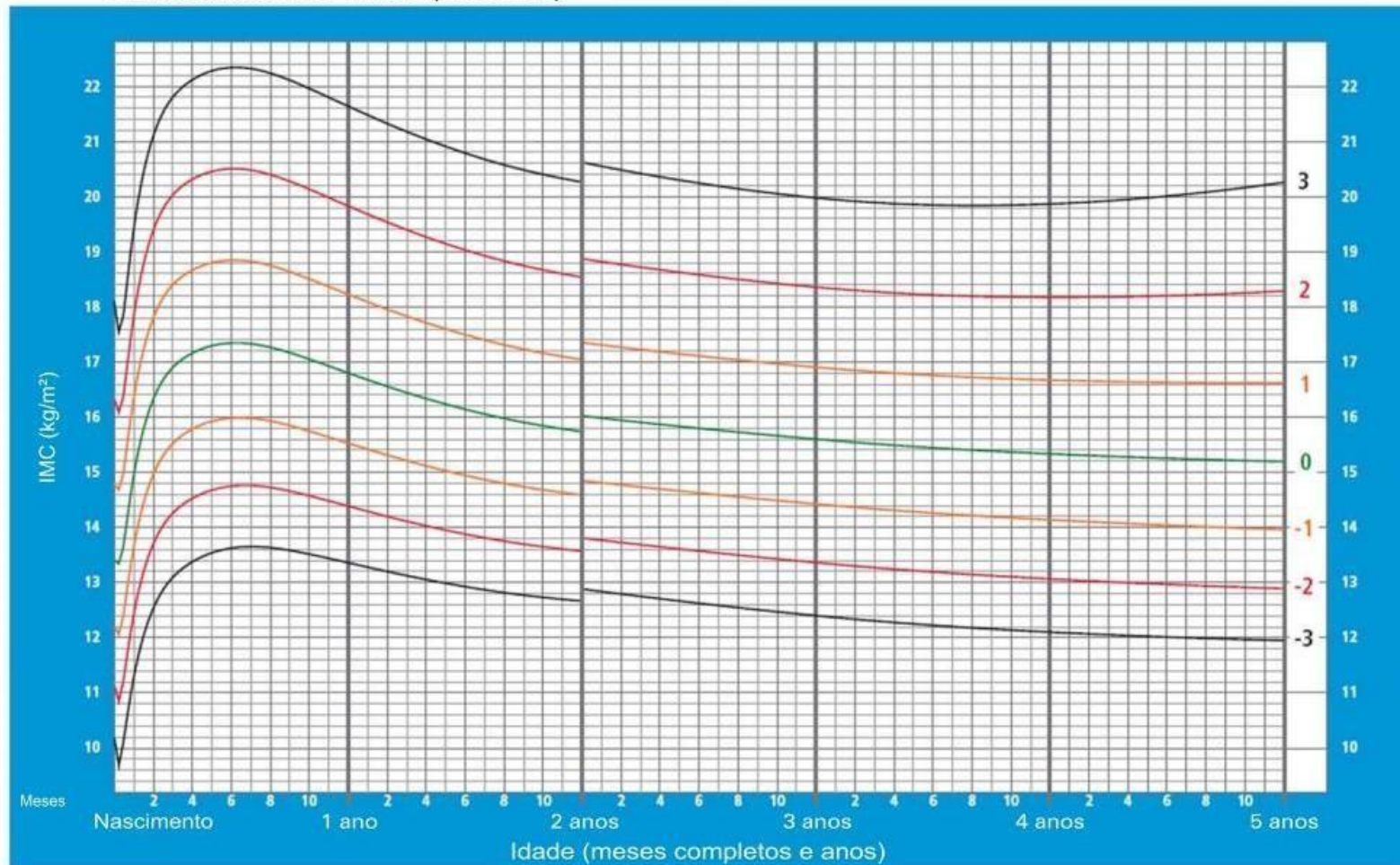


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

6. A) IMC meninos

IMC por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

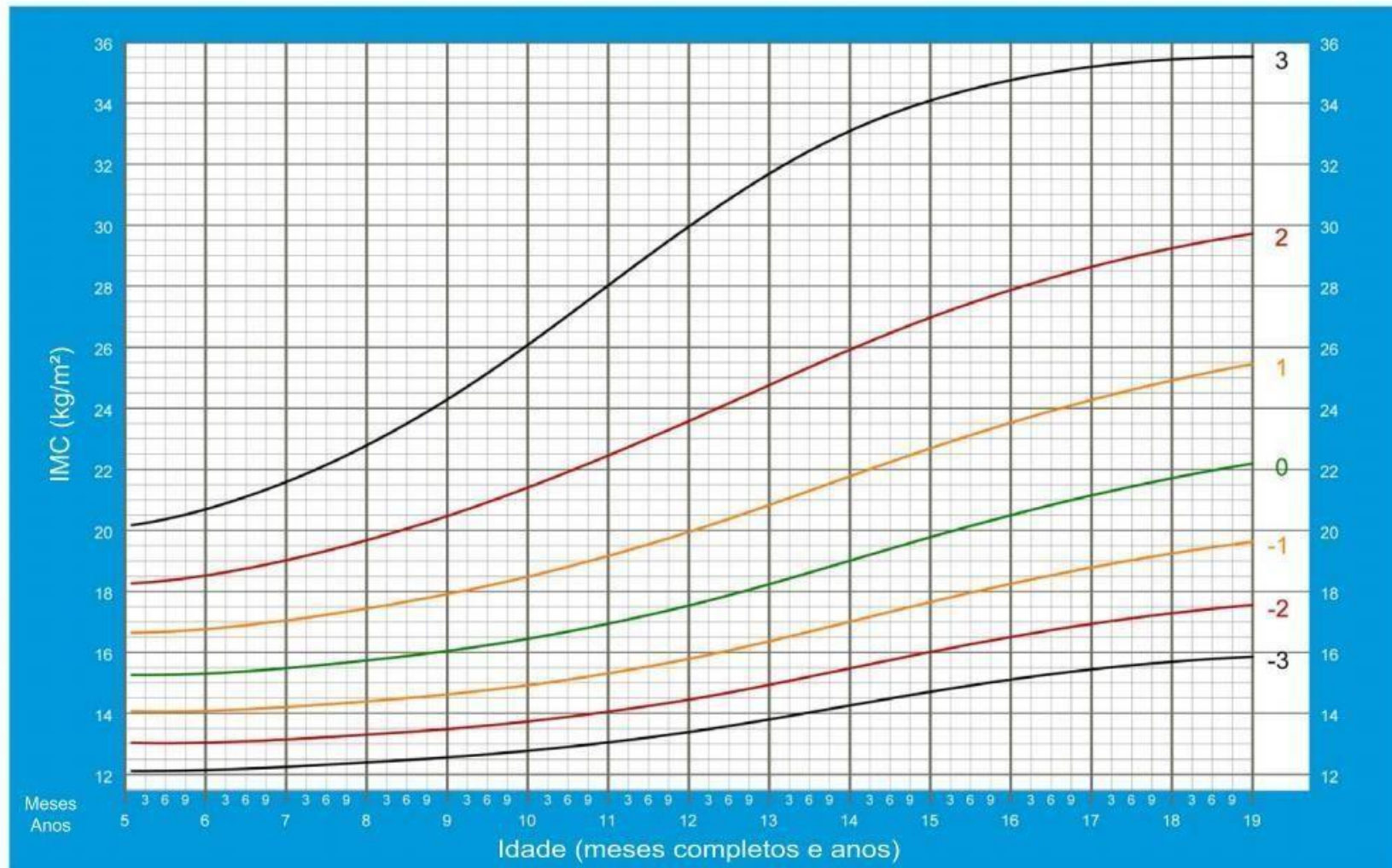


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

B) IMC meninos

IMC por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)

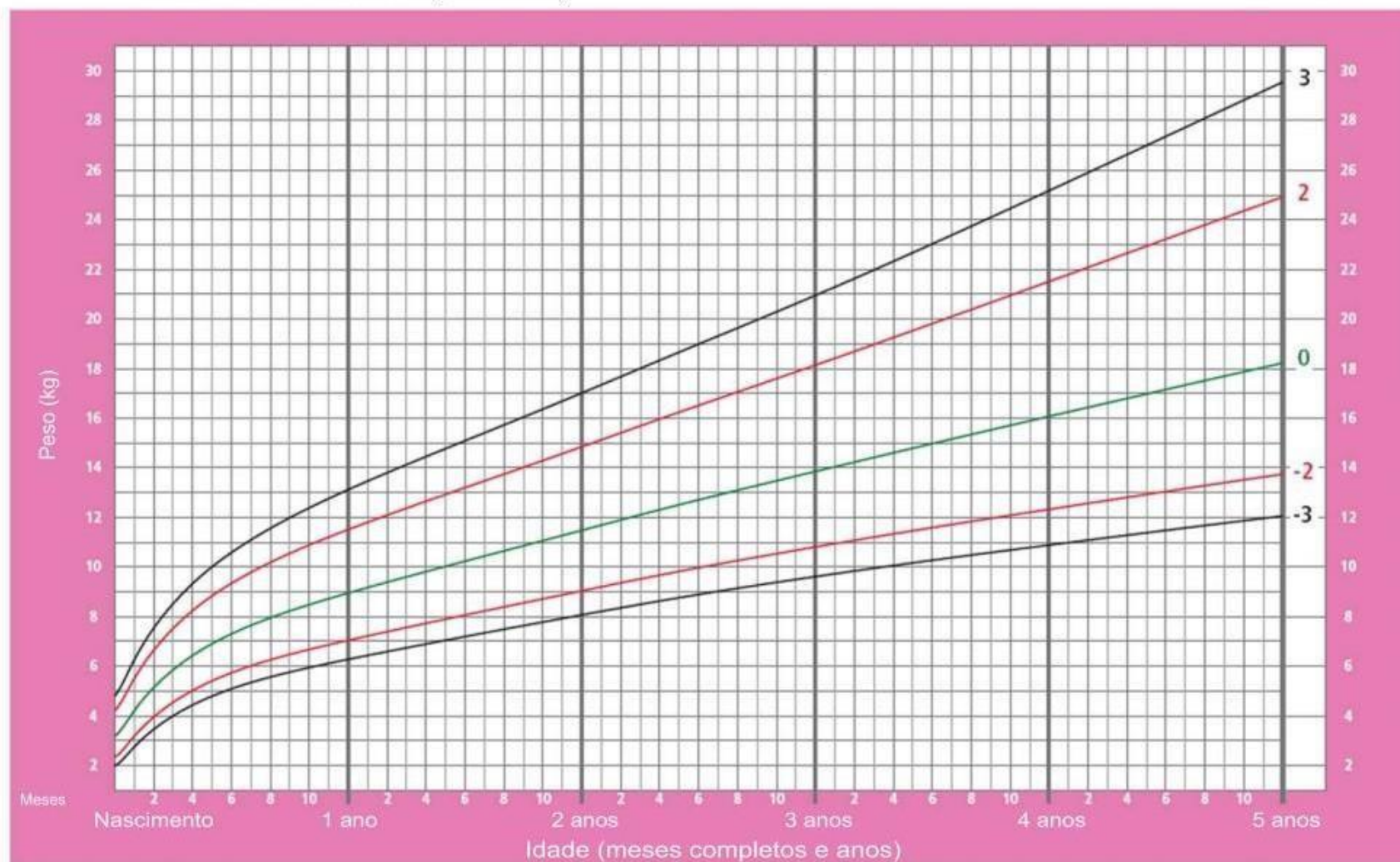


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

7. A) Gráfico peso por idade meninas.

Peso por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

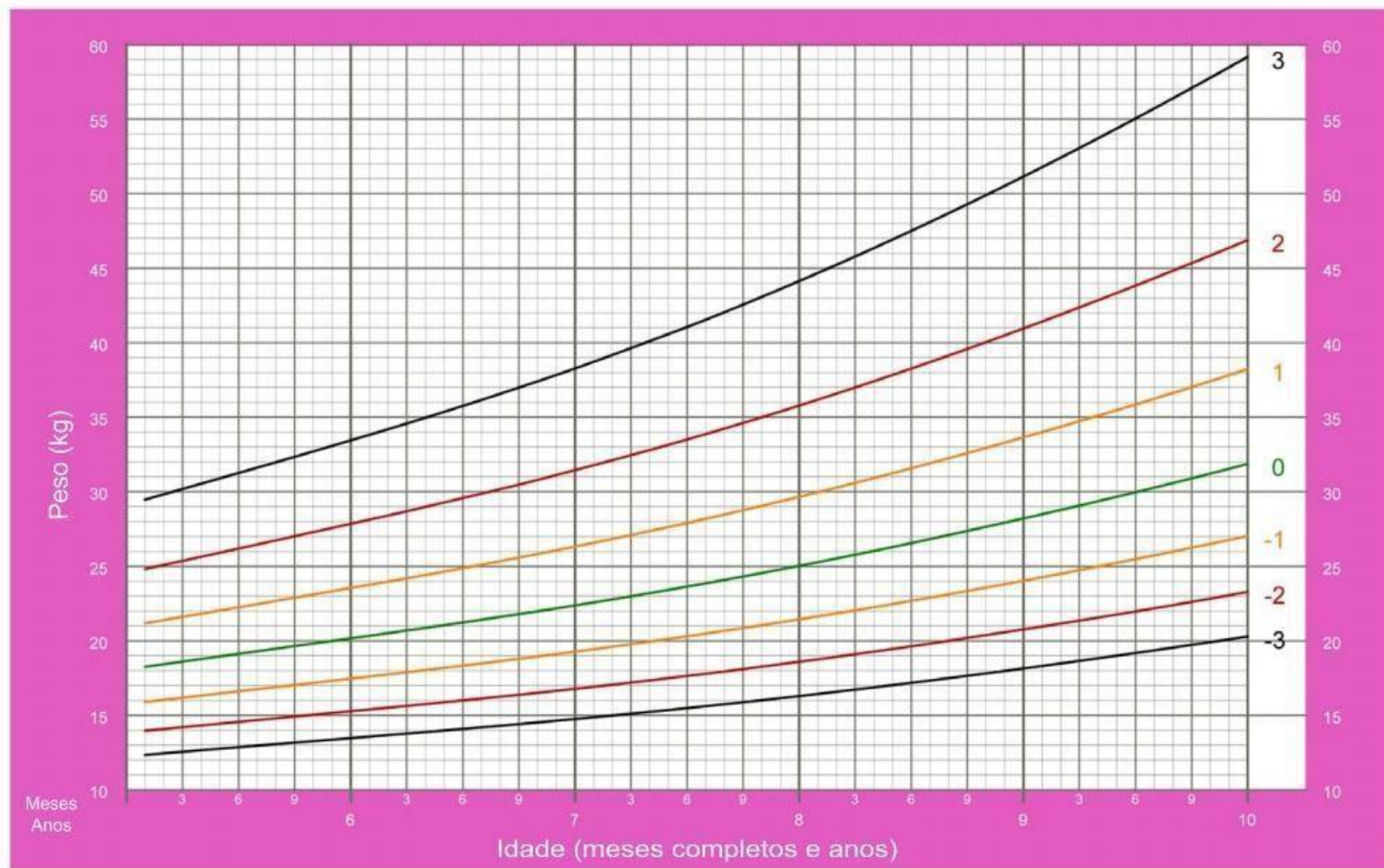


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

B) Gráfico peso por idade meninas.

Peso por idade MENINAS

Dos 5 aos 10 anos (escores-z)

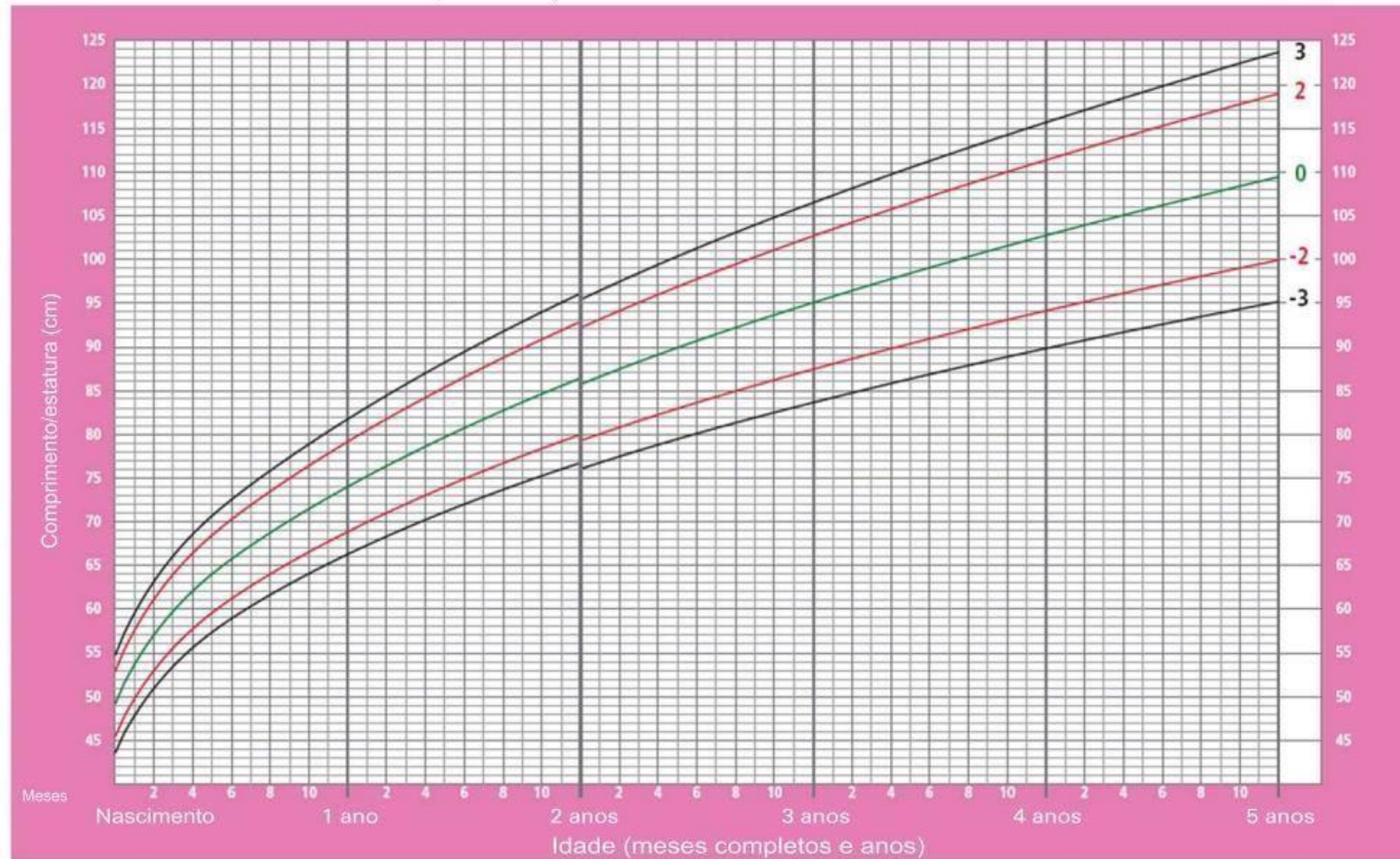


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

8. A) Comprimento/ Estatura por idade meninas.

Comprimento/estatura por idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

B) Estatura por idade meninas

Estatura por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)

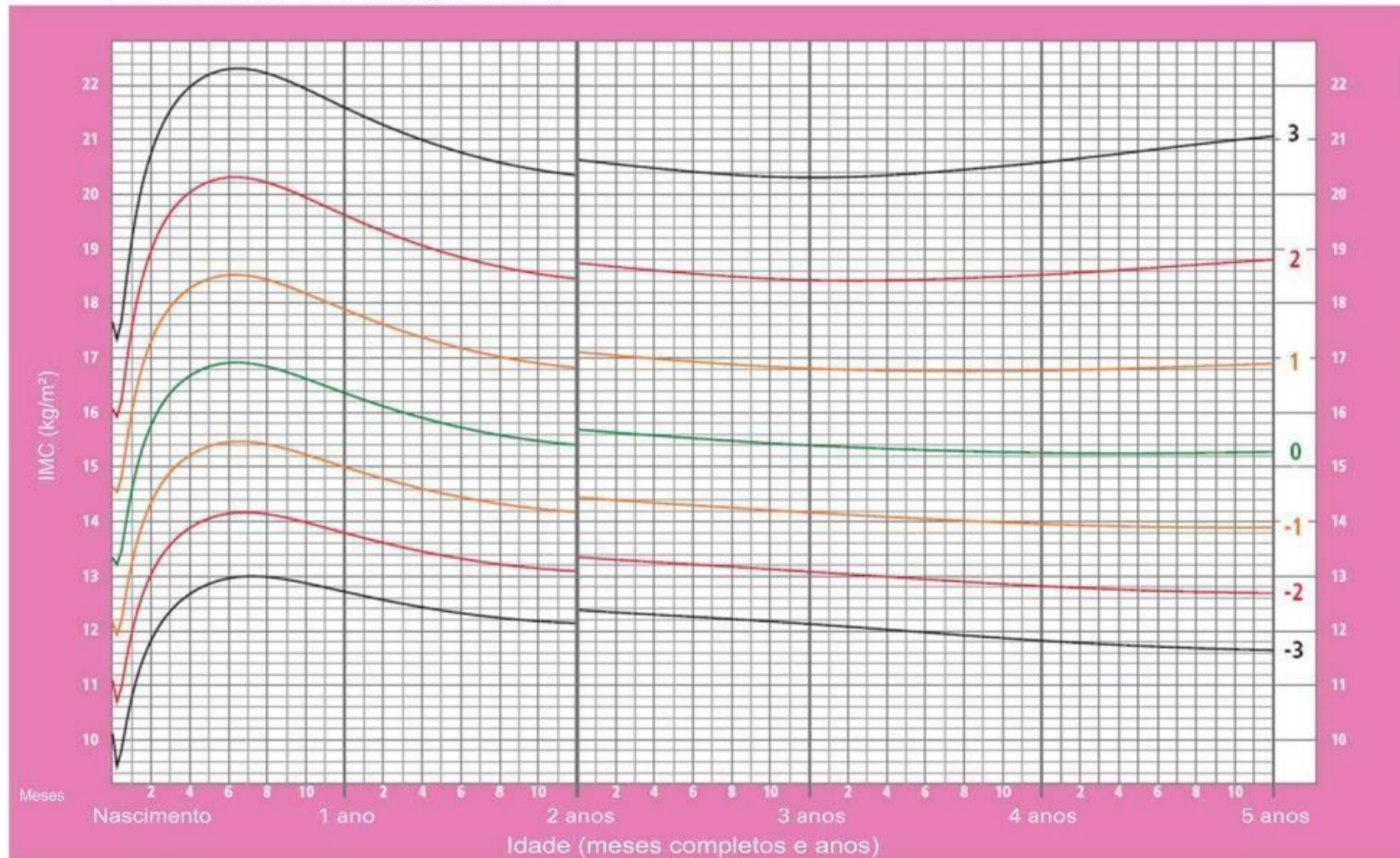


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

9. A) IMC parameninas

IMC por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

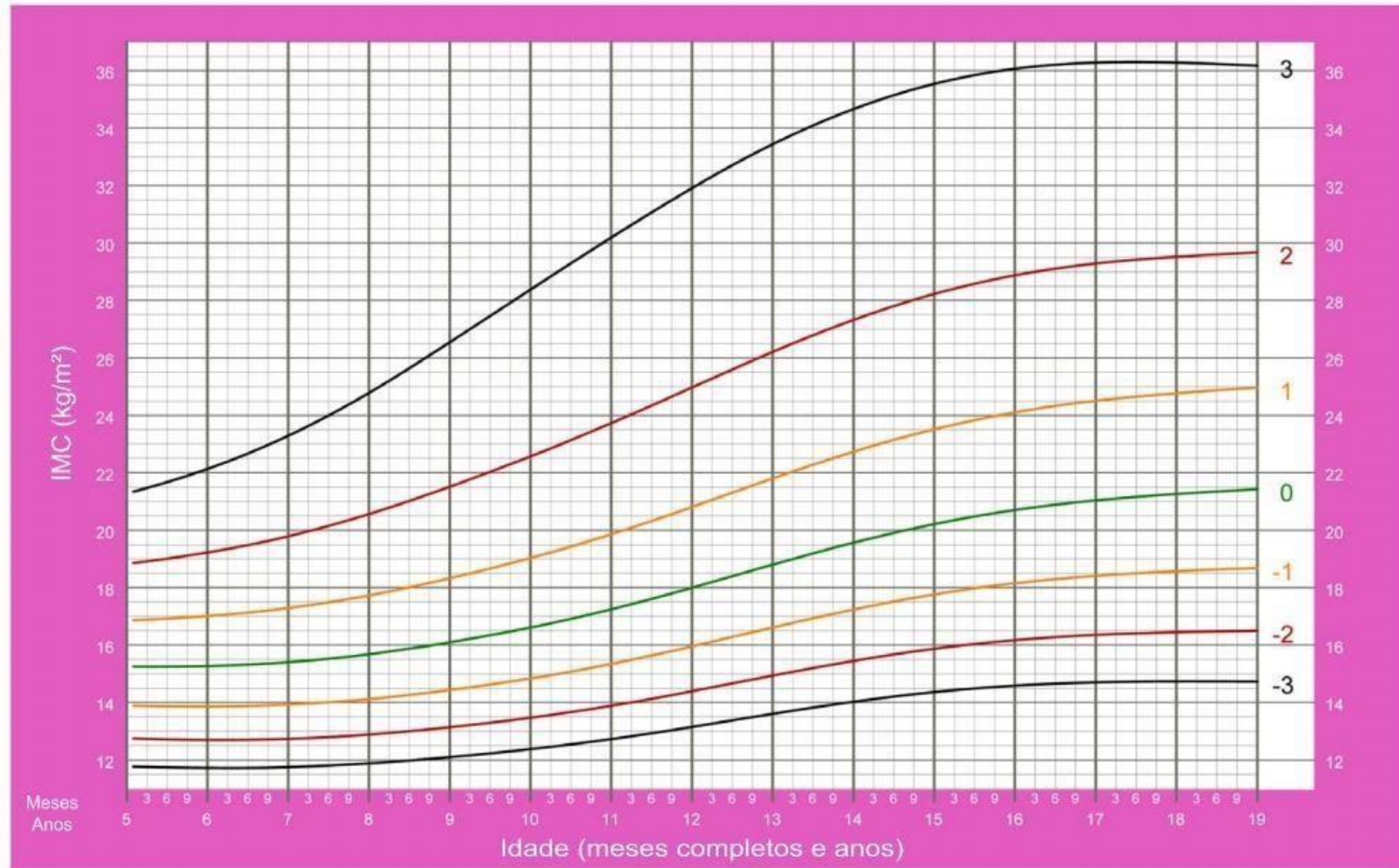


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

B) IMC para meninas

IMC por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)