

PMSPA	
Proc N°	9389/23
Folha N°	814
Rub	2

TERMO DE REFERÊNCIA

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 9389/2023

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO - ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA A), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

- 1.1. O presente procedimento licitatório adota a modalidade de **Pregão, utilizando-se o critério de menor preço por lote**, visando à eventual contratação de empresa qualificada para o fornecimento e instalação de materiais gráficos. O objetivo principal desta contratação é garantir a o funcionamento das Secretarias Interessadas da entidade contratante. Tal processo será regido pelo **Sistema de Registro de Preços**, seguindo estritamente as condições e exigências estipuladas no instrumento convocatório.
- 1.2. O objeto desta contratação não se enquadra como sendo de bem de luxo, conforme Decreto nº 10.818, de 27 de setembro de 2021.
- 1.3. Os bens e serviços objeto desta contratação são caracterizados como comuns, conforme justificativa constante do Estudo Técnico Preliminar.
- 1.4. A descrição detalhada dos itens a serem adquiridos está devidamente registrada no ANEXO I deste instrumento, no qual oferece uma lista completa e minuciosa dos itens, contemplando todas as especificações técnicas para o pleno atendimento das demandas das Secretarias Interessadas.
- 1.5. O prazo de vigência da ata de registro de preços será de 12 meses, e poderá ser prorrogada por igual período, desde que comprovado o preço vantajoso, conforme disposto no art.84, parágrafo único da Lei 14.133/2021, podendo ser formalizado termo de contrato, caso a entrega seja realizada de forma parcelada.

2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO- ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA B), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

- 2.1. A presente contratação é embasada no estudo técnico preliminar correspondente, o qual foi elaborado com o intuito de identificar e analisar as necessidades da entidade contratante. Este estudo foi conduzido de forma minuciosa e detalhada, considerando as demandas específicas relacionadas à garantia de comunicação visual e funcionamento das Secretarias Interessadas.
- 2.2. A análise deste estudo considerou a disseminação de informações cruciais e a asseguuração do acesso equitativo aos serviços e benefícios disponibilizados no âmbito municipal. A contratação em questão é uma pauta de interesse público que vai além do simples fornecimento. Essa iniciativa é essencial para aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos à comunidade, agilizar procedimentos e garantir um atendimento mais eficaz e satisfatório, como delineado no Estudo Técnico Preliminar.
- 2.3. A contratação enquadra-se com objeto com especificações usuais de mercado, ou seja, rotineiramente utilizadas para a sua caracterização, na medida em que os fornecedores estão acostumados a tratar, não sendo, portanto, algo incomum, nos termos do art. 6º, inciso XIII da Lei Federal nº 14.133/2021.
- 2.4. A contratação está alinhada com o Plano Anual de Contratações submetida ao Processo Administrativo nº 6.987/2023, em conformidade com o Plano Plurianual (PPA), a Lei Orçamentária Anual

PMSPA	
Proc. N°	9389/23
Folha N°	815
Rub	4

(LOA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Existe disponibilidade orçamentária para a realização do contrato, assegurando a conformidade com os parâmetros financeiros estabelecidos.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO - ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA C), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

3.1. O material a ser adquirido enquadra-se como serviços de engenharia comuns, por possuir padrões de desempenho e características gerais e específicas, usualmente encontradas no mercado, podendo, portanto, ser licitado por meio da modalidade Pregão eletrônico. Assim, a contratação mostra-se viável na modalidade de compra por Pregão eletrônico e julgamento por menor preço por lote.

3.2. Acerca dos serviços de instalação, a secretaria informará por meio de Ordem de Serviço o local a ser realizado, cabendo a empresa contratada arcar com todos os custos de deslocamento do pessoal e material necessário a perfeita realização do serviço.

3.3. A empresa contratada deve seguir rigorosamente as normas técnicas pertinentes, garantindo que todas as atividades sejam realizadas de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos, os resultados devem ser eficazes e seguros para o uso público.

3.4. É obrigação da contratada fornecer todos os equipamentos necessários para garantir a segurança dos funcionários envolvidos nas atividades. Isso inclui o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e qualquer outro dispositivo requerido para prevenir acidentes e lesões durante o trabalho.

3.5. Todas as despesas relacionadas à execução do contrato, como salários, encargos sociais, impostos e seguros, devem ser integralmente cobertas pela empresa contratada, sem ônus adicional para a Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia.

3.6. A contratada assume total responsabilidade por quaisquer danos ou prejuízos causados ao contratante, seus funcionários ou terceiros durante a execução do contrato. Isso inclui danos materiais, lesões pessoais ou quaisquer outras consequências adversas.

3.7. A empresa contratada deve garantir o acesso a produtos e serviços de alta qualidade, além de fornecer o suporte adequado necessário para a execução dos serviços. Isso inclui a disponibilidade de materiais gráficos de qualidade e o apoio técnico necessário para garantir a eficácia das soluções fornecidas.

3.8. É dever da contratada corrigir prontamente quaisquer deficiências, falhas ou irregularidades identificadas durante a entrega dos produtos ou execução dos serviços. O objetivo é garantir que o trabalho seja realizado conforme o esperado e que os resultados atendam aos padrões de qualidade estabelecido.

3.9. A empresa contratada deve garantir a qualidade dos produtos e a execução dos serviços, isentando a Prefeitura de quaisquer reclamações relacionadas à durabilidade, conformidade com os padrões estabelecidos e adequação dos materiais utilizados. Isso inclui a utilização de materiais adequados e confiáveis, de acordo com as especificações técnicas estabelecidas.

3.10. Durante a execução do serviço, caso o material seja danificado, caberá a empresa repor o mesmo sem custos a Administração;

3.11. Condições de Guarda e Armazenamento:

1.11.1. Os produtos serão armazenados em ambientes apropriados, com controle adequado de temperatura, ventilação e umidade, de modo a evitar qualquer forma de deterioração do material. Serão respeitadas as orientações do fabricante quanto ao empilhamento máximo dos produtos e outras instruções específicas relacionadas à sua conservação.

1.11.2. As mesmas condições de guarda e armazenamento aplicadas no item 1.11.1 aos materiais pela Administração, devem ser observadas pelo fornecedor, assegurando que os produtos sejam mantidos em condições ideais desde sua origem até a entrega.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO - ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA D), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

Do Registro de Preços

4.1. A Ata de Registro de preços poderá ser usada por todos órgãos da administração pública, desde que autorizado expressamente pelo órgão gerenciador, observando o disposto no decreto que Regulamenta o Registro de Preços.

Da Subcontratação

4.2. Não é admitida a subcontratação do objeto contratual.

Da Garantia

4.3. Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, pelas razões constantes do Estudo Técnico Preliminar.

4.4. Bastando que os produtos contemplados nesta licitação devem ser acompanhados por uma nota fiscal discriminativa, a fim de possibilitar sua efetividade. A empresa contratada assume o compromisso de fornecer garantia contra defeitos de fabricação para todo o material entregue. Caso qualquer item apresente defeito, a contratada tem a obrigação de substituí-lo em até 05 (cinco) dias após a notificação, sem que haja aumento no preço registrado, sob pena de aplicação de sanção.

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO - ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA E), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

5.1. Para o objeto em tela será formalizada em Contrato Administrativo, estabelecendo em suas cláusulas todas as condições, obrigações e responsabilidades entre as partes, empresa considerada vencedora.

5.2. Por se tratar de Sistema de Registro de Preços o prazo de vigência do contrato será estabelecido no momento de solicitação de contratação da empresa vencedora do certame.

5.3. Do Fornecimento:

5.4. O fornecimento dos produtos, objeto desta licitação deverá ocorrer conforme solicitação, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da ordem de fornecimento em conjunto com a arte a ser

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICC

Proc. nº 9389/2023

Folha nº

Rub.

PMSPA
Proc. N° 9389/23
Folha N° 817
Rub.

impressa (nos casos em que não houver padrão de formulário), com a solicitação do Setor requisitante através da expedição em remessa parcelada.

5.5. A(s) entrega(s) devera (ão) ser realizada(s) no(s) endereço(s) indicados pelo setor solicitante, de acordo com horários, dias e locais especificados pela Entidade Requisitante, no(s) endereço(s) relacionado(s).

5.6. Endereços:

SECRETARIA	LOCAL
Secretaria Municipal de Saúde;	End: Almoxarifado da (SESAU) - Rua João Martins, nº 230, Loja, Centro, São Pedro da Aldeia/RJ no horário de 08 às 16horas, exceto feriados.
Secretaria Municipal de Assistência Social;	End.: Almoxarifado (SEMASDH) - Rua Hermógenes Freire da Costa, nº 19 – centro, São Pedro da Aldeia /RJ no horário de 08 horas às 16 horas
Secretaria Municipal de Educação;	End.: Almoxarifado da (SEMED) - Rua Doze de Outubro nº 203, bairro Estação – São Pedro da Aldeia/RJ no horário de 09:30 à 12h e 13:30 à 16:30, exceto feriados.
Secretaria Municipal do Meio Ambiente;	End.: Almoxarifado Central - Rua Agenor Beltrão nº. 259 – Porto da Aldeia, São Pedro da Aldeia/RJ no horário de 08:30 às 16:30 h
Secretaria Municipal de Agricultura, Abastecimento e Trabalho;	
Secretaria Municipal de Serviços Públicos;	
Secretaria Municipal de Turismo;	
Secretaria Municipal de Esporte e Lazer;	
Secretaria Municipal de Obras e Desenvolvimento Urbano;	
Secretaria Municipal de Segurança e Ordem Pública;	
Secretaria Municipal de Cultura;	
Secretaria Municipal de Administração;	
Secretaria Municipal de Governo;	

5.1. Caso o(s) produtos(s) não corresponda(m) ao exigido, o fornecedor deverá providenciar, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis à sua substituição visando ao atendimento das especificações, sem prejuízo da incidência das sanções previstas no edital, Lei nº 14.133/2021.

5.2. Só serão recebidos produtos que estejam de acordo com todas as especificações do presente termo.

5.3. Caso não seja possível a entrega na data assinalada, a empresa deverá comunicar as razões respectivas com pelo menos (4) dias de antecedência para que qualquer pleito de prorrogação de prazo seja analisado, ressalvadas situações de caso fortuito e força maior.

5.4. O custo referente ao transporte dos materiais será de responsabilidade do Contratado.

5.5. A fornecedora será responsável pela entrega e /ou recolhimento do material, incluindo custo com frete.

5.6. Dos Serviços:

5.7. Acerca dos serviços de instalação deverá ser realizado no prazo de 5 (cinco) dias após emissão da Ordem de Serviço pela Secretaria Solicitante, onde deverá constar o local a ser realizado, cabendo a empresa contratada arcar com todos os custos de deslocamento do pessoal e material necessário a perfeita realização do serviço;

5.8. A empresa contratada será completamente responsável pelo material que estiver instalando, quanto a possíveis danos enquanto estiver sob sua posse.

5.9. A presente contratação não gerará nenhum vínculo empregatício entre o Município perante ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade o transporte, descarregamento, deslocamento, estadia, alimentação e transporte dos profissionais, pagamento de impostos, taxas, encargos e tributos que incidirem sobre a contratação.

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO - ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA F), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

6.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.

6.3. As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

6.4. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.5. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.



Da Fiscalização

6.6. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, caput).

Fiscalização Administrativa

6.7. O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VI);

6.8. O fiscal técnico do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados. (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, §1º, e Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, II);

6.9. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, III);

6.10. O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, IV).

6.11. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprezadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, V).

6.12. O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VII).

Fiscalização Administrativa

6.13. O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário (Art. 23, I e II, do Decreto nº 11.246, de 2022).

6.14. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência; (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 23, IV).

PMSPA	Rub.	↓
Proc. N°	9389/23	
Folha N°	820	
Rub.	↓	

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA G), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

Recebimento do Objeto

7.1. Os bens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, inclusive antes do recebimento provisório, quando em desacordo com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta, devendo ser substituídos imediatamente, a contar da notificação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

7.2. O recebimento definitivo ocorrerá no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a contar do recebimento da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente pela Administração, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo detalhado.

7.3. O prazo para recebimento definitivo poderá ser excepcionalmente prorrogado, de forma justificada, por igual período, quando houver necessidade de diligências para a aferição do atendimento das exigências contratuais.

7.4. No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do art. 143 da Lei nº 14.133, de 2021, comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal no que pertinente à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

7.5. O prazo para a solução, pelo contratado, de inconsistências na execução do objeto ou de saneamento da nota fiscal ou de instrumento de cobrança equivalente, verificadas pela Administração durante a análise prévia à liquidação de despesa, não será computado para os fins do recebimento definitivo.

7.6. O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

7.7. Durante a execução contratual, o fiscal técnico deverá monitorar constantemente o nível de qualidade do fornecimento para evitar a sua degeneração, devendo intervir para requerer à CONTRATADA a correção das faltas, falhas e irregularidades constatadas;

7.8. À CONTRATADA será permitido apresentar justificativa para o fornecimento com menor nível de conformidade, a qual poderá ser aceita pelo fiscal técnico, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle do prestador;

7.9. A aplicação das glosas não compromete a aplicação de outras penalidades a que a CONTRATADA esteja sujeita pelo não cumprimento das obrigações contratuais ou execução insatisfatória dos serviços, nos termos previstos em lei.

Do Faturamento

7.10. A Nota Fiscal deve corresponder ao objeto recebido e respectivos valores e quantitativos apurados pela fiscalização.

PMSPA	
Proc N°	9389/23
Folha N°	821
Rub	

7.11. No caso de divergência, especialmente quando houver adimplemento parcial, o CONTRATANTE notificará a CONTRATADA a sanar o problema em 2 (dois) dias úteis, com suspensão do prazo de pagamento.

7.12. Caso a CONTRATADA seja optante pelo Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte – SIMPLES, deverá apresentar com a Nota Fiscal a devida comprovação a fim de evitar a retenção na fonte dos tributos e contribuições, de acordo com a Lei Complementar nº 123/2006.

7.13. Quando do pagamento da fatura ou nota fiscal será efetuada a retenção dos valores correspondentes a tributos e contribuições sociais, nos termos legais.

7.14. Serão deduzidos dos créditos da CONTRATADA os valores relativos a multas e juros de mora de tributos e contribuições sociais, decorrentes de entrega de faturamento em atraso, configurado por prazo inferior a 10 (dez) dias corridos do vencimento da obrigação.

Do Pagamento

7.15. O prazo de pagamento, não será superior a 30 (trinta) dias, contado a partir da data final do período de adimplemento de cada parcela, e será feito mediante a apresentação de nota fiscal, devidamente atestada por dois servidores, sendo um deles, necessariamente o fiscal do contrato.

7.16. As notas fiscais que apresentarem incorreções serão devolvidas à CONTRATADA para as devidas correções. Nesse caso, o prazo voltará a ser contado a partir da data de reapresentação da nota fiscal, sem incorreções.

7.17. O pagamento será feito mediante crédito aberto em conta corrente em nome da CONTRATADA no Banco correspondente.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR - ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA H), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

8.1. O fornecedor poderá ser selecionado por meio da realização de procedimento de LICITAÇÃO, na modalidade PREGÃO, sob a forma ELETRÔNICA, com adoção do critério de julgamento PELO MENOR PREÇO POR LOTE, conforme apresentado no Estudo Técnico Preliminar.

Da Qualificação Técnica

8.2. Para fins de execução plena do objeto requerido, será necessário que a empresa participante tenha qualificação técnica para tal de acordo com as descrições a seguir:

8.2.1. Comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível, em características, quantidades e prazos com o objeto desta licitação, ou com o item pertinente, por meio da apresentação de atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado.

9. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO - ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA I), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

9.1. De acordo com a pesquisa inicial realizada através do Estudo Técnico Preliminar, a fim de atender ao disposto no art. 23, da Lei nº 14.133/21, o orçamento estimado inicial da presente contratação perfaz a montante de **R\$ 13.381.881,56** (treze milhões, trezentos e oitenta e um, oitocentos e oitenta e um mil e cinquenta e seis centavos), ficando a cargo da Comissão de Captação e Análise de Preços os procedimentos inerentes a estimação do valor da contratação. Contudo, as empresas que disputarão o certame deverão considerar como valor máximo a ser dispendido pelo Município o que estiver indicado oportunamente no Edital e seus anexos.

9.2. A técnica quantitativa que originou o valor da contratação encontra-se no ANEXO II;

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - ART. 6, INCISO XXIII, ALÍNEA J), DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021

10.1. A despesa decorrente da presente contratação correrá à conta de:

Secretaria	Programa de Trabalho	Elemento de Despesa	Ficha
Secretaria Municipal de Saúde;	10.301.061.2.174		1115 1839
Secretaria Municipal de Assistência Social;	08.244.053.2.157 08.244.047.2.144 02.244.051.2.152 08.243.054.2.167 08.243.048.2.148 08.244.001.2.160		1006 968 2351 953 2351 1035
Secretaria Municipal de Educação;			
Secretaria Municipal do Meio Ambiente;		3.3.90.39.99.00	1372
Secretaria Municipal de Agricultura, Abastecimento e Trabalho;			611
Secretaria Municipal de Serviços Públicos;	15.452.0001.2.110	3.3.90.39.99.00	690
Secretaria Municipal de Turismo;			
Secretaria Municipal de Esporte e Lazer;			
Secretaria Municipal de Obras e Desenvolvimento Urbano;			467
Secretaria Municipal de Segurança e Ordem Pública;	06.122.001.2.135	3.3.90.39.99.00	824
Secretaria Municipal de Cultura;		3.3.90.30.99.00	265
Secretaria Municipal de Administração;			
Secretaria Municipal de Governo;		3.3.90.39.99.00	

São Pedro da Aldeia, 17 de junho de 2024.

II. DA ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO:

Secretaria Municipal de Administração
Elaborador/Matrícula *Mayara A. N. ...*
PMSPA - Mat. 37893

Secretário(a)/Matrícula *Roberto ...*
Secretaria Municipal de Agricultura, Abastecimento e Trabalho
Elaborador/Matrícula *... 37893*

Secretário(a)/Matrícula *... 37893*
Secretaria Municipal de Assistência Social
Elaborador/Matrícula *... 37893*

Secretário(a)/Matrícula
Secretaria Municipal de Cultura
Elaborador/Matrícula *... 37893*

Secretário(a)/Matrícula *... 37893*
Secretaria Municipal de Educação
Elaborador/Matrícula *... 37893*

Secretário(a)/Matrícula *... 37893*
Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
Elaborador/Matrícula *... 37893*

Secretário(a)/Matrícula *... 37893*
Secretaria Municipal de Governo

Ricardo Ramos Gaspar
Secretário de Esporte e Lazer
Mat. 38137



GOVERNO MUNICIPAL
São Pedro da Aldeia
QUALIDADE DE VIDA PARA TODOS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICC
Proc. nº 9389/2023
Folha nº 518
Rub. 4

Elaborador/Matrícula	Márcio Ely Campos Vianna Secretário Adjunto de Governo Mat. 387 - PMSPA
Secretário(a)/Matrícula	Luiz Fernando Gomes Junior Secretário Municipal de Governo Mat. 37.857 - PMSPA
Secretaria Municipal de Obras e Desenvolvimento Urbano	
Elaborador/Matrícula	Camille Cardozo F. Santos Assessor Adjunto Mat. 38126
Secretário(a)/Matrícula	Fernando Luischel Frauches Secretário de Obras e Desenvolvimento Urbano Matrícula 37875 - SEMOD/PMSPA Cadastrado CREDOR 2004106288
Secretaria Municipal de Serviços Públicos	
Elaborador/Matrícula	
Secretário(a)/Matrícula	
Secretaria Municipal de Segurança e Defesa Pública	
Elaborador/Matrícula	Diego Alves do Amaral +32450
Secretário(a)/Matrícula	3830 Diego Alves do Amaral SECRETÁRIO DE SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA
Secretaria Municipal de Serviços Públicos	
Elaborador/Matrícula	mat 30646
Secretário(a)/Matrícula	37874
Secretaria Municipal de Turismo	
Elaborador/Matrícula	mat 31981
Secretário(a)/Matrícula	Claudia Lima (mxta. 41377)
Secretaria Municipal do Meio Ambiente	
Elaborador/Matrícula	
Secretário(a)/Matrícula	38785

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICC
Proc. nº 9389/2023
Folha nº 54
Rub. 2

PMSPA
Proc. N° 9389/23
Folha N° 825
Rub. 2

ANEXO I
DESCRIÇÃO DETALHADA DOS ITENS

Itens	Material	UNIDADE
1	Adesivo impresso, brilhoso e com acabamento.	M²
2	Adesivo impresso, brilhoso e sem acabamento.	M²
3	Adesivo impresso, brilhoso, refletivo e com acabamento	M²
4	Adesivo impresso, fosco e com acabamento.	M²
5	Adesivo impresso, fosco e sem acabamento.	M²
6	Adesivo perfurado.	M²
7	Atestado de saúde em 1 via, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 150x90mm, bloco com 100 fls.	UN.
8	Atestado médico em 1 via, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 210x160mm, bloco com 100 fls.	UN.
9	Atestado médico para gestante, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 210x160mm, bloco com 100 fls.	UN.
10	Banner - tamanho 1,20 x 0,80 em lona 440GR	UN.
11	Banner 280g impresso, com acabamento tubete e corda.	M²
12	Banner 440 g, impresso, com acabamento tubete e corda.	M²
13	Bloco /100 fls., 2 vias, carbonado, tamanho 15 x11cm	BL
14	Bloco c/100 fls, 2 vias, tamanho A4, papel sulfite	BL
15	Bloco c/100 fls., 1 via, tamanho A4, papel sulfite	BL
16	Bloco c/100 fls., 2 por fl., tamanho A4, Papel Sulfite	BL
17	Bloco c/100 fls., 2 vias, carbonada, tamanho A4	BL
18	Bloco c/100 fls., 2 vias, numerado, cabinado, tamanho 15x11cm	BL
19	Bloco c/15 relatórios, tamanho A4, papel sulfite	BL
20	Bloco de notas personalizados 105x148mm, 25 págs., 90g	UN.
21	Cadastro domiciliar e territorial, em papel 75 g/m², na cor branca, impressão frente e verso, colado acima, dimensões 300x210mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
22	Cadastro individual, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 210x300mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
23	Caderneta da criança (menina e menino), em papel 180 g/m², na cor colorido, vincado ao meio, dimensões 155x290mm.	UN.
24	Caderneta de vacina adulto, em papel 180 g/m², na cor branca, vincado ao meio, dimensões 155x290mm.	UN.
25	Caderneta do idoso em papel 180 g/m², na cor branca, vincado ao meio, dimensões 155x290mm.	UN.
26	Capa de prontuário em papel 180 g/m², na cor branca, vincado ao meio, dimensões 470x660mm.	UN.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICQ
Proc. nº 9389/2023
Folha nº 518
Rub. ↓

PMSPA
Proc. Nº 9389/23
Folha Nº 826

27	Carga viral hepatite B, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 240x210mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
28	Carga viral hepatite C, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 240x210mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
29	Cartão da gestante, em papel 180g/m ² , na cor branca e rosa claro, vincado ao meio, dimensões 210mm x 145mm.	UN.
30	Cartão de visita 4/4.	MH
31	Cartaz - A3 29,7 cm x 42 cm, colorido, papel couchê	UN.
32	Cartilha de bolso-capla dura, colorido, papel couchê, 18 cm de comprimento e 15 cm de largura	UN.
33	cartilha- papel couchê, com 3 dobraduras, colorido	UN.
34	Central estadual de regulação, em papel 56 g/m ² na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 210x300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
35	Certificado - em papel tipo vergê, tamanho A4, 2 por flf, colorido	UN.
36	Comprovante de vacinação, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado lateralmente, dimensões 120 x 50 mm.	UN.
37	Convite - papel tipo vergê, tamanho a4, com 3 dobraduras, frente e verso	UN.
38	Cordão para crachá com jacaré para crachá com personalização interna e externa em 100% poliéster, com largura 2cm, comprimento 40 cm e circunferência 80cm.	UN.
39	Cordão para crachá de identificação autista personalizado (cordão quebra padrão internacional para a identificação de pessoas com autismo)	UN.
40	Crachá em material PVC, 4/4.	UN.
41	Declaração de comparecimento, em papel 56 g/m ² na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210mm, bloco com 100 fls.	UN.
42	Documento de AII, em papel 56 g/m ² na cor branca colado acima, dimensões 220 x 310 mm, bloco c/ 10 fls.	UN.
43	Encarte com medida de 29x42, em couche 115g, com dobra, com impressão.	MH
44	Encarte com medida de 29x42, em couche 115g, sem dobra, com impressão.	MH
45	Encarte com medida de 29x42, em couche 120g, sem dobra, com impressão.	MH
46	Encarte com medida de 29x42, em couche 80g, com dobra, com impressão.	MH
47	Encarte com medida de 29x42, em couche 80g, sem dobra, com impressão.	MH
48	Encarte com medida de 30x21, em couche 115g, com 02 dobras, com impressão.	MH
49	Encarte impresso, 29X42 - couchê 120g com dobra, com impressão	MH
50	Evolução e tratamento, em papel 75 g/m ² , na cor branca, impressão frente e verso, colado acima dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
51	Evolução, em papel 75 g/m ² , na cor branca, impressão frente e verso colado acima dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
52	Ficha de atendimento domiciliar, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 300 x 210mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
53	Ficha de atendimento odontológico individual, em papel 75 g/m ² , na cor branca, impressão frente e verso, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
54	Ficha de atendimento para teste rápido, em papel 75 g/m ² , na cor branca, impressão frente e verso, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.



GOVERNO MUNICIPAL
São Pedro da Aldeia
QUALIDADE DE VIDA PARA TODOS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICC

Proc. nº 9389/2023

Folha nº 519

Rub. 2

PMSPA
Proc. N° 9389/23
Folha N° 519
Rub. 2

55	Ficha de avaliação do planejamento familiar, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
56	Ficha de cadastro de vacina, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
57	Ficha de identificação para acolhimento CAPSi, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
58	Ficha de investigação COVID-19 em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
59	Ficha de marcação de cirurgias em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
60	Ficha de procedimentos, em papel 75 g/m², na cor branca, impressão frente e verso, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
61	Ficha de solicitação de eletroneuromiografia em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
62	Ficha perinatal - ambulatório em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
63	Ficha produção, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
64	Fichas de registros de Empregados, em papel cartão 240g, formato aberto 33x48cm - 1/1 cor com 1 dobra, na cor branca, com impressão.	MH
65	Filipeta com medida de 10x20, em couche 115g, com dobra, com impressão.	MH
66	Filipeta com medida de 10x20, em couche 115g, sem dobra, com impressão.	MH
67	Filipeta com medida de 10x20, em couche 120g, com dobra, com impressão.	MH
68	Filipeta impressa 10X20 - couchê 120g sem dobra	MH
69	Folder- Papel couchê, tamanho A4, c/ 2 dobraduras, frente e verso, colorido	UN.
70	Folder- Papel couchê, tamanho A4, c/ 3 dobraduras, frente e verso, colorido	UN.
71	Folha de registro de comparecimento, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
72	Folheto com medida de 15x21, em couche 120g, com dobra, com impressão.	MH
73	Folheto impresso 15x21 - couchê 115g sem dobra.	MH
74	Folheto impresso 15x21 - couchê 120 g sem dobra.	MH
75	Folheto impresso 15x21 - couchê 80g com dobra.	MH
76	Folheto impresso 15x21, couchê 115g com dobra.	MH
77	Folheto impresso, 10x15 - couchê 120g sem dobra.	MH
78	Folheto impresso, 10x15 - couchê 80g, sem dobra.	MH
79	Folheto impresso, 10x15, 115g- couchê, sem dobra.	MH
80	Folheto impresso, 15x21 - couchê 80g sem dobra.	MH
81	Formulário de cadastramento SUS, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
82	Formulário de solicitação de procedimentos de alta complexidade em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
83	Formulário para solicitação de regulação em oncologia em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
84	Guia de referência - encaminhamento, em papel 56 g/m² na cor branca colado acima, dimensões 210 x 300 mm, bloco c/ 100 fls.	UN.



GOVERNO MUNICIPAL
São Pedro da Aldeia
QUALIDADE DE VIDA PARA TODOS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICC

Proc. nº 9389/2023

Folha nº 525

Rub. 4

Proc. N° 9389/23
Folha N° 828
Rub. 4

85	Guia de referência e contra referência, em papel 56 g/m ² na cor branca colado acima, dimensões 210 x 300 mm, bloco c/ 100 fls.	UN.
86	Identificador de plantas em PVC, com medida 20cmx10cm com haste de 15cm	UN.
87	Instalação de adesivo m ²	SV
88	Instalação de lona M ²	SV
89	Instalação de lona ortofônica	M ²
90	Instalação de placa galvanizada M ²	M ²
91	Instalação de PVC M ²	M ²
92	Laudo diagnóstico para teste rápido, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
93	Laudo médico carga viral do HIV, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
94	Laudo médico de AIH, em papel 56 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
95	Laudo médico para solicitação de exames e procedimentos especiais no SUS, em papel 56 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
96	Laudo médico para tratamento fora de domicílio, em papel 56 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
97	Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
98	Lona 280g, com impressão e acabamento em ilhós.	M ²
99	Lona 440g, com impressão e acabamento em ilhós.	M ²
100	Lona ortofônica, 300g, com impressão.	M ²
101	Mapa atendimento teste rápido, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 210x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
102	Mapa de controle diário de temperatura, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
103	MS - HIPERDIA cadastro, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
104	Notificação AIDS, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
105	Notificação de receita azul, papel: superbonder 56g; dimensões: 25x9cm, colado na lateral, bloco com 50 fls.	UN.
106	Notificação hanseníase, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
107	Notificação Sífilis adquirida, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
108	Notificação Sífilis em gestante, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
109	Notificação SINAN - Ficha de notificação, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.



GOVERNO MUNICIPAL
São Pedro da Aldeia
QUALIDADE DE VIDA PARA TODOS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICC

Proc. nº 9389/2023

Folha nº 52

Rub. 8

Proc. 9389/23
Folha 829
Rub. 8

110	Notificação Tuberculose, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
111	Orientações gerais para hipertensão arterial, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
112	Painel externo de identificação com estrutura de metalon 30x20x18, com impressão UV, em alta resolução, em lona 440G com acabamento de ilhoses, com moldura (para esconder ilhoses) de chapa galvanizada branca.	UN.
113	Panfleto Papel Couchê, colorido 10x15	UN.
114	Pasta personalizada com bolso para folha A4, papel couchê 300g -4/0- com estampa total, brilho e acabamento com dobra, seguindo layout.	UN.
115	Placa galvanizada adesivada.	M ²
116	Preparo de mamografia, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 80 x 100mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
117	Programa de hipertensão e diabetes, em papel 75 g/m ² , na cor branca, impressão frente e verso, vincado ao meio, dimensões 120 x 210mm.	UN.
118	PSE - atividade coletiva, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
119	PVC adesivado 2 mm com corte especial.	UN.
120	PVC adesivado 2 mm sem acabamento.	UN.
121	Receituário de controle especial, carbonato, em papel 60 g/m ² , na cor branca na 1ª via, papel 56 g/m ² na cor verde claro na 2ª via, colado acima, dimensões 160 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
122	Receituário, em papel 56 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
123	Relação de preventivo enviado ao laboratório em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
124	Requisição de exame citopatológico colo de útero, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
125	Requisição de exame de imagens TC e RNM em papel 56 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
126	Requisição de exame histopatológicos em papel 56 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
127	Requisição de exame laboratoriais, em papel 60 g/m ² na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210mm, bloco c/ 100 fls.	UN.
128	Requisição de exame, em papel 60 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
129	Requisição de mamografia, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
130	Requisição de material em papel 60 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
131	Solicitação de exames laboratoriais (Ginecologia) em papel 60 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
132	Solicitação de exames laboratoriais (Obstetrícia) em papel 60 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
133	Solicitação de exames laboratoriais (Pediatria) em papel 60 g/m ² , na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.
134	Visita domiciliar, em papel 75 g/m ² , na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 300 x 210 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.



GOVERNO MUNICIPAL
São Pedro da Aldeia
QUALIDADE DE VIDA PARA TODOS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELIC
Proc. nº 9389/2023
Folha nº 522
Rub. 4

PMSPA	
Proc N°	9389/23
Folha N°	830
Rub	4

ANEXO II

MEMÓRIA DE CÁLCULO

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICC

Proc. nº 9389/2023

Folha nº 823

Rub. 4

PMSPA	
Proc N°	<u>9389/23</u>
Folha N	<u>834</u>
Rub	<u>4</u>

ANEXO II

MEMÓRIA DE CÁLCULO



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES, CONTRATOS E
CONVÊNIOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES
QUALIDADE DE VIDA PARA TODOS

PMSPA/SELICC
Proc. nº 9389/2024
Folha nº
Rub.

ITENS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	SAÚDE	ASS. SOCIAL	EDUCAÇÃO	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERVIÇOS PÚBLICOS	TURISMO	ESPORTE E LAZER	OBRAS	ORDEM PÚBLICA	CULTURA	ADMINISTRAÇÃO	GOVERNO	TOTAL
1	Adesivo impresso, brilhoso e com acabamento.	M²	200			30		25	360	90	36	46	90		3000	3877
2	Adesivo impresso, brilhoso e sem acabamento.	M²	100				50		100	50		30	180		1000	1480
3	Adesivo impresso, brilhoso, refletivo e com acabamento.	M²														30
4	Adesivo impresso, fosco e com acabamento.	M²	200		150		20			50			50		2000	2470
5	Adesivo impresso, fosco e sem acabamento.	M²	100							50					1000	1150
6	Adesivo perfurado.	M²	50		110		20	20		40	10	5	100		1000	1355
7	Atestado de saúde em 1 via, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 150x90mm, bloco com 100 fls.	UN.	125													125
8	Atestado médico em 1 via, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 210x160mm, bloco com 100 fls.	UN.	600													600
9	Atestado médico para gestante, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 210x160mm, bloco com 100 fls.	UN.	500													500
10	Banner - tamanho 1,20 x 0,80 em lona 440GR	UN.		9												9
11	Banner 280g impresso, com acabamento tubete e corda.	M²	500		50	20		100		30	25		60		1000	1785
12	Banner 440 g, impresso, com acabamento tubete e corda.	M²	500			10	50		50	10	25		60		1000	1705
13	Bloco /100 fls., 2 vias, carbonado, tamanho 15 x 11cm	BL		400												400
14	Bloco c/100 fls, 2 vias, carbonado, tamanho 15 x 11cm	BL		50												50
15	Bloco c/100 fls, 2 vias, tamanho A4, papel sulfite	BL		2985												2985
16	Bloco c/100 fls, 1 via, tamanho A4, papel sulfite	BL		800												800
17	Bloco c/100 fls, 2 por fl., tamanho A4, Papel Sulfite	BL		105												105
18	Bloco c/100 fls., 2 vias, carbonada, tamanho 15x11cm	BL		400												400
19	Bloco c/15 relatórios, tamanho A4, papel sulfite	BL		30									400			30
20	Bloco de notas personalizados 105x148mm, 25 págs., 90g	UN.														400
	Cadastro domiciliar e territorial, em papel 75 g/m², na cor branca, impressão frente e verso, colado acima, dimensões 300x210mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.	300													300
22	Cadastro individual, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 210x300mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.	500													500

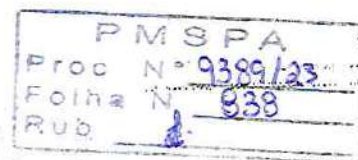
PMSPA
Folha nº 302
Rub. 9389/2024

[illegible]

[illegible]

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE LICITAÇÕES,
CONTRATOS E CONVÊNIOS

PMSPA/SELICC
Proc. nº 9389/2023
Folha nº 530
Rub. 4

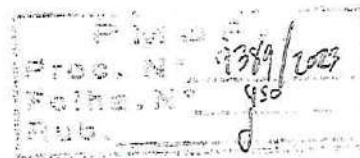
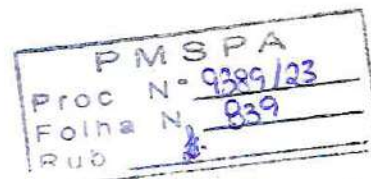


ANEXO III

LOTES E MODELOS

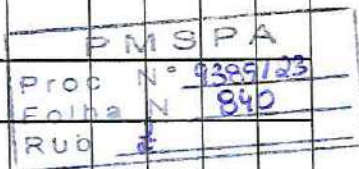
LOTE 01 - ADESIVO E INSTALAÇÃO

Ítems	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SALUDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
1	Adesivo impresso, brilhoso e com acabamento.	M²		3000	36	20	30		25	90	360	90		200		3851
2	Adesivo impresso, brilhoso e sem acabamento.	M²		1000				50		50	100	180		100		1480
3	Adesivo impresso, brilhoso, refletivo e com acabamento	M²											30			30
4	Adesivo impresso, fosco e com acabamento.	M²		2000				20		50		50		200	150	2470
5	Adesivo impresso, fosco e sem acabamento.	M²		1000						50				100		1150
6	Adesivo perfurado.	M²		1000	10	31		20	20	40		100		50	110	1381
87	Instalação de adesivo m²	SV		10000	36	81	1			280	100	410		650	30	11588



LOTE 02 - CONFEÇÃO DE BLOCOS DIVERSOS

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
7	Atestado de saúde em 1 via, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 150x90mm, bloco com 100 fls.	UN.												125		125
8	Atestado médico em 1 via, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 210x160mm, bloco com 100 fls.	UN.												600		600
9	Atestado médico para gestante, papel 56g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 210x160mm, bloco com 100 fls.	UN.												500		500
13	Bloco c/100 fls., 2 vias, carbonado, tamanho 15 x 11cm	BL											400			400
14	Bloco c/100 fls., 2 vias, tamanho A4, papel sulfite	BL											50			50
15	Bloco c/100 fls., 1 via, tamanho A4, papel sulfite	BL											2985			2985
16	Bloco c/100 fls., 2 por fl., tamanho A4, Papel Sulfite	BL											800			800
17	Bloco c/100 fls., 2 vias, carbonada, tamanho A4	BL											105			105
18	Bloco c/100 fls., 2 vias, numerado, cabinado, tamanho 15x11cm	BL											400			400
19	Bloco c/15 relatórios, tamanho A4, papel sulfite	BL										400	30			30
20	Bloco de notas personalizados 105x148mm, 25 págs., 90g	UN.														400
21	Cadastro domiciliar e territorial, em papel 75 g/m², na cor branca, impressão frente e verso, colado acima, dimensões 300x210mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.												300		300
22	Cadastro individual, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 210x300mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.												500		500
27	Carga viral hepatite B, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 240x210mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.												200		200
28	Carga viral hepatite C, em papel 75 g/m², na cor branca, colado acima, dimensões 240x210mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.												200		200
34	Central estadual de regulação, em papel 56 g/m² na cor branca, colado acima, impressão frente e verso, dimensões 210x300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.												200		200
41	Declaração de comparecimento, em papel 56 g/m² na cor branca, colado acima, dimensões 160 x 210mm, bloco com 100 fls.	UN.												300		300
42	Documento de AIH, em papel 56 g/m² na cor branca colado acima, dimensões 220 x 310 mm, bloco c/ 10 fls.	UN.												100		100
50	Evolução e tratamento, em papel 75 g/m², na cor branca, impressão frente e verso, colado acima dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.												150		150
51	Evolução, em papel 75 g/m², na cor branca, impressão frente e verso colado acima dimensões 210 x 300 mm, em bloco c/ 100 fls.	UN.												150		150



[illegible]

20

[illegible]

	PMSPA
Proc N°	9389/23
Folha N°	942
Rub	

ENTREVISTADOR DIÁRIO SEDE PBF

Nº	DATA	NOME DO USUÁRIO/NOME SOCIAL	IDADE	SEXO	COR/RAÇA	IMIGRANTE OU REFUGIADO	ORIGEM/PORTA DE ENTRADA	TIPOS DE DEMANDA
			13-17 ANOS 18-29 ANOS 30-40 ANOS 41-59 ANOS 60 ANOS OU MAIS	MASCULINO FEMININO	AMARELA (ASIÁTICO) BRANCA INDÍGENA NEGRA PARDA NÃO DECLARADA		ESPONTÂNEA CONSELHO TUTELAR CRAS CREAS CASA DE ACOLOHIMENTO CONTATO TELEFÔNICO APP PGF OUTROS	1º CADASTRO ÚNICO ATUALIZAÇÃO DE CADÚNICO ATENDIMENTO TÉCNICO BLOQUEIO DE BENEFÍCIO CONSULTA DE CADASTRO DESCUMPRIMENTO PBF TRANSFERÊNCIA EXCLUSÃO DE CADASTRO ORIENTAÇÕES GERAIS OUTROS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

9389/23
Q04
2



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos

ENTREVISTADOR DIÁRIO SEDE PBF

MÊS/ANO :

[illegible]



SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CADASTRO ÚNICO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____
CPF _____, ou Título de Eleitor _____,
declaro, sob as penas da lei, que moro sem nenhuma outra pessoa de minha família no
domicílio _____ de _____ endereço _____

Bairro: _____
Cidade _____ indicado no Cadastro Único.

Declaro ter clareza de que:

- ☐ É crime de falsidade ideológica, de acordo com o art. 299 do Código Penal, deixar de declarar informações ou prestar informações falsas para o Cadastro Único, com o objetivo de participar ou de se manter no Programa Bolsa Família ou em qualquer outro programa social.
- ☐ É de responsabilidade do Responsável pela Unidade Familiar apresentar dados referentes a TODAS as pessoas da sua família, conforme art. 3º, inciso I, do Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022.
- ☐ A qualquer tempo poderei ser convocado pelo município ou por órgãos federais de controle e fiscalização, para avaliar se as informações que prestei ao Cadastro Único estão de acordo com a realidade.
- ☐ A prestação de informações falsas ao Programa Bolsa Família é motivo de cancelamento do benefício, e pode gerar processo administrativo para ressarcimento dos valores recebidos indevidamente, nos termos do art. 18 da Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023. Pode também ocasionar processo penal e cível nos termos da legislação geral brasileira.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável da Unidade Familiar



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



38
L-2

9389/23
007
4

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 20__.

Caso :

TERMO DE APLICAÇÃO DE MEDIDA

Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia com sede à _____
_____. No uso de suas atribuições, com fundamento no Artigo 136, Inciso I
e Artigo 101, Inciso I ao VII, da Lei nº 8.069/90, delibera aplicação de medida à
adolescente, _____, nascido em
_____, filho
de _____
e _____.

As seguintes **MEDIDAS PROTETIVAS**

- 1 - Não se colocar em Situação de Risco de Vida e Social
 - 2 - Respeitar os responsáveis e os limites impostos por eles.
 - 3 - **Frequentar a Escola diariamente, respeitando os horários e os funcionários.**
- E: _____

Ficam os responsáveis na obrigação de acompanhar o cumprimento destas medidas, comunicando de imediato ao Conselho Tutelar todas as dificuldades para o cumprimento da presente. O descumprimento desta(s) medida(s) implicará na propositura de medida judicial cabível. Lavrado o presente termo.

Cumprir informar que o descumprimento da presente constitui crime e infração Administrativa, respectivamente previsto nos Art. 236 e 249.

Art. 249º Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da Autoridade Judiciária ou CONSELHO TUTELAR.

PENA – Multa de 03 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Responsável: _____
Adolescente: _____



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



9389/23
608

FICHA TÉCNICA

() SERVIÇO SOCIAL () PSICOLOGIA

34
L=2

DATA: __/__/__	CONSELHEIRO: _____	FICHA: _____
----------------	--------------------	--------------

CRIANÇA/ADOLESCENTE	DATA DE NASCIMENTO	IDADE

FILIAÇÃO

MÃE: _____

PAI: _____

RESPONSÁVEL/PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

TELEFONE: _____

ESCOLA: _____

DECLARANTE: _____

DIREITOS VIOLADOS: _____

VIOLADORES:

() SOCIEDADE/ESTADO () RESPONSÁVEIS E/OU PAIS () ADOLESCENTE EM RAZÃO DE SUA CONDUTA

INFORMAÇÕES: _____



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
RUA Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



Encaminhamento à programa em Regime de Acolhimento

São Pedro da Aldeia, ____ de ____ de 20__.

À ENTIDADE:

O Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia, com sede à _____ no uso de suas atribuições, com fundamento no Art. 136 e Art. 101, inciso VII, da Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente, encaminha para ABRIGO nesta entidade _____ nascido aos ____ de ____ de ____; natural de _____ filho de _____ e _____ residente a _____.

Agradecemos a atenção e lembramos que o não cumprimento injustificado do presente, constitui crime e infração administrativa, respectivamente previstos nos artigos 236 e 249 da lei supracitada.

Conselho Tutelar

Ilmº Sr. / matr.: _____

D. D. Dirigente/matr.: _____



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



9389123
020
d

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ 20 _____

Ofício nº _____ / _____

Do: **Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia.**

Para: _____

Criança/adolescente: _____

D. Nasc: _____ / _____ / _____

Filiação: _____

End: _____

ENCAMINHAMENTO

O Conselho Tutelar, com sede a Rua: Agenor Pimentel de Carvalho, 43 Centro, São Pedro da Aldeia – RJ. No uso de suas atribuições legais previstas no Art. 136, inciso III. “a”, do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, vem por meio deste informar que: _____

_____ e **ENCAMINHAR** o(a) supracitado(a) para medidas Protetivas cabíveis. Diante do que foi relatado, frente à situação de Violação de Direitos da criança/adolescente. Sem mais para o momento reiteramos nossos protestos de elevada estima e consideração e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



Declaração de Comparecimento

O Conselho Tutelar do Município de São Pedro Da Aldeia, no uso de suas atribuições, Lei Federal nº 8.069/90, declara para os devidos fins que, _____ - compareceu na sede deste conselho no período de _____ horas até _____ horas no dia ____/____/____, para esclarecimentos.

São Pedro da Aldeia ____ de ____ de 20 ____

Conselho Tutelar



residente à _____ na
qualidade de _____ de _____
nascido em _____ de _____ de _____. Natural de _____,
tendo, em resumo, relato o seguinte:

Conselho Tutelar:

Declarante



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



TERMO DE ADVERTÊNCIA AOS PAIS OU RESPONSÁVEL

Aos _____ dias, do mês de _____, do ano de _____ às _____ horas, o,
considerando os seguintes artigos da Lei nº 8.069/90:

Art. 5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 18º - É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor;

Art. 22º - Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais.

Resolve, pelo (s) Conselheiro(s) abaixo assinados, nos termos do Art. 136, inciso II c/c Art. 129, inciso VII, que fica

na qualidade de () pais ou () responsável, de _____

ADVERTIDO (S), pelo(s) seguinte(s) motivo(o):

São Pedro da aldeia, _____ de _____ de 20____.

CONSELHO TUTELAR: _____

CIENTE: _____



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



9389123
014
+

São Pedro da Aldeia, ____/____/____

NOTIFICAÇÃO

31
12

Caso: _____
Criança/adolescente: _____
Filiação/responsável: _____
End/contato: _____

O Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia, no uso de suas atribuições Legais previstas no Art. 136, inciso VII – expedir notificações; do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, vem por meio deste em **NOTIFICAR** o responsável da criança ou adolescente para comparecer em sua sede.

Dia ____ de ____ de ____ às ____ horas,

Para atendimento, devendo na ocasião se **apresentar com seus filhos** e com as devidas **XEROX** dos documentos:

- Certidão de Nascimento da Criança
- RG e CPF da Criança e Responsável
- Cartão do SUS
- Número do NIS ou Cartão Bolsa Família
- Caderneta de Vacina
- Declaração Escolar
- Comprovante de residência

O **NÃO** comparecimento injustificado implicará na propositura de medida judicial cabível, previstos no Art. 249º Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da Autoridade Judiciária ou CONSELHO TUTELAR.

PENA – Multa de 03 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. Cumpri informar que o descumprimento do presente constitui crime e infração administrativa, respectivamente previsto nos Art. 236 e 249.

CONSELHEIRA(o): _____

Ciente: _____



item 30
L 2

CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



9389/23
615
4

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 20__.

Caso :

TERMO DE APLICAÇÃO DE MEDIDA

Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia com sede à _____
_____. No uso de suas atribuições, com fundamento no Artigo 136, Inciso I
e Artigo 101, Inciso I ao VII, da Lei nº 8.069/90, delibera aplicação de medida à
adolescente, _____, nascido em
_____, filho
de _____
e _____.

As seguintes MEDIDAS PROTETIVAS

- 1 - Não se colocar em Situação de Risco de Vida e Social
 - 2 - Respeitar os responsáveis e os limites impostos por eles.
 - 3 - **Frequentar a Escola diariamente, respeitando os horários e os funcionários.**
- E: _____

Ficam os responsáveis na obrigação de acompanhar o cumprimento destas medidas, comunicando de imediato ao Conselho Tutelar todas as dificuldades para o cumprimento da presente. O descumprimento desta(s) medida(s) implicará na propositura de medida judicial cabível. Lavrado o presente termo.

Cumpri informar que o descumprimento da presente constitui crime e infração Administrativa, respectivamente previsto nos Art. 236 e 249.

Art. 249º Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da Autoridade Judiciária ou CONSELHO TUTELAR.

PENA – Multa de 03 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Responsável: _____
Adolescente: _____



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



TERMO DE ENTREGA

Do Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia

Ao Conselho Tutelar _____

São Pedro da Aldeia, ____ de ____ de ____.

O Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia, no uso de suas atribuições previstas no Art. 136 inciso VII, expedir notificações; do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, vem _____ por _____ meio _____ deste

ENTREGAR _____

_____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Filiação : _____

Endereço /telefone: _____

Sem mais, renovamos protestos de estima e elevada consideração.

Atenciosamente,

Conselho Tutelar

Responsável: _____



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



0389/23

28 017

CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

PASTA Nº _____

CONSELHEIRO: _____ DATA ____/____/____

NOME: _____

DATA NASC.: ____/____/____ SEXO: (1) M (2) F (3) T.F. (4) T.M. IDADE: _____

RG _____ UF: _____ CPF: _____

RESPONSÁVEL: _____ TEL: _____

COM QUEM MORA ATUALMENTE:

SITUAÇÃO ESCOLAR:

ESCOLARIDADE:

(01) COM PAIS/RESPONSÁVEL

(01) NUNCA ESTUDOU

(01) PRÉ ESCOLA

(02) EM ISNT.GOVERNAMENTAL

(02) ESTUDA

(02) ENS. FUND.

(03) SEM RESIDÊNCIA FIXA

(03) Ñ ESTUDA

(03) ENS. MÉDIO

(04) NA RUA

(04) ENSINO ESPECIAL

(04) ENS. SUPERIOR

(05) OUTRA:

(05) NÃO SE APLICA

(05) OUTROS:

NOME DA ESCOLA: _____ SERIE: _____

DADOS DOS REPSONSÁVEIS:

MÃE: _____ TEL: _____

RG.: _____ CPF.: _____

END.: _____

BAIRRO: _____ MUNICIPIO: _____ CEP: _____

REFERÊNCIA: _____

EMAIL: _____

AI: _____ TEL: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ CPF.: _____

RG.: _____ ORGÃO EMISSOR: _____

END.: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

REFERÊNCIA: _____

EMAIL: _____

PROGRAMA SOCIAL /TRANSFERENCIA DE RENDA: (SIM) (NAO)

QUAL(IS) _____ NIS: _____

IRMÃO(A): _____

DATA DE NASC. _____ IDADE: _____

RG: _____ CPF: _____

ESCOLA: _____ SERIE: _____



Jun 27
Set 2

CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Rua Hermógenes Freire da Costa, 136 - Centro CEP 28941-110
Lei Municipal nº 1.388/00 - Lei Federal nº 8.069/90
Tel. (22) 2627-6570 ou (22) 99733-8909
e-mail: conselhotutelar@pmspa.rj.gov.br



9389123

018

4

São Pedro da Aldeia, ____ de ____ de 20__

Do: Conselho Tutelar

Para: _____

REQUISIÇÃO

O Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia, no uso de suas atribuições legais previstas Art. 136, inciso III. "A" requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, EDUCAÇÃO, serviço social, trabalho e segurança, do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, vem por meio deste **REQUISITAR:**

PARA: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Filiação: _____

Endereço/tel.: _____

Obs.: _____

Sem mais, renovamos protesto de estima e elevada consideração.

Atenciosamente,

Conselheiro Tutelar: _____

Ciente: _____



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos

LISTA DE FREQUÊNCIA – SCFV

Grupo: _____

Turno: _____

Mês/Ano: _____

Instrutor: _____

CRAS: _____

Nº	Nome do Participante	DIA		SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
		IDADE																
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Atenção: O Técnico de Referência deve todo final de mês, analisar a frequência dos usuários, e em caso de três faltas consecutivas, averiguar o motivo da ausência, até mesmo por meio de visita domiciliar.

Assinatura do Instrutor

Assinatura do Técnico de Referência



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E DIREITOS HUMANOS

18

9389/23

620

4

Ficha de Busca Ativa

Nome:
Prontuário:
Endereço:

Data da solicitação: ____/____/____ Por: _____

Situação/ A verificar:

Visitas:

Data/ técnica
____/____/____

Data/ técnica
____/____/____

Anotações:

Inserir no Acompanhamento Familiar?

☐ Sim, em ____/____/____

☐ Não.

Técnica

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS



ENCAMINHAMENTO

Nº ____ / ____

Da (o): _____

Para: _____

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos a vossa atenção para o (a) senhor(a) _____

usuário (a) deste serviço e que necessita de _____

Certo (a) s da (s) atenção de V. S^a, apresentamos sinceros agradecimentos.

São Pedro da Aldeia, ____ de ____ de 20 ____.

Técnico Responsável (assinatura e carimbo)

Rua Hermógenes Freire da Costa, 19, Centro, São Pedro da Aldeia, RJ – CEP: 28941-110
Tel.: (22) 2627-4550 / E-mail: sasdh@pmspa.rj.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

CONTRARREFERÊNCIA

Nº ____ / ____

Da (o): _____

Para: _____

Solicitação Atendida: () Sim () Não

Justificar em caso de impossibilidade de atendimento à solicitação:

Telefone da Rede (Instituição): _____

Assinatura e matrícula do funcionário

São Pedro da Aldeia, ____ de ____ de 20 ____.

Rua Hermógenes Freire da Costa, 19, Centro, São Pedro da Aldeia, RJ – CEP: 28941-110
Tel.: (22) 2627-4550 / E-mail: sasdh@pmspa.rj.gov.br

Previsão de volume *item 16* *L=2*

FORMULÁRIO DE REGISTRO MENSAL DE ATENDIMENTOS DO CRAS

MÊS: / **20**

Nome da Unidade: Nº da Unidade: | | | | | | | | | | | | | |

Endereço: | | | | | | | | | | | | | |

Município: UF: | |

Bloco I - Famílias em acompanhamento pelo PAIF

A. Volume de famílias em acompanhamento pelo PAIF	Total
A.1. Total de famílias em acompanhamento pelo PAIF	
A.2. Novas famílias inseridas no acompanhamento do PAIF durante o mês de referência	
B. Perfil das novas famílias inseridas em acompanhamento no PAIF no mês de referência	Total
B.1. Famílias em situação de extrema pobreza	
B.2. Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	
B.3. Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família em descumprimento de condicionalidades	
B.4. Famílias com membros beneficiários do BPC	9389123
B.5. Famílias com crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil	622
B.6. Famílias com crianças ou adolescentes em Serviço de Acolhimento	4

Atenção! Os itens B1 a B6 identificam apenas alguns perfis de famílias. É normal que algumas famílias contadas no item A2 não se enquadrem em nenhuma das condições acima, enquanto outras podem se enquadrar simultaneamente em mais de uma condição. Portanto, a soma de B1 a B6 não terá, necessariamente, o mesmo valor relatado em A2.

Bloco 2 - atendimentos particularizados realizados no CRAS

C. Volume de atendimentos particularizados realizados no CRAS no mês de referência	Quantidade
C.1. Total de atendimentos particularizados realizados no mês de referência	
C.2. Famílias encaminhadas para inclusão no Cadastro Único	
C.3. Famílias encaminhadas para atualização cadastral no Cadastro Único	
C.4. Indivíduos encaminhados para acesso ao BPC	
C.5. Famílias encaminhadas para o CREAS	
C.6. Visitas domiciliares realizadas	
C.7. Total de auxílios-natalidade concedidos/entregues durante o mês de referência	
C.8. Total de auxílios-funeral concedidos/entregues durante o mês de referência	
C.9. Outros benefícios eventuais concedidos/entregues durante o mês de referência	

Atenção! Nos campos C1 a C6 devem ser contabilizadas todas as famílias/indivíduos, independente de estarem, ou não, em acompanhamento sistemático do PAIF. Nos campos C7, C8 e C9, considere os auxílios e os benefícios eventuais concedidos e/ou entregues no CRAS. Caso o CRAS não conceda nem entregue auxílios ou benefícios-eventuais marque 0 (zero) nos respectivos campos.

Bloco 3 - Atendimentos coletivos realizados no CRAS

D. Volume de atendimentos coletivos realizados no CRAS durante o mês de referência	Quantidade
D.1. Famílias participando regularmente de grupos no âmbito do PAIF	
D.2. Crianças de 0 a 6 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
D.3. Crianças/adolescentes de 7 a 14 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
D.4. Adolescentes de 15 a 17 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
D.8. Adultos entre 18 e 59 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
D.5. Idosos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para idosos	
D.6. Pessoas que participaram de palestras, oficinas e outras atividades coletivas de caráter não continuado	
D.7. Pessoas com deficiência, participando dos Serviços de Convivência ou dos grupos do PAIF	

* Apesar dos serviços de convivência não estarem mais vinculados a faixas etárias, para facilidade de registro, os usuários devem ser contabilizados de acordo com a sua idade, independente de estarem, ou não, no mesmo grupo.

Nome e cargo da pessoa responsável no CRAS pelas informações:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

12

FICHA DE INSCRIÇÃO – GRUPOS/SCFV

L2

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ Raça/Cor: _____ Naturalidade: _____

Alergia/restrrição alimentar ou problema de saúde: () SIM () NÃO Qual(s)? _____

Faz uso de medicamento (s) controlado(s)? () SIM () NÃO Deficiência? () SIM () NÃO Qual? _____

RG do usuário: _____ Órgão Emissor: _____ CPF: _____

NIS: _____ Cadastro CRAS: _____ PAIF: () SIM () NÃO

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

UF: _____ Telefone(s): _____

Grupo(s) do SCFV: _____

Instrutor(s) Social(s): _____ Técnico de Referência: _____

Nome da mãe: _____

Responsável legal: _____ CPF: _____ RG

do responsável legal: _____ Órgão Emissor: _____

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO PARA CASA:

Autorizo meu filho a voltar **SOZINHO** para casa. () SIM () NÃO (Se marcar NÃO, incluir abaixo)

PESSOAS AUTORIZADAS A BUSCAR A CRIANÇA OU ADOLESCENTE NO CRAS	PARENTESCO OU VÍNCULO	RG

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Autorizo o uso da minha imagem e/ou do meu familiar inscrito:
() SIM () NÃO

São Pedro da Aldeia, ____ de ____ de ____

Usuário inscrito ou Responsável da criança ou adolescente

Situação do usuário:

- () 1. Não está em situação prioritária;
- () 2. Em situação de isolamento;
- () 3. Trabalho infantil;
- () 4. Vivência de violência e/ou negligência;
- () 5. Fora da escola ou com defasagem escolar superior a dois anos;
- () 6. Em situação de acolhimento;
- () 7. Em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto;
- () 8. Egressos de medidas socioeducativas;
- () 9. Situação de abuso e/ou exploração;
- () 10. Com medidas de proteção do Estatuto da Criança e do adolescente;
- () 11. Crianças e adolescentes em situação de rua;
- () 12. Vulnerabilidade que diz respeito as pessoas com deficiência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

13

9389/23
625
4

RECIBO

Foi entregue o benefício eventual: _____

Nome do beneficiário: _____

Endereço: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____

CPF: _____ São Pedro da Aldeia, ____ / ____ / ____

RECEBIDO POR: _____

(assinatura do usuário/beneficiário)

Técnico Responsável (carimbo e assinatura)

Rua Hermógenes Freire da Costa, 19, Centro, São Pedro da Aldeia, RJ – CEP: 28941-110 Tel.:
(22) 2627-4550 / E-mail: sasdh@pmspa.rj.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

RECIBO

Foi entregue o benefício eventual: _____

Nome do beneficiário: _____

Endereço: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____

CPF: _____ São Pedro da Aldeia, ____ / ____ / ____

RECEBIDO POR: _____

(assinatura do usuário/beneficiário)

Técnico Responsável (carimbo e assinatura)

Rua Hermógenes Freire da Costa, 19, Centro, São Pedro da Aldeia, RJ – CEP: 28941-110
Tel.: (22) 2627-4550 / E-mail: sasdh@pmspa.rj.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

9384/23
626
4

REQUISIÇÃO DE PASSAGEM

Empresa: _____

Requisitante: _____ Data: ____/____/____

Quant.	Tipo de Transporte	Destino	Horário



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

REQUISIÇÃO DE PASSAGEM

Empresa: _____

Requisitante: _____ Data: ____/____/____

Quant.	Tipo de transporte	Destino	Horário

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS

1 Número do Prontuário		2 CNS - Cartão Nacional de Saúde	
3 Nome Completo do Usuário			
4 Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável)			
5 Cidade de Nascimento (Cidade / UF)		6 Data de Nascimento	7 Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
8 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada		9 CPF	
10 Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Judicialmente <input type="checkbox"/> União Estável			
11 Permite Contato 1) Sim 2) Não		12 Tipo de Contato (1) Telefone (3) e-mail (5) Contato cf terceiros (2) Correio (4) Visita Domiciliar (9) outros	

* Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato. Esclarecer ao usuário o que é Instrumento Normativo N° 1.526, de 10 de Julho de 2007

13 Endereço		(assinatura)	
14 Bairro		15 CEP	
16 Cidade de Residência (Cidade / UF)		17 E-mail para contato	
18 Tipo de telefone <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular		19 Telefone para contato (DDD+ Número)	
20 Observação			
21 Tipo de telefone <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular		22 Telefone para contato (DDD+ Número)	
23 Observação			

24 Escolaridade <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 12 e mais anos <input type="checkbox"/> Não informada <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos		Exames que motivaram o início da TARV 25 1º CD4 26 1ª Carga Viral	
27 Ação Cautelar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		28 Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	
29 Ano do início do Tratamento			

Pessoa Autorizadas a retirar o medicamento

Nome Completo da pessoa autorizada 1	
Nome Completo da pessoa autorizada 2	
Nome Completo da pessoa autorizada 3	

Responsável pelo Preenchimento	Usuário SUS
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
(assinatura e carimbo)	(assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

9389123
578
↓

8301/22

69

GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

NOME:

DATA NASC:

CADSUS:

Nº PRONTUÁRIO:

À ESPECIALIDADE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DATA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO POR:

CONTRA REFERÊNCIA (Preenchimento da especialidade)

CONDUTA:

DATA DO ATENDIMENTO:

Assinatura e carimbo do Especialista



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Laudo Médico para Emissão de BPA-I

Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL

9389123

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ	
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
Nome completo do usuário*				5. Identificação do usuário nos relatórios	
3. Oficial:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social	
4. Social:					
6. Data de Nascimento*		7. Sexo*		8. País*	
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino			
9. Cidade de nascimento*		PA			
10. UF*		11. Raça/Cor*		12. Número de Identidade	
		<input type="checkbox"/> 1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; 5-Indígena - Etnia: _____			
13. CPF			14. Escolaridade		
			<input type="checkbox"/> 1-Nenhuma; 2-De 1 a 3; 3-De 4 a 7; 4-De 8 a 11; 5-De 12 e mais; 6-Não informado; 7-Ignorado.		
15. Cartão Nacional de Saúde – CNS*		16. Gestante*		17. Idade Gestacional*	
		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		Semanas	
18. Telefone do Paciente		19. Prontuário		20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)	
() -				21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)	
22. Nome da mãe*			23. Endereço do paciente*		
24. Bairro*		25. CEP*		26. Cidade de residência do paciente*	
27. UF		28. Cód. IBGE Município			
DADOS DA SOLICITAÇÃO					
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento			
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO					
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*					
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>					
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>					
31.3. Diagnóstico <input type="checkbox"/>					
32. CID 10*					
33. Nome do Profissional Solicitante*			34. Data da Solicitação		35. Assinatura e Carimbo*
			/ /		
36. Registro do Conselho Profissional*			37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*		
Conselho/UF/Nº					
38. Nome da Instituição (Carimbo Padrão)*			39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*
			/ /		
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			42. CNES		43. Data do recebimento
					/ /
44. Hora			45. N° Solicitação exame		
46. Identificador da amostra			47. Responsável		48. Data do resultado
					/ /
49. Condições de chegada da amostra					50. Material Biológico
<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolisada; 3-Amostra em frasco inadequada; 4-Amostra mal identificada; 5-Amostra mal acondicionada; 6-Amostra lipêmica; 7-Outros _____; 8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT.					<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma
51. Quantidade de cópias		52. Log		53. Volume da amostra	
				54. Técnica utilizada	

* Preenchimento obrigatório

Versão 14/06/2019 - www.aids.gov.br/siscel



GOVERNO DO
Rio de Janeiro

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH
SISREG - Sistema de Informação de Regulação das Ações de Saúde



SUS
MS/DATASUS

9389123
580

EMISSION DO LAUDO		REGISTRO DO PACIENTE	
NOME DO HOSPITAL		CNPJ	
CLÍNICA SOLICITANTE		Nº AUTORIZAÇÃO	
		TIPO DE LEITO	
		MASC. <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/>	
		FEM. <input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/>	
DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE			
NOME DO PAI			
NOME DA MÃE			
DOCUMENTO		ENDEREÇO DO PACIENTE	
BAIRRO		MUNICÍPIO	
		CEP	
UF	DATA NASC. / /	SEXO: FEM.: <input type="checkbox"/> MASC.: <input type="checkbox"/>	TELEFONE:
NOME DO RESPONSÁVEL			
DADOS DA INTERNAÇÃO			
CPF MÉDICO SOLICITANTE		CPF MÉDICO RESPONSÁVEL	
C. INT.		ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL	
PROC. SOLICITADO		DESCRIÇÃO	
DIAG. PRINC. (CID 10)		DESCRIÇÃO	
RECURSO NECESSÁRIOS		REGIÃO ABRANGÊNCIA	
DATA INTERNAÇÃO: / /		HORA DA INTERNAÇÃO:	
LAUDO TÉCNICO			
PRINCIPAIS CAUSAS:			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Data, Assinatura e Carimbo Médico Solicitante		Data, Assinatura e Carimbo da Direção da Unidade Solicitante	
Data, Assinatura e Carimbo Central de Regulação			



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**LAUDO MÉDICO
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**



ÓRGÃO EMITENTE:

NOME:

RG:

CPF:

ENDEREÇO:

Nº CARTÃO SUS:

PROFISSÃO:

DATA NASCIMENTO:

AMBULATÓRIO DE:

HISTÓRICO DE DOENÇA ATUAL:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S). ANEXAR CÓPIAS:

CID:

TRATAMENTO(S) REALIZADO(S):

DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:

JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/E XAME NA LOCALIDADE:

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE:

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:

OUTRAS ANOTAÇÕES:

LOCAL E DATA

MÉDICO - CARIMBO E CRM



MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENSO
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário x 301127 83
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem / /
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV) N° Cartão SUS

DOCUMENTOS GERAIS			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão / /
CPF	Número	PIS/PASEP	Número

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)			
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV) UF Data de Emissão / /
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório	Livro
	Folha	Termo	Data de Emissão / /

ENDEREÇO (*)			
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial

Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		
Hipertensão Arterial					

TRATAMENTO							
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>							
Medicamentoso							Unidades/dia
Comprimidos/dia							
Tipo	1/2	1	2	3	4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Captopril 25mg							
Glibenclâmida 5mg							
Metformina 850 mg							
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							Insulina <input type="text"/>

Data da Consulta (*) / /	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)
-----------------------------	--

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento. DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.



0389/23
583
d
MÊS

MAPA DE CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA

UF	MUNICÍPIO	UNIDADE SANITÁRIA	GELADEIRA
----	-----------	-------------------	-----------

PERÍODO											
MANHÃ						TARDE					OBSERVAÇÕES
DIA	HORA	MOMENTO	MÍN.	MÁX.	RÚBRICA	HORA	MOMENTO	MÍN.	MÁX.	RÚBRICA	
1											
2											
3											850-11-23
4											31
5											2
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

FALHA

HORA	TEMPERATURA ENCONTRADA	DIAS PARADOS
------	------------------------	--------------

OBSERVAÇÕES:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÕES - GI

OK

9389/23
584
d

MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA

MÊS	ANO	CÓDIGO DA UNIDADE	UNIDADE DE SAÚDE	MUNICÍPIO

EQUIPAMENTO: () GELADEIRA () CÂMARA FRIA	MARCA:	GERADOR NA UNIDADE: () SIM () NÃO
--	--------	-------------------------------------

D I A	PERÍODO	MANHÃ				TARDE				
	HORA	MÁXIMA	MÍNIMA	MOMENTO	ASSINATURA	HORA	MÁXIMA	MÍNIMA	MOMENTO	ASSINATURA
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

OBSERVAÇÕES (DEGELO-HIGIENIZAÇÃO / RECEBIMENTO DE VACINAS / EQUIPAMENTO VAZIO / FALHAS DE ENERGIA / OUTRAS)

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFº RESPONSÁVEL PELA SALA DE VACINA

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **AIDS** (pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

585

9389123

2

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicações específicas do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br)

5301122

35

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		Código (CID10)		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença		AIDS		B 24			
	4 UF	5 Município de Notificação		Código IBGE				
Dados de Residência	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data do Diagnóstico			
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento					
	10 (Ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante		13 Raça/Cor	
Dados Laboratoriais	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código do (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
Antecedentes Epidemiológicos	22 Número		23 Complemento (apto, casa,...)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de referência		27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 Pais (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares do Caso								
31 Ocupação								
Provável modo de transmissão								
32 Transmissão vertical								
33 Sexual								
34 Sangüínea								
35 Data da transfusão/acidente								
36 UF								
37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente								
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente								
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST / AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?								
40 Evidência laboratorial de Infecção pelo HIV								
1 - Positivo / reagente 2 - Negativo / não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado								
Data da coleta								
Teste de triagem								
Teste confirmatório								
Teste rápido 1								
Teste rápido 2								
Teste rápido 3								

93891235
586
4

41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

☐ Sarcoma de Kaposi (10) ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*

☐ Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) ☐ Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*

☐ Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) ☐ Dermite persistente (2)

☐ Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) ☐ Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)

☐ Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) ☐ Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*

☐ disfunção do sistema nervoso central (5) ☐ Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)

☐ Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) *Excluída a tuberculose como causa

☐ Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*

42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

☐ Câncer cervical invasivo ☐ Leucoencefalopatia multifocal progressiva

☐ Candidose de esôfago ☐ Linfoma não Hodgkin e outros linfomas

☐ Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão ☐ Linfoma primário do cérebro

☐ Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) ☐ Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase

☐ Criptococose extrapulmonar ☐ Pneumonia por Pneumocystis carinii

☐ Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês ☐ Reativação de doença (meningoencefalite e/ou miocardite)

☐ Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ☐ Salmonelose (sepse recorrente não-tifoide)

☐ Histoplasmoze disseminada ☐ Toxoplasmose cerebral

☐ Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês ☐ Contagem de linfócitos T Cd4+ menor que 350 cel/mm3

43 Critério óbito ☐

Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Trat. **44 UF** **45 Município onde se realiza o tratamento** **Código do (IBGE)** **46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento** **Código**

Evolução **47 Evolução do caso** ☐ **48 Data do óbito**

1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

Investigador **Nome** **Função**

Assinatura

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan Net

SVS

08/06/2006

PMSP/PA

Confere com original
que me foi entregue

em 24 / 08 / 2006

Thayani Santos
Assessora Adjunta
Matr: 30406

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		850123	
	2	Agravado/doença		HANSENÍASE		3	Data da Notificação
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	6	Código (CID10)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante
	13	Raça/Cor				14	Escolaridade
	15	Número do Cartão SUS				16	Nome da mãe
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP
Dados Complementares do Caso							
Dados Clínicos	31	Nº do Prontuário		32	Ocupação		
	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica	35	Classificação Operacional
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico					
	38	Modo de Entrada					
Dados Lab.	40	Baciloscopia					
	41	Data do Início do Tratamento		42	Esquema Terapêutico Inicial		
Med. Contr.	43	Número de Contatos Registrados					
	Observações adicionais:						
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde		
	Nome				Assinatura		
Hanseníase				Sinan NET			SVS 30/10/2007



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

LISTA DE PRESENÇA

DATA:

HORÁRIO:

MODALIDADE:

TEMA/ASSUNTO:

26
9389123
588
d

Nº	NOME	CARGO	LOCAL	TELEFONE/E-MAIL	ASSINATURA
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
8					
09					
10					

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
Rua Hermógenes Freire da Costa, 19 - Centro
São Pedro da Aldeia/RJ - 28.940-000
(22) 2627-4550



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

25
642

FICHA DE AVALIAÇÃO

REUNIÃO DE: _____

DATA: ____/____/____

9389/23
589

1. Avaliação: Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

Conteúdo: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Duração: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Palestrante/expositores: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ambiente: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Clareza na(s) apresentação(s): ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Organização: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Material(s) disponibilizado(s): ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

.. Sugestões, Críticas e/ou comentários: _____

3. Identificação (opcional):

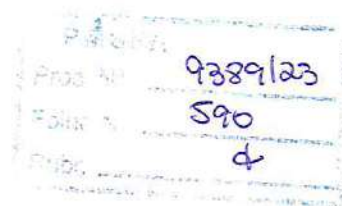
Nome: _____ Instituição: _____ Contato: _____



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

06
L=2

FORMULÁRIO DE DESLIGAMENTO- SCFV



Data: ____/____/____

Nº do Prontuário: _____ NIS RF: _____

Nome do Responsável: _____

Nome do Aluno: _____

NIS da criança: _____

Grupo: _____

Instrutor: _____

Motivo do desligamento:

- () Mudança de Município
- () Falecimento
- () Solicitação por parte do usuário
- () Fora de faixa etária atendida pelo Município
- () Duplicidade de Cadastro
- () Avaliação da Equipe técnica com participação do usuário

Outros motivos: _____

Assinatura do Responsável

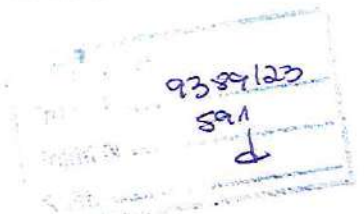
Técnico Responsável pelo atendimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

5
L: 2

Recibo de Passagem



Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de

Ass: _____

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de

Ass: _____

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de vi

Ass: _____

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de

Ass: _____

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de

Ass: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E DIREITOS HUMANOS

AVALIAÇÃO DO (A) ADOLESCENTE

Instituição: _____

Nome do (a) Adolescente: _____

Data de início: ____/____/____ Data de Término: ____/____/____

Assinale com um "X" a alternativa que indique o desempenho do (a) adolescente:

Atividade Desenvolvida	Excelente	Satisfatório	Regular	Insatisfatório
Assiduidade				
Pontualidade				
Interesse pelas tarefas				
Participação nas atividades				
Adaptação as normas				
Iniciativa				
Responsabilidade				
Relacionamento Interpessoal				

Observações:

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

9389123
593
d

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 20_____.

Do: CREAS – São Pedro da Aldeia – RJ.

Para: _____

A/C: _____

Encaminhamos o (a) adolescente _____
filho (a) de _____ e _____
residente na _____, para Prestação de Serviços à
Comunidade (PSC) pelo período de _____ meses, com carga horária de _____ (_____) horas
semanais, de acordo com determinação judicial.

A Prestação de Serviço à Comunidade, conforme o art. 117 do Estatuto da Criança e do Adolescente é uma medida que possibilita o processo socioeducativo do adolescente e consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse geral considerando suas aptidões.

Nesta oportunidade, encaminhamos **folha de frequência e desempenho do (a) adolescente** que deverão ser **preenchidos e assinados** pelo responsável por supervisionar as atividades do adolescente. **Após o preenchimento deverão retornar, prontamente ao CREAS.**

Informamos que o desempenho do (a) adolescente será monitorado periodicamente via contato telefônico e visitas pré-agendadas a instituição. Caso ocorra qualquer **interrupção** do cumprimento da Prestação de Serviços, o CREAS deverá ser prontamente informado. O mesmo procedimento deverá ser adotado caso ocorra algum fato que prejudique ou impeça a continuidade do cumprimento da Medida.

Solicitamos que em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos entre em contato conosco CREAS telefone (22) 2627-6878 ou SASDH telefone: (22) 2627-4550.

Desde já, manifestamos nossa gratidão por contribuir com o sucesso da Medida Socioeducativa.

Técnico (a): _____

E-Mail de contato: _____



Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia
Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos

Requisição de Veículos

Coordenação da Frota
Assinatura e Carimbo

Retirada da viatura tipo: _____

Placa: _____ Data: _____

H. de saída: _____ H. de chegada: _____

Declaração de Responsabilidade

Eu condutor, declaro que recebi na data acima, da diretoria de frota, o veículo acima mencionado pertencente à frota da Secretaria de Assistência Social de São Pedro da Aldeia, para uso exclusivo à serviço, assumindo inteira responsabilidade sobre o mesmo, cuidando da sua conservação e arcando com ônus que decorrer de inobservância das normas de trânsito.

Nome do condutor/Matricula

Assinatura do condutor

42
L-2
9389123

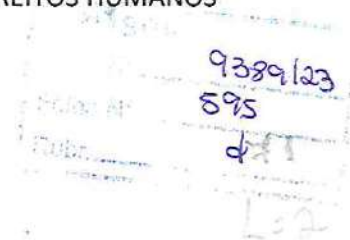
594

↓



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

ADMINISTRAÇÃO



RECIBO DE DEVOLUÇÃO DE MATERIAL

Sob a condição de devolução, estamos liberando ao Departamento / Setor

_____, aos cuidados da(o) Sra(o).

_____, o seguinte item, pertencente a

Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos:

Itens:

Patrimônios:

_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____

O material ficará sob total responsabilidade do setor beneficiado.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 202 _____.

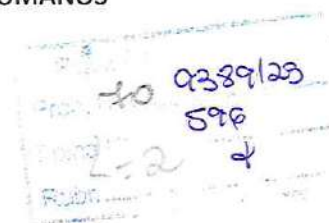
Responsável pelo Deptº. / Setor beneficiado

Setor Administrativo - SASDH



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

ADMINISTRAÇÃO



RECIBO DE EMPRESTIMO DE MATERIAL

Sob a condição de empréstimo, estamos liberando ao Departamento / Setor

_____, aos cuidados da(o) Sra(o).

_____, o seguinte item, pertencente a

Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos:

Itens:

Patrimônios:

_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____
_____	-	_____

O material ficará sob total responsabilidade do setor beneficiado e será devolvido no prazo de até
o dia: _____.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 202__.

Responsável pelo Deptº. / Setor beneficiado

Setor Administrativo - SASDH



Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E DIREITOS HUMANOS

AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO

Nº 1791

9389123
597
69

L=2

VEÍCULO	PLACA
NOME DO MOTORISTA	
KM SAÍDA	KM CHEGADA
DESTINO / FINALIDADE	
TIPO COMBUSTÍVEL	TOTAL LITROS
VISTO	VISTO / CARIMBO POSTO
AUTORIZADO POR:	
DATA ____/____/____	VISTO / OBS.:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

47
1-2
Cadastro Único 9389/23
Conhecer para incluir 598
d

CADASTRO ÚNICO

FORMULÁRIO DE VISITA TÉCNICA DO CADASTRO ÚNICO

I – Dados de Identificação

Nome do RF:

Nome Social/ Apelido:

NIS:

CPF:

CCód. Familiar:

Referência:

Contatos:

II – Relação da Composição Familiar do Domicílio

1	Nome	Grau de Parentesco	Idade	Ocupação	Renda (R\$)
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

OBS.:

III – Situação Apresentada

IV – Parecer Técnico

Nome do técnico: _____

Função: _____

Assinatura: _____

São Pedro da Aldeia, ____ de ____ de 20 ____.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

CADASTRO ÚNICO E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

À
Escola _____.

Prezado (a) Senhor (a),

Encaminhamos o (a) Sr.(a) _____, de NIS _____, responsável pelo(a) aluno(a) _____, NIS _____, que está matriculado(a) nesse estabelecimento de ensino, pois o benefício(PBF) da família encontra-se em advertência, bloqueado ou suspenso pelo fato de o sistema acusar não cumprimento de condicionalidades do Programa. Favor marcar a opção correspondente à frequência escolar do aluno referente ao(s) mês(es): _____.

Mês: _____

Alunos entre 4 e 5 anos:

- ☐ Acima de 60% de frequência
☐ 60% de frequência
☐ Abaixo de 60% de frequência

Alunos de 06 a 17 anos:

- ☐ Acima de 75% de frequência
☐ 75% de frequência
☐ Abaixo de 75% de frequência

Mês: _____

Alunos entre 4 e 5 anos:

- ☐ Acima de 60% de frequência
☐ 60% de frequência
☐ Abaixo de 60% de frequência

Alunos de 06 a 17 anos:

- ☐ Acima de 75% de frequência
☐ 75% de frequência
☐ Abaixo de 75% de frequência

Obs.: Não rasurar

São Pedro da Aldeia: ____/____/____.

Assinatura e carimbo/matricula do responsável pela escola

Coordenação do Programa Bolsa Família

Formulário - item 43.
SOLICITAÇÃO DE CARTEIRA DO IDOSO *L = 2*

9389/23

600

Emitida

Nome: _____

NIS: _____ Código Familiar: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____

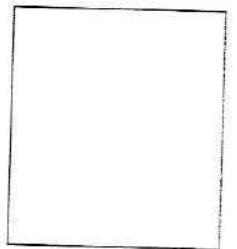


Emitida

Nome: _____

NIS: _____ Código Familiar: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____

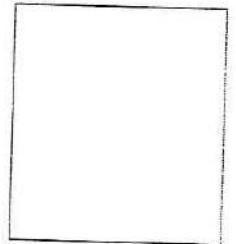


Emitida

Nome: _____

NIS: _____ Código Familiar: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____

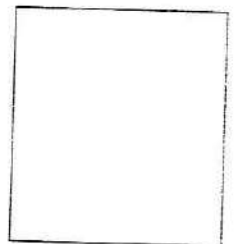


Emitida

Nome: _____

NIS: _____ Código Familiar: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____



Formulário de Impossibilidade de Inclusão ou Atualização no Cadastro Único

☐ REQUERENTE BPC☐ BENEFICIÁRIO DO BPC☐ IMPOSSIBILIDADE DE INCLUSÃO☐ IMPOSSIBILIDADE DE ATUALIZAÇÃO

1. DADOS

NOME (preenchimento obrigatório)

DATA DE NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)

NOME DA MÃE

UF/MUNICÍPIO DE NASCIMENTO

RJ - Rio de Janeiro ▼ São Pedro da Aldeia ▼

2. DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO (PREENCHER SE HOUVER)

CPF (preenchimento obrigatório)

CPF..

NB - Número do Benefício (somente para beneficiários)

TÍTULO DE ELEITOR

ZONA

SEÇÃO

RG

COMPLEMENTO

ORGÃO EMISSOR

ESTADO EMISSOR

Selecione ▼

CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO OU RANI:

NÚMERO DO LIVRO

FOLHA

Termo

Matrícula Única

CTPS:
NÚMERO

SÉRIE

DATA DE EMISSÃO

ESTADO EMISSOR

Selecione ▼

3. CONTATOS (preencher se houver)

TELEFONE FIXO

TELEFONE RESIDENCIAL..

TELEFONE CELULAR

TELEFONE CELULAR..

E-MAIL

4. MOTIVOS DE IMPOSSIBILIDADE DE INCLUSÃO OU ATUALIZAÇÃO NO CADASTRO ÚNICO

☐ Pessoa menor de 16 anos que vive sozinha;☐ Pessoa menor de 16 anos que, mesmo tendo uma família, está internada em hospital ou se encontra em serviço de acolhimento há mais de 12 meses;☐ Pessoa maior de 16 anos incapaz que vive sozinha e não possui representante legal;☐ Pessoa maior de 16 anos incapaz que, mesmo tendo uma família, está internada em hospital ou se encontra em serviço de acolhimento há mais de 12 meses e não possui representante legal; ou☐ Pessoa com dados pessoais atípicos que impossibilitam o cadastramento (pessoa sem sobrenome; sobrenome com apenas uma letra; data de nascimento zerada ou inválida).

Salvar e Imprimir

Limpar

Voltar

(../index.php)

▲ Ir para o Topo



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

Cadastro
Conhecer
para incluir **Único**

CADASTRO ÚNICO

FORMULÁRIO CADASTRO NIS

9389/23

602

4

NOME: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ Cód.FAMILAR: _____ NIS: _____

Tel.: 08007260104

FORMULÁRIO CADASTRO NIS

NOME: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ Cód.FAMILAR: _____ NIS: _____

Tel.: 08007260104

FORMULÁRIO CADASTRO NIS

NOME: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ Cód.FAMILAR: _____ NIS: _____

Tel.: 08007260104

FORMULÁRIO CADASTRO NIS

NOME: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ Cód.FAMILAR: _____ NIS: _____

Tel.: 08007260104



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS
HUMANOS

Cadastro
Conhecer
para incluir **Único**

CADASTRO ÚNICO

RELATÓRIO DE TAREFAS EXECUTADAS

DATA	FUNCIONÁRIO	RESUMO					
		Infom.	1ºcad	Atual.	Transf.	Cancel.	Total

ORDEM	CÓD.FAMILIAR/ CPF/NIS	USUÁRIO	LEGENDA
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

I - INFORMAÇÃO P-PRIMEIRO CADASTRO A - ATUALIZAÇÃO T - TRANSFERÊNCIA C - CANCELAMENTO

Item 15. $L=2$

FORMULÁRIO 2 - CRAS - REGISTRO DAS FAMÍLIAS INCLUÍDAS EM ACOMPANHAMENTO PELO PAIF

MÊS: / 20

02 / 20

Nome da Unidade: _____ Nº da Unidade: _____

Endereço: _____ Município: _____ UF: _____

Município: _____ UF: _____

[illegible]

* Para preenchimento das Colunas 1, 4 e 5 utilize os códigos da tabela anexa

Nome do Coordenador do CRAS:

Assinatura:

CPF:

9389122
623
d

TABELAS DE CÓDIGOS PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO 2 - CRAS

Tipo do nº Identificador da pessoa

- 1 – NIS (Número de Identificação Social)
- 2 – CPF (Cadastro de Pessoa Física)

Forma de acesso da família ao CRAS

- 01 – Por demanda espontânea
- 02 – Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade
- 03 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Básica
- 04 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Especial
- 05 – Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde
- 06 – Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação
- 07 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outras políticas setoriais
- 08 – Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar
- 09 – Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário
- 10 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias)

Códigos para Inclusão no PAIF e Tipos de Encaminhamentos realizados para a Família ou para algum de seus membros

- 00 – Inclusão da Família em acompanhamento pelo PAEFI (*marcação exclusiva para CREAS*)
- 01 – Inclusão da Família em acompanhamento pelo PAIF (*marcação exclusiva para CRAS*)

TIPOS DE ENCAMINHAMENTOS:

- 05 – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a crianças e adolescentes (*inclusive PETI e Projovem*)
- 06 – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados para idosos
- 07 – Para atualização cadastral no CADÚNICO (*inclusive quando realizada no próprio CRAS*)
- 08 – Para inclusão no CADÚNICO (*inclusive quando realizada no próprio CRAS*)
- 09 – Para o INSS, visando acesso ao BPC
- 10 – Para o INSS visando acesso a outros direitos, que não o BPC
- 11 – Para acesso a Benefícios Eventuais
- 12 – Para acesso a Documentação Civil (Certidão de Nascimento, RG, Carteira de Trabalho etc)
- 13 – Encaminhamento do CRAS para o CREAS (*marcação exclusiva para CRAS*)
- 14 – Encaminhamento do CREAS para o CRAS (*marcação exclusiva para CREAS*)
- 15 – Encaminhamento para outras unidades/serviços de Proteção Social Especial

- 30 – Para Serviços de Saúde Bucal (por exemplo: Brasil Sorridente)
- 31 – Para Serviços de Saúde Mental
- 32 – Para Serviços de Saúde voltados ao acesso de órteses e próteses para pessoas com deficiência
- 33 – Para Unidades de Saúde da Família
- 34 – Para outros serviços ou unidades do Sistema de Único de Saúde

- 40 – Para Educação – Creche e Pré-escola (ensino infantil)
- 41 – Para Educação - Rede regular de ensino (ensino fundamental e ensino médio)
- 42 – Para Educação de Jovens de Adultos (por exemplo: Brasil Alfabetizado)

- 50 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à capacitação profissional
- 51 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à geração de trabalho e renda
- 52 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à intermediação de mão-de-obra
- 53 – Para acesso a microcrédito

- 60 – Para Programas da área de Habitação
- 61 – Para acesso à Tarifa Social de Energia Elétrica

- 70 – Para Conselho Tutelar
- 71 – Para Poder Judiciário
- 72 – Para Ministério Público
- 73 – Para Defensoria Pública
- 74 – Para Delegacias (*especializadas, ou não*).

- 85 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 86 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 87 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 88 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 89 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)

EXAMES LABORATORIAIS						
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Fabricante	Lote	Resultado
	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Concluído				
Teste rápido de antígeno	<input type="checkbox"/> Coletado	<input type="checkbox"/> Não Solicitado				<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO			Data de encerramento:
Evolução do caso: (Marcar X)	Classificação final: (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Cancelado	<input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Imagem	
<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Internado em UTI	<input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada	
		<input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial	

[illegible][illegible]

9389/23
534
↓

3301/22

109
↓

OK



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Carimbo com nome completo/registro CRM e assinatura

Data: ____/____/____



3301122

110



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

____/____/____
Data

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____

órgão emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA FARMACÊUTICO

____/____/____
DATA

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* 14 539
 Nome Completo da Mulher*
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Apellido da Mulher
 Nacionalidade
 Data de Nascimento* Idade Raca/cor
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Bairro UF
 Código do Município Município
 CEP DDD Telefone
 Ponto de Referência
 Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
☐ Rastreamento
☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
- ☐ Sim. Quando fez o último exame? ano
- ☐ Não ☐ Não sabe
3. Usa DIU?*
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
4. Está grávida?*
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
5. Usa pílula anticoncepcional?*
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
7. Já fez tratamento por radioterapia?*
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
8. Data da última menstruação / regra:*
- / / ☐ Não sabe / Não lembra
9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
- (não considerar a primeira relação sexual na vida)
- ☐ Sim
- ☐ Não / Não sabe / Não lembra
10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*
- (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
- ☐ Sim
- ☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
- ☐ Normal
- ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
- ☐ Alterado
- ☐ Colo não visualizado
12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
- ☐ Sim
- ☐ Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* / / Responsável*



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATAN - Área Técnica de Alimentação e Nutrição

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

- ♦ Retirar o saleiro da mesa;
- ♦ Evite alimentos enlatados e conservas (ervilha, milho, palmito, sardinha, azeitona, extrato de tomate, maionese pronta...), embutidos (salsicha, linguiça, presunto, mortadela, salame...), queijos salgados (prato, mussarela, parmesão...), salgadinhos (de bacon, presunto, batata chips, castanha de caju, nozes e amêndoas salgadas, amendoim...), temperos prontos (em pó, cubos), molhos prontos (inglês, catchup, mostarda, de soja ...) sopas prontas, toucinho, bacalhau, carne seca, camarão seco, sal de frutas;
- ♦ Verifique o rótulo dos alimentos industrializados e observe a presença e a quantidade de de sódio. Atenção para as seguintes substâncias: glutamato de sódio, fosfato dissódico, alginato de sódio, hidróxido de sódio, sulfito de sódio, sacarina de sódio e ciclamato de sódio;
- ♦ Prefira sempre alimentos naturais aos industrializados;
- ♦ Tempere os vegetais e as carnes com sucos de frutas (limão, laranja e abacaxi) e temperos naturais (alho, cebola, cebolinha, majericão, louro, oregano, coentro, alecrim, erva-doce, açafrão, hortelã, páprica, sálvia, gengibre, etc.);
- ♦ Consumir os alimentos ricos em potássio (feijões, ervilhas frescas, vegetais de cor verde escuro, abóbora, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa, mamão, maracujá, água de coco, cereais integrais);
- ♦ Não deixar de consumir alimentos fontes de cálcio (leites desnatados, queijos magros).

UMA VIDA SAUDÁVEL AUXILIA NO CONTROLE E NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO

- ♦ Controle seu peso, o excesso de peso corporal tem forte correlação com o aumento da pressão arterial, se necessário mude seus hábitos alimentares;
- ♦ Não fume;
- ♦ Modere o consumo de bebidas alcoólicas!
- ♦ Pratique exercícios regularmente sob orientação profissional!
- ♦ Aproveite os momentos de lazer!!!!!!

8301122

100

at

PREFEITA
PRO. N° 9389123
INA N° 540
DATA 1

3301122

25

4

PRSPA
Proc. Nº 9389/23
Folha Nº 541
4



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ATESTADO DE SAÚDE

Atesto que _____
Não sofre de doença infectocontagiosa ou repulsiva, não tem lesão dos
órgãos da visão e audição e não tem defeito mental que
_____ impeça de _____.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 20_____.

Médico

9389123

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma	3 Data da Notificação 05/07/06
	2 Agravado/doença	4 UF 5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
Notificação ou Surto	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito	18 N° de Casos Suspeitos/Expostos
	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar	
Dados de Residência	20 UF 21 Município de Residência	22 Distrito
	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)
	27 Geo campo 1	28 Geo campo 2
	29 Ponto de Referência	30 CEP
	31 (DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
Notificante	33 País (se residente fora do Brasil)	
	Município/Unidade de Saúde	
Nome		Função
Assinatura		

Notificação

Sinan NET

SVS

17/07/2006

CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.
CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença	TUBERCULOSE		A 1 6. 9	33/01/22
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	96	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
Dados de Residência	14 Escolaridade	1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares do Caso					
Dados complementares	31 Nº do Prontuário	32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-óbito			
	33 Populações Especiais	População Privada de Liberdade	Profissional de Saúde	34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	População em Situação de Rua	Imigrante	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	35 Forma	36 Se Extrapulmonar			
	1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar	1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Genitourinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra			
	37 Doenças e Agravos Associados	Aids	Alcoolismo	Diabetes	Doença Mental
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Uso de Drogas Ilícitas	Tabagismo	Outras	
	38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)	39 Radiografia do Tórax	40 HIV		
	1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica	1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado	1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado		
	41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB	42 Histopatologia			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado				
43 Cultura	44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)	45 Teste de Sensibilidade			
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado	1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado	1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado			
46 Data de Início do Tratamento Atual	47 Total de Contatos Identificados				
Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde	
Nome		Função	Assinatura		

DADOS COMPLEMENTARES
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

CPA
Folha N.º 9389123
Folha N.º 544
↓

75

Notificação Individual	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03 Especificar tipo de exame :	
	04 óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	07 Data do início do exantema	08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	09 Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	10 Resultado da bacterioscopia :		
Notificação Surto	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	12 Data da última dose tomada	13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	14 Data da hospitalização
	15 UF	16 Município do hospital Código (IBGE)	17 Nome do hospital Código	
Local prov. infecção	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____			
	19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF: _____ Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____			

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006

PMSPA
Confere com original
que me foi entregue

em 24 / 08 / 22

Thayani Santos
Assessora / Junta
Mat. 36108

2
116
8301122

103

4

Pré-Atendimento	9389123
Folha nº	545
Assinatura	↓

PREPARO DE MAMOGRAFIA

DIA: ____/____/____ CHEGAR ÀS: ____

APRESENTAR NA RECEPÇÃO DA CLÍNICA:

- O Pedido da Mamografia junto das cópias dos documentos de identidade (FRENTE E VERSO), CPF, Carteira do SUS e Comprovante de Residência.
- Trazer exame anterior de Mamografia ou Ultrassom de Mama (Se tiver).
- Lavar bem as axilas e mamas antes de sair de casa.
- Não utilizar talco, nem desodorante.

ATENÇÃO: SÓ PODERÁ REALIZAR O EXAME COM TODAS AS
CÓPIAS DOS DOCUMENTOS EM MÃOS E PEDIDO MÉDICO.



FICHA DE VISITA DOMICILIAR

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA* / /
-----------------------------------	------	--------------------	--------------------	-----------

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TURNO	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PROFISSIONÁRIO																							
Nº CARTÃO SUS																							
Data de nascimento*	Dia/mês		Ano																				
Sexo*	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M	F / M
Visita acompanhada com outro profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadastramento / Atualização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Periódica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busca Ativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições de Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puerpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proc. Nº 548 134

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo / Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outros - Especificar	
Números de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde?	
Nome do Plano de Saúde			

EM CASO DE DOENÇA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - especificar:	

PARTICIPAÇÃO DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - especificar:	



OBSERVAÇÕES

FIMSPA
Confere com original
que me foi entregue
em 24 / 02 / 22

[Assinatura]
Assessor
Municipal

PMSPA
Proc. 9389/23
548
OK

8302/22
113

 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAMES	SUS 
NOME		IDADE:	
DADOS CLÍNICOS		SEXO () F () M	
EXAMES SOLICITADOS		() SANGUE	
1		() URINA	
2		() BIOLÓGICO	
3			
4			
CARIMBO E ASSINATURA MÉDICO		Data Da Entrada Laboratório ____/____/____	
DATA: ____/____/____		Data Da Entrega Resultado ____/____/____	

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino
 Nome Completo do(a) paciente* Apellido do(a) paciente
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Nacionalidade
 Data de Nascimento* Idade* Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento Bairro UF
 Código Município Município
 CEP DDD Telefone
 Ponto de Referência
 Escolaridade
☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?"

- ☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?"

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;

- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ

Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?"

- ☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?"

- ☐ Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
☐ Não
☐ Não sabe

5- Fez radioterapia na mama ou no peitoral? Em que ano?"

- ☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não
☐ Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?"

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Dulectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia		

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

9389123
550
d

97

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar ☐ Supradavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar ☐ Supradavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita
☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita

☐ Categoria 0
☐ Categoria 3
☐ Categoria 4
☐ Categoria 5

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ Linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo

☐ 8b. População de risco elevado (história familiar)

☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

____/____/____

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supradavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS*)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0, 3, 4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com história familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado

em 24/01/2022

Thayane Santos
Assessora Técnica
Mamografia

Definição de caso:

Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação -, sem registro de tratamento prévio.

Situação 2 - Mulher sintomática^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico -, com qualquer titulação.

^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

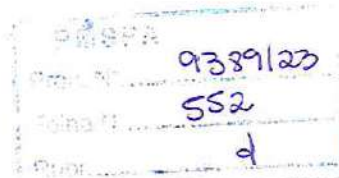
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		3 Data da Notificação		8301122	
	2 Agravado/doença				Código (CID10)		098.1	
	SÍFILIS EM GESTANTE							
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante		13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		F - Feminino		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9- Ignorado		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade							
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1			
Dados Complementares do Caso	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
Ant. epid. gestante	31 Ocupação							
	32 UF		33 Município de realização do Pré-Natal		Código (IBGE)		34 Unidade de realização do pré-natal: Código	
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica		1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado			
Dados laboratoriais	37 Teste não treponêmico no pré-natal				38 Título		39 Data	
	1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado				1:			
Tratamento/encerramento	40 Teste treponêmico no pré-natal				1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante				1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro				1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			

Ant. epidemiológica da
parceira sexual

44 Motivo para o não tratamento do Parceiro

- 1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
- 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
- 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
- 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
- 5 - Parceiro com sorologia não reagente.
- 6 - Outro motivo: _____



Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS

29/09/2008

PMSPA

Confere com original

que me foi entregue

em 24 / 03 / 22

Assessoria Jurídica
Márcia
Santos

CASO SUSPEITO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente.
CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com sorologia treponêmica reagente.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		8301123		
	2	Agravado/doença		SÍFILIS ADQUIRIDA		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
					A53.9			
	4	UF	5	Município de Notificação			Código (IBGE)	
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico	
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento	
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor
Dados clínicos e epidemiológicos	14	Escolaridade						
Dados clínicos e laboratoriais	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe		
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)		19	Distrito
Tratamento	20	Bairro	21		Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)	24		Geo campo 1
Condição	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência		
	27	CEP						
Dados Complementares do Caso								
Dados clínicos e epidemiológicos	31	Ocupação						
	32	Antecedente de sífilis		33		Se sim, o tratamento foi realizado?		
Dados clínicos e laboratoriais	34	Comportamento Sexual						
Tratamento	35	Resultado dos Exames		36		Título		
	37	Data						
Condição	38	Teste treponêmico						
	39	Classificação Clínica						
Condição	40	Esquema de tratamento realizado		41		Data do início do tratamento		
Condição	42	Classificação Final do caso						

Observações adicionais

67

9389/23

554

4

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Função	

OBSERVAÇÕES:

Considera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a data da coleta de material para exame laboratorial ou da evidência clínica.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Nenhum campo deverá ficar em branco.

31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32 - Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado.

33 - Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.

34 - Informar o comportamento sexual.

35 - Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory ou RPR - Rapid Plasma Reagin)

36 - Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.

37 - Informar a data da coleta do teste

38 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), testes rápidos para diagnóstico de sífilis (testes imunocromatográficos).

39 - Registrar a classificação clínica para sífilis:

- 1 - sífilis primária - cancro duro;
- 2 - sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia);
- 3 - sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot);
- 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.

40 - Esquema de tratamento:

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

41 - Informar a data do início do tratamento.

42 - Informe a classificação final do caso. Considera-se caso confirmado o indivíduo com sorologia treponêmica reagente. Somente considera-se descartado com sorologia treponêmica não reagente

Para fins de vigilância no nível local atentar para:

1. Evidências de outras DST;
2. Abordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão, considerando abordagem consentida

Sífilis Adquirida

Sinan NET

05/10/2010

PMSPA

Confere com original
que me foi entregue

em 24 / 01 / 22

Assessoria Jurídica
Thaynã Santos

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR: _____ DATA: 9/3/2023
CONFERIDO: _____ FOLHA: 555

CNS DO PROFISSIONAL* _____ CBO* _____ CNES* _____ INE* 8301 DATA* 31/1/

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA
CEP*: _____ MUNICÍPIO*: _____ UF*: _____
BAIRRO*: _____ TIPO DE LOGRADOURO*: _____ NOME DO LOGRADOURO*: _____
NÚMERO*: ☐ SEM NÚMERO COMPLEMENTO: _____ PTO. REFERÊNCIA: _____ MICROÁREA* ☐ ☐ FA

TIPO DE IMÓVEL* _____ TELEFONES PARA CONTATO
TEL. RESIDÊNCIA: () _____ TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA* ☐ Próprio ☐ Financiada ☐ Alugada ☐ Arrendada ☐ Cedida ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra LOCALIZAÇÃO* ☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____
EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra ☐ Proprietário ☐ Parceiro(a)/Meio(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a)
☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO ☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro
Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não
MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA ☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço/Nascente no Domicílio ☐ Cisterna ☐ Carro Pipa ☐ Outro
ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO ☐ Filtrada ☐ Fervida ☐ Clorada ☐ Mineral ☐ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO ☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar ☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma
DESTINO DO LIXO ☐ Coletado ☐ Queimado/Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? ☐ Sim ☐ Não
QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros Quantos: _____

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		_____ CPF	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	<input type="checkbox"/>
		_____ CNS	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	<input type="checkbox"/>
		_____ CPF	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	<input type="checkbox"/>
		_____ CNS	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA
NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? ☐ Sim ☐ Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA
NOME: _____ CNS DO RESPONSÁVEL: _____

CARGO NA INSTITUIÇÃO: _____ TEL. CONTATO: _____

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura _____

Legenda: ☐ Opção de múltipla escolha ☐ Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional

9389/23
356
d

PMSPA
Confere com original
que me foi entregue
em 24.01.22

Thayani Santos
Assistente Adjunta
Matr. 38256

8301/22

26

+



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

9389/23

584

d

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que _____

_____ RG _____

Esteve sobre atendimento médico nessa unidade _____

No período das _____ às _____ horas do dia

____/____/____. Necessitando de _____ (____)

dias de repouso por motivo de doença.

CID. _____

SÃO PEDRO DA ALDEIA RJ, ____/____/____

Assinatura Paciente ou responsável

Assinatura e Carimbo/Médico ou Odontólogo

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no art 27 de CLPS, aprovado pelo decreto nº 89312 de 28 - 01 - 84, e resolução CFM 1190-84 e será expedito para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B

DADOS DA INSTITUIÇÃO					
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*			2. CNES*		
3. Nome do profissional solicitante*			4. Registro do conselho profissional*		5. Assinatura e Carimbo*
			Conselho/UF/Nº		
6. Data da solicitação*			7. CPF do profissional*		
/ /					
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*			12. Preferência de identificação*
		10. Oficial			<input type="checkbox"/> 1. Oficial
					<input type="checkbox"/> 2. Social
9. CPF*		11. Social			13. Sexo*
					<input type="checkbox"/> 1. Feminino
					<input type="checkbox"/> 2. Masculino
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*		16. Etnia*	17. Nome da mãe*
		<input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada			
18. Nacionalidade*		19. Número da identidade		20. Logradouro*	
21. Número*		22. Complemento		23. Bairro*	24. Município*
28. Telefone		29. País*		30. Prontuário	31. Gestante*
()					<input type="checkbox"/> 1. Sim
					<input type="checkbox"/> 2. Não
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*				34. CPF do(a) responsável	
35. Código do procedimento		36. Nome do procedimento			
02.13.01.020-8		Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)			
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO					
37. Idade gestacional*		38. Motivo do exame*			39. Estágio da doença (CID)*
<input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical			<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B aguda (B16) 2. Hepatite B crônica sem Delta (B18.1) 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA					
40. Nome da instituição*			41. Data da coleta*		42. Hora da coleta*
			/ /		:
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
43. Nome da instituição*			44. CNES*	45. Data do recebimento*	46. Hora do recebimento*
				/ /	:
Carga Viral	47. Solicitação do exame*		48. Identificador da amostra*		49. Responsável*
	/ /				
	51. Material biológico*		52. Volume da amostra	53. UI/mL	54. Log
					55. Técnica*

*Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (27/04/2020)



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

Formulário para Solicitação de Exame de
Carga Viral do Vírus da Hepatite C

9339/23
559
↓

DADOS DA INSTITUIÇÃO													
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*					2. CNES*								
3. Nome do profissional solicitante *					4. Registro do conselho profissional*		5. Assinatura e Carimbo*						
					Conselho/UF/Nº		830122						
6. Data da solicitação*					7. CPF do profissional*		36						
/ /							4						
INFORMAÇÕES BÁSICAS													
8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*					12. Preferência de identificação*						
		10. Oficial					1. Oficial 2. Social						
9. CPF*		11. Social					13. Sexo*						
							1. Feminino 2. Masculino						
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*			16. Etnia*		17. Nome da mãe*						
		1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada											
18. Nacionalidade*		19. Número da identidade		20. Logradouro*									
21. Número*		22. Complemento		23. Bairro*		24. Município*		25. Cód. IBGE		26. UF*		27. CEP*	
28. Telefone		29. País*		30. Prontuário		31. Gestante*		32. Escolaridade (em anos)					
()						1. Sim 2. Não		1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 5. De 12 e mais 6. Não informado 7. Ignorado					
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*								34. CPF do(a) responsável					
35. Código do procedimento				36. Nome do procedimento									
02.02.03.108-0				Quantificação de RNA do vírus da hepatite C									
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO													
37. Idade gestacional*				38. Motivo do exame*				39. Estágio da doença (CID)*					
1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica				1. Diagnóstico 2. Avaliação pós-tratamento (RVS) 3. Suspeita de reinfeção				1. Hepatite C aguda (B17.1) 2. Hepatite C crônica (B18.2)					
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA													
40. Nome da instituição*						41. Data da coleta*		42. Hora da coleta*					
						/ /		:					
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE													
43. Nome da Instituição*						44. CNES*		45. Data do recebimento*		46. Hora do recebimento*			
								/ /		:			
Carga Viral	47. Solicitação do exame *		48. Identificador da amostra *			49. Responsável*		50. Data do resultado *					
	/ /							/ /					
	51. Material biológico *		52. Volume da amostra		53. UI/mL		54. Log		55. Técnica *				

*Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (27/04/2020)

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO - TERAPIA INTENSIVA

PROTOCOLO _____ DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____h

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: 8301122

ENDEREÇO: _____ 33

MUNICÍPIO: _____ 4

TEL. DA UNIDADE SOLICITANTE: _____ CEL.: _____

NOME DO PACIENTE: _____

SEXO: _____ IDADE: _____

CASO: () CLÍNICO () TRAUMA

DURAÇÃO DOS SINTOMAS: _____

DATA E HORA DE CHEGADA À UNIDADE DE ORIGEM: _____

CIRURGIA REALIZADA: () SIM () NÃO

QUAL (IS): _____

EXAME CLÍNICO:

PA: ____X____mmHg FR: ____ IRPM FC: ____bpm TAX: ____°C

NÍVEL DE CONSC.: _____ PUPILAS: _____

DÉFICIT MOTOR: () SIM () NÃO QUAL: _____

RESPIRAÇÃO: () EUPNEICO () ESFORÇO RESP

DESIDRATADO: () SIM () NÃO GRAU ____/4+

() CORADO () HIPOCORADO GRAU ____/4+

CIANÓTICO: () SIM () NÃO GRAU ____/4+

EXTREMIDADE: () FRIAS () AQUECIDAS

ENCHIMENTO CAPILAR: () PRESERVADO () LENTIFICADO

MODO VENTILATÓRIO: () AR AMBIENTE () CPAP

() VM PARÂMETROS _____

ACV: _____

AR: _____

ABDÔMEN: _____

CO-EXISTÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS

- () DIABETES MELLITUS
- () DOENÇA RENAL CRÔNICA
- () HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () DPOC
- () DOENÇA HEMATOLÓGICA
- () DOENÇA CARDIOVASCULAR
- () DOENÇA GÁSTRICA
- () DOENÇA AUTO IMUNE
- () DOENÇA INFECCIOSA
- () OUTRAS _____

MEDICAMENTOS VASOATIVOS INFUSÃO CONTINUA-DOSE

NORADRENALINA	() SIM	() NÃO	DOSE ____/min
DOPAMINA	() SIM	() NÃO	DOSE ____/min
ADRENALINA	() SIM	() NÃO	DOSE ____/min
NITROGLICERINA	() SIM	() NÃO	DOSE ____/min
NITROPRUSSATO	() SIM	() NÃO	DOSE ____/min

MEDICAMENTO EM USO

ANTI-HIPERTENSIVOS

ANTIBIÓTICOS

CORTICÓIDES

CARDIOVASCULARES

OUTROS: _____

9389/23 18
561
4

EXAMES COMPLEMENTARES

HEMOGRAMA: _____ GLICEMIA: _____
PLAQUETAS: _____ EAS: _____ CREATININA: _____ URÉIA: _____
ELETRÓLITOS: _____
RX TÓRAX: _____
ENZIMAS CARDÍACAS: _____ ECG: _____
OUTROS: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

PMSPA
Confere com original
que me foi entregue

DIAGNÓSTICO (S)

em 24 01 22
Mariana Santos
Assessora Adjunta
Mat: 38200

INDICAÇÃO DE UTI

- () ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA
- () MONITORIZAÇÃO DE RITMO CARDÍACO
- () MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA
- () INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
- () USO DE VASODILATADORES IV
- () SUPORTE PARA DIÁLISE
- () IAM RECENTE
- () PÓS DE GRANDE CIRURGIA
- () ESTADO DE MAL EPILÉTICO
- () SUPORTE METABÓLICO
- () SEPSIS
- () SUPERLOTAÇÃO DE UTI
- () SEM SUPORTE ADEQUADO NA UNIDADE DE ORIGEM
- () OUTROS _____

ÓBITO: DATA ____/____/____ HORA: ____:____

- () DURANTE ESPERA NA FILA
 - () ANTES DA CHEGADA DA REMOÇÃO
 - () DURANTE O TRANSPORTE
- INFORMANTE: _____

TRANSPORTE

- () SAMU AVANÇADA
- () GSE AVANÇADA
- () UNIDADE SOLICITANTE

DATA: ____/____/____ HORÁRIO ____:____h
EVENTO: _____
CONTATO: _____
HORA CHEG UNID EXEC: ____:____h

PROCEDIMENTO CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO - TERAPIA INTENSIVA

- () TRANSFERÊNCIA - DATA: ____/____/____ HORA: ____:____h
- () LEITO DISPONÍVEL NÃO ADEQUADO AO PACIENTE: JUSTIFICATIVA _____

DESISTÊNCIA MOTIVO _____

MÉDICO REGULADOR: _____ CRM: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o Sr (a) _____

_____ RG _____

Esteve nessa unidade _____ no período das

_____ às _____ horas do dia

____/____/____ para realização de:

☐ Consulta

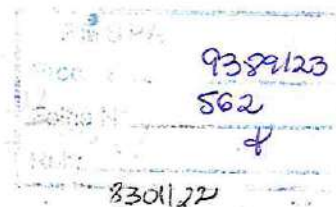
☐ Acompanhamento Familiar

☐ Para Exames

☐ Sessões de Terapia ☐ Psicologia ☐ Fisioterapia ☐ Acupuntura

SÃO PEDRO DA ALDEIA RJ, ____/____/____

Profissional e Carimbo



40
r



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Documento de Informação para
Preenchimento de AIH

AIH Nº

9389123
563

Paciente				
Endereço		Município		UF
CEP	Dn			8301123
Segurado				
Pis/Pasep				
CPF med. Sol.				
Proc. sol.		Cart. Ident.	Data emissão	CPF med. Resp.

MÉDICO AUDITOR

Procedimento Autorizado	Data	CPF

SERVIÇOS PROFISSIONAIS

TIPO	CPF PROFISSIONAL	ATO PROFISSIONAL	TIPO ATO	QUANT. ATO

CPF Dir. Clínico		Procedimento realizado		Espec.	Data Intern.	Data Alta
Diag. Principal		Diag. Secundário		Mot.	Cob.	
Nº Nasc. Vivos		Nº de Saídas		Assinatura		
vivos	mmortos	altas	transf.	óbitos		

NOME : _____

SUS: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____

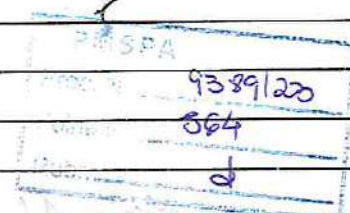


PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EVOLUÇÃO

8301122

42



ATENDIMENTO DOMICILIAR
(para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR: 565

DATA:

SUBJ:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

9301122

23

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
CNS OU CPF DO CIDADÃO (para visita domiciliar pós-óbito informe o CNS do Cuidador conforme informado na avaliação de elegibilidade ou, caso não tenha, deixe em branco)													
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Local de atendimento* (ver legenda)													
Modalidade AD: 1, 2 ou 3* (ver legenda)													
Tipo atendimento*	Atendimento programado												
	Atendimento não programado												
	Visita domiciliar pós-óbito												
Condição(ões) avaliada(s) (assinale as condições avaliadas no atendimento)	Acamado												
	Domiciliado												
	Úlceras/feridas (grau III ou IV)												
	Acompanhamento nutricional												
	Uso de sonda nasogástrica - SNG												
	Uso de sonda nasoenteral - SNE												
	Uso de gastrostomia												
	Uso de colostomia												
	Uso de cistostomia												
	Uso de sonda vesical de demora - SVD												
	Acompanhamento pré-operatório												
	Acompanhamento pós-operatório												
	Adaptação ao uso de órtese/prótese												
	Reabilitação domiciliar												
	Cuidados paliativos oncológicos												
	Cuidados paliativos não oncológicos												
	Oxigenoterapia domiciliar												
	Uso de traqueostomia												
	Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica												
	Suporte ventilatório não invasivo - CPAP												
	Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP												
	Diálise peritoneal												
	Paracentese												
Medicação parenteral													
CID10 e CIAP2	CID10												
	CIAP2												

9389/23
506

3

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (assinale os proced. realizados)	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antibioticoterapia parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend./acomp. paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend. fisioterapêutico paciente c/ transt. respiratório s/ complicações sistêmicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento médico com finalidade de atestar óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de demora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sondagem gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia foncaudiológica individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de traumatismos de localização especif./não especificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamento em reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimentos Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
Condição/Desfecho*	Permanência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta administrativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento	Atenção Básica (ADI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serviço de Urgência e Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serviço de Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa 11 - Hospital 12 - Unidade de Pronto-Atendimento 13 - Cacon/Unacon

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD 3: usuários com os critérios de AD2, com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracetense).

*Campo obrigatório



NOME: _____
NOME DA MÃE: _____ DATA NASCIMENTO: 8301122 / 1 / 54
SEXO: () F () TELEFONE: _____ SUS: _____
ENDEREÇO: _____

QUESTIONÁRIO

GESTANTE: () SIM () NÃO
SITUAÇÃO CONJUGAL: () SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () OUTRO _____
TIPO DE PARCERIA SEXUAL: () NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL () SÓ COM HOMENS () SÓ COM MULHERES
() COM HOMENS E MULHERES () NÃO INFORMADO
NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS NPS ÚLTIMOS 6 MESES: () 1 () 2 () 3 OU MAIS () NENHUM
PEGOU ALGUMA IST NO ÚLTIMO ANO: () SIM () NÃO
USO DE CAMISINHA DAS RELAÇÕES SEXUAIS: () SEMPRE () ÀS VEZES () NUNCA
USO DE DROGAS NA VIDA: () BEBE OU JÁ BEBEU ÁLCOOL COM FREQUÊNCIA () USA OU USOU DROGAS INJETÁVEIS
() USA OU JÁ USOU OUTRAS DROGAS: COCAÍNA, CRACK, OUTRAS

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está prestes a coletar uma amostra de sangue para realização de Teste Rápido Diagnóstico, que está regulamentado por meio da portaria 151 de outubro de 2009, estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos sequenciados que tem por objetivo a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses, em áreas de difícil acesso e nos casos especiais. A metodologia da realização deste teste e o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando dois diferentes tipos de teste rápido denominado **TESTE 1 – TR1** e **TESTE 2**

– **TR2** que devem ser realizados em paralelo, para toda e qualquer amostra coletada. Para que a coleta de sangue seja feita, será necessário a punção de seu dedo, com agulha para obtenção de algumas gotas de sangue e isto pode causar leve desconforto. Caso você esteja de acordo, por favor assine esta ficha.

Assinatura: _____

RESULTADOS

TESTE RÁPIDO DETECÇÃO ANTI HIV: () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO DETECÇÃO HBsAg: () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO DETECÇÃO HCV: () REAGENTE () NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO DETECÇÃO SÍFILIS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE

Recebi laudo de exames realizados: _____

PROGRAMA IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS –

DATA: ____/____/____ RESPONSÁVEL: _____

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

8301122

CNS DO PROFISSIONAL *	CBO *	CNES *	INE *	DATA *
_____	_____ - _____	_____	_____ 113	____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	____/____/____
_____	_____ - _____	_____	_____ 4	____/____/____

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO *	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
Nº PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO													
Data de nascimento *	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sexo * (F) Feminino (M) Masculino	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M
Local de atendimento * (ver legenda)													
Paciente com necessidades especiais													
Gestante													
* Tipo atendimento													
Demanda espontânea													
Consulta agendada													
Escuta inicial/Orientação													
Consulta no dia													
Atendimento de urgência													
** Tipo de consulta													
Primeira consulta odontológica programática													
Consulta de retorno em odontologia													
Consulta de manutenção em odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal													
Abscesso dentoalveolar													
Alteração em tecidos moles													
Dor de dente													
Fendas ou fissuras labiopalatais													
Fluorose dentária moderada ou severa													
Traumatismo dentoalveolar													
Não identificado													
Procedimentos (quantidade realizada)													
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)													
Adaptação de prótese dentária													
Aplicação de carióstático (por dente)													
Aplicação de selante (por dente)													
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)													
Capeamento pulpar													
Cimentação de prótese dentária													
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico													
Drenagem de abscesso													
Evidenciação de placa bacteriana													
Exodontia de dente decíduo													
Exodontia de dente permanente													
Instalação de prótese dentária													
Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária													
Orientação de higiene bucal													

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos realizados	Profilaxia/Remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia periapical/interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia/ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fornecimento	Escova dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condução/Desfecho	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ outros profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Nasf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Atendimento a pacientes p/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ortodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Periodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

* Campo obrigatório

** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	RUDE	DATA:
---------------	------	-------

8301122

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA:
____	____	____	____	M T N	/ /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO		
____	____	____	____		

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

[illegible]

[illegible]

PMSPA

Confere com original

019 000 101 000 000

em. 24 03 22

Thayani Santos

Assessore Adjunta
Mat:38256



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

São Pedro da Aldeia ____/____/____

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PARA ACOLHIMENTO CAPS I

9389123
572
4

NOME DO USUÁRIO: _____

RG: _____

CPF: _____

CARTEIRA NACIONAL DO SUS Nº: _____

CARTEIRA DO HOSPITAL Nº: _____

TELEFONE 01: (____) _____ TELEFONE 02: (____) _____

ENDEREÇO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

COMO CONHECEU O CAPS I ? _____

NOME DOS RESPONSÁVEIS E/OU ACOMPANHANTES: _____

RG: _____

CPF: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE 01: (____) _____ TELEFONE 02: (____) _____

USUÁRIO VEIO ENCAMINHADO ? () SIM () NÃO

Obs: CASO SIM, ANEXAR PEDIDO DE ENCAMINHAMENTO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

8301/22

e-SUS Vigilância Epidemiológica

06/07/2020

60

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2) ✕

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: Município de Notificação:

IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de segurança (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	CBO: _____		CPF: _____		
	CNS: _____				
	Nome Completo: _____				
	Nome Completo da Mãe: _____				
	Data de nascimento: ____/____/____		País de origem: _____		
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		Passaporte: _____	
	CEP: _____				
	Estado de residência: ____		Município de Residência: _____		
	Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____	
Complemento: _____					
Telefone Celular: ____-____-____		Telefone de contato: ____-____-____			
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Data da Notificação: ____/____/____				
	Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros _____		Data do início dos sintomas: ____/____/____		
	Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças crônicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas				
	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado	Data da Coleta do Teste: ____/____/____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Enzimaímmunoensaio-ELISA <input type="checkbox"/> Imunoensaio por Eletroquimioluminescência- ECLIA		
	Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada		Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado em UTI		
	Data de encerramento: ____/____/____				
	Informações complementares e observações				

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/ /

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
TURNO*	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
N° PRONTUÁRIO															
CNS OU CPF DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Local de atendimento*															
Escuta inicial/orientação															
Acupuntura com inserção de agulhas															
Administração de vitamina A															
Cateterismo vesical de alívio															
Cauterização química de pequenas lesões															
Cirurgia de unha (cantoplastia)															
Cuidado de estomas															
Curativo especial															
Drenagem de abscesso															
Eletrocardiograma															
Coleta de citopatológico de colo uterino															
Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)															
Exame do pé diabético															
Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele															
Infiltração em cavidade sinovial															
Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal															
Remoção de corpo estranho subcutâneo															
Retirada de cerume															
Retirada de pontos de cirurgias															
Sutura simples															
Tamponamento de epistaxe															
Teste do olhinho (TRV)															
Triagem oftalmológica															
Teste rápido															
De gravidez															
Dosagem de proteinúria															
Para HIV															
Para hepatite C															
Para sífilis															
Administração de medicamentos															
Oral															
Intramuscular															
Endovenosa															
Inalação/Nebulização															
Tópica															
Penicilina para tratamento de sífilis															
Subcutânea (SC)															

Proc. nº 9389/203
Folha nº 575

41

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													

PMSA
 Confere com original
 que me foi entregue

em 24 / 01 / 22

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	____	____
	Aferição de temperatura	____	____
	Curativo simples	____	____
	Coleta de material para exame laboratorial	____	____
	Glicemia capilar	____	____
	Medição de altura	____	____
	Medição de peso	____	____

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

* Campo obrigatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGISTRO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o Sr (a) _____

_____ RG _____

Esteve nessa unidade _____ no período das

_____ às _____ horas do dia

____/____/____ para realização de:

SÃO PEDRO DA ALDEIA RJ, ____/____/____

Profissional e Carimbo

9389/20

530

2

8301/22

63

cl

LOTE 03 - BANNER

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
10	Banner - tamanho 1,20 x 0,80 em lona 440GR	UN.											9			9
11	Banner 280g impresso, com acabamento tubete e corda.	M²		1000	25		20		100	30		60		500	50	1785
12	Banner 440 g, impresso, com acabamento tubete e corda.	M²		1000	25		10	50		10	50	60		500		1705
31	Cartaz - A3 29,7 cm x 42 cm, colorido, papel couchê	UN.											6000			6000

9389/23
455

FMSPA
proc N° 9389/23
Folha N 844
Dub

LOTE 04 - CADERNETA

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
23	Caderneta da criança (menina e menino), em papel 180 g/m², na cor colorido, vincado ao meio, dimensões 155x290mm.	UN.												30000		30000
24	Caderneta de vacina adulto, em papel 180 g/m², na cor branca, vincado ao meio, dimensões 155x290mm.	UN.												10000		10000
25	Caderneta do idoso em papel 180 g/m², na cor branca, vincado ao meio, dimensões 155x290mm.	UN.												10000		10000

Proc. N° 9389/1023
Folha N° 456

PMSPA
Proc N° 9389/123
Folha N° 845
Rub



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CADERNETA DE VACINA

Nome: _____

Data: ____/____/____

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Município: _____ Cep: _____

Telefone: (____) _____ (____) _____

E-mail: _____

Unidade de Saúde que frequenta _____

33
6

8301/22

029

9389/23

HB: 3 doses: A 2ª dose deverá ser tomada um mês após a 1ª dose, e a 3ª dose, seis meses após a 1ª dose. Gestante: iniciar o esquema após 20ª semana de gestação, se não tiver tomado anteriormente.

FA: D.U. para adultos: A vacinação está contraindicada para gestantes.

Tríplice Viral: As mulheres vacinadas deverão evitar a gravidez durante três meses.

Dt: 3 doses: A 2ª dose deverá ser tomada dois meses após a 1ª dose, a 3ª dose deverá ser tomada 2 meses após a 2ª dose, respeitando-se o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses: Depois de completada a série de três doses, é necessário apenas uma dose de reforço a cada dez anos, para manter a proteção adequada.

HPV: 3 doses: A 2ª dose deverá ser tomada 6 meses após a 1ª dose, a 3ª dose deverá ser tomada 60 meses após a 1ª dose.

Dtpa: Seu uso é recomendado entre a 27ª e 36ª semana de gestação a fim de maximizar a resposta materna e a transferência passiva de anticorpos para a criança.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hepatite B	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:
Febre Amarela	Data: Lote: Unidade: Ass:			
Tríplice Viral	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:
Dupla Adulta (uma dose a cada 10 anos)	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:
HPV	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	
Dtpa (gestante)	Data: Lote: Unidade: Ass:			
Outras Vacinas	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:	Data: Lote: Unidade: Ass:

9389/23
630
2

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DA CRIANÇA

MENINA



6ª edição

PASSAPORTE DA CIDADANIA



Brasília – DF
2023



SUMÁRIO

PARTE I – PARA A FAMÍLIA E CUIDADORES	3
DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS	4
Identificação da Criança.....	4
Assistência Social.....	6
Educação e Vida Escolar.....	8
Direitos da Criança.....	10
Direitos dos Responsáveis.....	12
CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA.....	14
Promover a Saúde.....	14
Prevenir Doenças pela Triagem Neonatal e Vacinação.....	15
Os Primeiros Dias de Vida	16
Cuidados com o Bebê Pré-termo.....	19
Contato Pele a Pele e o Recém-Nascido	20
Cuidados com Diarreia, Desidratação e Desnutrição.....	20
Sinais de Perigo.....	23
AMAMENTANDO O BEBÊ	24
Importância do Leite Materno.....	24
Tornando a Amamentação Mais Prazerosa.....	25
Dificuldades na Amamentação.....	27
Retorno da Mãe ao Trabalho ou à Escola.....	28
ALIMENTANDO PARA GARANTIR A SAÚDE	31
Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável.....	31
Doze Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças Menores de 2 Anos. ..	34
Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças de 2 a 9 Anos.....	35
Prevenindo as Carências Nutricionais.....	36
ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AFETO	37
Desenvolvimento Infantil.....	37
Desenvolvimento da Criança Menor de 1 Ano.....	40
Desenvolvimento da Criança de 1 a 3 Anos.....	45
Desenvolvimento da Criança de 3 a 6 Anos.....	48
Desenvolvimento da Criança de 6 a 9 Anos.....	51
PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO	53
Sinais de Alerta.....	53
Crianças com Deficiência.....	54
Transtornos do Espectro Autista – TEA	55
Síndrome de Down.....	55
PERCEBENDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO	57
Sinais de Deficiência Auditiva e Visual.....	57
PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL	58
Desenvolvimento dos Dentes	58
Limpeza da Boca e dos Dentes.....	58
Traumatismo Dentário	59
Cárie Dentária.....	59
OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO	60
Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.).....	60
Consumo em Geral.....	60
PREVENINDO ACIDENTES	61
Do Nascimento aos 6 Meses.....	61
Dos 6 Meses aos 2 Anos.....	63
Dos 2 aos 4 Anos.....	64
Dos 4 aos 6 Anos.....	65
Dos 6 aos 9 Anos.....	65
PROTEGENDO A CRIANÇA DA VIOLÊNCIA.....	66
Respeito aos Direitos Fundamentais.....	66

PARTE II – REGISTROS DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA.....	67
ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS	68
Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta.....	69
Triagens Neonatais.....	70
Consulta da 1ª Semana.....	70
Consulta do 1º Mês.....	71
Consulta do 2º Mês.....	72
Consulta do 4º Mês.....	73
Consultas do 6º Mês e do 9º Mês.....	74
Consultas do 12º Mês e do 18º Mês.....	75
Consultas do 24º Mês e do 36º Mês.....	76
Outras Medidas e Consultas Necessárias.....	77
ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO	78
Vigilância do Desenvolvimento Infantil.....	78
Avaliação dos Marcos de Desenvolvimento.....	79
Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança.....	80
Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses.....	81
Marcos do Desenvolvimento dos 6 Meses a 1 Ano e Meio.....	82
Marcos do Desenvolvimento de 1 Ano e Meio a 3 Anos e Meio.....	83
Marcos do Desenvolvimento de 3 Anos e Meio a 5 Anos.....	84
Marcos do Desenvolvimento de 5 a 6 Anos.....	85
Desenvolvimento de 6 a 10 Anos.....	86
ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO	87
Vigilância do Crescimento Infantil.....	87
Interpretando os Gráficos.....	88
Curvas Internacionais de Crescimento para Crianças Nascidas Pré-Termo.....	89
Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos.....	90
Gráfico de Peso para Idade de 0 a 2 Anos.....	91
Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos.....	92
Gráfico de IMC para Idade de 0 a 2 Anos.....	93
Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos.....	94
Gráfico de Estatura para Idade de 2 a 5 Anos.....	95
Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos.....	96
Gráfico de Peso para Idade de 5 a 10 Anos.....	97
Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos.....	98
Gráfico de IMC para Idade de 5 a 10 Anos.....	99
ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO	100
Odontograma da Primeira Dentição.....	100
Registro das Consultas Odontológicas.....	101
REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES	102
Suplementação de Vitamina A.....	102
Suplementação de Ferro e Outros Micronutrientes	102
VACINAÇÃO.....	103
Calendário Nacional de Vacinação da Criança.....	103
Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional.....	104
Registro de Outras Vacinas e Campanhas.....	105
ANOTAÇÕES	106
AGENDA DE CONSULTAS INDIVIDUAIS E ATIVIDADES COLETIVAS.....	107

PARABÉNS! ACABA DE NASCER MAIS UMA CIDADÃ BRASILEIRA!



Esta CADERNETA pertence a:

O acesso da criança e de sua família à saúde, à educação e à assistência social é um DIREITO garantido pela Constituição!

A CADERNETA DA CRIANÇA: PASSAPORTE DA CIDADANIA é um documento importante e único no qual **devem ficar registradas todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde, de educação e de assistência social** para o acompanhamento desde o momento do seu nascimento até os 9 anos de idade. Ao registrarem as informações na CADERNETA DA CRIANÇA, os profissionais compartilham esses dados com a família e facilitam a integração das ações sociais.

Esta CADERNETA traz orientações sobre os cuidados com a criança para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável. Traz também informações sobre os direitos e os deveres das crianças e dos pais, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, vacinas, saúde bucal, marcos do desenvolvimento, consumo, e informa sobre o acesso aos equipamentos e programas sociais e de educação.

Para cuidar da criança, educar e promover sua saúde e seu desenvolvimento integral, **é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de educação e de assistência social.**

ATENÇÃO!

Leve sempre a CADERNETA DA CRIANÇA quando for com sua filha aos serviços de saúde, em todas as campanhas de vacinação, quando for matriculá-la na creche ou na escola ou quando procurar os serviços de assistência social.

PARTE I

PARA A FAMÍLIA E CUIDADORES

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Filho de: _____ e

Município onde nasceu: _____ Estado: _____

Reside com: () Mãe () Pai () Responsável legal () Outro _____

() Instituição de acolhimento: _____

Endereço Rua/Av.: _____

N.º _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbano () Rural

Contato: Tel.: () _____ E-mail: _____

Cor: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena. Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

() Família cigana () Família quilombola () Família ribeirinha

() Família em situação de rua () Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia:

() Outras: _____

N.º da Declaração de Nascimento (DNV): _____

N.º do Cartão do SUS: _____

Estratégia Saúde da Família (ESF): () Não () Sim. Qual? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim. Qual? _____ n.º _____

IMPORTANTE!

Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, **será necessário realizar um cadastro**. Fique atento e verifique se o profissional que atendeu sua filha preencheu as informações indicadas acima.

Anote aqui as mudanças de endereço da família

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Assistência Social

Existem várias ações de Assistência Social que podem apoiar as famílias nos cuidados, na proteção e na orientação às suas crianças. Procure o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) mais perto de sua residência para obter informações e/ou verificar como pode ser incluída em alguma ação, tais como:

- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (grupos de convivência para várias faixas etárias).
- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), com atendimento e acompanhamento por Assistentes Sociais e Psicólogos.
- Cadastramento ou atualização do seu cadastro no Cadastro Único (CadÚnico) para os Programas Sociais.
- Programa Bolsa Família.
- Benefício de Prestação Continuada (BPC), se tiver algum membro da família com deficiência ou pessoa idosa.
- Benefício eventual – auxílio nas situações de emergência e calamidade pública, nascimento ou morte de algum membro da família.

Número de Identificação Social (NIS) da criança: _____
 (toda família cadastrada no CadÚnico tem NIS)

Beneficiária do Bolsa Família () Sim e do BPC () Sim

Acompanhada pelo Programa Criança Feliz () Sim

Outras ações, quais: _____

IMPORTANTE!

O Sistema Único de Assistência Social (Suas) é um avanço importante para que as crianças, os adolescentes, os idosos, as pessoas com deficiência e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social tenham seu direito constitucional assegurado. Em sua Rede Socioassistencial, o Suas conta com equipamentos para proteção social básica, os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), centros para atendimento de casos especiais e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas).

No Cras, você também pode obter informações sobre as condicionalidades do Bolsa Família, tais como: frequência escolar, pré-natal de gestantes, vacinação e acompanhamento do peso e altura da criança. Se estiver com dificuldades de cumprir as condicionalidades, peça orientação. Para mais informações acesse:

Sobre o Programa Bolsa Família: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>.

Sobre a Assistência Social: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/idades-de-atendimento>.

Leia mais sobre os direitos das crianças na página 10.

Anotações da assistência social

[illegible]

Educação e Vida Escolar

Toda criança brasileira tem direito à educação. A educação infantil se inicia na creche para crianças de até 3 anos de idade, segue na pré-escola para as crianças de 4-5 anos e continua no ensino fundamental e médio.

Os primeiros dias da criança na creche, na pré-escola ou na escola podem ser motivo de preocupação para as famílias. Em geral, os cuidadores não sabem como sua filha vai reagir ao novo ambiente. Cada criança tem um jeito próprio de vivenciar a transição da casa para a escola. Por isso, é necessário que os pais e os profissionais de saúde e de educação conversem entre si sobre como cuidar e fortalecer a criança e a família nessa passagem.

IMPORTANTE!

É aconselhável que você, mãe, pai, cuidador ou responsável, fique disponível para acompanhar a criança nos primeiros dias de adaptação à escola e, em especial, à creche e à pré-escola.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue lines, similar to standard notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ATENÇÃO!

A matrícula na pré-escola é obrigatória a partir dos 4 anos de idade. Mais informações sobre a educação infantil em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/secretarias/secretaria-de-educacao-basica/publicacoes/>.

Para o registro da vida escolar da sua filha, use o quadro da página a seguir.

Direitos da Criança

Toda criança tem os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à dignidade e à proteção integral garantidos pela Constituição Federal de 1988, pelo **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, Marco Legal da Primeira Infância e por outras leis. As medidas para garantir e defender esses direitos são responsabilidade do governo, da sociedade e da família.

IMPORTANTE!

Você pode requerer o **Estatuto da Criança e do Adolescente no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente** de sua cidade ou no endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm.

São direitos da criança

- Receber **identificação neonatal**, por meio da **Declaração de Nascido Vivo (DNV)**.
- Receber o **Registro Civil de Nascimento (RCN)**, que é gratuito e entregue, se possível, na maternidade.
- Ser chamada pelo **nome** desde o nascimento.
- Realizar gratuitamente os **exames de triagem neonatal**.
- Ser acompanhada em **seu crescimento e desenvolvimento**.
- Ter garantida a **vacinação** de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (MS).
- Viver em um **ambiente afetivo e sem violência**.
- Ser **acompanhada** pelos pais e responsáveis, em período integral, **durante sua internação em estabelecimentos de saúde, inclusive em unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários**.
- **Brincar e aprender**.
- Ter acesso a **água potável** e a **alimentação saudável**.
- Ter acesso a **serviços de saúde** e de **assistência social** de qualidade.
- Ter acesso a **creches e escolas públicas** de qualidade, localizadas **próximo à sua residência**.
- Ter acesso ao **lazer** e à prática de **esportes**.
- Ter **convivência familiar e comunitária**. No caso de criança afastada da convivência familiar - por medida judicial para garantir a sua proteção -, é preciso viabilizar o seu retorno seguro ao convívio familiar, no menor tempo possível, prioritariamente na família de origem e excepcionalmente em família substituta.
- Receber **transferência de renda** por meio do Programa Bolsa Família, quando a família está em situação de pobreza ou de extrema pobreza.
- Receber o **Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**, no caso de **crianças com deficiência** (veja pág. 54) e cuja família tenha renda familiar inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente e não possua meios para garantir o seu sustento.

Registro Civil de Nascimento – RCN

O RCN é o documento oficial que garante a cidadania da criança, assegurada pela Constituição Federal de 1988 (art. 5º, inciso LXXVI, alínea a) e reafirmada pela Lei n.º 9.534, de 10 de dezembro de 1997, que o tornou gratuito para todos. Você pode registrar sua filha na maternidade/hospital onde ela nasceu ou no Cartório de Registro Civil da cidade de nascimento ou do local onde a família mora.

ATENÇÃO!

A mãe ou o pai, isoladamente ou juntos, podem fazer o registro em seu próprio nome. No caso de falta ou impedimento de um, o outro terá o prazo para declaração prorrogado por 45 dias (Lei n.º 13.112, de 30 de março de 2015).

Para fazer o registro é necessário apresentar a via amarela da Declaração de Nascimento Vivo (DNV), fornecida pela maternidade ou pelo hospital onde o bebê nasceu e:

- Se os pais forem casados, a Certidão de Casamento.
- Se os pais não forem casados, documento de identificação que tenha foto e seja válido em todo o território nacional (Carteira de Identidade, Carteira de Motorista ou Carteira de Trabalho).
- Se os pais forem menores de 16 anos e não emancipados, comparecer acompanhados por um dos avós do bebê.

IMPORTANTE!

Se o bebê nasceu em casa ou em outro local que não a maternidade ou o hospital e não tem a DNV, os pais devem fazer o registro acompanhados por duas testemunhas maiores de 18 anos que comprovem a gravidez e o parto da mãe.

Direitos dos Responsáveis

São direitos do pai

- **Participar das consultas e exames de pré-natal** durante a gravidez.
- **Acompanhar o nascimento** da filha.
- **Acompanhar a filha** durante sua internação em estabelecimentos de saúde, inclusive em unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários.
- **Participar das consultas e dos exames** de acompanhamento da saúde de sua criança.
- **Pais com vínculo formal de trabalho: licença-paternidade** de 5 dias a partir do dia de nascimento da filha, prorrogáveis por mais 15 dias nas empresas do Programa Empresa Cidadã. A licença-paternidade é um direito dos pais biológicos ou adotivos.
- **Conhecer e participar do projeto pedagógico** da creche, da pré-escola e da escola que a filha frequenta.
- Ter **acesso às informações** sobre serviços, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais a que a filha possa ter direito.
- **Acompanhar a participação da filha** nos serviços de assistência social ofertados pela rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

ATENÇÃO!

Pais, participem e acompanhem a rotina de atendimento nas unidades de saúde, na creche/escola e nos serviços de assistência social. Conversem com os profissionais para esclarecer dúvidas sobre os cuidados com sua filha e sobre os estímulos de que ela precisa em cada fase do seu desenvolvimento.

São direitos da mãe

- Escolher um **acompanhante** que ficará ao seu lado durante o pré-parto, o parto e o pós-parto.
- Permanecer na maternidade ou no hospital em **alojamento conjunto com a filha**.
- Receber **orientações e aconselhamento** sobre amamentação.
- Receber, no momento da alta, **orientações** sobre quando e onde deverá fazer suas consultas de pós-parto e as consultas de acompanhamento de sua filha.
- Para as mulheres que possuem vínculo de trabalho formal (carteira assinada) e/ou contribuem para a Previdência Social (INSS):
 - Ter licença-maternidade de 120 dias ou mais. Para as mães adotivas a duração da licença-maternidade varia conforme a idade da criança adotada.
 - Ter ampliada a licença-maternidade para 180 dias, no caso de empresa privada que tenha aderido à Lei da Empresa Cidadã ou se servidora pública de órgão que ofereça essa ampliação.

- Ter estabilidade no emprego até cinco meses após o parto.
- Ter **acesso à creche** no local de trabalho, ou à creche conveniada pela empresa, caso esta possua mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.
- Ter **dois períodos de meia hora por dia para amamentar** durante a jornada de trabalho, até que o bebê complete 6 meses. Se a saúde do bebê exigir, esses períodos poderão ser mantidos por mais tempo, conforme recomendação médica.

IMPORTANTE!

Muitas empresas já oferecem lugar apropriado para amamentação com privacidade, conforto e higiene, para que a mãe possa amamentar ou retirar seu leite e armazená-lo durante toda a jornada de trabalho.

- **Acompanhar a filha** durante sua internação em estabelecimentos de saúde, inclusive em unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários.
- **Acompanhar a filha** em creche ou pré-escola durante o período de adaptação.
- Ter **acesso às informações** sobre serviços, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais a que a filha possa ter direito.
- **Acompanhar a participação da filha** nos serviços de assistência social ofertados pela rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (Suas).
- **Conhecer e participar do projeto pedagógico** da creche, da pré-escola e da escola que a filha frequenta.



CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Promover a Saúde



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

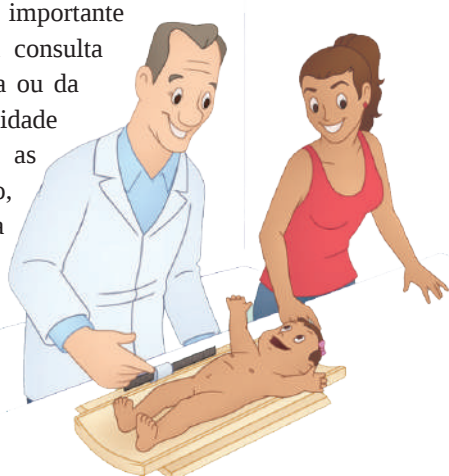
A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina devem ser feitas uma vez ao ano, de acordo com a necessidade de cuidados de sua filha. Nas consultas de rotina, você pode esclarecer dúvidas e pedir orientações sobre os cuidados que você precisa ter para que sua filha desfrute de uma boa saúde. Peça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

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 sua Filha!**

ATENÇÃO!

Verifique se o profissional registrou os resultados desses testes na página 70.

A vacinação é essencial para manter a criança saudável. 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 (pág. 103) traz os nomes de todas as vacinas que sua filha 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 (UBS) 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.



Os Primeiros Dias de Vida

O nascimento de uma criança traz muitas novidades para a rotina da família. O bebê já nasce com um comportamento próprio: uns são mais quietos, outros solicitam os pais toda hora e outros são mais chorões. Cada um do seu modo. Procure entender a sua filha, o que ela gosta ou não gosta, respeitando o seu jeito – vai ser muito mais fácil lidar com ela! É preciso que todos estejam dispostos a acolher e responder às suas necessidades, pois o recém-nascido precisa de muito carinho, amor, atenção e de um ambiente confortável e seguro.

O contato com o bebê

Os bebês gostam de sentir que os pais estão junto deles e de ouvir as vozes da mãe e do pai. Então, converse com sua filha, cante canções de ninar, fale seu nome e faça carinho tocando-a suavemente. O contato físico com seu bebê e o toque são muito importantes para criar laços afetivos e ajudar o desenvolvimento emocional e social da sua criança. O colo acalma a criança e faz com que ela se sinta segura.

O bebê é muito ligado à mãe e a quem cuida dele, por isso ele percebe quando a pessoa está tranquila ou agitada, segura ou insegura e reage do mesmo jeito. Portanto, é preciso que a mãe seja apoiada pela família e pelos amigos para também se manter calma e segura. Converse com sua filha com uma voz suave e observe como ela responde com o olhar e com sons e movimentos do corpo. E, dessa forma, você vai aprendendo a se comunicar com ela.

O choro do bebê

O choro é um comportamento normal para os bebês, é uma das maneiras que eles têm de se expressar. Na maioria das vezes, eles se acalmam quando aconchegados ao colo ou colocados no peito. Não se preocupe, bebês não ficam viciados em colo. Para se tornar independente, sua filha precisa se sentir segura e cuidada, por isso evite deixar sua filha chorando sozinha.

A alimentação

O leite materno contém tudo de que o bebê precisa para se nutrir. Além de ser a principal fonte de alimento, o peito é também uma fonte de proteção. Os bebês que se alimentam só no peito adoececem menos do que os demais. **No início, o bebê precisa sugar tanto para se alimentar quanto para se sentir seguro no novo ambiente.** Pode ser que, nos primeiros dias, o leite demore a descer, mas isso não significa que há um problema. É normal os bebês perderem peso, mas por volta do décimo dia eles recuperam o peso de nascimento. É importante ter paciência e colocar o bebê no peito, pois mamar é o principal estímulo para a descida do leite. Deve-se evitar o uso de leites artificiais, bicos, protetores de mamilos, chupetas e mamadeiras, que podem prejudicar a amamentação.

IMPORTANTE!

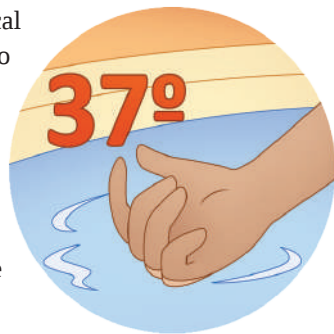
Saiba mais sobre amamentação na página 24.

O sono do bebê

O bebê recém-nascido dorme muito. Por isso, ele precisa de um lugar tranquilo, arejado e limpo para dormir. Cuide para que ele permaneça de barriga para cima. Observe se sua boca e nariz estão descobertos. Não use travesseiro e cobertor e agasalhe-o com roupa adequada, à temperatura do ambiente. Para facilitar os cuidados e a amamentação durante a noite, nos primeiros meses de vida, coloque o berço ou a rede do bebê ao lado da cama ou da rede dos pais ou cuidadores. Durante o dia o sono do bebê pode ser em ambiente normalmente iluminado e com exposição ao barulho normal, e à noite, em ambiente escuro e silencioso.

O banho

A hora do banho pode ser um momento muito relaxante. Faça sua filha 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 sua filha 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 sua filha 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 isso pode causar infecção.

A cor da pele

Preste atenção à cor da pele do bebê. A cor amarelada significa icterícia, **doença conhecida como amarelão**. Se a cor amarela aparecer nas primeiras 24 horas de vida, se for muito forte, se estiver espalhada por todo o corpo ou se durar mais de duas semanas, é necessário que sua filha seja avaliada com urgência pelo profissional de saúde. Já a cor excessivamente branca pode sinalizar albinismo, uma condição de saúde de origem genética que não é contagiosa, mas interfere na cor da pele, pelos e olhos, e pode acarretar a dificuldade na visão, alta sensibilidade a luz solar e outros cuidados específicos de saúde.

A troca de fraldas

As assaduras são muito dolorosas para o bebê. Procure trocar as fraldas sempre que estiverem molhadas ou sujas. Limpe o bebê preferencialmente com água. Não use talco. Antes e depois da troca, lave suas mãos com água e sabão, se não for possível, use álcool em gel. A vermelhidão nas áreas cobertas pela fralda pode ser assadura ou alergia. Procure orientação do profissional de saúde sobre os cuidados.

As fezes

Observe as fezes de sua filha. A quantidade de vezes que a criança faz cocô varia muito: ela pode fazer várias vezes ao dia (especialmente após as mamadas) ou ficar até dois ou três dias sem fazer cocô, ou mais, se estiver mamando só no peito. Nos primeiros dias de vida, as fezes costumam ser escuras, tornando-se amareladas durante a primeira semana. Também podem ser líquidas e, às vezes, esverdeadas. Se a criança estiver bem, se não apresentar nenhum outro sintoma, isso não é diarreia. Fezes excessivamente claras, que não escurecem, permanecendo quase brancas ou cinzentas (escala de cores mostrada a seguir), podem significar alguma doença que precisa ser investigada e descoberta cedo. Nesses casos, procure o serviço de saúde **com urgência**. É primordial e salvador de vidas investigar e descartar a atresia de vias biliares precocemente.



É mais importante observar o estado geral da sua filha e o esforço dela para fazer cocô, antes de pensar que há algo anormal.

A limpeza de roupas e objetos

As roupas, os objetos e os brinquedos de sua filha 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 sua filha 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.

Cuidados com o bebê pré-termo

Chamamos de pré-termo os bebês que nascem com menos de 37 semanas de idade gestacional. Eles podem nascer muito antes ou mais próximo de completar os nove meses e podem precisar de internação em Unidade Neonatal. Nestes casos, a ida para casa ocorre quando a equipe avalia que o bebê está bem e que os pais já se sentem seguros.

Os bebês pré-termo podem se beneficiar muito com o Método Canguru, um modo de cuidado que envolve colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe e com o seu pai. Esse contato é chamado posição canguru. Na alta hospitalar os pais são orientados sobre a importância de fazer a posição canguru em casa e sobre a necessidade do acompanhamento do bebê, de forma compartilhada, pela Atenção Especializada e pela Atenção Primária.

A chegada à casa, do RN que permaneceu em cuidados neonatais, merece atenção para não haver excesso de visitas nas primeiras semanas. Ele precisa se adaptar ao novo ambiente, aproveitar a intimidade e o contato mais dedicado de toda a família, fazer de forma lenta e progressiva novas descobertas. A continuidade, em casa, da posição canguru é uma maneira da mãe e do pai auxiliarem na adaptação da filha ao ambiente domiciliar e social. Além disso, a posição canguru contribui para a manutenção da temperatura, facilita o aleitamento materno e com isso, melhora o ganho de peso e protege o crescimento e o desenvolvimento do bebê.

O acompanhamento ambulatorial garante a continuidade dos cuidados iniciados na internação. Nas visitas domiciliares e nas consultas a Atenção Primária irá cuidar do ganho de peso, avaliar a amamentação, indicação de vacinas, informações e orientações quanto aos cuidados de puericultura. No Ambulatório de Seguimento Especializado será acompanhado quanto ao desenvolvimento, lembrando que suas aquisições serão avaliadas a partir da idade corrigida, pois tiveram seu crescimento e desenvolvimento intrauterino interrompidos pelo parto prematuro. É importante que os pais não comparem seus filhos que nasceram pré-termo com outras crianças e compreendam aspectos específicos relacionados ao seu desenvolvimento.

ATENÇÃO!

Para saber como estimular seu bebê (pág. 37 a 52) e para avaliar o seu desenvolvimento (pág. 78 a 86), você precisa, primeiro, corrigir a sua idade. Para isso, basta diminuir da idade atual o tempo que faltou para ele completar 9 meses (ou 40 semanas de idade gestacional). Por exemplo, se ele nasceu dois meses antes da gestação completar 9 meses e já tem 6 meses de vida, sua idade corrigida é de 4 meses ($6-2=4$). Em caso de dúvida, converse com o profissional de saúde.

A intervenção precoce, caso necessária, será avaliada pela equipe do Ambulatório de Seguimento, podendo exigir acompanhamento com outros profissionais ou ser iniciada com orientação de cuidados e estímulos diferenciados, realizados pela família.

Contato Pele a Pele e o Recém-Nascido

O contato pele a pele é benéfico para todos os recém-nascidos, inclusive para aqueles que nascem a termo e/ou com peso adequado, e deve ser praticado tão frequentemente quanto possível durante os primeiros dias de vida.

Essa prática contribui para que o bebê fique mais calmo, com menor duração do tempo de choro e estresse. Além disso, facilita a amamentação, ajuda a manter a temperatura e contribui para a estabilidade da respiração.

O contato pele a pele também traz benefícios para a mãe e para o pai. Possibilita maior confiança e competência dos pais nos cuidados com sua filha e promove a construção de vínculos afetivos.

Cuidados com Diarreia, Desidratação e Desnutrição

Para evitar a diarreia

- Amamente sua filha até os 2 anos ou mais. Nos primeiros seis meses, dê somente leite materno.
- Lave bem as mãos antes de preparar os alimentos, depois de usar o banheiro e antes e depois de lidar com o bebê, principalmente depois das trocas de fraldas.
- Se a sua bebê estiver utilizando outro tipo de leite ou recebendo leite materno em algum utensílio (copo, xícara ou outro), todos os materiais para preparar e oferecer esse leite devem ser bem lavados com bastante água, detergente ou sabão e uma escova apropriada. Depois de lavados, eles devem ser fervidos durante 15 minutos (contados a partir do início da fervura). Após a higienização e fervura, deixe secar naturalmente e guarde em um recipiente com tampa.
- Alimente a criança de acordo com as recomendações para a sua faixa etária.
- Prepare os alimentos até duas horas antes de oferecê-los ao bebê.
- Só ofereça alimentos guardados na geladeira por, no máximo, 24 horas.

Para evitar a desnutrição e a desidratação durante a diarreia Mantenha a criança alimentada e ofereça:

- O peito quantas vezes a criança pedir.
- Alimentos que a criança tenha mais costume de comer e dos quais ela goste mais, desde que saudáveis; além disso, aumente a frequência e ofereça os alimentos em pequenas quantidades, para evitar vômitos.
- Se a criança não estiver só no peito, ofereça água, chás, sucos, água de coco. Os chás e os sucos não devem ser adoçados.

Não ofereça:

- Alimentos ricos em gordura e fibras (verduras, laranja, mamão etc.).
- Refrigerantes, bebidas com açúcar, balas, bombons, pirulitos, chicletes etc.

IMPORTANTE!

São sinais de desidratação

- Estar com os olhos fundos • Sentir muita sede • Chorar sem lágrimas
- Ter pouca saliva • Urinar pouco • Pele com pouca elasticidade

Se isso acontecer, leve sua filha ao serviço de saúde. Se ela estiver vomitando e suas fezes estiverem muito líquidas, ofereça o soro de **reidratação oral**, mesmo antes de chegar ao serviço de saúde.

Para reidratar a criança com soro oral

O soro é uma solução que contém água e os sais minerais necessários à reidratação. Deve ser oferecido após cada evacuação ou vômito, em pequenas colheradas, até a quantidade que sua filha quiser. Se ela vomitar, aguarde dez minutos e ofereça-o mais uma vez, lentamente, devagarinho, com uma colher.

ATENÇÃO!

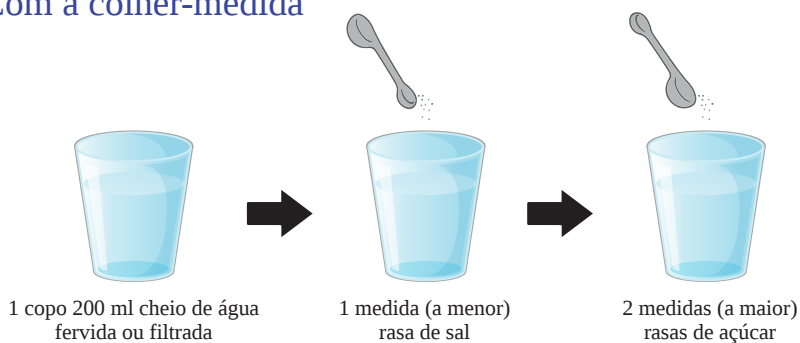
O soro oral não cura a diarreia, mas evita a desidratação, que pode matar.

Como preparar o soro de sais de reidratação oral?

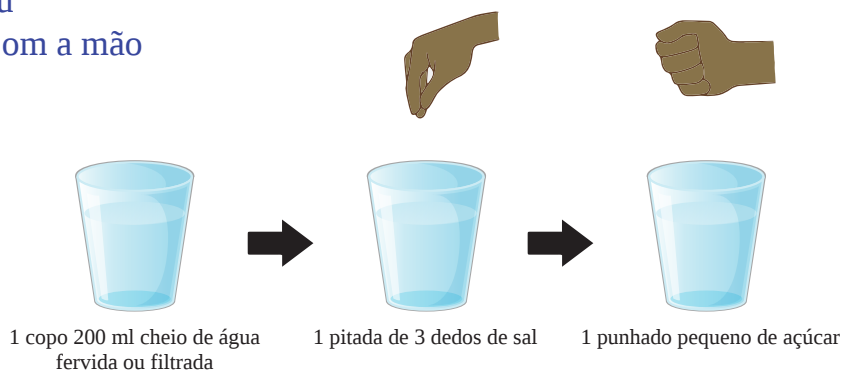
Em 1 litro de água fervida ou filtrada, despeje todo o pó de um envelope de sais de reidratação, fornecido pela Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família ou comprado em farmácia. Assim, o soro já está pronto para beber. Depois de pronto, o soro só pode ser usado por 24 horas. Não coloque açúcar nem sal no soro. Não ferva o soro depois de pronto.

Caso seja impossível conseguir o envelope de sais de reidratação para preparar o soro, uma alternativa emergencial, até consegui-lo, é fazer o soro caseiro.

Com a colher-medida



ou Com a mão



IMPORTANTE!

Evite a diarreia lavando bem as mãos após trocar as fraldas das crianças e antes de oferecer a elas as refeições.

Sinais de Perigo

Crianças menores de 2 meses

- Criança muito molinha e caidinha, que se movimenta menos do que o normal.
- Criança com pele com pouca elasticidade.
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência.
- Criança com cansaço ou dificuldade para respirar ou com respiração muito rápida.
- Criança que não consegue mamar.
- Temperatura do corpo baixa (menor ou igual a 35,5°C).
- Febre (temperatura igual ou maior do que 37,5°C).
- Pus saindo do ouvido.
- Criança com manchas avermelhadas ou arroxeadas na pele.
- Urina escura.
- Fezes com sangue.

Crianças maiores de 2 meses

- Criança com dificuldade para respirar ou com respiração rápida.
- Criança com pele com pouca elasticidade.
- Criança que não consegue mamar ou tomar líquidos.
- Criança que vomita tudo o que come e bebe.
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência.
- Criança com manchas avermelhadas ou arroxeadas na pele.

ATENÇÃO!

Caso alguma criança apresente algum desses sinais de perigo e haja dificuldade para levá-la ao serviço de urgência, ligue para 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). A ligação é gratuita.

AMAMENTANDO O BEBÊ

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, sua filha não precisa de chá, suco, água, outro leite ou alimento. O uso de água ou chá antes do 6º mês pode atrapalhar a amamentação 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 sua filha 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. Suger 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, cânceres 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 filha a se conhecerem.

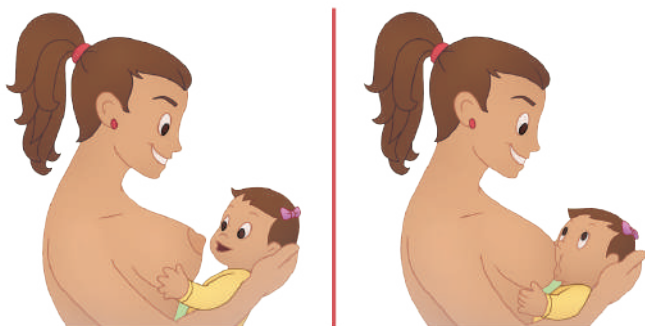
Tornando a Amamentação Mais Prazerosa

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 filha 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 sua filha 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 sua filha 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 sua filha 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 sua filha, 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 sua filha suga, mais leite você produz.

IMPORTANTE!

Se sua filha 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. Ajude sua filha a pegar corretamente a mama e veja na página 25 desta CADERNETA mais informações sobre a pega.

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 sua filha 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 sua filha 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

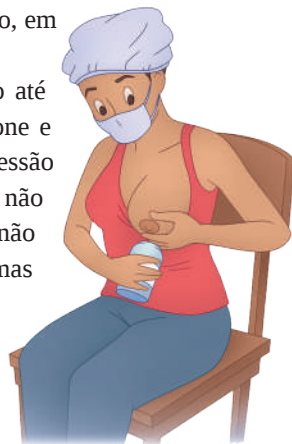
- Retire anéis, aliança, pulseiras e relógio.
- **Coloque** uma touca ou um lenço no cabelo e **amarre** um pano ou uma máscara na boca.
- **Lave** as mãos e os braços, até o cotovelo, com bastante água limpa e sabão.
- **Lave** as mamas apenas com água limpa.
- **Seque** as mãos e as mamas com toalha 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 dez 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, esquentar 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 sua filha 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. Veja as orientações em “Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável”, da página 31 à 36, para uma alimentação complementar saudável.

ALIMENTANDO PARA GARANTIR A SAÚDE

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 à sua filha 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
Aleitamento materno sempre que a criança quiser.			
Café da manhã – leite materno			Café da manhã Fruta ou Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame)
Lanche da manhã – 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 – fruta e leite materno			
Jantar – leite materno	Jantar – igual ao almoço		
Antes de dormir – leite materno			

Fonte: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019).

* É melhor oferecer a fruta ao natural, e não em forma de sucos.

** Carnes e ovos são as principais fontes de ferro e a criança deve comê-los diariamente. Para que o organismo da criança aproveite o ferro das carnes e ovos, deve-se oferecer também um alimento rico em vitamina C: folhas verdes escuras (couve, espinafre, agrião etc.) e frutas cítricas (laranja, limão, acerola, caju etc.).



Quadro 2 – Grupos 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, trigoilho (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, major-gomes, 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.

Fonte: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019).

Quando sua filha 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 sua filha.

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 sua filha 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.



Doze Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável – Crianças menores de 2 anos

PASSO 1. Amamentar até os 2 anos ou mais, oferecendo somente leite materno até os 6 meses.

PASSO 2. Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do leite materno a partir dos 6 meses.

PASSO 3. Oferecer água própria para o consumo em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.

PASSO 4. Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.

PASSO 5. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança de até 2 anos de idade.

PASSO 6. Não oferecer alimentos ultraprocessados.

PASSO 7. Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.

PASSO 8. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.

PASSO 9. Prestar atenção aos sinais de fome e de saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.

PASSO 10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.

PASSO 11. Oferecer alimentação adequada e saudável também fora de casa.

PASSO 12. Proteger a criança da publicidade dos alimentos.

IMPORTANTE!

Se a sua filha frequenta a creche, a escola ou participa de serviços socioassistenciais, procure conhecer o cardápio desses lugares e converse com os professores e orientadores sociais sobre como eles servem as refeições e quais são as preparações de que sua filha mais gosta.

Saiba mais no *Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos* em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável – Crianças de 2 anos a 9 anos

PASSO 1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.

PASSO 2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

PASSO 3. Limitar o consumo de alimentos processados.

PASSO 4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

PASSO 5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados, e, sempre que possível, com companhia.

PASSO 6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.

PASSO 7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.

PASSO 8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.

PASSO 9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

PASSO 10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

IMPORTANTE!

Você também poderá participar das atividades de culinária e de horta que sejam desenvolvidas com as crianças. Esse é um jeito divertido de aprender e valorizar diferentes práticas alimentares. Saiba mais no *Guia Alimentar para População Brasileira* em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf



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 no 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.

ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AFETO

Desenvolvimento Infantil

A criança cresce modificando a aparência e a resistência do seu corpo, mas também desenvolvendo capacidades de se comunicar, manusear objetos, movimentar-se, sentar, equilibrar-se, andar e falar.

Para cuidar e promover o crescimento e o desenvolvimento integral de sua filha, é muito importante conversar com os profissionais de saúde, de assistência social e de educação. Eles podem avaliar com a família como a criança está crescendo, desenvolvendo suas habilidades e capacidades motoras, intelectuais, sociais e emocionais.

O contexto familiar, comunitário e a história de nascimento registrados na CADERNETA DA CRIANÇA orientam a família no acompanhamento e no cuidado com a saúde e a educação das crianças.

A **primeira infância**, período que vai **do nascimento aos 6 anos de idade**, é uma fase muito importante para o desenvolvimento mental, emocional e de socialização da criança. Nessa fase são definidas as principais características do jeito de ser da criança e a maneira como ela irá interagir com as pessoas na sua família, na escola e em outros espaços da sua comunidade.

Desde bebê, a criança é ativa no seu desenvolvimento e nas suas relações. Porém, cada criança tem a sua própria forma de explorar o mundo, de construir seus conhecimentos a partir da comunicação com as pessoas próximas e com o ambiente em que elas vivem. Saber como cada criança se desenvolve contribui para que os pais, os responsáveis e os professores possam protegê-las e educá-las em um ambiente saudável e seguro.

A principal condição para uma criança se desenvolver bem é **sentir-se amada pelas pessoas que estão próximas a ela**. Isso lhe dá segurança para seguir experimentando as novas situações que vão surgindo e que são necessárias para o seu amadurecimento.

Acaricie e abrace sua filha. Demonstre seu amor e carinho por ela. Sentir-se amada possibilita que ela fique tranquila e segura.

Entretanto, amar não é permitir que sua filha faça tudo o que ela quer. A criança também precisa aprender a reconhecer o limite entre aquilo que ela pode e o que ela não pode fazer e entre uma situação em que ela está segura e outra na qual ela pode estar em perigo.

IMPORTANTE!

Esses limites precisam ser ensinados com clareza, segurança e carinho. Os pais precisam ter tranquilidade e paciência para conversar com a criança, explicando e repetindo as orientações tantas vezes quantas forem necessárias, sem exigir mais do que ela é capaz de entender e fazer.

Algumas vezes, a criança responderá com birra e desobediência quando não permitirmos que ela faça algo. Esses comportamentos são atitudes de autoafirmação que fazem parte do desenvolvimento dela.

As **atitudes de fazer birra e de desobedecer não querem dizer que a criança seja nervosa**. Na verdade, essas são as maneiras que ela encontra para expressar sua raiva por não poder fazer algo ou por não ter o que quer. A criança muitas vezes ainda não sabe falar para negociar com os adultos. É importante deixar que ela expresse seus sentimentos, mas é importante também colocar limites, com paciência e carinho. Enquanto ela ainda não fala, preste bem atenção quando sua filha chorar.

Ela chora de um jeito diferente, dependendo do que sente: fome, frio, calor, dor ou necessidade de aconchego. Ela também se comunica pela expressão facial e com movimentos corporais. Se você achar que algo não vai bem com sua filha, insista para que o profissional a examine.



ATENÇÃO!

Peça ao profissional de saúde para marcar as conquistas da sua filha nos quadros da vigilância do desenvolvimento infantil (pág. 81 a pag. 86), assim como orientar você sobre o desenvolvimento dela.

Em seu processo de desenvolvimento, a criança precisa ser estimulada em sua curiosidade. Procure ter tempo disponível para brincar e estimular sua filha. Aproveite os horários das mamadas/refeições e do banho para conversar com ela e explicar o que você está fazendo, com toques suaves e aconchego.

IMPORTANTE!

Leia para sua filha!

Você sabia que o bebê, nos últimos três meses da gravidez, já é capaz de identificar a voz dos pais? Por isso, você pode ler para a sua filha mesmo antes de ela nascer. Estudos mostram que um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento futuro da criança são as atividades que acontecem em família. E que atividades são essas? São práticas tão simples como: conversar com sua filha, fazer perguntas, ler em voz alta e narrar histórias.

A leitura em família é uma atividade prazerosa, que estimula a imaginação e a concentração das crianças. A história não precisa ser complexa. É possível ler um livro que possua apenas ilustrações. A leitura em família fortalece os vínculos familiares e cria um agradável momento de conexão entre pais e filhos. Além disso, crianças criadas em lares onde os pais leem regularmente têm mais facilidade para aprender a ler e escrever.

Separe pelo menos dez minutos todos os dias para ler para sua filha! Se você conseguir ler por mais tempo, melhor ainda. O importante é criar o hábito. Cada minuto de leitura com sua filha trará um grande retorno para toda a vida.

Para mais informações acesse: <http://alfabetizacao.mec.gov.br/contapramim>

Cuide do tom de voz, das palavras, dos gestos e de suas atitudes quando se comunicar com sua filha ou com alguém na frente dela. Procure não gritar e ser agressiva com outras pessoas diante de sua filha. Os comportamentos das pessoas próximas são observados e, com frequência, imitados por ela.

Inicialmente, cabe à família atender às necessidades físicas e afetivas, estimular e apoiar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança. Posteriormente, a criança frequentará creches e escolas. Cabe aos pais e aos profissionais de educação criar um ambiente estimulante, com oportunidades de interação e brincadeiras entre as crianças, além de cuidar para que tal ambiente seja seguro, protegendo-as do risco de acidentes.

Observar a evolução do desenvolvimento de sua filha é muito importante. Durante sua consulta, procure conversar com os profissionais de saúde sobre como ela está se desenvolvendo.

ATENÇÃO!

É muito importante você também acompanhar alguns marcos do desenvolvimento da criança registrados nesta CADERNETA (pág. 81 a pág. 86).

As etapas do desenvolvimento da sua filha podem ser acompanhadas de acordo com alguns marcos que estão contidos nesta CADERNETA. Eles ajudam os trabalhadores de saúde e os familiares a identificar precocemente problemas no desenvolvimento da criança, permitindo que o apoio necessário seja oferecido mais rápido. Se você perceber que sua filha ainda não atingiu algum marco previsto para a faixa etária em que ela está, converse com o profissional de saúde, peça orientação e tire suas dúvidas.

A seguir, você terá algumas orientações sobre como estimular sua filha de acordo com a idade.

Desenvolvimento da Criança Menor de 1 Ano

Do nascimento aos 2 meses

Desde o nascimento, a criança é capaz de ouvir, reconhecer e se acalmar com a voz de pessoas da família, especialmente a da mãe, do pai ou de outro cuidador frequente. Nesta idade, o bebê já escuta e enxerga a uma distância de 20 cm, exatamente a distância entre o bebê e o rosto da mãe quando amamentando. Aproxime seu rosto do rosto de sua filha e converse com ela de forma carinhosa. Pode parecer infantil, mas ela vai se interessar. **A ligação entre a mãe e o bebê é muito importante neste início de vida. O contato carinhoso estimula o cérebro da criança e fortalece esse vínculo.**

- Mostre objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm dos olhos da sua filha, movendo-os para cima, para baixo e para os lados.
- Estabeleça contato visual, olhe nos olhos do seu bebê quando estiver falando.
- Cante para ela. Os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de cantigas de roda. A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria.
- Leia e conte histórias para ela.
- Para fortalecer os músculos do pescoço da sua filha, deite-a de barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos, diga seu nome, estimulando-a a levantar a cabeça.



Entre 2 e 4 meses

Aos poucos, sua filha começa a balbuciar, a brincar com o som de sua própria voz, e gosta quando você corresponde ou a imita. Continue conversando com ela.

No início parece muito difícil, mas procure ir criando uma rotina das mamadas, do banho, de brincar no tempo que ela está acordada. Isso facilita a regulação das funções fisiológicas do bebê.

- Brinque com ela, ofereça objetos ou brinquedos para ela pegar ou tocar com a mão. Nessa idade ela só pega o objeto se for colocado na sua mão, isto é, ainda não consegue buscar o objeto, apenas o toca, ou bate nele, mas fica atenta à brincadeira. Esse jogo, além de favorecer seus movimentos, também vai diverti-la.

- Leia e converse com sua filha, ouvir a voz da mãe e do pai ajudará o bebê a relaxar. Cante bastante para seu bebê, principalmente músicas com repetições. Bebês amam escutar a voz dos pais! Quando ela ficar maior, deixe-a completar os versos.

- Quando acordada, deixe sua filha em lugar firme, seguro, no qual ela possa ficar com os braços livres. Vire-a de bruços por breves períodos no seu próprio colo ou na cama, para que ela possa olhar o mundo de outro ângulo.

- Na hora de colocá-la para dormir, as canções suaves ajudam muito a acalmá-la.

Entre 4 e 6 meses

Após o 4º mês de vida, os bebês podem segurar objetos com as duas mãos, observá-los e levá-los à boca.

- Ofereça brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, como pequenas tigelas de plástico, chocalhos e mordedores, para que sua filha possa buscá-los, segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar. Os bebês também gostam de brincar com as próprias mãos e pés. Observe-a e deixe-a livre para que possa conhecer o próprio corpo.

- Converse ou faça barulhos de um lugar onde sua filha não esteja vendo você para que ela tente localizar de onde vem o som.

- Use a fala materna (manhês), aquela fala meiga que alonga as vogais e que naturalmente usamos com bebês: “Coisiiinhaaa fooofaaa da mamãeee!”. Ao usar a fala materna, **não use frases como as exemplificadas a seguir**: “Papá macalão?”, “Nenê vai botá papatinho, vai?”, “Olha o cacholinho!” As crianças aprendem baseado no que ouvem, portanto, devem ouvir a pronuncia correta das frases.

- Aponte para as coisas e as nomeie: “Isso é uma borboleta!”, “Olhe o gatinho!”, “Isto é uma bola de basquete!”

- Dê livros de plástico e de pano para o seu bebê, prefira livros com ilustrações em cores fortes e contrastantes.

- Brinque de imitação. Faça caretas, coloque a língua para fora, sorria e jogue beijos. O bebê logo o imitará.
- Reproduza os sons de animais e de objetos e peça que o bebê os imite: “A vaca faz muuu!”, “O gato faz miau!”, “A buzina faz bibiii!”
- Ao final desse período, ela já é capaz de chamar sua atenção: ela já sabe encontrar formas de lhe pedir algo. Ofereça brinquedos etc. e espere um pouco para ver sua reação. Assim, ela também aprenderá a expressar vontade e aceitação, prazer e desconforto.
- Por volta dos 5 meses, estimule-a a rolar de barriga para cima e depois para baixo. Coloque-a sobre um papelão grosso de uma caixa desmontada (que não seja de produtos tóxicos e/ou com cheiros fortes) ou outro forro que fique firme no chão para facilitar seus movimentos.

Entre 6 e 9 meses

Nesta faixa etária, a criança busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las para obter a sua aprovação.

- Dê atenção à sua filha e demonstre que você está atenta aos seus pedidos. Demonstre alegria e interesse por sua aprendizagem.
- Aproveite o momento de dormir ou a rotina do sono para ler por alguns minutos para seu neném. Você pode ler livros com rimas e letras de canções!
 - Evite falar a maioria das palavras no diminutivo, pois elas ficam mais longas e, conseqüentemente, mais difíceis de serem diferenciadas pelo bebê. Por exemplo, a palavra “pão” tem uma sílaba, e a palavra “pãozinho”, três.
 - O bebê já consegue dormir, comer e brincar em uma rotina mais organizada, de acordo com o ritmo da família. A manutenção de uma rotina diária dá segurança à criança e ajuda no seu aprendizado da organização e da disciplina, o que será importante para toda a sua vida.

Nesta fase, o bebê começa a estranhar as outras pessoas. Isso é um bom sinal!



Ela já sabe que você e as pessoas que cuidam regularmente dela são diferentes das demais e expressa essa preferência!

- Cubra o rosto ou objetos com um pano e pergunte à sua filha onde está. Caso ela não o encontre, retire o pano para que ela possa vê-lo. Aos poucos, ela perceberá que você ou o objeto está escondido por trás do pano. Essa brincadeira possibilita que a criança aprenda que as pessoas e os objetos continuam existindo mesmo quando ela não os vê.
- Bata palmas ou crie situações atraentes e curiosas para ela. Use a sua imaginação!
- Dê à criança brinquedos com cores, texturas e temperaturas variadas, fáceis de segurar, para que ela aprenda a passar objetos de uma mão para a outra. Elas também gostam de batê-los no chão e colocá-los dentro de caixas ou de outros recipientes de boca larga.
- Fale o nome dos objetos, pessoas e partes do corpo da sua filha, incentivando que ela participe da conversa, emitindo sons e sorrisos.
- Converse bastante com ela, usando palavras de fácil repetição, como “dadá”, “papá” etc.
- Coloque sua filha no chão, em uma esteira ou colchonete, estimulando-a a sentar-se.
- Coloque objetos à sua frente para que ela vá buscá-los, incentivando-a a se arrastar ou engatinhar.
- Como a partir dos 6 meses a criança começa a receber outros alimentos além do leite materno, aproveite as refeições para conversar e interagir com ela.

IMPORTANTE!

Evite deixar sua filha muito tempo sentada sem que ela possa sair dessa posição sozinha. Ela precisa de liberdade para movimentar o corpo inteiro e rolar, para depois, por volta dos 6 meses, começar a tentar sentar sozinha, embora ainda com o apoio das próprias mãos.

Entre 9 e 12 meses

Em torno de 1 ano de vida, o bebê já consegue falar algumas palavras além de “mamã” e “papá” e nomear os objetos e as ações mais comuns.

- Ajude sua filha a aumentar seu vocabulário.
- Ensine a ela os nomes das coisas e das pessoas, explique tudo o que você faz com ela, para ela, o porquê de estar fazendo algo e para que isso serve.
- Converse com sua neném, ela vai aprendendo a falar e a entender bem o que as outras pessoas falam.
- Ouça e cante músicas fazendo gestos, batendo palmas, dando tchau, incentivando que sua filha imite você.
- Faça perguntas simples e dê pequenas ordens: “Vem aqui”, “Pegue o brinquedo”, “Me dá” etc.
- Continue lendo e contando histórias para ela, principalmente na hora de dormir.
- Mostre-lhe as figuras dos livros quando estiver lendo e contando as histórias.
- Estimule sua filha a reconhecer e repetir os nomes das pessoas, dos animais e dos objetos que vê. As crianças gostam de apontar as figuras e ouvir alguém contar uma história sobre elas.
- Estimule sua filha a caminhar. Inicialmente, ela buscará apoio nos móveis e gradualmente vai largá-los. Os móveis devem estar firmes para que não caiam sobre ela. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule sua filha a pegá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem precisar de apoio. Aos poucos, ela soltará as mãos e se equilibrará nas duas pernas e conseguirá caminhar.
- O uso de andador não é recomendado, pois este equipamento traz risco para segurança do seu bebê.
- Estimule o contato de sua filha com outras crianças.
- Ofereça pequenos objetos, como bolinhas de papel, pedaços de frutas ou outros para que ela possa pegar e treinar fazer uma pinça com os dedos. Mas tome muito cuidado para que ela não leve estes objetos a boca ou aos ouvidos ou ao nariz.
- Não deixe a criança sozinha com pequenos objetos.



Desenvolvimento da Criança de 1 a 3 Anos

Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses

Continue sendo claro e firme ao colocar limites. Ordens diferentes, dadas ao mesmo tempo, deixam a criança confusa, sem saber o que fazer.

■ Afaste-se de sua filha por períodos curtos, para que ela não se sinta insegura, e vá fazendo com que ela se acostume, aos poucos, com a sua ausência.

■ Crie oportunidades para que sua filha aprenda a comer sozinha, a usar o talher com a própria mão, direita ou esquerda, de acordo com a sua habilidade, mas ajude-a a terminar sua refeição. Ela ainda precisa de seu apoio.

■ Preste atenção em sua filha, em seu olhar, em suas expressões faciais, em seus gestos, em suas falas. Esse é o primeiro passo para vocês estabelecerem contato.

■ Ofereça-lhe caixas ou potes de diversos tamanhos e incentive-a a empilhá-los.

Mostre-lhe como fazer isso e deixe-a imitá-lo.

■ **Faça pedidos simples e fale os nomes corretos dos objetos. Isso ajuda a criança a aumentar seu vocabulário e aprender a pedir o que quer.**

■ Crie oportunidades para que ela aprenda a andar sozinha, com equilíbrio e segurança, de modo que possa alcançar, pegar ou largar um brinquedo.

■ Crie oportunidades para que ela aprenda a rabiscar (com materiais como o giz de cera). Essa atividade estimula a criatividade e a coordenação dos movimentos das mãos.

■ Nesta fase, ela já entende o que você diz. Portanto, seja claro com a criança, mostrando o que ela pode e não pode fazer. Dê-lhe limites.

■ Puxe um carrinho com uma corda e mova em diferentes direções para que sua filha possa acompanhar o movimento andando tanto para a frente quanto para trás, ou fazendo curvas.



Entre 1 ano e 6 meses e 2 anos

Nesta idade, a criança já compreende melhor o que é dela e o que é dos outros, mas ainda precisa de orientação para aprender a compartilhar brinquedos e para aceitar que não pode fazer tudo o que quer.

IMPORTANTE!

As birras – gritar, chorar, se jogar no chão – são comportamentos frequentes nestas e nas próximas fases do desenvolvimento infantil. Os cuidadores devem ficar vigilantes, mas não desesperados e sem controle ao lidar com esse comportamento. De forma nenhuma reaja à birra, falando, gritando, batendo. Espere calmamente, não ceda. Espere sua filha se acalmar; então, diante de solicitações adequadas, sem gritos ou choros, você deve atendê-la quando possível e elogiá-la por ter conseguido superar a birra.

- Estimule sua filha a tirar as próprias roupas, mas ajude-a no início de suas tentativas.
- Perto dos 2 anos de idade, as crianças começam a falar ou a apontar quando fazem cocô ou xixi. Comece a incentivar sua filha a usar o vaso sanitário ou o penico. Faça isso em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la. Inicialmente, deixe a criança sem fraldas durante o dia, com calcinha ou shorts, para que ela perceba quando faz xixi ou cocô. Quando você mesma perceber que ela está com vontade, leve-a até um penico e deixe que ela experimente usá-lo sem ser forçada. Aos poucos, vá incentivando-a e ajudando-a a usar o vaso sanitário.
- Continue oferecendo brinquedos de encaixe que possam ser empilhados e brinque com sua filha para que ela possa imitar você.
- Continue contando histórias usando livros e revistas. Nomeie os objetos e os personagens e crie histórias a partir das figuras.
- Brinque de “Eu vejo com meus olhinhos”:
 - Adulto – Eu vejo com meus olhinhos uma coisa amarela!
 - Criança – É a bola?
 - Adulto – Não!
 - Criança – É o girassol?
 - Adulto – É quase isso. Só que o que eu estou vendo está bem distante, lá no alto.
 - Criança – Já sei! É o sol!
 - Adulto – Isso mesmo! Acertou! É o sol, que está lá no céu!
- Brinque com sua filha: jogue bola, faça brincadeiras que envolvam o uso do corpo. Para mais informações sobre brincadeiras na primeira infância, acesse <http://alfabetizacao.mec.gov.br>

Entre 2 e 3 anos

Procure acompanhar as atividades da sua filha e demonstre interesse e satisfação por seu aprendizado e amadurecimento nessas habilidades.

- Incentive sua filha a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinha.

- Elogie suas conquistas e só a ajude quando ela precisar.
- Continue estimulando-a a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la. A retirada das fraldas depende muito da presença motivadora dos cuidadores.
- Estimule sua filha a brincar com outras crianças para aprender a se relacionar e a compartilhar os brinquedos. A brincadeira fortalece a convivência social e os vínculos comunitários.
- Evite falas negativas que desencorajem o diálogo, como: “Saia daí!”, “Não pode!”, “Fique quieta!”, “Cale a boca!”. Use a palavra “não” só em momentos realmente necessários: “Não coloque o dedo na tomada, filha! É perigoso!” Quando disser “não”, faça-o com firmeza, mas sem agressividade.
- Aproveite as refeições para as conversas em família. Ao menos uma vez por dia, faça o possível para que toda a família se sente à mesa para confraternizar. Mantenha a televisão desligada.
- Converse sempre com a criança. Uma das formas de conversar é comentar em voz alta o que o adulto e a criança estão fazendo ou vendo. É como se o adulto estivesse pensando em voz alta. Assim, a criança começará a entender como os problemas são resolvidos. Exemplo: “Agora vamos pegar o sabonete para lavar as mãos, depois vamos lavar os braços...”
- Cante músicas e conte histórias de um jeito simples, para que sua filha possa repeti-las. Ela pode falar sobre os personagens e acontecimentos da história e também sobre fatos de seu dia a dia, de suas brincadeiras, os nomes dos amigos e os lugares que frequenta. Essas atividades estimulam o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Mostre à criança figuras de animais, de peças do vestuário, de objetos domésticos e estimule-a a falar sobre eles: o que fazem, para que servem. Pergunte a ela, por exemplo: “Quem mia?”, “Quem late?”.
- Brinque de desenhar. Sua filha pode desenhar no papel, com giz, e também na areia e na terra, com o dedo.
- Ofereça pedaços de madeira, plástico, caixinhas, potes e peça para sua filha construir torres, pontes, caminhos e casas. Essa brincadeira ajuda a desenvolver a imaginação e a criatividade. Você também pode pedir que ela separe os objetos pela cor e pela forma.

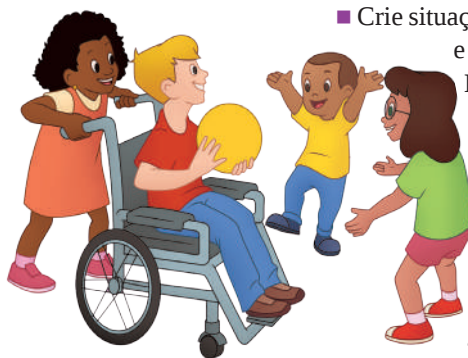
IMPORTANTE!

É hora de ensinar sua filha a esperar a sua vez para ser atendida, a ser tolerante com pequenas frustrações, como perder nos jogos e nas brincadeiras, a adiar o ganho de prêmios e recompensas, além de conter seus impulsos e refletir sobre seu comportamento.

Desenvolvimento da Criança de 3 a 6 Anos

Entre 3 e 4 anos

Após os 3 anos, a criança já consegue permanecer por mais tempo em uma mesma brincadeira e prestar mais atenção em características como a cor, a forma e o tamanho dos objetos.



- Crie situações nas quais sua filha possa experimentar e reconhecer as diferentes sensações. Nesta fase, ela já é capaz de diferenciar sensações, como frio, calor, seco e molhado. Você pode, por exemplo, fazer comentários como: “Hoje está muito frio, vamos colocar esse casaco?”, ou “Está fazendo calor, vamos tirar esse casaco?”. Outros comentários: “Pegue aqui no copo. O leite está quente”, ou “Pegue aqui no copo. A água está fria”.

- Faça brincadeiras que desenvolvam o equilíbrio e a concentração: andar de triciclo, pular para dentro e para fora de um círculo desenhado no chão, andar em linha reta, pular num pé só alternando a perna e chutar a bola.
- Promova brincadeiras com outras crianças.

IMPORTANTE!

Se sua filha frequenta a creche ou a pré-escola, participe das reuniões e converse com os professores para saber mais como você pode promover a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento. Ela pode ter sido educada e cuidada no ambiente familiar até os 4 anos, mas a partir desta idade a matrícula na pré-escola é obrigatória.

Entre 4 e 5 anos

A criança já se comunica bem por meio de palavras e ganha independência.

- Incentive sua filha a expressar suas ideias, inventar ou recontar histórias, canções e rimas. Escute-a com atenção. Essa atitude amorosa estimula o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Não repreenda sua filha quando ela estiver expressando suas fantasias. Ela está apenas aprendendo a dizer o que pensa.
- Estimule sua filha a falar sobre o que ela está fazendo e a contar experiências marcantes da vida dela.
- Em vez de apontar o erro diretamente, mostre com naturalidade a forma correta de falar, sem que sua filha perceba que está sendo corrigido.

Criança – Mamãe, eu não *sabo* onde ele *tá*!

Adulto – É mesmo? Eu também não sei onde o cachorro está! Vamos procurá-lo!

- Estimule sua filha a correr, subir e descer, pular de pequenas alturas, pular em um pé só. Você pode, por exemplo, convidá-la a imitar o Saci-Pererê, pular corda, brincar de amarelinha.

■ Passeie com ela em praças, parques ou outros locais onde ela possa se movimentar com segurança, mantendo sempre o olhar atento.

■ Brinque de colocar pedras, brinquedos e outros objetos em ordem de tamanho. Peça a sua filha para ordenar os objetos do maior para o menor e do menor para o maior.

■ Nesta idade, a criança já consegue fazer muitas coisas de forma independente. Permita que ela guarde seus brinquedos, escolha suas roupas, tome banho e vá ao banheiro sozinha.

■ Permita que sua filha colabore na realização de atividades simples do dia a dia, por exemplo, colocar os sapatos dentro do armário, pegar o pão em cima da mesa, tirar o brinquedo de dentro da caixa e organizar seus brinquedos.

■ Ensine as posições que os objetos ocupam no espaço: em cima ou embaixo, perto ou longe, na frente ou atrás. Esse tipo de aprendizado é importante para a criança se orientar no espaço.

■ Promova brincadeiras que exijam movimentos amplos, equilíbrio e agilidade, como as brincadeiras de “estátua” e de “coelho sai da toca”.



IMPORTANTE!

Mesmo que sua filha tenha dificuldade, estimule suas iniciativas e ajude-a somente quando perceber que ela está atrapalhada para realizar a tarefa. Valorize seu esforço e não ridicularize sua dificuldade.

■ Nesta idade, a criança pergunta com insistência sobre a causa de alguns acontecimentos. “Por quê?”, “como?”, “para quê?” são perguntas frequentes. Responda às perguntas de sua filha de um jeito que ela possa entender. Satisfaça a sua curiosidade e deixe que ela explore a sua capacidade de descobrir e compreender o mundo.

■ Não corrija eventuais erros de linguagem. Apenas repita o que sua filha disse de forma correta para que ela tenha um modelo a imitar.

■ Incentive-a com brincadeiras e atividades, como desenhar de forma espontânea, copiar desenhos, colorir, recortar e colar figuras de revistas, fazer esculturas com argila ou barro. Peça para ela falar sobre o que desenhou ou construiu.

■ Continue incentivando sua filha a brincar com outras pessoas. A interação da criança com seus brinquedos, amigos e familiares proporciona o apoio necessário para que ela se relacione com o meio social e cultural.

Entre 5 e 6 anos

Por volta dos 6 anos de idade, a criança tem interesse por jogos e brincadeiras com regras – passa anel e jogo da memória –, que desenvolvem habilidades como a adequação a limites, a cooperação, a negociação e a competição saudável. Nesta fase, a criança já é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.

■ Incentive sua filha a perceber novas relações entre os objetos para fortalecer sua capacidade de reflexão. Peça, por exemplo, para ela observar como os objetos podem ter quantidades e formas, tanto diferentes como iguais. Pergunte, por exemplo: “Onde tem mais objetos?”, “Onde tem menos?”.

■ **Incentive as brincadeiras de faz de conta, de casinha, de escola e de teatrinho. Elas ajudam a criança a organizar e expressar seus pensamentos e suas emoções e enriquecem sua identidade. Ao interpretar personagens e dar vida e função aos objetos, a criança experimenta outras formas de ser.**

■ Promova brincadeiras que ajudem sua filha a desenvolver seu equilíbrio. Por exemplo, peça para ela andar sobre uma linha desenhada no chão, colocando os pés bem juntinhos, um na frente do outro.

■ **Conte histórias, ensine poesias, rimas e canções e incentive sua filha a usar criativamente o que aprendeu. Brinque de formar famílias de palavras, assim: família das frutas (limão, abacaxi e banana), família dos meios de transporte (ônibus, carro, caminhão, carroça) etc.**

■ Dê tarefas que sejam adequadas à capacidade e à habilidade da criança e insista na sua realização. Ela pode, por exemplo, ajudar em algumas tarefas domésticas e cuidar do seu material escolar. Com isso, estará construindo o senso de responsabilidade, que é uma atitude fundamental para a vida adulta.

■ Promova atividades de desenho e pintura.



Desenvolvimento da Criança de 6 a 9 Anos

Nesta faixa etária as habilidades adquiridas nas fases anteriores se consolidam, seja por um aprendizado intenso, seja na escola ou fora dela, seja pelo distanciamento da casa e dos pais, seja pela maior participação da criança na comunidade. A criança começa a ter noções gerais sobre si, entendendo quem ela é no mundo, com afirmações como “sou legal”, “sou bagunceira”, “sou inteligente”, “sou engraçada” etc. A influência dos amigos e colegas da mesma idade adquire grande importância nesta etapa da vida, e a influência dos pais ganha outras formas.

IMPORTANTE!

A partir dos 6 anos, a criança passa a pensar com lógica. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam: ela está começando a pensar por si mesma. Incentive sua filha a manifestar suas próprias ideias e pensamentos.

- Estimule cada vez mais a independência de sua filha, mas, ao mesmo tempo, esteja muito próximo dela. Converse, troque ideias, seja companheiro, de forma que ela possa ir construindo a sua visão de mundo de acordo com os valores e os limites da família e da convivência na comunidade.
- Acompanhe a vida escolar da sua filha e valorize suas conquistas. Converse com os professores sobre o seu aprendizado, seu comportamento na escola e sua socialização com os colegas e os professores.
- Promova sua participação em atividades esportivas e artísticas de acordo com suas preferências e habilidades. Essas atividades são boas para crianças porque favorecem o aprendizado da disciplina, da coordenação motora, da convivência em grupo e o desenvolvimento de outras aptidões.
- Pergunte à sua filha como foi o dia dela, de que ela brincou e o que aprendeu de importante na escola. Demonstre curiosidade pelo que seu filho tem a dizer. Seja um ouvinte entusiasmado.
- Dê incentivos positivos a sua filha e destaque a razão dos elogios: “Muito bem! Você limpou a sujeira do chão!”, “Legal! Você está ajudando o amigo a brincar.”
- Faça de sua filha uma ajudante. Ela se sentirá muito importante. Peça para que ela encontre e lhe traga coisas ou que cumpra ações simples: “Filha, busque o açúcar para a mamãe”, “Filha, segure a fita métrica para o papai medir esta tábua”,
- Pergunte, pergunte e pergunte. Estimule a curiosidade, o raciocínio e a capacidade de expressão de sua filha por meio de perguntas. Faça, por exemplo, perguntas exploratórias, tais como: “Filha, por que a Lua muda durante o mês?”, “De onde vem a chuva?”, “Para onde vai o lixo?”

ATENÇÃO!

Não preencha todo o tempo da sua filha com atividades de hora marcada. Ela ainda precisa de horas livres para brincar.

São sugeridas ainda algumas dinâmicas essenciais que contribuem para a integração entre pais e filhos:

- 1 - Trate sua filha com muito amor e carinho.
- 2 - Converse com sua filha.
- 3 - Valorize e respeite o que sua filha tem a dizer.
- 4 - Leia em voz alta para sua filha.
- 5 - Conte histórias para sua filha.
- 6 - Dê livros de presente para sua filha.
- 7 - Leia e escreva diante de sua filha.
- 8 - Participe da vida escolar de sua filha.
- 9 - Elogie e encoraje sua filha.
- 10 - Partilhe experiências de contato com a natureza com sua filha.
- 11 - Realize em conjunto atividades adequadas a idade e ao interesse da sua filha.

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO

Sinais de Alerta

A seguir, destacam-se alguns sinais de alerta que fazem suspeitar de algum problema de desenvolvimento da criança.

Observe se sua filha:

- Não busca interação, não reage ou se irrita ao contato com as pessoas e com o ambiente.
- Não responde ao olhar, aos sons, à conversa e ao toque quando é amamentada, alimentada, colocada no colo ou acariciada.
- Demonstra maior interesse por objetos do que por pessoas.
- Habitualmente fica isolada e não se interessa em brincar com outras crianças.
- Tem dificuldade na fala e em atender aos comandos.
- Faz gestos e movimentos repetitivos.
- Tem dificuldades para virar de bruços, sustentar a cabeça, engatinhar e andar. Demora mais tempo que as outras crianças para fazer essas ações.
- Tem dificuldade para memorizar e realizar uma tarefa até o fim.
- Tem dificuldade para aprender e solucionar problemas práticos relacionados as atividades da vida diária.
- Tem dificuldade com o sono ou com a alimentação.
- Tem sensibilidade exacerbada a determinados ruídos de motores de eletrodomésticos, furadeiras e fogos de artifício.
- Não aceita o toque, não responde quando alguém fala seu nome e apresenta baixa frequência de sorriso e reciprocidade social.
- Apresenta muita agressividade.
- Apresenta intensa agitação, impulsividade e falta de atenção.
- Desafia com frequência e tem dificuldade de seguir as regras.

IMPORTANTE!

Se sua filha não age como você espera, apresenta comportamentos diferentes dos apresentados por outras crianças da mesma idade e/ou não está alcançando os marcos do desenvolvimento para sua idade (pág. 81 a pág. 86), converse com os profissionais de saúde, educação e assistência social. Na maioria das vezes não é nada sério, mas quanto mais cedo um problema de desenvolvimento for identificado e enfrentado, melhores serão os resultados.

A suspeita de uma alteração no desenvolvimento da criança pode gerar momentos difíceis e sentimentos como medos, dúvidas, angústias e dificuldades em aceitar o problema. Todos esses sentimentos são normais diante de um fato novo e não esperado pela família. Procure e aceite ajuda e apoio dos profissionais de saúde, educação e assistência social. Compartilhar pode lhe dar mais tranquilidade e segurança para lidar com essa situação.

Crianças com Deficiência

Muitas vezes ainda não se tem um diagnóstico, mas já se percebe um atraso ou alterações no desenvolvimento da criança desde os primeiros meses de vida; nestes casos, ela precisa ser encaminhada para profissionais com experiência em desenvolvimento infantil.

São fundamentais a identificação e a intervenção precoce para crianças com deficiência.

Por isso, é importante a realização dos testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho.

IMPORTANTE!

O afeto, o amor, o bom senso e a vontade de superar limites, além da esperança e da disposição para a luta, dão mais confiança à criança, ajudando-a também a ter mais disposição para enfrentar dificuldades que lhe são impostas. Converse com os profissionais, porque você não está sozinho.

A parceria entre pais, profissionais de saúde, assistência social e de educação muito contribui para o estímulo ao desenvolvimento e à atenção integral à criança com deficiência.

Nos casos confirmados de alterações específicas do desenvolvimento da criança, é responsabilidade dos profissionais do serviço de saúde articular e organizar todo o cuidado de que ela necessita nos vários serviços especializados de saúde, como centros de reabilitação etc. **A família deve buscar, além do tratamento especializado, apoio psicossocial e emocional na rede de saúde e nos serviços socioassistenciais (Cras) e também deve se informar sobre os direitos das crianças com deficiência:** o passe livre de transporte, o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), a educação inclusiva, o cuidado centrado na família e as políticas públicas de acessibilidade e inclusão social, por exemplo.

Quanto mais cedo a família tiver informações sobre os direitos de sua filha, maior será a chance de incluí-la na sociedade em igualdade de condições com as outras crianças.

ATENÇÃO!

Para saber mais sobre os direitos das pessoas com deficiência consulte a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Transtorno do Espectro Autista – TEA

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades.

Cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) a tarefa de identificação de sinais iniciais de alterações no desenvolvimento, durante as consultas de rotina da criança, buscando identificar sinais precoces de desenvolvimento atípico e suspeita de TEA.

Medidas de estimulação, mediante a detecção de ausência de algum marco no desenvolvimento, devem ser tomadas imediatamente pela equipe, uma vez que a intervenção precoce e oportuna favorece um melhor desfecho para a criança, independentemente de confirmação diagnóstica posterior.

Até o momento, não são conhecidos exames laboratoriais ou marcadores biológicos para identificação do TEA, seu diagnóstico é feito observando o comportamento da criança. Por isso, fique atento ao desenvolvimento de sua filha. Embora o TEA não tenha cura, o diagnóstico precoce e a intervenção oportuna contribuem para melhor desenvolvimento e qualidade de vida das pessoas com TEA.

Síndrome de Down

A síndrome de Down é uma condição genética comum que acontece quando o bebê nasce com um cromossomo a mais em cada célula do seu corpo, sendo esta responsável pelas características físicas específicas da síndrome e pelo atraso no desenvolvimento.

As crianças com Down podem apresentar complicações cardíacas, alterações visuais, auditivas, gastrointestinais, distúrbios do sono, infecções respiratórias, de ouvido, distúrbios da tireoide, obesidade e alterações na articulação da cabeça com o pescoço.

Por isso, é fundamental que a equipe de saúde esteja atenta aos cuidados à criança com Down e sua família, os quais devem estar focados no apoio e na informação à família, além das orientações à imunização e do estímulo ao aleitamento materno, ao diagnóstico das patologias associadas e à garantia do acesso à estimulação precoce já nos primeiros dias de vida, logo que suas condições clínicas o permitam.

As pessoas com síndrome de Down, quando acolhidas e estimuladas adequadamente, têm potencial para uma vida saudável e plena inclusão social. Por isso, o diagnóstico e o tratamento precoces podem garantir a elas melhor qualidade de vida. Seu cuidado deve ser compartilhado entre a família e a equipe multiprofissional (saúde, educação e assistência); portanto, a família não estará sozinha e sem apoio. Procure o serviço de saúde mais próximo de sua casa para receber orientação sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da sua filha e para encaminhamento aos serviços especializados da rede de saúde.

IMPORTANTE!

Para mais informações, leia as *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf e as *Diretrizes de Atenção a Pessoas com Síndrome de Down*, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO

Sinais de Deficiência Auditiva e Visual

A visão e a audição são sentidos importantes para o desenvolvimento global da criança uma vez que fornecem feedback e influenciam outros aspectos do desenvolvimento motor, cognitivo e pessoal-social, favorecendo a aprendizagem, a comunicação e a integração social da criança. Os pais ou cuidadores e professores são as pessoas mais próximas e as que têm mais condições de observar se as crianças estão ouvindo e enxergando bem. Quando for identificado algum problema, deve-se levar a criança aos serviços de saúde. Lá são feitos testes para verificar a qualidade da visão e da audição nos primeiros anos de vida. Esses testes devem ser repetidos quando a criança vai para a escola.

Deficiência Visual

Fique atento quando sua filha:

- Tiver grande dificuldade em prestar atenção nos objetos ou nas pessoas.
- Parecer desinteressada pelos brinquedos ou pelo ambiente.
- Aproximar para muito perto dos olhos os objetos que deseja ver.
- Tiver dificuldade em se movimentar (rolar, engatinhar ou andar, por exemplo).
- Apertar ou esfregar os olhos, franzir a testa ou prestar atenção em pontos luminosos.

Deficiência Auditiva

Fique atento quando sua filha:

- Não acordar com barulhos nem reagir a sons do ambiente (porta batendo, vozes, brinquedos e instrumentos musicais).
- Não atender quando se fala com ela ou só atender quando está olhando diretamente para a pessoa.
- Falar pouco ou não falar.
- Ouvir rádio ou TV sempre em alto volume.

ATENÇÃO!

Não coloque remédios caseiros ou qualquer outra coisa nos ouvidos ou nos olhos de sua filha sem que isso tenha sido indicado pelo profissional de saúde.

Evite que ela fique exposta por muito tempo a ruídos fortes, eles podem causar problemas de audição.

PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL

Desenvolvimento dos Dentes

Por volta dos 6 meses de idade, inicia-se o nascimento dos dentes de leite. **Quando esses dentes estão nascendo, a criança pode apresentar alteração do sono, perda de apetite, pequeno aumento de temperatura,**

aumento da salivação (fica babando muito), coceira nas gengivas e

irritabilidade. Com 3 anos, a criança normalmente tem 20 dentes no total. E permanece assim até os 6 anos, quando geralmente nasce o primeiro molar permanente, um dente maior que nasce após o último dente de leite e que deve ser escovado com atenção quando estiver nascendo.

Dos 6 aos 14 anos de idade, os dentes de leite são trocados pelos dentes permanentes. A dentição permanente completa-se em torno dos 18 anos e é formada por 32 dentes, os quais devem permanecer na boca pelo resto da vida.



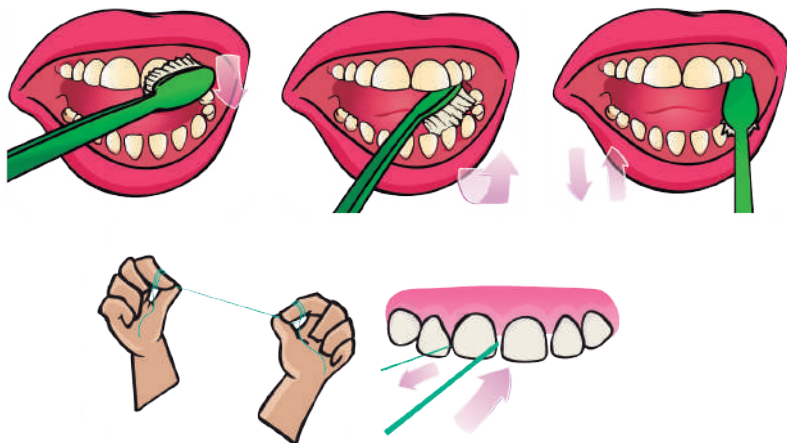
Limpeza da Boca e dos Dentes

A partir do nascimento do primeiro dente de leite é indispensável fazer, pelo menos, 2 escovações ao dia, utilizando uma escova de dentes pequena e com cerdas macias, com pequena quantidade de creme dental com flúor equivalente a um grão de arroz. Esta é a quantidade ideal até 3 anos e 11 meses.

A partir dos 4 anos de idade, a quantidade de creme dental deve ser equivalente a um grão de ervilha. O creme dental deve conter uma concentração de no mínimo 1.000 ppm de flúor, que pode ser verificada no tubo da pasta. Deve-se cuidar para que a criança não engula a espuma que se forma durante a escovação.

O uso de fio dental é indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia.

Os pais ou cuidadores devem escovar os dentes das crianças até que elas aprendam a fazer isso sozinhas, o que geralmente acontece por volta dos 8 anos de idade, mas devem acompanhar o procedimento das crianças até perceberem que elas estão fazendo a higienização bucal de maneira correta. O creme dental deve ser mantido fora do alcance das crianças.



Traumatismo Dentário

É comum que as crianças sofram quedas e os dentes sejam atingidos. As maiores complicações devido a traumas, tanto nos dentes de leite quanto nos dentes permanentes, acontecem por falta de atendimento imediato e de controle de possíveis complicações pelo profissional.

Para qualquer tipo de trauma, procure imediatamente o dentista, pois quanto mais rápido for o atendimento, maiores serão as chances de recuperar o dente.

Quando o dente permanente quebrar, deve-se guardar o fragmento quebrado e levá-lo ao dentista para que ele verifique a possibilidade de colagem. No caso de um dente sair totalmente da boca, certifique-se que é um dente permanente, lave-o em água corrente e armazene em uma solução fisiológica, como o leite (de preferência), saliva ou soro fisiológico. Procure o dentista o mais rápido possível.

Cárie Dentária

A cárie é uma doença causada por bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da nossa alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes.

É muito fácil e simples prevenir o aparecimento da cárie. Deve-se ter uma dieta balanceada, controlar a frequência de ingestão de açúcares e realizar higiene bucal com escova, pasta de dente com flúor e fio dental.

ATENÇÃO!

Bebês e crianças podem ter um tipo de cárie que evolui muito depressa e pode atingir vários dentes de uma só vez, destruindo-os rapidamente. A causa mais comum desse problema é o uso frequente e prolongado de mamadeira durante a noite associado à falta de limpeza dos dentes após essa mamada. Portanto, tente fazer a higiene após a mamada noturna ou antes do bebê dormir e não acrescente açúcar ou achocolatado ao conteúdo da mamadeira.

OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO

Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.)

Prefira estimular a inteligência da sua filha com as brincadeiras. As crianças estão cada vez mais expostas a celulares, programas de TV e a jogos que não desenvolvem as habilidades motoras, cognitivas, afetivas e sociais, e além disso, muitas vezes podem ter conteúdos violentos, eróticos ou outros, impróprios para sua idade. Mesmo com programação adequada, **o tempo exagerado da criança diante desses aparelhos leva à diminuição de brincadeiras que exercitam o corpo, o que pode acarretar a obesidade**, além de reduzir a interação com os cuidadores, com outras crianças e com a comunidade, fragilizando os vínculos familiares e sociais. **Dê limites em relação ao tempo que sua filha pode ficar diante da TV, do computador e do celular.** Observe o tipo de programação e a recomendação etária dos filmes, jogos e desenhos.

ATENÇÃO!

Crianças menores de 2 anos não devem ser expostas a esses equipamentos, porque – principalmente nessa idade – a convivência familiar e social é muito importante para a construção dos laços afetivos. Para crianças de 2 a 5 anos, a recomendação é que o tempo máximo diante desses aparelhos seja de uma hora por dia. Até os 10 anos as crianças não devem fazer uso de televisão ou computador nos seus próprios quartos. As crianças antes dos 12 anos não devem possuir celulares e smartphones.

Consumo em Geral

A interação com adultos é importante para o desenvolvimento das crianças. Cuide para não se distrair dando atenção a equipamentos eletrônicos (celular, TV e outros) e deixando de interagir com sua filha. E lembre-se: seu exemplo é fundamental, preste atenção no tempo que você gasta com esses aparelhos.

As crianças são um alvo muito atrativo para a propaganda comercial das empresas, devido à sua facilidade em assimilar os conteúdos apresentados. Isso estimula o consumo, principalmente de brinquedos e alimentos (muitas vezes não saudáveis). As propagandas provocam todos os sentidos da criança, criando o desejo de possuir o produto vendido. Nesse contexto, a família deve limitar o tempo que as crianças veem TV e lhes dar bom exemplo e orientação para que elas evitem comportamentos consumistas.

PREVENINDO ACIDENTES

À medida que a criança vai crescendo e se desenvolvendo, sua curiosidade vai se aguçando: movimentar-se em busca de novas descobertas passa a ser constante no seu dia a dia, o que aumenta o risco de sofrer acidentes.

Atitudes simples, com supervisão contínua de um adulto, podem impedir acidentes que podem matar ou deixar sequelas. FIQUE ATENTO!

Do Nascimento aos 6 Meses

Sufocação

- Nunca use talco e/ou outros produtos em pó na criança.
- Ajuste o lençol do colchão, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros.
- Evite o uso de cordões e enfeites de cabelo.
- Evite o contato da criança com peças pequenas (clipes, botões, agulhas, moedas, anéis, brincos, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos). Utilize brinquedos grandes e inquebráveis, respeitando a faixa etária indicada na caixa pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro).
- Afaste a criança de papéis de bala, sacos plásticos, cordões e fios.

Quedas

- Proteja o berço e o cercado com grades altas com, no máximo, 6 cm entre elas.
- Não deixe a criança sozinha em cima de móveis.
- Não deixe a criança sob os cuidados de outra criança.

Intoxicação

- Nunca dê à criança remédio que não tenha sido receitado pelo médico. Verifique sempre a validade do que você oferece a sua filha.



Queimaduras

- No banho, verifique a temperatura da água (a ideal é 37°C).
- Caso a criança não esteja sendo amamentada exclusivamente no peito, é importante verificar a temperatura do leite (ou alimento) ofertado.
- Não tome líquidos quentes nem fume enquanto estiver com a criança no colo.

Afogamento

- Nunca deixe a criança sozinha na banheira ou em bacia.
- Não deixe sua criança próxima a baldes, tanques, vasos, cacimbas, poços e piscinas. Mesmo pouca água pode causar afogamento.

Acidentes no transporte

- A criança nesta idade deve ser transportada no bebê-conforto ou no conversível (cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás do carro, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante, segundo estabelece o Código de Trânsito Brasileiro).



Dos 6 Meses aos 2 Anos

Nesta faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha e está mais ativa e curiosa. Portanto, os cuidados devem ser redobrados. Para evitar acidentes, além das recomendações para a faixa etária anterior, devem ser observados os cuidados a seguir.

Quedas e ferimentos

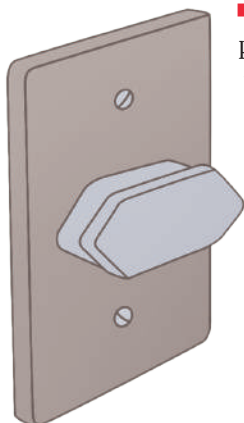
- Coloque barreiras de proteção nas escadas e nas redes de proteção ou grades nas janelas.
- Certifique-se de que o tanque de lavar roupas e as pias (ou lavatórios) estejam bem fixos, para evitar que caiam e machuquem a criança, caso ela se pendure ou se apoie neles.

Envenenamento

- Mantenha produtos de limpeza (água sanitária, detergente) e medicamentos fora do alcance da criança. Coloque esses produtos em locais altos e, se possível, trancados.
- Não utilize embalagens de bebidas para colocar produtos de limpeza e inflamáveis como querosene.
- Evite o acesso da criança a produtos como venenos (contra ratos, formigas, mosquitos, moscas) e a produtos inflamáveis (álcool e removedor de esmalte, por exemplo).

Queimaduras

- Restrinja o acesso da criança à cozinha.
- No fogão use as bocas de trás e deixe os cabos das panelas voltados para o centro.
- Fique atento ao forno ligado, ao ferro de passar roupas e ao aquecedor.



- Coloque protetores nas tomadas.
- Evite fios elétricos soltos e ao alcance da criança.



Dos 2 aos 4 Anos

Nesta fase, a criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo e os riscos de acidentes. Por isso, devem ser observados todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores e, também, os seguintes:

Acidentes com animais domésticos

- Não deixe sua filha se aproximar de cães e outros animais desconhecidos ou que estejam se alimentando ou com filhotes.

Queimaduras

- Não deixe sua filha brincar com fogo, fogueiras e fogos de artifício (bombinhas, produtos inflamáveis, fósforos etc.).
- Mantenha a criança longe do fogão, do aquecedor e do ferro elétrico.
- Os produtos inflamáveis (como álcool, querosene e fósforos) devem ficar totalmente fora do alcance das crianças.

ATENÇÃO!

Em casos de acidentes com materiais de limpeza, medicamentos e outras substâncias tóxicas, procure urgentemente um serviço de saúde, chame o Samu, no telefone 192, ou ligue para o Centro de Informação Toxicológica, pelo telefone 0800-722-6001.

Autossegurança

- Quando sair de casa, segure sua filha pelo pulso para evitar que ela se solte e corra em direção às ruas e rodovias.
- Não permita que ela brinque em locais de circulação de veículos, como garagens e outros próximos às ruas e rodovias.

Afogamentos

- Nunca deixe crianças sozinhas quando estiverem dentro ou próximas da água, seja piscina, rio, lago, mar, balde, banheira, bacia ou outros. Elas devem sempre estar acompanhadas por um adulto atento o tempo todo, mesmo que elas saibam nadar.

Acidentes de trânsito

- No carro, a criança de 1 a 4 anos deve ser transportada em uma cadeira especial para crianças, com cintos de segurança de três pontos, que deve ser colocada no banco de trás, conforme a orientação do fabricante.
- Verifique se o transporte escolar segue as recomendações de segurança no trânsito.

IMPORTANTE!

Sempre mantenha a sua filha longe de armas de fogo.

Dos 4 aos 6 Anos

- Mantenha todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores e converse com sua filha, explicando-lhe sempre as situações de perigo.
- Mesmo que já esteja mais confiante e seja capaz de fazer muitas coisas, ela ainda precisa da supervisão de um adulto.
- A criança deve usar equipamento de proteção ao andar de bicicleta, patins e skate.
- Escolha lugares seguros (parques, ciclovias e praças) para as brincadeiras.
- Ao andar na rua, cuide para que a criança sempre esteja do lado de dentro da calçada, protegida dos veículos pelo corpo do adulto.
- Nunca deixe a criança brincar em lajes, varandas e terraços que não tenham grades de proteção.
- No carro, a criança deve usar os assentos de elevação (boosters), com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro.

Dos 6 aos 9 Anos

- A partir dos 6 anos a criança já é quase independente, por isso aumenta a necessidade de proteção e supervisão de suas atividades fora de casa. Converse com sua filha, informe-a sobre os riscos a que ela está exposta no dia a dia e peça-lhe para ter atenção quando estiver em uma situação que ofereça perigo.

Choques elétricos

- Não deixe sua filha soltar pipa, papagaio ou arriaa em locais onde há fios elétricos. Há risco de choque de alta tensão.
- Também não lhe permita o uso de produtos para deixar mais cortante a linha da pipa, pois isso pode ocasionar graves acidentes com ela própria e com outras pessoas.

Acidentes de trânsito

- Após os 7 anos e meio, as crianças devem sentar-se no banco de trás, usando o cinto de segurança de três pontos.
- Somente crianças de mais de 10 anos podem sentar-se no banco da frente, sempre usando o cinto de segurança.



PROTEGENDO A CRIANÇA DA VIOLÊNCIA

Respeito aos Direitos Fundamentais

Toda criança tem o direito de crescer e se desenvolver de forma segura e saudável. Quando amada e desejada, a criança cresce mais tranquila e tende a se relacionar de forma mais harmoniosa com seus pais, responsáveis, familiares e outras crianças.



Como o aprendizado se dá pela imitação do comportamento, as crianças que presenciam ou são vítimas de violência podem acreditar que essa é a forma natural de resolver conflitos.

Lembre-se: as atitudes dos adultos no dia a dia servem como exemplo. Não grite ou bata, a criança aprende e repete os comportamentos vivenciados, podendo incorporá-los ao seu jeito de ser. Sofrer maus-tratos na infância traz prejuízos maiores do que em qualquer outra fase da vida e pode comprometer o desenvolvimento físico, emocional, mental e social. É preciso ter especial cuidado com os casos de violência em crianças menores de 3 anos, porque nessa idade as crianças ainda não sabem dizer o que estão sentindo e percebendo no seu corpo. Quanto mais cedo começar e mais tempo durar a exposição da criança a uma situação de violência, mais graves e permanentes serão os danos causados. Entre as crianças maiores que já frequentam a escola, podem acontecer situações de violência intencional e contínua, chamada de *bullying*. Exemplos comuns são empurrões, insultos e humilhações – como inventar apelidos que ferem a dignidade, mentiras que provocam situações vexatórias ou difundir imagens pela internet. Alguns desses sinais e sintomas podem indicar que sua filha sofre violência: irritabilidade frequente, receio exagerado da proximidade de pessoas, tristeza constante, isolamento, manchas no corpo, feridas em diferentes estágios de cicatrização, comportamento de agressividade extrema, distúrbio do sono, atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala, distúrbio de aprendizagem e até o insucesso na escola.

ATENÇÃO!

Se você suspeitar que alguma criança sofre maus-tratos, violência física, psicológica, sexual ou seja obrigada a trabalhar, **DENUNCIE**. Comunique o caso, imediatamente, ao Conselho Tutelar ou à Delegacia da Criança e do Adolescente ou, ainda, para o serviço LIGUE 100. A ligação é anônima e gratuita. A assistência social possui um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), com prioridade para crianças vítimas de violência. Procure o Cras e o Creas para acompanhar essas crianças e suas famílias.

PARTE II

REGISTROS DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS



Nas páginas a seguir haverá quadros e tabelas que devem ser preenchidos com **informações sobre a saúde da sua filha**. É neles que serão registrados o peso, a altura, a vacina e o desenvolvimento, por exemplo. Levar essas informações para casa é um direito seu.

Profissionais e trabalhadores de saúde! As páginas seguintes deverão ser preenchidas nos momentos de contato com a criança e seus familiares. **Não se esqueçam de preenchê-las!**

As informações sobre o pré-natal e o parto **devem** ser preenchidas nos locais onde foram prestadas essas assistências e são fundamentais para a vigilância da saúde integral da criança, com destaque para o seu desenvolvimento.

Equipe de Atenção Básica! O preenchimento da CADERNETA permite que os familiares e cuidadores se apropriem das informações sobre a saúde da criança. Aproveite essa oportunidade para conversar com as famílias e envolvê-las no processo de cuidado!

Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta

Gravidez planejada? () Não () Sim _____

Fez pré-natal? () Não () Sim _____

Número de consultas: _____ Iniciou consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla _____

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual? _____

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CID-10) Vacinas no pré-natal

	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			VACINAS	SIM	NÃO
Agravos	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT			
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()	dTpa	()	()
B18	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Influenza	()	()
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Hepatite B	()	()
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()	covid-19	()	()

NR - Não realizado, N - Normal, ALT - Alterado.

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

Nome da Maternidade ou Centro de Parto Normal: _____

() Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: _____

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim _____

Data de nascimento: ____/____/____

Hora do nascimento: _____

Contato pele a pele: () Não () Sim. Mamou na primeira hora de vida? () Não () Sim

Apgar 1º min: ____ 5º min: ____

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

IG: ____ Semanas e ____ dias () DUM () USG () Exame recém-nascido. Qual? _____

Peso: ____ g Comprimento: ____ cm PC: ____ cm Adequação peso/IG: () AIG () PIG () GIG

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

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe ____ CI ____ Bebê ____ CD ____

Prevenção: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (vit.CK): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Utin ____ dias () UCINCo ____ dias

() UCINCa ____ dias () Alcon ____ dias

Motivo da internação: _____

Anote com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações após a alta. _____

Data da alta: ____/____/____ Peso na alta: ____ g Comprimento: ____ cm

Alimentação: () Leite materno exclusivo () Leite materno e leite artificial () Leite artificial

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais ____/____/____

Estas triagens devem ser realizadas nos primeiros sete dias de vida por profissional de saúde no domicílio ou na unidade de saúde.

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 48 h 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: ____/____/____

*Saturação periférica maior ou igual a 95% e diferença menor que 3% entre as medidas.

**Saturação menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data ____/____/____

Esta consulta deve ser realizada do 3º ao 5º dia de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

*Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo (LME)

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

() Leite artificial (LA) _____

Dificuldade para amamentar ? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Vacinas

Registrar no quadro pág. 104

Hepatite B () Não () Sim

BCG () Não () Sim

5. Desenvolvimento e laços de afeto

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

3. Sinais de alerta

Coto umbilical infeccionado

() Não () Sim

Icterícia

() Não () Sim

Diarreia/Vômitos

() Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR>60 ou <30)

() Não () Sim

Febre (≥37,5°C)

() Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C)

() Não () Sim

Convulsões ou

movimentos anormais

() Não () Sim

Ausculat cardíaca alterada/Cianose () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o *Manual de Quadro do Aidpi Neonatal* (https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500 g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filha de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 1º Mês Data ____/____/____

Estas triagens devem ser checadas no 1º mês de vida por profissional de saúde, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: ____cm **Peso*:** ____g **Comprimento*:** ____cm

*Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Triagem neonatal - Testes

	Realizado		Resultado		Encaminhado			
	Não	Sim	Normal	Alterado	AB [†]	CER ^{††}	SSA ^{†††}	SSE ^{†††}
Pezinho								
Orelhinha - Exame auditivo								
Olhinho - Reflexo olho vermelho								
Coraçãozinho								

† AB - Atenção Básica; †† CER - Centro Especializado em Reabilitação; ††† SSA - Serviço de Saúde Auditiva; †††† SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico – Auditivo – Outros).

3. Aleitamento/alimentação

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

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

5. Exame ocular

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

7. Desenvolvimento ‡

Observação da interação mãe-filha _____

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

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

9. Laços de afeto

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

4. Sinais de alerta

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

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o *Manual de Quadro do AIDPI Neonatal* (https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

6. Verificações importantes

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

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Tempo de sono em 24 horas _____

Posição no sono quando deitado no berço: _____

De barriga para cima? _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Sinais de violências/negligências _____

Acidentes domésticos () Não () Sim

A criança merece cuidado especial em caso de vulnerabilidade social, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500 g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filha de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 2º Mês

Consulta do 2º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

*Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo

() Leite materno e leite artificial

() Leite artificial _____

Dificuldade para amamentar ? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim

Pupilas normais () Não () Sim

Estrabismo () Não () Sim

Secreção ocular () Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____

Tempo de sono _____

Troca de posição durante o dia _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene

bucal, uso de chupeta ou bico _____

Uso de soro fisiológico nasal _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

3. 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 ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () SimHipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Convulsões ou

movimentos anormais () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o *Manual de Quadro do Aidpi Neonatal* (https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

5. Verificações importantes

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

7. Desenvolvimento ‡

Observação da interação mãe-filha _____

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

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

Consulta do 4º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

*Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Aleitamento/alimentação

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

Parou de amamentar? () Não () Sim
Com que idade? _____
Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

4. Exame ocular

- Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
Pupilas normais () Não () Sim
Estrabismo () Não () Sim
Secreção ocular () Não () Sim

5. Desenvolvimento†

Observação da interação mãe-filha _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

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

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

3. 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
Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do Aidpi Criança (https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)

6. Verificações importantes

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

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Funcionamento do intestino _____
Higiene e cuidados gerais _____
Uso de soro nasal de rotina _____
Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, nascimento dos dentes, uso de chupeta ou bico etc. _____
Acidentes domésticos _____
Sinais de violências/negligências () Não () Sim

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

Consultas do 6º Mês e do 9º Mês

Consulta do 6º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm

Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

() 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 _____

Consulta do 9º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 91), comprimento para idade*** (pág. 92) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

() 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 _____

Para realizar o manejo dos sinais de alerta consulte o Manual de Quadro do AidiPi Criança (https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manu-al_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)

Consulta do 12º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Comprimento***: ____ cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 91), comprimento para idade*** (pág. 92) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

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 _____

Consulta do 18º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Comprimento***: ____ cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 91), comprimento para idade*** (pág. 92) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

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 _____

Consultas do 24º Mês e do 36º Mês

Consulta do 24º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Estatura***: ____ cm IMC****: ____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 94), estatura para idade*** (pág. 95), IMC**** (pág. 96) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA ____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? ____

O que a criança está comendo? ____

Quantas porções de fruta/dia? ____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? ____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: ____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR > 50 ou < 30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: ____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

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 ____

Consulta do 36º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Estatura***: ____ cm IMC****: ____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 94), estatura para idade*** (pág. 95), IMC**** (pág. 96) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA ____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? ____

O que a criança está comendo? ____

Quantas porções de fruta/dia? ____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? ____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: ____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR > 50 ou < 30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: ____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

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 ____

Para realizar o manejo dos sinais de alerta consulte o Manual de Quadro do Aidpi Criança (https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manu-al_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)

Para prosseguir o acompanhamento da criança, continue utilizando a folha de registro de medidas e gráficos, e anote suas observações nas folhas reservadas para anotações.

ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO

Vigilância do Desenvolvimento Infantil

Profissional de saúde, identifique:

1. Riscos ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.
2. Presença de infecções durante o período gestacional (STORCH + Zika).
3. Pré-natal não realizado ou incompleto.
4. Problemas na gestação, no parto ou no nascimento.
5. Prematuridade (<37 semanas).
6. Peso abaixo de 2.500 gramas.
7. Icterícia grave.
8. Hospitalização no período neonatal.
9. Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões.
10. Parentesco entre os pais.

■ Reveja também alguns dados do exame físico da criança como perímetro cefálico menor do que -2 escores Z ou maior do que +2 escores Z.

■ Verifique a presença de alterações fenotípicas mais frequentes, como:

- fenda palpebral oblíqua;
- olhos afastados;
- implantação baixa de orelhas;
- lábio leporino;
- fenda palatina;
- pescoço curto e/ou largo;
- prega palmar única;
- quinto dedo da mão curto e recurvado.

■ Observe o comportamento da criança.

■ Procure ajuda dos responsáveis pela criança no reconhecimento das habilidades e no preenchimento dos Marcos de Desenvolvimento que constam nesta CADERNETA.

■ Só considere a informação dos cuidadores nos itens que estão assinalados.

ATENÇÃO!

Sempre pergunte aos cuidadores o que eles acham do desenvolvimento da sua criança. Valorize esta informação.

Avaliação dos Marcos de Desenvolvimento

- Localize a faixa etária da criança nas colunas da idade em meses.

ATENÇÃO!

Caso a criança tenha nascido prematura, é preciso corrigir a sua idade, diminuindo da idade atual o tempo que faltou para completar 40 semanas ou 9 meses de gestação (pág. 88).

- Localize as quatro linhas coloridas da mesma cor correspondentes aos marcos do desenvolvimento da faixa etária entre as pág. 81 e 85.
- Verifique a presença dos marcos do desenvolvimento ou habilidades.
- Preencha os espaços correspondentes segundo a legenda a seguir.

P = marco presente
A = marco ausente
NV = marco não verificado

- Ao final da faixa etária, a criança deve ter atingido todos os marcos previstos.

Caso ainda não tenha alcançado algum marco da faixa etária dela:

- Vá para a faixa etária anterior.
- Verifique se a criança cumpre os marcos da faixa anterior.
- Após esta etapa, consulte o Instrumento de Classificação e Conduta para o Desenvolvimento Integral da Criança, que se encontra na página 80.
- Classifique o desenvolvimento da criança e adote a conduta adequada.

IMPORTANTE!

Siga a conduta do instrumento, sempre dando aos acompanhantes as orientações quanto à estimulação da sua criança de acordo com sua faixa etária (pág. 37 a 52).

- Na consulta de retorno, refaça a classificação e siga também as orientações do instrumento.
- Ao concluir a tomada de decisão, o profissional que fizer a avaliação do desenvolvimento integral da criança deve indicar a classificação correspondente nos quadros de desenvolvimento dos registros de consulta das páginas 70 à 76 desta CADERNETA.

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores;</p> <p>ou</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*;</p> <p>ou</p> <p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar as equipes multiprofissionais e/ou a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos).</p> <p>ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • 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.		<ul style="list-style-type: none"> • 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.
	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	

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

Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses

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

Marcos do Desenvolvimento dos 6 Meses a 1 Ano e Meio

[illegible]

Marcos do Desenvolvimento de 1 Ano e Meio a 3 Anos e Meio

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses											
		18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40 42
Tira roupa	Observe se criança é capaz de remover alguma peça de roupa, tais como: sapatos que exijam esforço para sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considere informação do acompanhante.												
Constrói torre de 3 cubos	Observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.												
Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar duas de um grupo de cinco figuras.												
Chuta bola	Observe se a criança chuta a bola sem apoiar-se em objetos.												
Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça de roupa tais como: calcinha, cueca, meias, sapatos, casaco etc.												
Constrói torre de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar seis cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.												
Frases com 2 palavras	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado que indique uma ação, tais como: “quer água”, “quer papai”, “chuta bola”. Considere a informação do acompanhante.												
Pula com ambos os pés	Observe se pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.												
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.												
Imita o desenho de uma linha	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos 5 cm de comprimento.												
Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, tais como: “quem mia?” “quem late?”, “ quem fala?”, “quem galopa?”.												
Arremessa bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.												
Veste uma camiseta	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir sua camiseta e/ou casaco sem botão ou zíper, sem ajuda.												
Move o polegar com a mão fechada	Demonstre para a criança e observe se ela é capaz de mover o polegar para cima em sinal de “OK” ou “legal” ou “tudo bem”, com uma ou ambas as mãos.												
Compreende 2 adjetivos	Verifique se a criança é capaz de compreender dois adjetivos. Pergunte: “O que você faz quando está com fome?” , “O que você faz quando está com frio?” , “O que você faz quando está cansado?”. Verifique se suas respostas são coerentes, tais como: “Eu como”, “Eu visto casaco”, “Eu vou deitar” etc.												
Equilibra-se em cada pé 1 segundo	Após demonstração, verifique se a criança consegue equilibrar-se em um pé só, sem apoiar-se em nenhum objeto, pelo menos um segundo, dando-lhe três tentativas. Repita com o outro pé.												

Marcos do Desenvolvimento de 3 Anos e Meio a 5 Anos

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses											
		42	44	46	48	50	52	54	56	58	60		
Emparelha cores	Observe se a criança é capaz de emparelhar objetos da mesma cor, por exemplo os cubos.												
Copia círculos	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de um círculo e verifique se ela é capaz de desenhar qualquer forma de aproximação com um círculo, que esteja fechada ou quase fechada.												
Fala clara e compreensível	Durante a avaliação observe a inteligibilidade da fala da criança (articulação e verbalização de ideias em sequência).												
Pula em um pé só	Demonstre e verifique se a criança consegue pular em um pé só, duas ou mais vezes, sem apoiar-se em um objeto.												
Veste-se sem ajuda	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de se vestir, sem alguma ajuda.												
Copia cruz	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de uma cruz e verifique se ela é capaz de desenhar duas linhas que se cruzem próximo ao seu ponto médio.												
Compreende 4 preposições	Dê à criança um bloco e peça: “Coloque o bloco em cima da mesa”, “Coloque o bloco embaixo da mesa”, “Coloque um bloco na minha frente”, “Coloque um bloco atrás de mim”. Observe se ela cumpre adequadamente os quatro comandos.												
Equilibra-se em cada pé 3 segundos	Procedimento semelhante a “Equilibra-se em cada pé 1 segundo” com o tempo de 3 segundos ou mais.												
Escova dentes sem ajuda	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de escovar os dentes, sem ajuda ou supervisão (durante algum tempo), inclusive na colocação da pasta de dentes, na escovação dos dentes posteriores e no uso do fio dental. Verifique se a criança recebeu treino para isso.												
Aponta a linha mais comprida	Mostre para a criança uma ficha contendo o desenho de duas linhas paralelas em posição vertical. Verifique se ela é capaz de apontar a linha mais comprida, mesmo mudando a posição do papel. Em três tentativas, mudando a posição do papel, ela deve acertar as três, ou cinco em seis tentativas.												
Define 5 palavras	Verifique se a criança é capaz de definir cinco palavras. Faça perguntas do tipo “O que é uma bola?” ou “O que você sabe sobre o rio?”. Use palavras do seu contexto de vida. Terá que lhe responder cinco de sete palavras. A definição é aceitável quando inclui: 1) uso; 2) forma; 3) material do que é feito; 4) categoria geral. Ex.: Rio= tem peixe, água, pescar.												
Equilibra-se em um pé 5 segundos	Procedimento semelhante a “Equilibra-se em cada pé 1 segundo” com o tempo de 5 segundos ou mais.												

Marcos do Desenvolvimento de 5 a 6 Anos

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

Desenvolvimento de 6 a 10 Anos

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

ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO

Vigilância do Crescimento Infantil

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do perímetro cefálico, do peso, do comprimento ou da estatura e do índice de massa corporal (IMC) da criança na CADERNETA DA CRIANÇA. A maneira como a menina está crescendo indica o quanto ela está saudável ou o quanto ela se desvia da situação de saúde. As suas medidas de perímetro cefálico (até 2 anos), peso, estatura, e IMC devem ser colocadas nos gráficos que estão a seguir (da página 89 à 99). Marcar as medidas nos gráficos promove a saúde da criança, pela fácil identificação de desvios do crescimento.



Estes devem ser diagnosticados e tratados precocemente, para que se possa evitar o comprometimento da sua saúde atual e da sua qualidade de vida futura. Ao longo do tempo, várias medidas do crescimento colocadas em cada gráfico como pontos, e unidas entre si, formam uma linha que indica como a criança evolui.

As crianças menores de 2 anos devem ser medidas deitadas (comprimento). Crianças com 2 anos ou mais devem ser medidas em pé (estatura). Existe uma diferença de 0,7 cm entre a estatura da criança medida deitada e em pé. Assim, se a estatura de uma criança de 2 ou mais anos for aferida deitada, deve-se diminuir 0,7 cm do valor antes de registrá-lo no gráfico de 2 a 5 anos. Do mesmo modo, se a estatura de uma criança menor de 2 anos for medida de pé, deve-se somar 0,7 cm ao valor antes de registrar no gráfico de crianças de 0 a 2 anos. Para medir corretamente consulte:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf

O Índice de Massa Corporal (IMC) para idade: expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da **estatura (comprimento ou altura)**. É utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças e tem a vantagem de ser um índice que será utilizado em outras fases do curso da vida.

Para calcular o IMC:

Peso em kg dividido pela estatura em metros ao quadrado:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Interpretando os Gráficos

As linhas coloridas dos gráficos fornecem indicações para a linha de crescimento da criança formada pela união dos pontos das medidas de cada consulta.

- A curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um traçado paralelo à linha verde, acima ou abaixo dela, que pode estar situado entre as linhas laranjas ou entre as linhas vermelhas.
- Qualquer mudança rápida que desvie a curva da criança para cima ou para baixo, ou então um traçado horizontal, devem ser investigados.
- Os traçados que se desviam muito e que cruzam uma outra linha podem indicar risco para a saúde da criança.
- Com relação às curvas de perímetro cefálico, é importante lembrar que as alterações do desenvolvimento infantil são mais sensíveis e precoces que o crescimento da cabeça.

ATENÇÃO!

A página a seguir contém os gráficos, com seus respectivos desvios-padrão, para a avaliação do peso, comprimento e perímetro cefálico de recém-nascidos pré-termo (RNPT). Para efeito de acompanhamento longitudinal do crescimento dos RNPT, a CADERNETA contém o gráfico correspondente ao período de 27 a 64 semanas. Assim essas curvas devem ser utilizadas até 64 semanas pós-concepcionais, quando o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da OMS/MS, sem a necessidade de corrigir a idade da criança..

IMPORTANTE

Se não for utilizar o gráfico Intergrowth-21 (pág. 89) deve-se calcular a idade corrigida para acompanhar a criança nascida pré-termo nas curvas da OMS.

Até quando utilizar idade corrigida?

Até 2 anos de idade cronológica

Até 3 anos, se Idade Gestacional (IG) < 28 semanas

Como calcular?

Primeiro calcular:

40 semanas menos IG do nascimento em semanas
= esse é o tempo que faltou para a IG de termo;

Ex.: 40 sem - 28 sem = 12 sem (corresponde a 3 meses)

Depois:

Descontar da idade cronológica

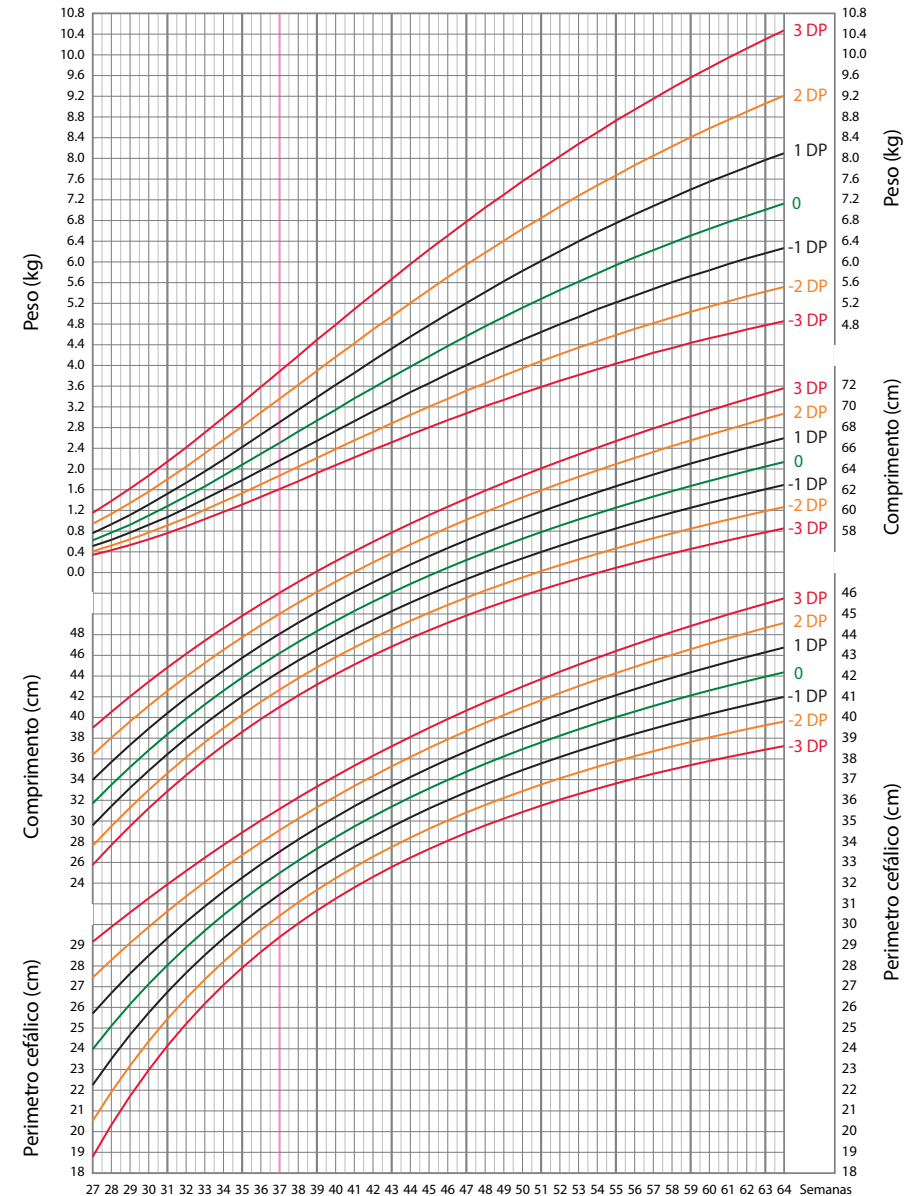
Ex.: criança com 6 meses (idade cronológica) - 3 meses

(desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.

Observações dos RNPT

[illegible]

Curvas Internacionais de Crescimento para Crianças Nascidas Pré-Termo

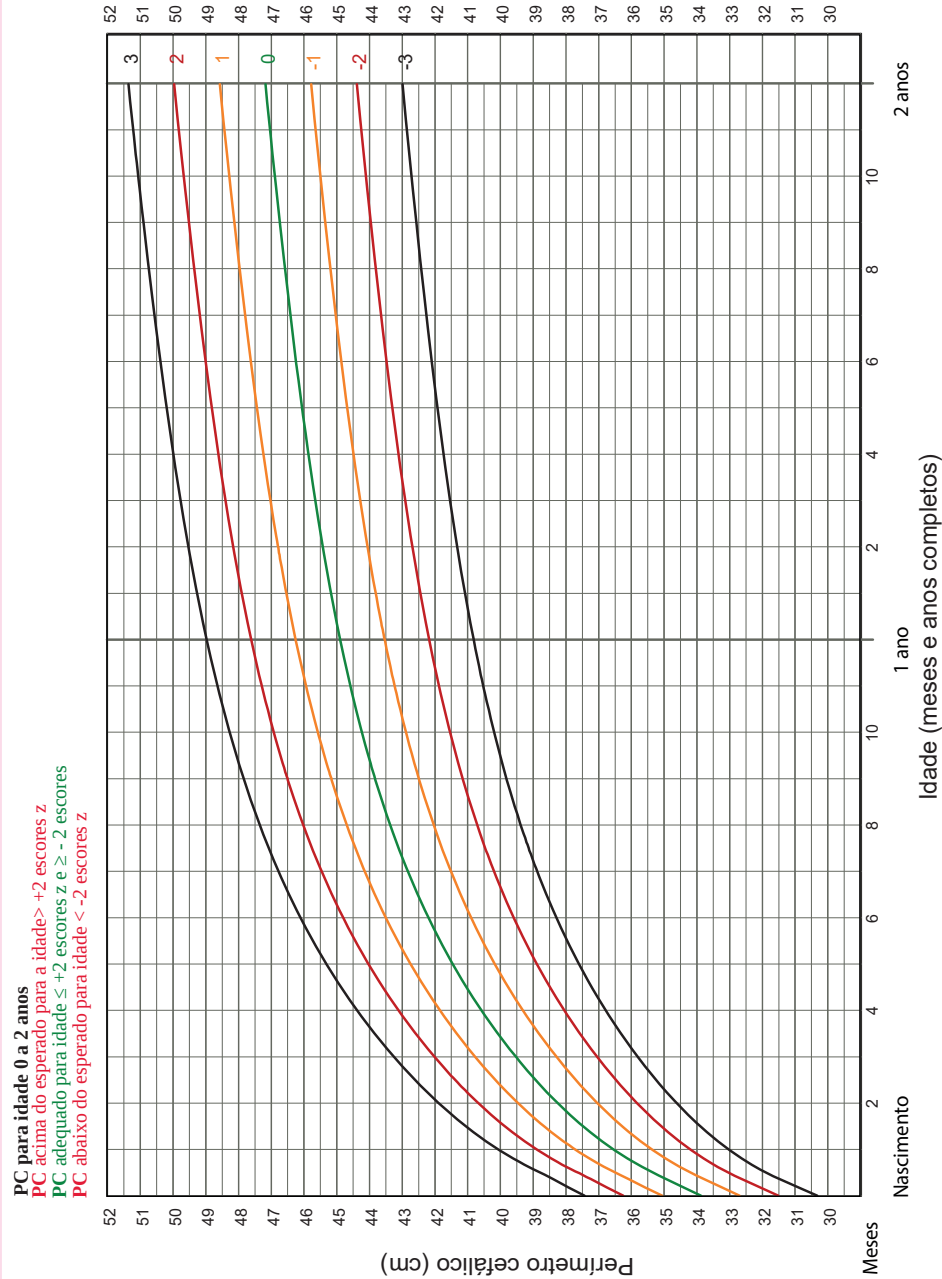


Perímetro cefálico/ Comprimento/ Peso
Adequado para a idade ≥ 2 e ≤ -2 (traçado paralelo as curvas)
Risco para a idade > 2 e < -2 (traçado horizontal ou vertical que ultrapasse o intervalo da classificação Adequado)

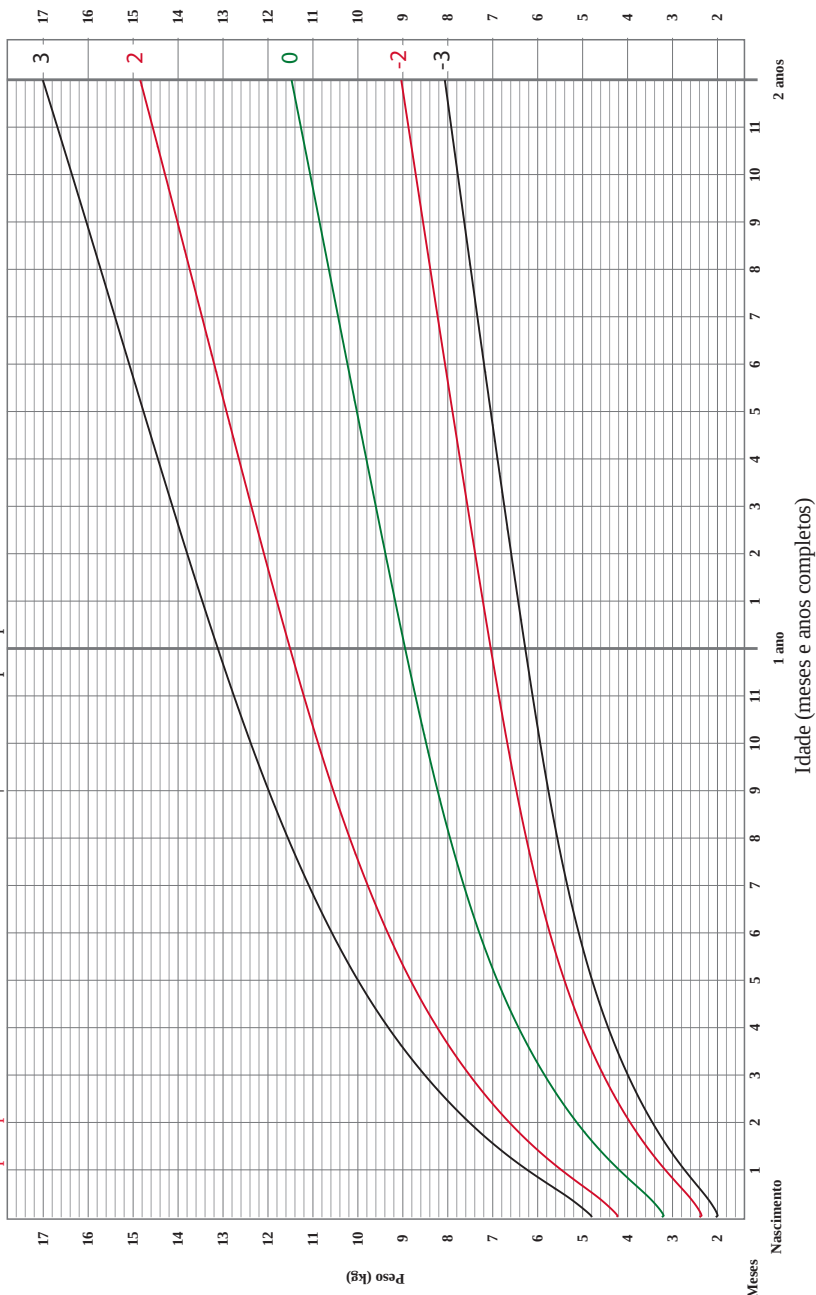
Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos



WHO Child Growth Standards



Peso para idade 0 a 2 anos
Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2
Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3

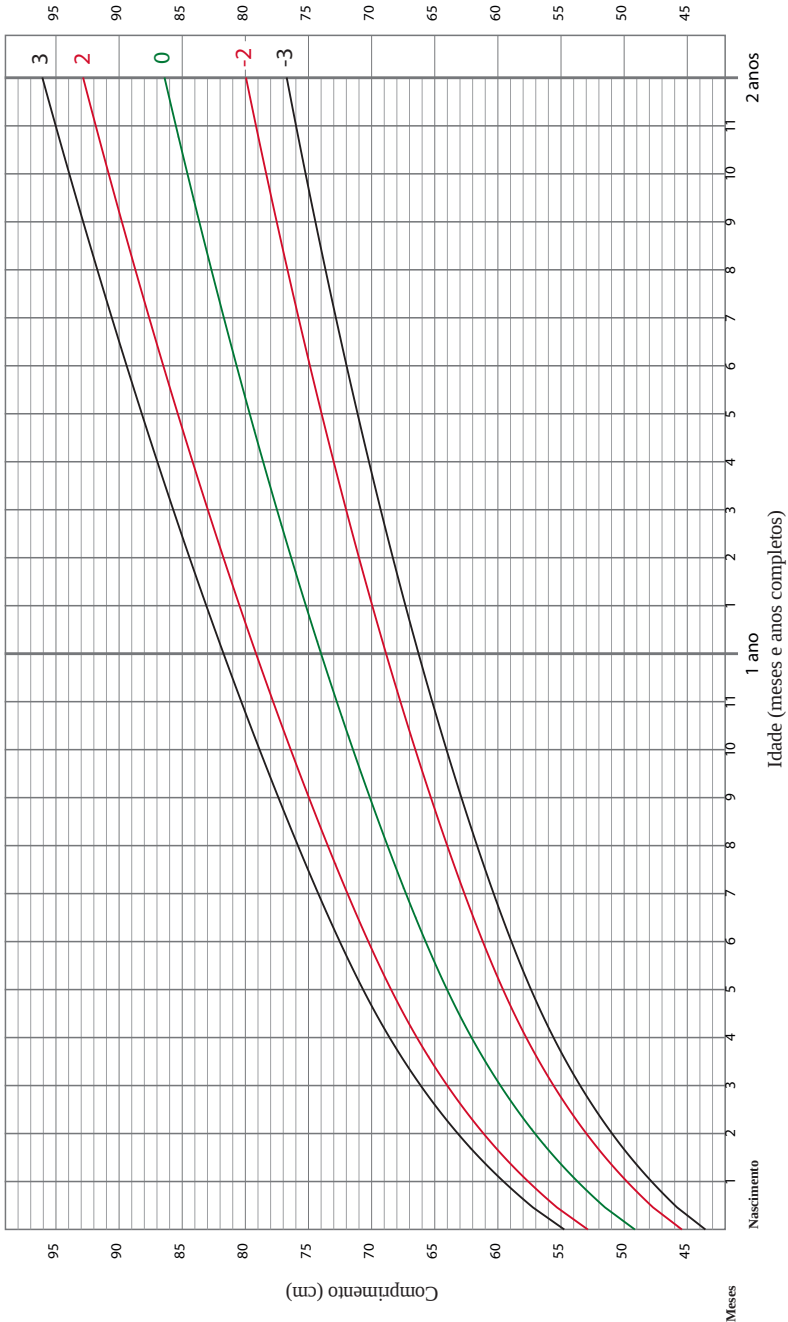


WHO Child Growth Standards

Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos



Comprimento para idade 0 a 2 anos
Comprimento adequado para idade \geq escore-z -2 | Baixo comprimento para idade \geq escore-z -3 e $<$ escore-z -2
Muito baixo comprimento para idade $<$ escore-z -3



WHO Child Growth Standards

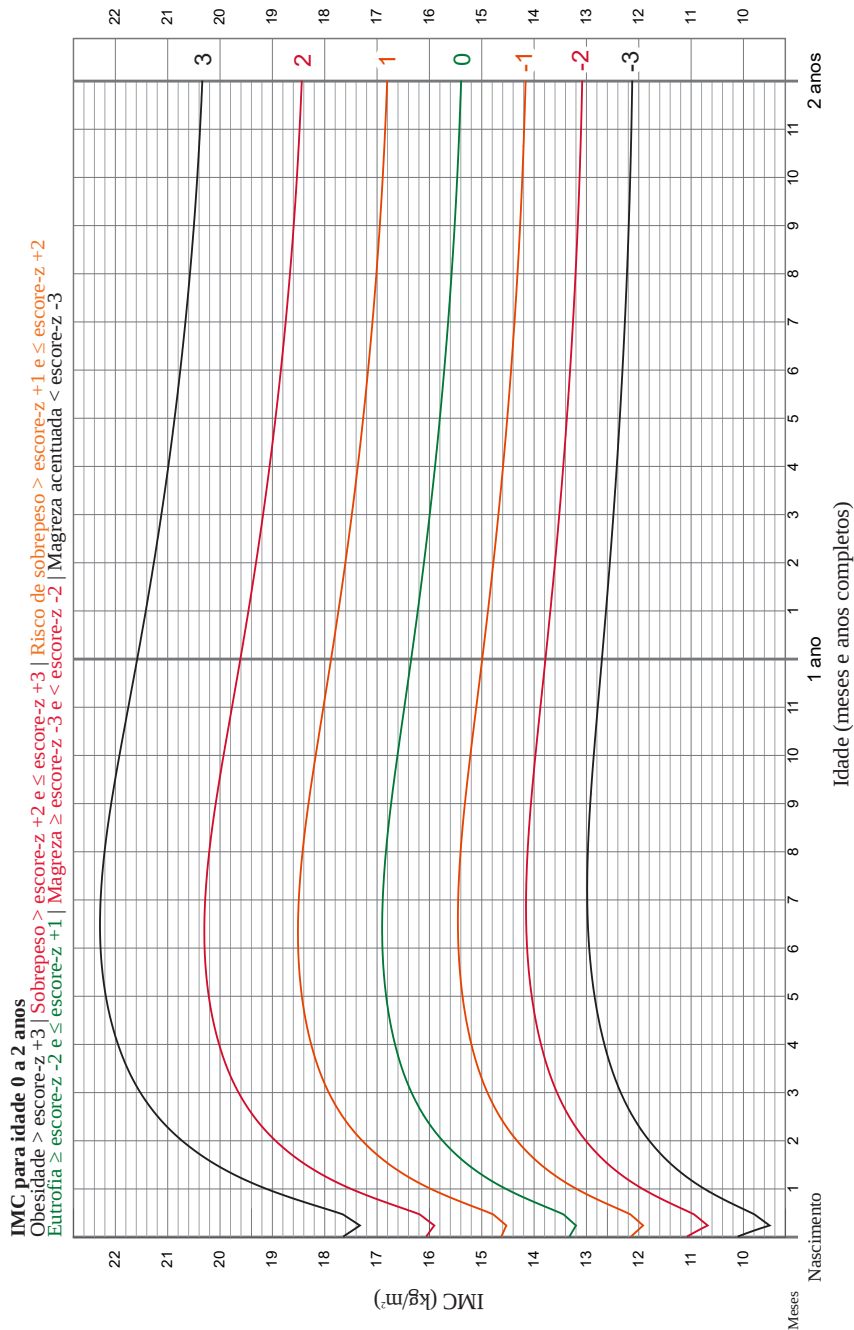
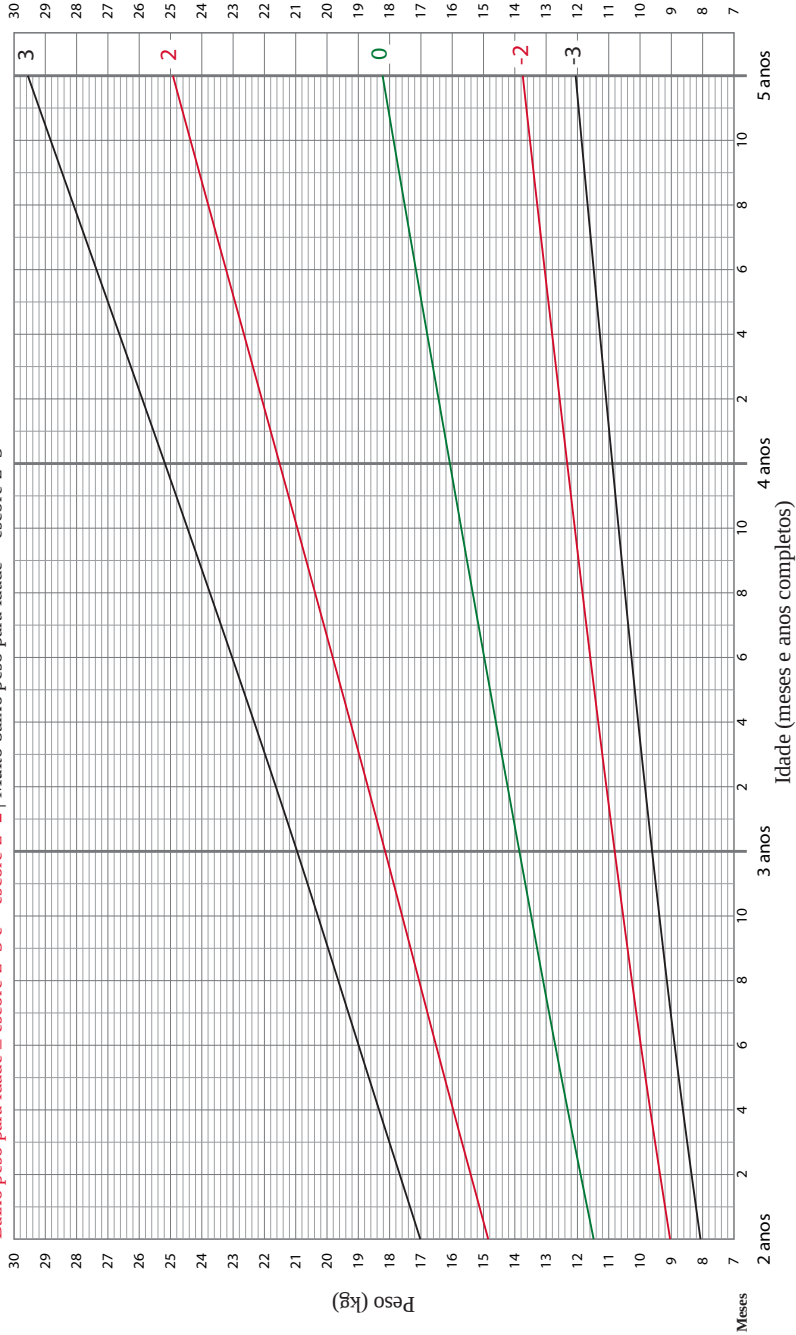


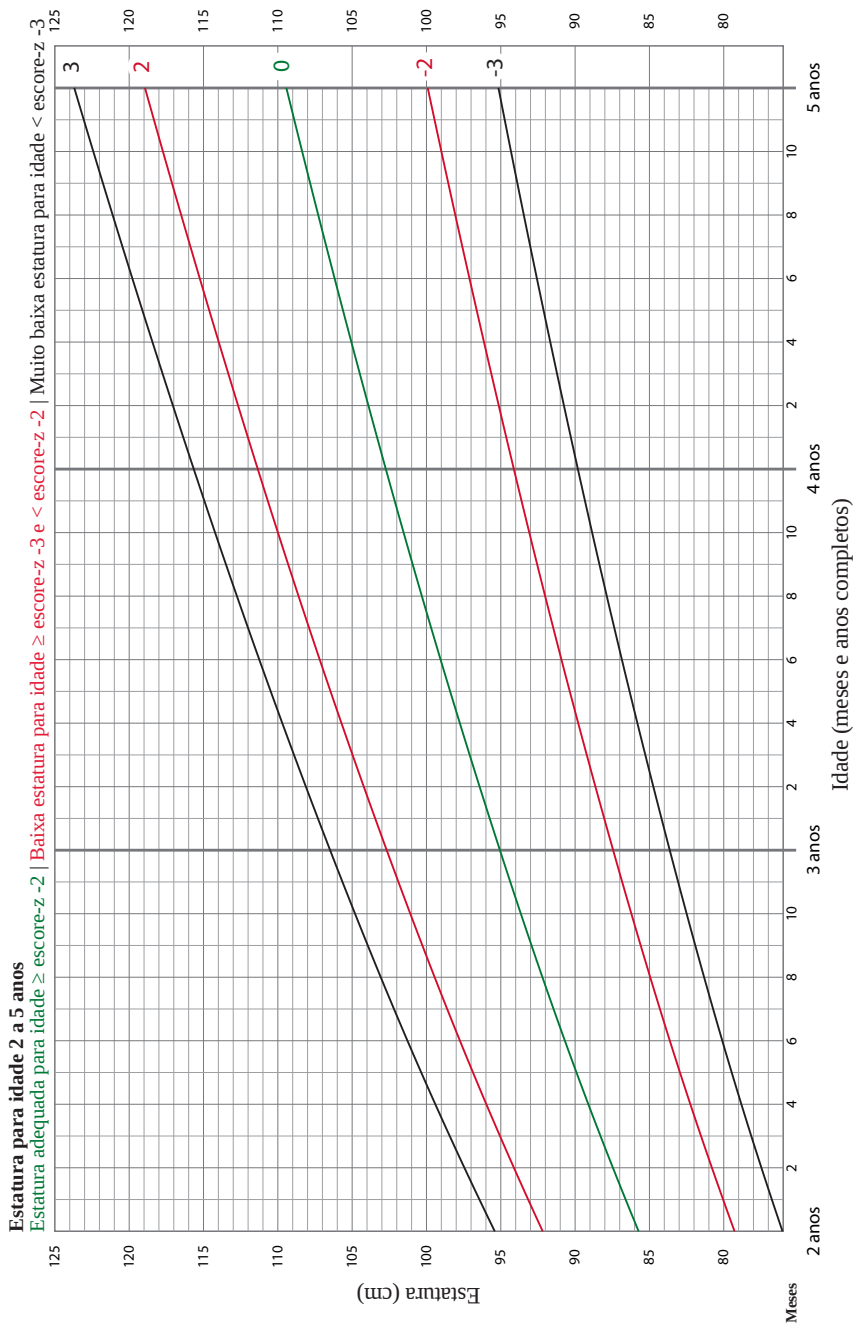
Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos



Peso para idade 2 a 5 anos

Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2
Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3



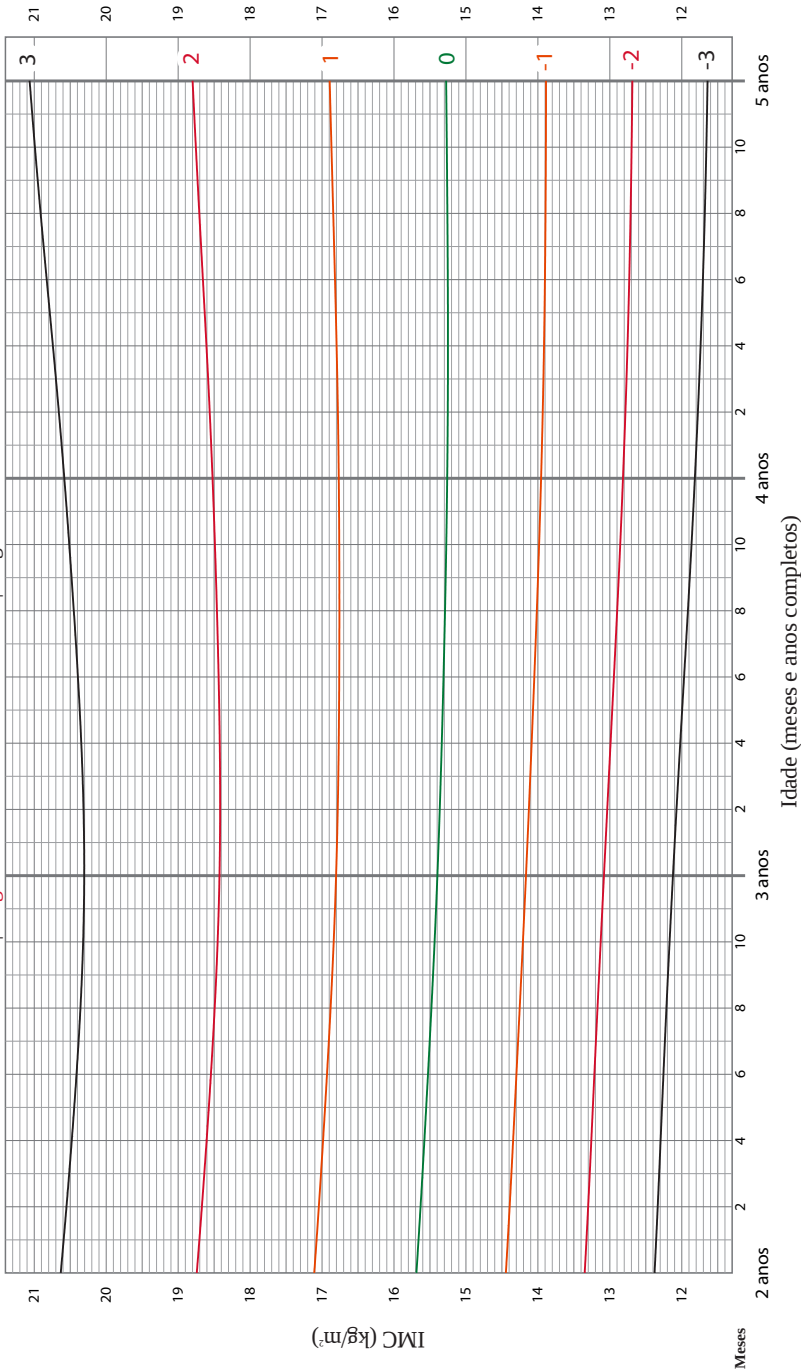


WHO Child Growth Standards

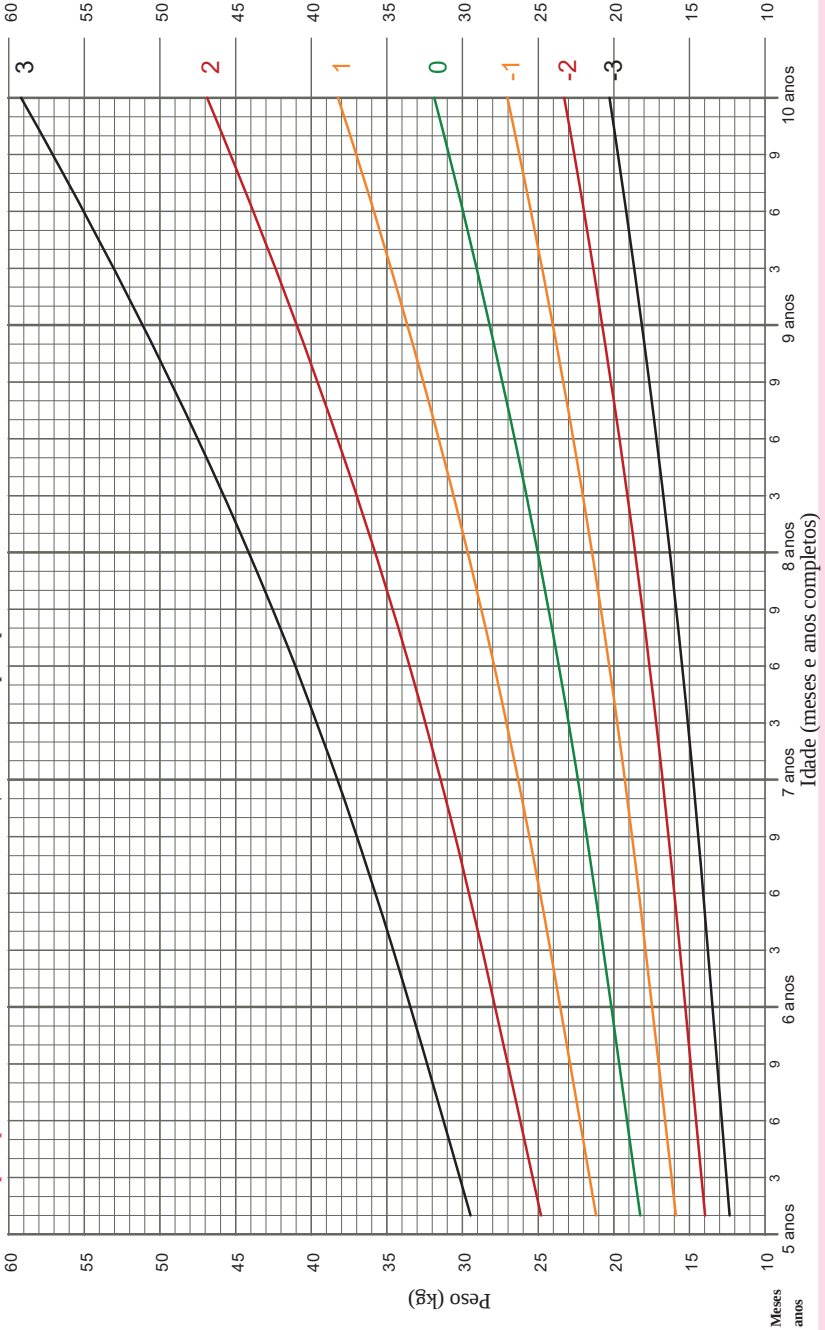
Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos



IMC para idade 2 a 5 anos
Obesidade > $\text{escore-}z + 3$ | Sobrepeso > $\text{escore-}z + 3$ | Risco de sobrepeso > $\text{escore-}z + 1$ e $\leq \text{escore-}z + 2$
Eutrofia $\geq \text{escore-}z - 2$ e $\leq \text{escore-}z + 1$ | Magreza $\geq \text{escore-}z - 3$ e < $\text{escore-}z - 2$ | Magreza acentuada < $\text{escore-}z - 3$



Peso para idade 5 a 10 anos
Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +2
Baixo peso para idade ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3



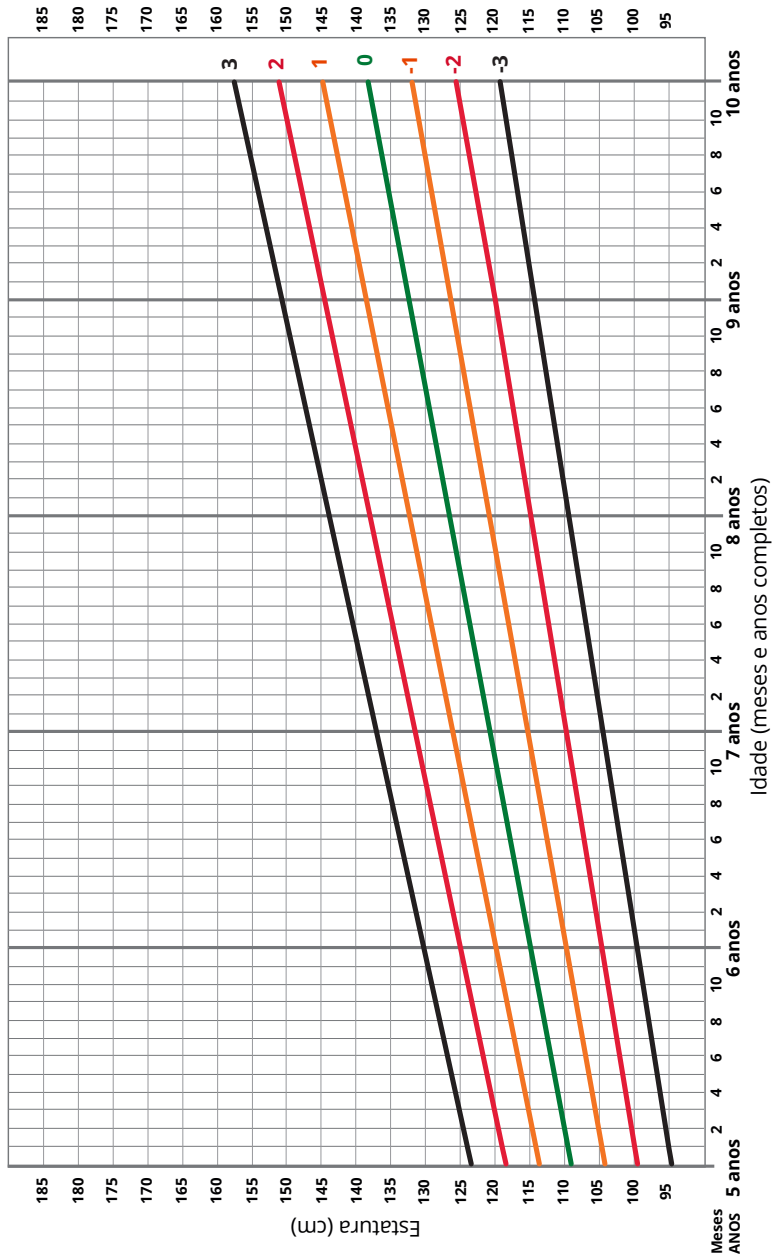
WHO Child Growth Standards

Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos



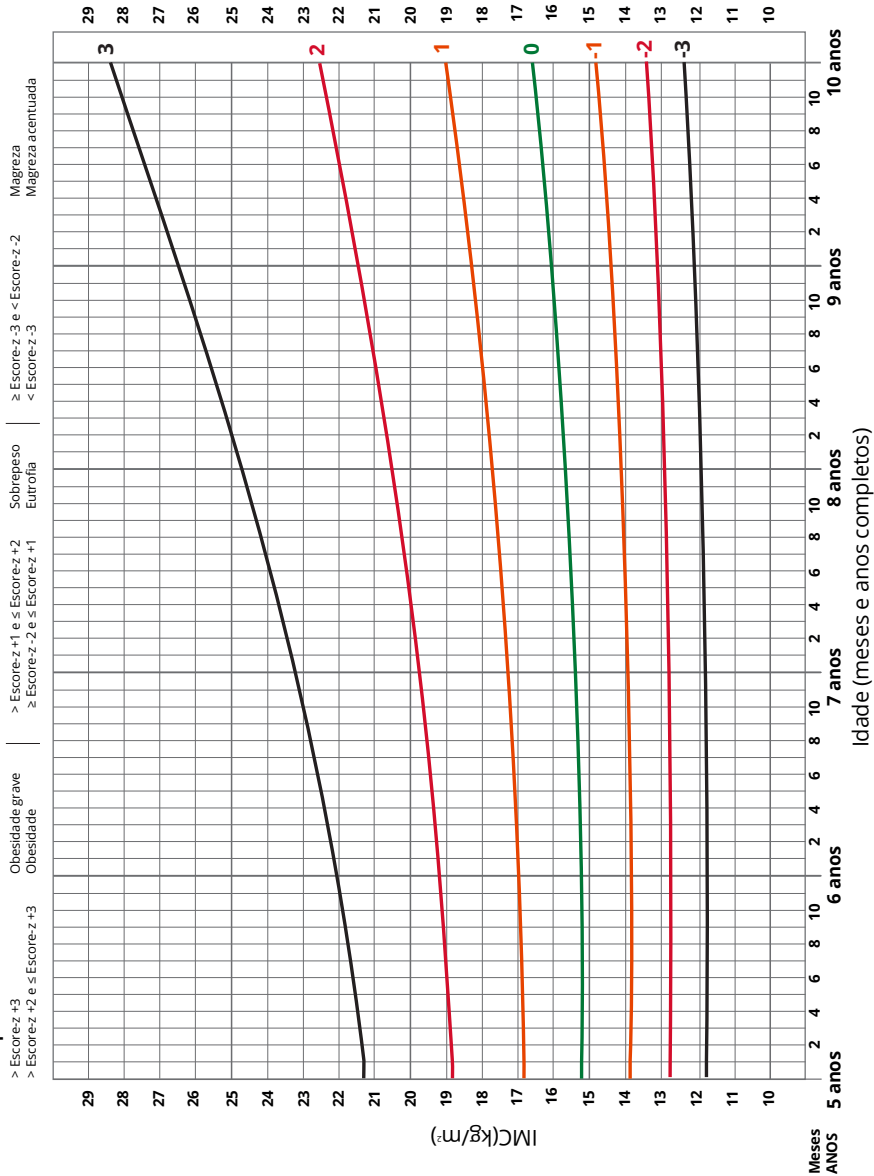
Estatura para idade 5 a 10 anos

- ≥ Escore-z: 2 Estatura adequada para idade
- ≥ Escore-z: -3 e < Escore-z: -2 Baixa estatura para idade
- < Escore-z: -3 Muito baixa estatura para idade



Adaptado: WHO Child Growth Standards

IMC para idade 5 a 10 anos



Adaptado: WHO Child Growth Standards

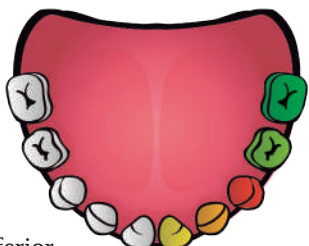
ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontograma da Primeira Dentição

Superior



Inferior



Incisivo central

Superiores ± 10 meses

Inferiores ± 08 meses



Incisivo lateral

Superiores ± 11 meses

Inferiores ± 13 meses



Canino

Superiores ± 19 meses

Inferiores ± 20 meses



1º Molar

Superiores ± 16 meses

Inferiores ± 16 meses



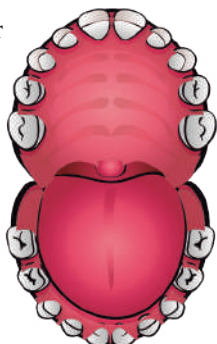
2º Molar

Superiores ± 28 meses

Inferiores ± 26 meses

Dentição

Superior



Inferior

Marque:

X - Dente Cariado

Registro das Consultas Odontológicas

Data da consulta	Dente(s)	Procedimentos /orientações realizadas	Data de retorno	Assinatura / carimbo e unidade de saúde
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	

REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES

Suplementação de Vitamina A

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu a megadose de vitamina A e a assinatura do profissional de saúde que suplementou a criança.

Megadose de vitamina A (6 meses a 4 anos e 11 meses)

Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____
Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____
Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____

Suplementação de Ferro ou Outros Micronutrientes

Anote no quadro abaixo a data e a idade que a criança recebeu a suplementação de ferro ou outro suplemento de micronutrientes, qual o produto e a assinatura do profissional de saúde que entregou o suplemento.

Data da entrega	Idade da criança	Suplemento distribuído	Quantidade distribuída	Assinatura

VACINAÇÃO

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	Vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (miliar e meningea)
	Vacina hepatite B (recombinante)	Dose ao nascer	Hepatite B
2 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada) - (Penta)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	1ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) - (Pneumo 10)	1ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causadas pelos 10 sorotipos de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	1ª dose	Diarreia por rotavírus (gastroenterites)
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	1ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada) - (Penta)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	2ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) - (Pneumo 10)	2ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causadas pelos 10 sorotipos <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	2ª dose	Diarreia por rotavírus (gastroenterites)
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	2ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
6 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada) - (Penta)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	3ª dose	Poliomielite
7 meses	Vacinas covid-19 ¹	1ª dose	Formas graves e óbitos por covid-19, causada pelo SARS-CoV-2
	Vacinas covid-19 ¹	2ª dose	Formas graves e óbitos por covid-19, causada pelo SARS-CoV-2
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada) - (FA) ²	Uma dose	Febre amarela
	Vacinas covid-19 ¹	3ª dose	Formas graves e óbitos por covid-19, causada pelo SARS-CoV-2
12 meses	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) - (Pneumo 10)	Reforço	Infecções invasivas (como meningite, pneumonia e otite média aguda), causadas pelos 10 sorotipos <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	Reforço	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola (Tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
15 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (DTP)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	1º reforço	Poliomielite
	Vacina adsorvida hepatite A (inativada)	1 dose	Hepatite A
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) - (tetra viral) ³	1 dose	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela
4 anos	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (DTP)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina febre amarela (atenuada) - (FA)	Reforço	Febre amarela
	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	2º reforço	Poliomielite
	Vacina varicela (monovalente) - (Varicela)	1 dose	Varicela
5 anos	Vacina pneumocócica 23-valente - (Pneumo 23)	1 dose ⁴	Para a proteção contra infecções invasivas pelo pneumococo na população indígena
9 anos	Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) - (HPV)	2 doses (9 a 14 anos)	

¹ As vacinas covid-19 serão ofertadas para todas as crianças a partir de 6 meses de idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias. O esquema será composto por duas ou três doses a depender do fabricante.


² A recomendação de vacinação contra a febre amarela é para todo Brasil, devendo seguir o esquema de acordo com as indicações da faixa etária e situação vacinal.

³ A vacina tetra viral corresponde à 2ª dose da tríplice viral e à dose da vacina varicela. Esta vacina está disponível para crianças até 4 anos 11 meses e 29 dias não oportunamente vacinadas aos 15 meses.

⁴ Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a Pneumo 10. Esta recomendação deve ser adotada para os povos indígenas.

A instrução normativa – Calendário Nacional de Vacinação da Criança deverá ser consultada no endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2023>.

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

NOME: _____		Data de Nascimento: ____/____/____		
BCG		Rotavírus humano		
Dose única		2ª Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		1ª Dose Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
Pneumocócica 10V (conjugada)		Meningocócica C (conjugada)		
1ª Dose		1ª Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
Febre amarela		Covid-19		
Dose		Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
Hepatite B		Penta		
Dose ao nascer		2ª Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
3ª Dose		3ª Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
Até 12 meses				

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

A partir de 12 meses								
Pneumocócica 10V (conjugada)	Meningocócica C (conjugada)	DTP		VOP		Tetralviral		
Reforço	Reforço	1º Reforço	2º Reforço	1º Reforço	2º Reforço	Uma dose		
Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /		
Varicela	Febre amarela	Hepatite A		HPV		Proteja a criança. Mantenha a vacinação atualizada.		
Uma dose	Dose de reforço	Uma dose	Dose	Dose	Pneumocócica 23V (povos indígenas)			
Uma dose	Dose de reforço	Uma dose	Dose	Dose	Uma dose			
Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /		

Registro de Outras Vacinas e Campanhas

NOME:		Data de Nascimento: ____/____/____							
Outras estratégias									
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /
Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /
Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /
Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /
Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /	Lab.Produz: / /
Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /
Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /

[illegible]

AGENDA DE CONSULTAS INDIVIDUAIS E ATIVIDADES COLETIVAS

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]



Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Integral

Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral

Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

SRTVN quadra 702, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 5º andar

CEP: 70723-040 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-9155/9153

Site: <https://aps.sau.de.gov.br/>

E-mail: dgci@sau.de.gov.br

Convênio de cooperação da Cacriad/MS com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz – financiado pelo Fundo Nacional de Saúde

Coordenação técnica geral:

Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente –

Cacriad/Cgaci/DGCI/Saps/MS

Grace Fátima Souza Rosa

Marcos Vinicius Soares Pedrosa

Nélio Fernandes de Medeiros Junior

Organização, coordenação e supervisão-geral:

Amira Consuelo de Melo Figueiras – UFPA/MEC

Gilvani Pereira Grangeiro

Janini Selva Ginani

Júlia Florêncio Carvalho Ramos – IFF/Fiocruz/MS

Mariana Ribeiro Marques – IFF/Fiocruz/MS

Maria Virgínia Marques Peixoto – IFF/Fiocruz/MS

Sônia Isoyama Venancio

Projeto editorial:

Eliana Lucia Madureira Yunes Garcia – Cátedra de Leitura da Unesco e Instituto Iler da PUC

Elaboração, revisão e atualização de texto:

Alejandra Prieto de Oliveira, Aline Carla Hennemann, Amanda Souza Moura, Ana Carolina Cunha Marreiros, Ana Catarina de Melo Araújo, Ana Maria Cavalcante de Lima, Ana Maria Spaniol, Ana Paula da Cruz Caramaschi, Audrey Fischer, Angelo Roberto Gonçalves, Ariane Tiago Bernardo de Matos, Carolina de Vasconcellos Drugg, Claudia Regina Lindgren Alves, Cláudia Puerari, Daniela Sant'Ana de Aquino, Diogo do Vale de Aguiar, Eduardo Carvajal Rodrigues Silva, Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante, Fernanda Ramos Monteiro, Fernando Celso Lopes Fernandes de Barros, Flávia da Silva Tavares, Giovanna Guarese Borges Gonçalves, Helissa de Oliveira Mendonça Moreira, Izabela Sad, Janini Selva Ginani, Kalnye Ferreira Nascimento de Aguiar, Kátia Godoy Cruz, Larissa Mendes, Lilianna Maria Planel Lugarinho, Liliane Mendes Penello, Luiza Geaquinto Machado, Maria Emília Domingues Costa Quaresma de Oliveira, Maria Fernanda Moratori Alves, Nayara Rezende Amaral, Paula dos Santos Leffa, Paulo Vicente Bonilha Almeida, Rafaela da Costa Santin de Andrade, Regina Célia Mendes dos Santos Silva, Renara Guedes Araújo, Ricardo Cesar Caraffa, Rita de Cassia de Freitas Coelho, Sara Araújo da Silva, Sérgio Tadeu Martins Marba, Sirlene de Fátima Pereira, Soniery Almeida Maciel, Wallace dos Santos

Ilustrações:

Tom Bernardes

Revisão de texto:

Irene Ernest Dias

Maria José Sant'Anna

Colaboração e participação em grupo de trabalho:

Adriana Kitajima, Adriana Lucena, Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Alberto Cunha Mendes Ferreira, Alejandra Prieto de Oliveira, Alessandra Fam, Alexandre, Almiro Filho, Altamira Pereira da Silva Reichert, Ana Carolina Cunha Marreiros, Ana Carolina Terrazzan, Ana Cláudia de Almeida, Ana Kneipp, Ana Paula da Cruz Caramaschi, Andrea Araujo, Angelita Herrmann, Anna Maria Chiesa, Antonelli Maia, Ariane Tiago Bernardo de Matos, Aurea Toriyama, Carla Kristiane da Silva, Carolina Velho, Charleni Sherer, Cicera Vicente, Cicero Sampaio, Claudia Fernandes, Cristiano Francisco da Silva, Cristina Kupfer, Damaris Gomes Maranhão, Darci Neves, Débora Faleiros, Denise Bueno, Denise Cardellini, Eduardo Marino, Eliana Andrade, Ely Harasawa, Enia Amui, Evangelia Kozias, Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Gabriela de Araújo, Gisele Tertuliano, Gizeli de Lima, Ivone Marques, Janssen Morata, Jesiane Fernandes, Juliana da Silva, Julieta Jerusalinsky, Jussara Oliveira, Kátia Rospide, Laura Ferraz dos Santos, Leda Aquino, Leonardo Amorim, Liêse Serpa, Luciana Nascimento, Luciana Surjus, Lysiane Paiva, Magali Cristini Casola Kumbier, Maiara de Oliveira, Marcia Bellotti, Márcia Leal, Márcia Teixeira, Marcio Coura, Márcio Fossari, Maria Beatriz Martins Linhares, Maria Dalva Meló, Maria de La Ó Veríssimo, Maria de Lourdes Magalhães, Maria Giseli Ferreira, Maria Inês Lopes, Maria Luiza Ferreira, Maria Sílvia Freitas, Marília Carotto, Marislaine Mendonça, Maroa de Lá Ó Veríssimo, Martha Gonçalves Vieira, Mauricio Vianna, Michelle da Silva, Miriam Santos, Mônica Guimaraes Macau Lopes, Myriam A. Mandetta, Myrian Cruz, Nathan Aratani, Neide Cruz, Nelson Arns, Ponticello Rosario, Priscila Olin Silva, Regina Célia Mendes S. Silva, Regina Fidelis, Renato Coelho, Rita Bitencourt, Rita de Cássia Alves de Abreu, Rosane Siqueira, Roselle Bugarin Steenhouwer, Sandra Cartaxo, Sílvia Andrade, Sílvia Karla, Sirlene de F. Pereira, Solange Mendes, Solange Serra, Sônia Venâncio, Sophie Eickmann, Suely Grosseman, Thaís de Oliveira, Thereza de Lamare Franco Netto, Vera Ramos, Victor Rocha, Virgílio Queiroz

Supervisão editorial:

Claudia de Amorim Souto
Júlio César de Carvalho e Silva

Diagramação:

Fernanda Canalonga Calçada
Gustavo Lins
Marcos Gomes

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI
Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Emendas de diagramação:

Denny Guimarães – Editora MS/CGDI

OS 0161/2023

**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DA CRIANÇA

MENINO



6ª edição

PASSAPORTE DA CIDADANIA



Brasília – DF
2023

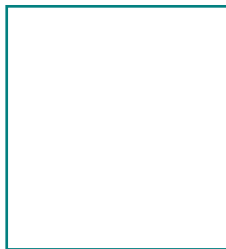


SUMÁRIO

PARTE I – PARA A FAMÍLIA E CUIDADORES	3
DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS	4
Identificação da Criança.....	4
Assistência Social	6
Educação e Vida Escolar.....	8
Direitos da Criança.....	10
Direitos dos Responsáveis.....	12
CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA	14
Promover a Saúde.....	14
Prevenir Doenças pela Triagem Neonatal e Vacinação.....	15
Os Primeiros Dias de Vida	16
Cuidados com o Bebê Pré-termo.....	19
Contato Pele a Pele e o Recém-Nascido	20
Cuidados com Diarreia, Desidratação e Desnutrição.....	20
Sinais de Perigo.....	23
AMAMENTANDO O BEBÊ	24
Importância do Leite Materno.....	24
Tornando a Amamentação Mais Prazerosa.....	25
Dificuldades na Amamentação.....	27
Retorno da Mãe ao Trabalho ou à Escola.....	28
ALIMENTANDO PARA GARANTIR A SAÚDE	31
Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável.....	31
Doze Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças Menores de 2 Anos.....	34
Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças de 2 a 9 Anos.....	35
Prevenindo as Carências Nutricionais.....	36
ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AFETO	37
Desenvolvimento Infantil.....	37
Desenvolvimento da Criança Menor de 1 Ano.....	40
Desenvolvimento da Criança de 1 a 3 Anos.....	45
Desenvolvimento da Criança de 3 a 6 Anos.....	48
Desenvolvimento da Criança de 6 a 9 Anos.....	51
PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO	53
Sinais de Alerta.....	53
Crianças com Deficiência.....	54
Transtornos do Espectro Autista – TEA.....	55
Síndrome de Down.....	55
PERCEBENDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO	57
Sinais de Deficiência Auditiva e Visual.....	57
PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL	58
Desenvolvimento dos Dentes	58
Limpeza da Boca e dos Dentes.....	58
Traumatismo Dentário.....	59
Cárie Dentária.....	59
OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO	60
Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.).....	60
Consumo em Geral.....	60
PREVENINDO ACIDENTES	61
Do Nascimento aos 6 Meses.....	61
Dos 6 Meses aos 2 Anos.....	63
Dos 2 aos 4 Anos.....	64
Dos 4 aos 6 Anos.....	65
Dos 6 aos 9 Anos.....	65
PROTEGENDO A CRIANÇA DA VIOLÊNCIA	66
Respeito aos Direitos Fundamentais.....	66

PARTE II – REGISTROS DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA.....	67
ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS	68
Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta.....	69
Triagens Neonatais.....	70
Consulta da 1ª Semana.....	70
Consulta do 1º Mês.....	71
Consulta do 2º Mês.....	72
Consulta do 4º Mês.....	73
Consultas do 6º Mês e do 9º Mês.....	74
Consultas do 12º Mês e do 18º Mês.....	75
Consultas do 24º Mês e do 36º Mês.....	76
Outras Medidas e Consultas Necessárias.....	77
ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO	78
Vigilância do Desenvolvimento Infantil.....	78
Avaliação dos Marcos do Desenvolvimento.....	79
Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança.....	80
Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses.....	81
Marcos do Desenvolvimento dos 6 Meses a 1 Ano e Meio.....	82
Marcos do Desenvolvimento de 1 Ano e Meio a 3 Anos e Meio.....	83
Marcos do Desenvolvimento de 3 Anos e Meio a 5 Anos.....	84
Marcos do Desenvolvimento de 5 a 6 Anos.....	85
Desenvolvimento de 6 a 10 Anos.....	86
ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO	87
Vigilância do Crescimento Infantil.....	87
Interpretando os Gráficos.....	88
Curvas Internacionais de Crescimento para Crianças Nascidas Pré-Termo.....	89
Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos.....	90
Gráfico de Peso para Idade de 0 a 2 Anos.....	91
Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos.....	92
Gráfico de IMC para Idade de 0 a 2 Anos.....	93
Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos.....	94
Gráfico de Estatura para Idade de 2 a 5 Anos.....	95
Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos.....	96
Gráfico de Peso para Idade de 5 a 10 Anos.....	97
Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos.....	98
Gráfico de IMC para Idade de 5 a 10 Anos.....	99
ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO	100
Odontograma da Primeira Dentição.....	100
Registro das Consultas Odontológicas.....	101
REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES.....	102
Suplementação de Vitamina A.....	102
Suplementação de Ferro e Outros Micronutrientes.....	102
VACINAÇÃO.....	103
Calendário Nacional de Vacinação da Criança.....	103
Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional.....	104
Registro de Outras Vacinas e Campanhas.....	105
ANOTAÇÕES.....	106
AGENDA DE CONSULTAS INDIVIDUAIS E ATIVIDADES COLETIVAS	107

PARABÉNS! ACABA DE NASCER MAIS UM CIDADÃO BRASILEIRO!



Esta CADERNETA pertence a:

O acesso da criança e de sua família à saúde, à educação e à assistência social é um DIREITO garantido pela Constituição!

A CADERNETA DA CRIANÇA: PASSAPORTE DA CIDADANIA é um documento importante e único no qual **devem ficar registradas todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde, de educação e de assistência social** para o acompanhamento desde o momento do seu nascimento até os 9 anos de idade. Ao registrarem as informações na CADERNETA DA CRIANÇA, os profissionais compartilham esses dados com a família e facilitam a integração das ações sociais.

Esta CADERNETA traz orientações sobre os cuidados com a criança e com o ambiente para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável. Traz também informações sobre os direitos e os deveres das crianças e dos pais, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, vacinas, saúde bucal, marcos do desenvolvimento, consumo, e informa sobre o acesso aos equipamentos e programas sociais e de educação.

Para cuidar da criança, educar e promover sua saúde e seu desenvolvimento integral, **é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de educação e de assistência social.**

ATENÇÃO!

Leve sempre a CADERNETA DA CRIANÇA quando for com seu filho aos serviços de saúde, em todas as campanhas de vacinação, quando for matriculá-lo na creche ou na escola ou quando procurar os serviços de assistência social.

PARTE I

PARA A FAMÍLIA E CUIDADORES

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Filho de: _____ e _____

Município onde nasceu: _____ Estado: _____

Reside com: () Mãe () Pai () Responsável legal () Outro _____

() Instituição de acolhimento: _____

Endereço Rua/Av.: _____

N.º _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbano () Rural

Contato: Tel.: () _____ E-mail: _____

Cor: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena. Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

() Família cigana () Família quilombola () Família ribeirinha

() Família em situação de rua () Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia:

() Outras: _____

N.º da Declaração de Nascimento Vivo (DNV): _____

N.º do Cartão do SUS: _____

Estratégia Saúde da Família (ESF): () Não () Sim. Qual? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim. Qual? _____ n.º _____

IMPORTANTE!

Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, **será necessário realizar um cadastro**. Fique atento e verifique se o profissional que atendeu seu filho preencheu as informações indicadas acima.

Anote aqui as mudanças de endereço da família

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Assistência Social

Existem várias ações de Assistência Social que podem apoiar as famílias nos cuidados, na proteção e na orientação às suas crianças. Procure o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) mais perto de sua residência para obter informações e/ou verificar como pode ser incluída em alguma ação, tais como:

- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (grupos de convivência para várias faixas etárias).
- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), com atendimento e acompanhamento por Assistentes Sociais e Psicólogos.
- Cadastramento ou atualização do seu cadastro no Cadastro Único (CadÚnico) para os Programas Sociais.
- Programa Bolsa Família.
- Benefício de Prestação Continuada (BPC), se tiver algum membro da família com deficiência ou pessoa idosa.
- Benefício eventual – auxílio nas situações de emergência e calamidade pública, nascimento ou morte de algum membro da família.

Número de Identificação Social (NIS) da criança: _____
(toda família cadastrada no CadÚnico tem NIS)

Beneficiária do Bolsa Família () Sim e do BPC () Sim

Acompanhada pelo Programa Criança Feliz () Sim

Outras ações, quais: _____

IMPORTANTE!

O Sistema Único de Assistência Social (Suas) é um avanço importante para que as crianças, os adolescentes, os idosos, as pessoas com deficiência e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social tenham seu direito constitucional assegurado. Em sua Rede Socioassistencial, o Suas conta com equipamentos para proteção social básica, os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), centros para atendimento de casos especiais e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas).

No Cras, você também pode obter informações sobre as condicionalidades do Bolsa Família, tais como: frequência escolar, pré-natal de gestantes, vacinação e acompanhamento do peso e altura da criança. Se estiver com dificuldades de cumprir as condicionalidades, peça orientação. Para mais informações acesse:

Sobre o Programa Bolsa Família: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>.

Sobre a Assistência Social: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/unidades-de-atendimento>.

Leia mais sobre os direitos das crianças na página 10.

Anotações da assistência social

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled sheet of paper.

Educação e Vida Escolar

Toda criança brasileira tem direito à educação. **A educação infantil se inicia na creche para crianças de até 3 anos de idade, segue na pré-escola para as crianças de 4-5 anos e continua no ensino fundamental e médio.**

Os primeiros dias da criança na creche, na pré-escola ou na escola podem ser motivo de preocupação para as famílias. Em geral, os cuidadores não sabem como seu filho vai reagir ao novo ambiente. Cada criança tem um jeito próprio de vivenciar a transição da casa para a escola. Por isso, é necessário que os pais e os profissionais de saúde e de educação conversem entre si sobre como cuidar e fortalecer a criança e a família nessa passagem.

IMPORTANTE!

É aconselhável que você, mãe, pai, cuidador ou responsável, fique disponível para acompanhar a criança nos primeiros dias de adaptação à escola e, em especial, à creche e à pré-escola.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue lines, similar to notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ATENÇÃO!

A matrícula na pré-escola é obrigatória a partir dos 4 anos de idade. Mais informações sobre a educação infantil em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/secretarias/secretaria-de-educacao-basica/publicacoes/educacao-infantil>.

Para o registro da vida escolar do seu filho, use o quadro da página a seguir.

Direitos da Criança

Toda criança tem os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à dignidade e à proteção integral garantidos pela Constituição Federal de 1988, pelo **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, Marco Legal da Primeira Infância e por outras leis. As medidas para garantir e defender esses direitos são responsabilidade do governo, da sociedade e da família.

IMPORTANTE!

Você pode requerer o **Estatuto da Criança e do Adolescente no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente** de sua cidade ou no endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm.

São direitos da criança

- Receber **identificação neonatal**, por meio da **Declaração de Nascido Vivo (DNV)**.
- Receber o **Registro Civil de Nascimento (RCN)**, que é gratuito e entregue, se possível, na maternidade.
- Ser chamada pelo **nome** desde o nascimento.
- Realizar gratuitamente os **exames de triagem neonatal**.
- Ser acompanhada em **seu crescimento e desenvolvimento**.
- Ter garantida a **vacinação** de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (MS).
- Viver em um **ambiente afetivo e sem violência**.
- Ser **acompanhada** pelos pais e responsáveis, em período integral, **durante sua internação em estabelecimentos de saúde, inclusive em unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários**.
- **Brincar e aprender**.
- Ter acesso a **água potável** e a **alimentação saudável**.
- Ter acesso a **serviços de saúde** e de **assistência social** de qualidade.
- Ter acesso a **creches e escolas públicas** de qualidade, localizadas **próximo à sua residência**.
- Ter acesso ao **lazer** e à prática de **esportes**.
- Ter **convivência familiar e comunitária**. No caso de criança afastada da convivência familiar - por medida judicial para garantir a sua proteção -, é preciso viabilizar o seu retorno seguro ao convívio familiar, no menor tempo possível, prioritariamente na família de origem e excepcionalmente em família substituta.
- Receber **transferência de renda** por meio do Programa Bolsa Família, quando a família está em situação de pobreza ou de extrema pobreza.
- Receber o **Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**, no caso de **crianças com deficiência** (veja pág. 54) e cuja família tenha renda familiar inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo vigente e não possua meios para garantir o seu sustento.

Registro Civil de Nascimento – RCN

O RCN é o documento oficial que garante a cidadania da criança, assegurada pela Constituição Federal de 1988 (art. 5º, inciso LXXVI, alínea a) e reafirmada pela Lei n.º 9.534, de 10 de dezembro de 1997, que o tornou gratuito para todos. Você pode registrar seu filho na maternidade/hospital onde ele nasceu ou no Cartório de Registro Civil da cidade de nascimento ou do local onde a família mora.

ATENÇÃO!

A mãe ou o pai, isoladamente ou juntos, podem fazer o registro em seu próprio nome. No caso de falta ou impedimento de um, o outro terá o prazo para declaração prorrogado por 45 dias (Lei n.º 13.112, de 30 de março de 2015).

Para fazer o registro é necessário apresentar a via amarela da Declaração de Nascimento Vivo (DNV), fornecida pela maternidade ou pelo hospital onde o bebê nasceu e:

- Se os pais forem casados, a Certidão de Casamento.
- Se os pais não forem casados, documento de identificação que tenha foto e seja válido em todo o território nacional (Carteira de Identidade, Carteira de Motorista ou Carteira de Trabalho).
- Se os pais forem menores de 16 anos e não emancipados, comparecer acompanhados por um dos avós do bebê.

IMPORTANTE!

Se o bebê nasceu em casa ou em outro local que não a maternidade ou o hospital e não tem a DNV, os pais devem fazer o registro acompanhados por duas testemunhas maiores de 18 anos que comprovem a gravidez e o parto da mãe.

Direitos dos Responsáveis

São direitos do pai

- **Participar das consultas e exames de pré-natal** durante a gravidez.
- **Acompanhar o nascimento** do filho.
- **Acompanhar o filho** durante sua internação em estabelecimentos de saúde, inclusive em unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários.
- **Participar das consultas e dos exames** de acompanhamento da saúde de sua criança.
- **Pais com vínculo formal de trabalho:** ter **licença-paternidade** de 5 dias a partir do dia de nascimento do filho, prorrogáveis por mais 15 dias nas empresas do Programa Empresa Cidadã. A licença-paternidade é um direito dos pais biológicos ou adotivos.
- **Conhecer e participar do projeto pedagógico** da creche, da pré-escola e da escola que o filho frequenta.
- Ter **acesso às informações** sobre serviços, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais a que o filho possa ter direito.
- **Acompanhar a participação do filho** nos serviços de assistência social ofertados pela rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

ATENÇÃO!

Pais, participem e acompanhem a rotina de atendimento nas unidades de saúde, na creche/escola e nos serviços de assistência social. Conversem com os profissionais para esclarecer dúvidas sobre os cuidados com seu filho e sobre os estímulos de que ele precisa em cada fase do seu desenvolvimento.

São direitos da mãe

- Escolher um **acompanhante** que ficará ao seu lado durante o pré-parto, o parto e o pós-parto.
- Permanecer na maternidade ou no hospital em **alojamento conjunto com o filho**.
- Receber **orientações e aconselhamento** sobre amamentação.
- Receber, no momento da alta, **orientações** sobre quando e onde deverá fazer suas consultas de pós-parto e as consultas de acompanhamento de seu filho.
- Para as mulheres que possuem vínculo de trabalho formal (carteira assinada) e/ou contribuem para a Previdência Social (INSS):
 - Ter licença-maternidade de 120 dias ou mais. Para as mães adotivas a duração da licença-maternidade varia conforme a idade da criança adotada.
 - Ter ampliada a licença-maternidade para 180 dias, no caso de empresa privada que tenha aderido à Lei da Empresa Cidadã ou se servidora pública de órgão que ofereça essa ampliação.

- Ter estabilidade no emprego até cinco meses após o parto.
- Ter **acesso à creche** no local de trabalho, ou à creche conveniada pela empresa, caso esta possua mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.
- Ter **dois períodos de meia hora por dia para amamentar** durante a jornada de trabalho, até que o bebê complete 6 meses. Se a saúde do bebê exigir, esses períodos poderão ser mantidos por mais tempo, conforme recomendação médica.

IMPORTANTE!

Muitas empresas já oferecem lugar apropriado para amamentação com privacidade, conforto e higiene, para que a mãe possa amamentar ou retirar seu leite e armazená-lo durante toda a jornada de trabalho.

- **Acompanhar o filho** durante sua internação em estabelecimentos de saúde, inclusive em unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários.
- **Acompanhar o filho** em creche ou pré-escola durante o período de adaptação.
- Ter **acesso às informações** sobre serviços, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais a que o filho possa ter direito.
- **Acompanhar a participação do filho** nos serviços de assistência social ofertados pela rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (Suas).
- **Conhecer e participar do projeto pedagógico** da creche, da pré-escola e da escola que o filho frequenta.



CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Promover a Saúde



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

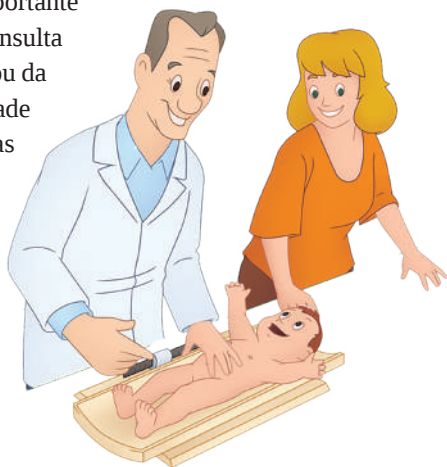
A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina devem ser feitas uma vez ao ano, de acordo com a necessidade de cuidados de seu filho. Nas consultas de rotina, você pode esclarecer dúvidas e pedir orientações sobre os cuidados que você precisa ter para que seu filho desfrute de uma boa saúde. Peça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

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 na página 70.

A vacinação é essencial para manter a criança saudável. 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 (pág. 103) traz os nomes de todas as vacinas que seu filho precisa receber para ficar protegido de doenças. A vacinação é gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS). As vacinas estão disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) 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.



Os Primeiros Dias de Vida

O nascimento de uma criança traz muitas novidades para a rotina da família. O bebê já nasce com um comportamento próprio: uns são mais quietos, outros solicitam os pais toda hora e outros são mais chorões. Cada um do seu modo. Procure entender o seu filho, o que ele gosta ou não gosta, respeitando o seu jeito – vai ser muito mais fácil lidar com ele! É preciso que todos estejam dispostos a acolher e responder às suas necessidades, pois o recém-nascido precisa de muito carinho, amor, atenção e de um ambiente confortável e seguro.

O contato com o bebê

Os bebês gostam de sentir que os pais estão junto deles e de ouvir as vozes da mãe e do pai. Então, converse com seu filho, cante canções de ninar, fale seu nome e faça carinho tocando-o suavemente. O contato físico com seu bebê e o toque são muito importantes para criar laços afetivos e ajudar o desenvolvimento emocional e social da sua criança. O colo acalma a criança e faz com que ela se sinta segura.

O bebê é muito ligado à mãe e a quem cuida dele, por isso ele percebe quando a pessoa está tranquila ou agitada, segura ou insegura e reage do mesmo jeito. Portanto, é preciso que a mãe seja apoiada pela família e pelos amigos para também se manter calma e segura. Converse com seu filho com uma voz suave e observe como ele responde com o olhar e com sons e movimentos do corpo. E, dessa forma, você vai aprendendo a se comunicar com ele.

O choro do bebê

O choro é um comportamento normal para os bebês, é uma das maneiras que eles têm de se expressar. Na maioria das vezes, eles se acalmam quando aconchegados ao colo ou colocados no peito. Não se preocupe, bebês não ficam viciados em colo. Para se tornar independente, seu filho precisa se sentir seguro e cuidado, por isso evite deixar seu filho chorando sozinho.

A alimentação

O leite materno contém tudo de que o bebê precisa para se nutrir. Além de ser a principal fonte de alimento, o peito é também uma fonte de proteção. Os bebês que se alimentam só no peito adoececem menos do que os demais. **No início, o bebê precisa sugar tanto para se alimentar quanto para se sentir seguro no novo ambiente.** Pode ser que, nos primeiros dias, o leite demore a descer, mas isso não significa que há um problema. É normal os bebês perderem peso, mas por volta do décimo dia eles recuperam o peso de nascimento. É importante ter paciência e colocar o bebê no peito, pois mamar é o principal estímulo para a descida do leite. Deve-se evitar o uso de leites artificiais, bicos, protetores de mamilos, chupetas e mamadeiras, que podem prejudicar a amamentação.

IMPORTANTE!

Saiba mais sobre amamentação na pág. 24.

O sono do bebê

O bebê recém-nascido dorme muito. Por isso, ele precisa de um lugar tranquilo, arejado e limpo para dormir. Cuide para que ele permaneça de barriga para cima. Observe se sua boca e nariz estão descobertos. Não use travesseiro e cobertor e agasalhe-o com roupa adequada à temperatura do ambiente. Para facilitar os cuidados e a amamentação durante a noite, nos primeiros meses de vida, coloque o berço ou a rede do bebê ao lado da cama ou da rede dos pais ou cuidadores. Durante o dia o sono do bebê pode ser em ambiente normalmente iluminado e com exposição ao barulho normal e, à noite, em ambiente escuro e silencioso.

O banho

A hora do banho pode ser um momento muito relaxante. Faça seu filho sentir-se seguro: segure-o com firmeza e fale com ele, tocando-o 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 filho na água sem antes experimentar a temperatura com a própria mão. Passe seu braço por trás das costas dele e apoie sua cabeça e use a outra mão para lavá-lo. 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 filho 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 isso pode causar infecção.

A cor da pele

Preste atenção à cor da pele do bebê. A cor amarelada significa icterícia, **doença conhecida como amarelo**. Se a cor amarela aparecer nas primeiras 24 horas de vida, se for muito forte, se estiver espalhada por todo o corpo ou se durar mais de duas semanas, é necessário que seu filho seja avaliado com urgência pelo profissional de saúde. Já a cor excessivamente branca pode sinalizar albinismo, uma condição de saúde de origem genética que não é contagiosa, mas interfere na cor da pele, pelos e olhos, e pode acarretar a dificuldade na visão, alta sensibilidade a luz solar e outros cuidados específicos de saúde.

A troca de fraldas

As assaduras são muito dolorosas para o bebê. Procure trocar as fraldas sempre que estiverem molhadas ou sujas. Limpe o bebê preferencialmente com água. Não use talco. Antes e depois da troca, lave suas mãos com água e sabão, se não for possível, use álcool em gel. A vermelhidão nas áreas cobertas pela fralda pode ser assadura ou alergia. Procure orientação do profissional de saúde sobre os cuidados.

As fezes

Observe as fezes do seu filho. A quantidade de vezes que a criança faz cocô varia muito: ele pode fazer várias vezes ao dia (especialmente após as mamadas) ou ficar até dois ou três dias sem fazer cocô, ou mais, se estiver mamando só no peito. Nos primeiros dias de vida, as fezes costumam ser escuras, tornando-se amareladas durante a primeira semana. Também podem ser líquidas e, às vezes, esverdeadas. Se a criança estiver bem, se não apresentar nenhum outro sintoma, isso não é diarreia. Fezes excessivamente claras, que não escurecem, permanecendo quase brancas ou cinzentas (escala de cores mostrada a seguir), podem significar alguma doença que precisa ser investigada e descoberta cedo. Nesses casos, procure o serviço de saúde **com urgência**. É primordial e salvador de vidas investigar e descartar a atresia de vias biliares precocemente.



É mais importante observar o estado geral do seu filho e o esforço dele para fazer cocô, antes de pensar que há algo anormal.

A limpeza de roupas e objetos

As roupas, os objetos e os brinquedos de seu filho devem ser lavados com água e sabão neutro e estar bem secos quando forem usados por ele. **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 filho 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.

Cuidados com o bebê pré-termo

Chamamos de pré-termo os bebês que nascem com menos de 37 semanas de idade gestacional. Eles podem nascer muito antes ou mais próximo de completar os nove meses e podem precisar de internação em Unidade Neonatal. Nestes casos, a ida para casa ocorre quando a equipe avalia que o bebê está bem e que os pais já se sentem seguros.

Os bebês pré-termo podem se beneficiar muito com o Método Canguru, um modo de cuidado que envolve colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe e com o seu pai. Esse contato é chamado posição canguru. Na alta hospitalar os pais são orientados sobre a importância de fazer a posição canguru em casa e sobre a necessidade do acompanhamento do bebê, de forma compartilhada, pela Atenção Especializada e pela Atenção Primária.

A chegada à casa, do RN que permaneceu em cuidados neonatais, merece atenção para não haver excesso de visitas nas primeiras semanas. Ele precisa se adaptar ao novo ambiente, aproveitar a intimidade e o contato mais dedicado de toda a família, fazer de forma lenta e progressiva novas descobertas. A continuidade, em casa, da posição canguru é uma maneira da mãe e do pai auxiliarem na adaptação do filho ao ambiente domiciliar e social. Além disso, a posição canguru contribui para a manutenção da temperatura, facilita o aleitamento materno e com isso, melhora o ganho de peso e protege o crescimento e o desenvolvimento do bebê.

O acompanhamento ambulatorial garante a continuidade dos cuidados iniciados na internação. Nas visitas domiciliares e nas consultas a Atenção Primária irá cuidar do ganho de peso, avaliar a amamentação, indicação de vacinas, informações e orientações quanto aos cuidados de puericultura. No Ambulatório de Seguimento Especializado será acompanhado quanto ao desenvolvimento, lembrando que suas aquisições serão avaliadas a partir da idade corrigida, pois tiveram seu crescimento e desenvolvimento intrauterino interrompidos pelo parto prematuro. É importante que os pais não comparem seus filhos que nasceram pré-termo com outras crianças e compreendam aspectos específicos relacionados ao seu desenvolvimento.

ATENÇÃO!

Para saber como estimular seu bebê (pág. 37 a 52) e para avaliar o seu desenvolvimento (pág. 78 a 86), você precisa, primeiro, corrigir a sua idade. Para isso, basta diminuir da idade atual o tempo que faltou para ele completar 9 meses (ou 40 semanas de idade gestacional). Por exemplo, se ele nasceu dois meses antes da gestação completar 9 meses e já tem 6 meses de vida, sua idade corrigida é de 4 meses ($6-2=4$). Em caso de dúvida, converse com o profissional de saúde.

A intervenção precoce, caso necessária, será avaliada pela equipe do Ambulatório de Seguimento, podendo exigir acompanhamento com outros profissionais ou ser iniciada com orientação de cuidados e estímulos diferenciados, realizados pela família.

Contato Pele a Pele e o Recém-Nascido

O contato pele a pele é benéfico para todos os recém-nascidos, inclusive para aqueles que nascem a termo e/ou com peso adequado, e deve ser praticado tão frequentemente quanto possível durante os primeiros dias de vida.

Essa prática contribui para que o bebê fique mais calmo, com menor duração do tempo de choro e estresse. Além disso, facilita a amamentação, ajuda a manter a temperatura e contribui para a estabilidade da respiração.

O contato pele a pele também traz benefícios para a mãe e para o pai. Possibilita maior confiança e competência dos pais nos cuidados com seu filho e promove a construção de vínculos afetivos.

Cuidados com Diarreia, Desidratação e Desnutrição

Para evitar a diarreia

- Amamente seu filho até os 2 anos ou mais. Nos primeiros seis meses, dê somente leite materno.
- Lave bem as mãos antes de preparar os alimentos, depois de usar o banheiro e antes e depois de lidar com o bebê, principalmente depois das trocas de fraldas.
- Se o seu bebê estiver utilizando outro tipo de leite ou recebendo leite materno em algum utensílio (copo, xícara ou outro), todos os materiais para preparar e oferecer esse leite devem ser bem lavados com bastante água, detergente ou sabão e uma escova apropriada. Depois de lavados, eles devem ser fervidos durante 15 minutos (contados a partir do início da fervura). Após a higienização e fervura, deixe secar naturalmente e guarde em um recipiente com tampa.
- Alimente a criança de acordo com as recomendações para a sua faixa etária.
- Prepare os alimentos até duas horas antes de oferecê-los ao bebê.
- Só ofereça alimentos guardados na geladeira por, no máximo, 24 horas.

Para evitar a desnutrição e a desidratação durante a diarreia Mantenha a criança alimentada e ofereça:

- O peito quantas vezes a criança pedir.
- Alimentos que a criança tenha mais costume de comer e dos quais ela goste mais, desde que saudáveis; além disso, aumente a frequência e ofereça os alimentos em pequenas quantidades, para evitar vômitos.
- Se a criança não estiver só no peito, ofereça água, chás, sucos, água de coco. Os chás e os sucos não devem ser adoçados.

Não ofereça:

- Alimentos ricos em gordura e fibras (verduras, laranja, mamão etc.).
- Refrigerantes, bebidas com açúcar, balas, bombons, pirulitos, chicletes etc.

IMPORTANTE!

São sinais de desidratação

- Estar com os olhos fundos • Sentir muita sede • Chorar sem lágrimas
- Ter pouca saliva • Urinar pouco • Pele com pouca elasticidade

Se isso acontecer, leve seu filho ao serviço de saúde. Se ele estiver vomitando e suas fezes estiverem muito líquidas, ofereça o soro de **reidratação oral**, mesmo antes de chegar ao serviço de saúde.

Para reidratar a criança com soro oral

O soro é uma solução que contém água e os sais minerais necessários à reidratação. Deve ser oferecido após cada evacuação ou vômito, em pequenas colheradas até a quantidade que seu filho quiser. Se ele vomitar, aguarde dez minutos e ofereça-o mais uma vez, lentamente, devagarinho, com uma colher.

ATENÇÃO!

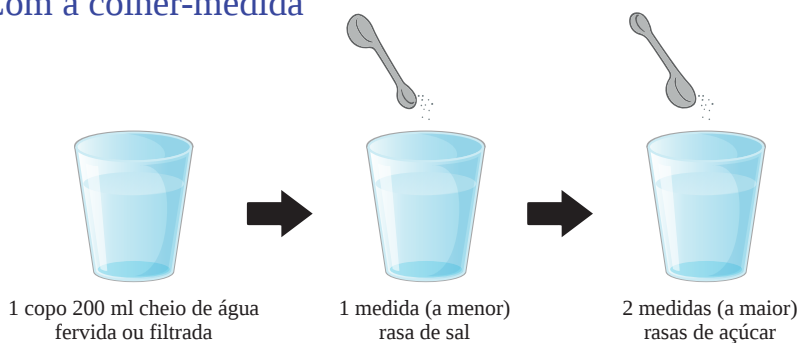
O soro oral não cura a diarreia, mas evita a desidratação, que pode matar.

Como preparar o soro de sais de reidratação oral?

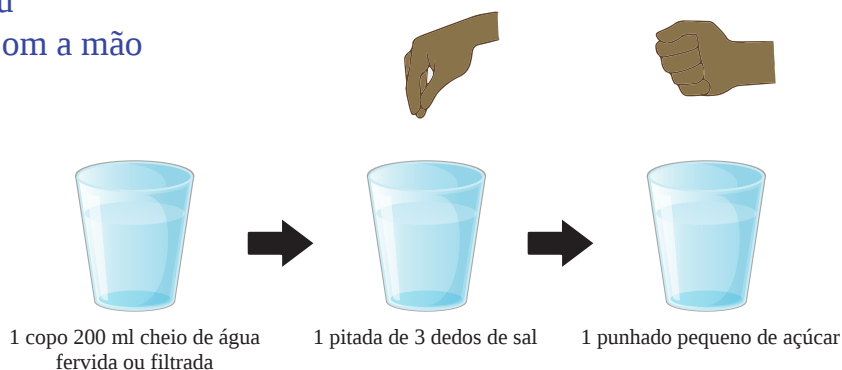
Em 1 litro de água fervida ou filtrada, despeje todo o pó de um envelope de sais de reidratação, fornecido pela Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família ou comprado em farmácia. Assim, o soro já está pronto para beber. Depois de pronto, o soro só pode ser usado por 24 horas. Não coloque açúcar nem sal no soro. Não ferva o soro depois de pronto.

Caso seja impossível conseguir o envelope de sais de reidratação para preparar o soro, uma alternativa emergencial, até consegui-lo, é fazer o soro caseiro.

Com a colher-medida



ou Com a mão



IMPORTANTE!

Evite a diarreia lavando bem as mãos após trocar as fraldas das crianças e antes de oferecer a elas as refeições.

Sinais de Perigo

Crianças menores de 2 meses

- Criança muito molinha e caidinha, que se movimenta menos do que o normal.
- Criança com pele com pouca elasticidade.
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência.
- Criança com cansaço ou dificuldade para respirar ou com respiração muito rápida.
- Criança que não consegue mamar.
- Temperatura do corpo baixa (menor ou igual a 35,5°C).
- Febre (temperatura igual ou maior do que 37,5°C).
- Pus saindo do ouvido.
- Criança com manchas avermelhadas ou arroxeadas na pele.
- Urina escura.
- Fezes com sangue.

Crianças maiores de 2 meses

- Criança com dificuldade para respirar ou com respiração rápida.
- Criança que não consegue mamar ou tomar líquidos.
- Criança que vomita tudo o que come e bebe.
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência.
- Criança com manchas avermelhadas ou arroxeadas na pele.
- Criança com pele com pouca elasticidade

ATENÇÃO!

Caso alguma criança apresente algum desses sinais de perigo e haja dificuldade para levá-la ao serviço de urgência, ligue para 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). A ligação é gratuita.

AMAMENTANDO O BEBÊ

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 filho não precisa de chá, suco, água, outro leite ou alimento. O uso de água ou chá antes do 6º mês pode atrapalhar a amamentação 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, ele mesmo vai aumentando os intervalos e fazendo o seu próprio horário de mamadas. Não é necessário fixar horários. Quanto mais seu filho 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. Sugerir 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, cânceres 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 filho a se conhecerem.

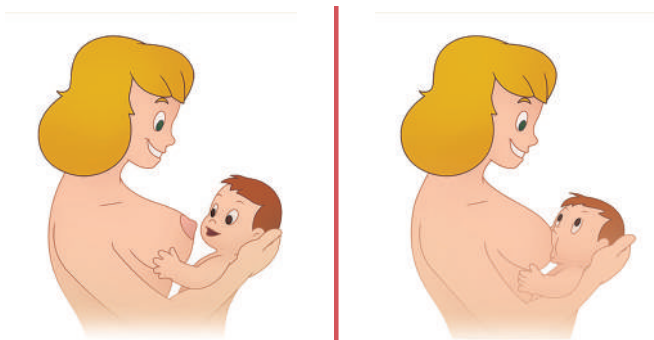
Tornando a Amamentação Mais Prazerosa

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 filho 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 filho 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 filho para sugar quando ele 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 o bebê do peito sem machucar a mama, coloque seu dedo mínimo entre as gengivas dele, no canto dos lábios, assim ele 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 filho mamar até que fique satisfeito.

- Não **tenha pressa. Durante a mamada, converse, faça carinho e dê atenção a ele.**
- Depois da mamada, **coloque-o 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 filho, 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 filho suga, mais leite você produz.

IMPORTANTE!

Se seu filho está crescendo e se desenvolvendo dentro do esperado, a quantidade de leite está sendo suficiente para ele. Se você perceber que produz mais leite do que ele 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://rbhl.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 do 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. Ajude seu filho a pegar corretamente a mama e veja na página 25 desta CADERNETA mais informações sobre a pega.

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 filho 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 filho 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

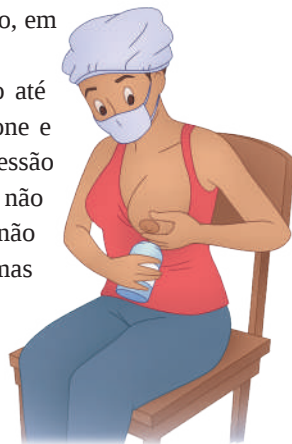
- Retire anéis, aliança, pulseiras e relógio.
- **Coloque** uma touca ou um lenço no cabelo e **amarre** um pano ou uma máscara na boca.
- **Lave** as mãos e os braços, até o cotovelo, com bastante água limpa e sabão.
- **Lave** as mamas apenas com água limpa.
- **Seque** as mãos e as mamas com toalha 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, faça a doação até dez 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 filho 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. Veja as orientações em “Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável”, da página 31 à 36, para uma alimentação complementar saudável.

ALIMENTANDO PARA GARANTIR A SAÚDE

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 filho 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
Aleitamento materno sempre que a criança quiser.			
Café da manhã – leite materno			Café da manhã Fruta ou Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame)
Lanche da manhã – 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 – fruta e leite materno			
Jantar – leite materno	Jantar – igual ao almoço		
Antes de dormir – leite materno			

Fonte: *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos* (2019).

* É melhor oferecer a fruta ao natural, e não em forma de sucos.

** Carnes e ovos são as principais fontes de ferro e a criança deve comê-los diariamente. Para que o organismo da criança aproveite o ferro das carnes e ovos, deve-se oferecer também um alimento rico em vitamina C: folhas verdes escuras (couve, espinafre, agrião etc.) e frutas cítricas (laranja, limão, acerola, caju etc.).



Quadro 2 – Grupos 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, trigoilho (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, major-gomes, 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.

Fonte: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019).

Quando seu filho 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 filho.

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 filho faça isso algumas vezes, mas não deixe de incentivá-lo a usar os talheres. Ensine-o 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.



Doze Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável – Crianças menores de 2 anos

PASSO 1. Amamentar até os 2 anos ou mais, oferecendo somente leite materno até os 6 meses.

PASSO 2. Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do leite materno a partir dos 6 meses.

PASSO 3. Oferecer água própria para o consumo em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.

PASSO 4. Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.

PASSO 5. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança de até 2 anos de idade.

PASSO 6. Não oferecer alimentos ultraprocessados.

PASSO 7. Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.

PASSO 8. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.

PASSO 9. Prestar atenção aos sinais de fome e de saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.

PASSO 10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.

PASSO 11. Oferecer alimentação adequada e saudável também fora de casa.

PASSO 12. Proteger a criança da publicidade dos alimentos.

IMPORTANTE!

Se o seu filho frequenta a creche, a escola ou participa de serviços socioassistenciais, procure conhecer o cardápio desses lugares e converse com os professores e orientadores sociais sobre como eles servem as refeições e quais são as preparações de que seu filho mais gosta.

Saiba mais no *Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos* em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf.

Dez Passos para uma Alimentação Saudável - Crianças de 2 anos a 9 anos

PASSO 1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.

PASSO 2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

PASSO 3. Limitar o consumo de alimentos processados.

PASSO 4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

PASSO 5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados, e, sempre que possível, com companhia.

PASSO 6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.

PASSO 7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.

PASSO 8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.

PASSO 9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

PASSO 10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

IMPORTANTE!

Você também poderá participar das atividades de culinária e de horta que sejam desenvolvidas com as crianças. Esse é um jeito divertido de aprender e valorizar diferentes práticas alimentares. Saiba mais no *Guia Alimentar para População Brasileira* em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.



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 no 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.

ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AFETO

Desenvolvimento Infantil

A criança cresce modificando a aparência e a resistência do seu corpo, mas também desenvolvendo capacidades de se comunicar, manusear objetos, movimentar-se, sentar, equilibrar-se, andar e falar.

Para cuidar e promover o crescimento e o desenvolvimento integral de seu filho, é muito importante conversar com os profissionais de saúde, de assistência social e de educação. Eles podem avaliar com a família como a criança está crescendo, desenvolvendo suas habilidades e capacidades motoras, intelectuais, sociais e emocionais.

O contexto familiar, comunitário e a história de nascimento registrados na CADERNETA DA CRIANÇA orientam a família no acompanhamento e no cuidado com a saúde e a educação das crianças.

A **primeira infância**, período que vai **do nascimento aos 6 anos de idade**, é uma fase muito importante para o desenvolvimento mental, emocional e de socialização da criança. Nessa fase são definidas as principais características do jeito de ser da criança e a maneira como ela irá interagir com as pessoas na sua família, na escola e em outros espaços da sua comunidade.

Desde bebê, a criança é ativa no seu desenvolvimento e nas suas relações. Porém, cada criança tem a sua própria forma de explorar o mundo, de construir seus conhecimentos a partir da comunicação com as pessoas próximas e com o ambiente em que elas vivem. Saber como cada criança se desenvolve contribui para que os pais, os responsáveis e os professores possam protegê-las e educá-las em um ambiente saudável e seguro.

A principal condição para uma criança se desenvolver bem é **sentir-se amada pelas pessoas que estão próximas a ela**. Isso lhe dá segurança para seguir experimentando as novas situações que vão surgindo e que são necessárias para o seu amadurecimento.

Acaricie e abrace seu filho. Demonstre seu amor e carinho por ele. Sentir-se amado possibilita que ele fique tranquilo e seguro.

Entretanto, amar não é permitir que seu filho faça tudo o que ele quer. A criança também precisa aprender a reconhecer o limite entre aquilo que ela pode e o que ela não pode fazer e entre uma situação em que ela está segura e outra na qual ela pode estar em perigo.

IMPORTANTE!

Esses limites precisam ser ensinados com clareza, segurança e carinho. Os pais precisam ter tranquilidade e paciência para conversar com a criança, explicando e repetindo as orientações tantas vezes quantas forem necessárias, sem exigir mais do que ela é capaz de entender e fazer.

Algumas vezes, a criança responderá com birra e desobediência quando não permitirmos que ela faça algo. Esses comportamentos são atitudes de autoafirmação que fazem parte do desenvolvimento dela.

As **atitudes de fazer birra e de desobedecer não querem dizer que a criança seja nervosa**. Na verdade, essas são as maneiras que ela encontra para expressar sua raiva por não poder fazer algo ou por não ter o que quer. A criança muitas vezes ainda não sabe falar para negociar com os adultos. É importante deixar que ela expresse seus sentimentos, mas é importante também colocar limites, com paciência e carinho. Enquanto ele ainda não fala, preste bem atenção quando seu filho chorar.

Ele chora de um jeito diferente, dependendo do que sente: fome, frio, calor, dor ou necessidade de aconchego. Ele também se comunica pela expressão facial e com movimentos corporais. Se você achar que algo não vai bem com seu filho, insista para que o profissional o examine.



ATENÇÃO!

Peça ao profissional de saúde para marcar as conquistas do seu filho nos quadros da vigilância do desenvolvimento infantil (pág. 81 a 86), assim como orientar você sobre o desenvolvimento dele.

Em seu processo de desenvolvimento, a criança precisa ser estimulada em sua curiosidade. Procure ter tempo disponível para brincar e estimular seu filho. Aproveite os horários das mamadas/refeições e do banho para conversar com seu filho e explicar o que você está fazendo, com toques suaves e aconchego.

IMPORTANTE!

Leia para seu filho!

Você sabia que o bebê, nos últimos três meses da gravidez, já é capaz de identificar a voz dos pais? Por isso, você pode ler para a seu filho mesmo antes de ele nascer. Estudos mostram que um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento futuro da criança são as atividades que acontecem em família. E que atividades são essas? São práticas tão simples como: conversar com seu filho, fazer perguntas, ler em voz alta e narrar histórias.

A leitura em família é uma atividade prazerosa, que estimula a imaginação e a concentração das crianças. A história não precisa ser complexa. É possível ler um livro que possua apenas ilustrações. A leitura em família fortalece os vínculos familiares e cria um agradável momento de conexão entre pais e filhos. Além disso, crianças criadas em lares onde os pais leem regularmente têm mais facilidade para aprender a ler e escrever.

Separe pelo menos dez minutos todos os dias para ler para seu filho! Se você conseguir ler por mais tempo, melhor ainda. O importante é criar o hábito. Cada minuto de leitura com seu filho trará um grande retorno para toda a vida.

Para mais informações acesse: <http://alfabetizacao.mec.gov.br/contapramim>

Cuide do tom de voz, das palavras, dos gestos e de suas atitudes quando se comunicar com seu filho ou com alguém na frente dele. Procure não gritar e ser agressiva com outras pessoas diante de seu filho. Os comportamentos das pessoas próximas são observados e, com frequência, imitados por ele.

Inicialmente, cabe à família atender às necessidades físicas e afetivas, estimular e apoiar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança. Posteriormente, a criança frequentará creches e escolas. Cabe aos pais e aos profissionais de educação criar um ambiente estimulante, com oportunidades de interação e brincadeiras entre as crianças, além de cuidar para que tal ambiente seja seguro, protegendo-as do risco de acidentes.

Observar a evolução do desenvolvimento de seu filho é muito importante. Durante sua consulta, procure conversar com os profissionais de saúde sobre como ele está se desenvolvendo.

ATENÇÃO!

É muito importante você também acompanhar alguns marcos do desenvolvimento da criança registrados nesta CADERNETA (pág. 81 a 86).

As etapas do desenvolvimento do seu filho podem ser acompanhadas de acordo com alguns marcos que estão contidos nesta CADERNETA. Eles ajudam os trabalhadores de saúde e os familiares a identificar precocemente problemas no desenvolvimento da criança, permitindo que o apoio necessário seja oferecido mais rápido. Se você perceber que seu filho ainda não atingiu algum marco previsto para a faixa etária em que ele está, converse com o profissional de saúde, peça orientação e tire suas dúvidas.

A seguir, você terá algumas orientações sobre como estimular seu filho de acordo com a idade.

Desenvolvimento da Criança Menor de 1 Ano

Do nascimento aos 2 meses

Desde o nascimento, a criança é capaz de ouvir, reconhecer e se acalmar com a voz de pessoas da família, especialmente a da mãe, do pai ou de outro cuidador frequente. Nesta idade, o bebê já escuta e enxerga a uma distância de 20 cm, exatamente a distância entre o bebê e o rosto da mãe quando amamentando. Aproxime seu rosto do rosto de seu filho e converse com ele de forma carinhosa. Pode parecer infantil, mas ele vai se interessar. **A ligação entre a mãe e o bebê é muito importante neste início de vida. O contato carinhoso estimula o cérebro da criança e fortalece esse vínculo.**

- Mostre objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm dos olhos do seu filho, movendo-os para cima, para baixo e para os lados.
- Estabeleça contato visual, olhe nos olhos do seu bebê quando estiver falando.
- Cante para ele. Os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de cantigas de roda. A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria.
- Leia e conte histórias para ele.
- Para fortalecer os músculos do pescoço do seu filho, deite-o de barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos, diga seu nome, estimulando-o a levantar a cabeça.



Entre 2 e 4 meses

Aos poucos, seu filho começa a balbuciar, a brincar com o som de sua própria voz, e gosta quando você corresponde ou o imita. Continue conversando com ele.

No início parece muito difícil, mas procure ir criando uma rotina das mamadas, do banho, de brincar no tempo que ele está acordado. Isso facilita a regulação das funções fisiológicas do bebê.

- Brinque com ele, ofereça objetos ou brinquedos para ele pegar ou tocar com a mão. Nessa idade ele só pega o objeto se for colocado na sua mão, isto é, ainda não consegue buscar o objeto, apenas o toca, ou bate nele, mas fica atento à brincadeira. Esse jogo, além de favorecer seus movimentos, também vai diverti-lo.

- Leia e converse com seu filho, ouvir a voz da mãe e do pai ajudará o bebê a relaxar. Cante bastante para seu bebê, principalmente músicas com repetições. Bebês amam escutar a voz dos pais! Quando ele ficar maior, deixe-o completar os versos.

- Quando acordado, deixe seu filho em lugar firme, seguro, no qual ele possa ficar com os braços livres. Vire-o de bruços por breves períodos no seu próprio colo ou na cama, para que ele possa olhar o mundo de outro ângulo.

- Na hora de colocá-lo para dormir, as canções suaves ajudam muito a acalmá-lo.

Entre 4 e 6 meses

Após o 4º mês de vida, os bebês podem segurar objetos com as duas mãos, observá-los e levá-los à boca.

- Ofereça brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, como pequenas tigelas de plástico, chocalhos e mordedores, para que seu filho possa buscá-los, segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar. Os bebês também gostam de brincar com as próprias mãos e pés. Observe-o e deixe-o livre para que possa conhecer o próprio corpo.

- Converse ou faça barulhos de um lugar onde seu filho não esteja vendo você para que ele tente localizar de onde vem o som.

- Use a fala materna (manhês), aquela fala meiga que alonga as vogais e que naturalmente usamos com bebês: “Coisiiinhaaa fooofaaa da mamãeee!”. Ao usar a fala materna, **não use frases como as exemplificadas a seguir**: “Papá macalão?”, “Nenê vai botá papatinho, vai?”, “Olha o cacholinho!” As crianças aprendem baseado no que ouvem, portanto, devem ouvir a pronúncia correta das frases.

- Aponte para as coisas e as nomeie: “Isso é uma borboleta!”, “Olhe o gatinho!”, “Isto é uma bola de basquete!”

- Dê livros de plástico e de pano para o seu bebê, prefira livros com ilustrações em cores fortes e contrastantes.

- Brinque de imitação. Faça caretas, coloque a língua para fora, sorria e jogue beijos. O bebê logo o imitará.
- Reproduza os sons de animais e de objetos e peça que o bebê os imite: “A vaca faz muuu!”, “O gato faz miau!”, “A buzina faz bibiii!”
- Ao final desse período, ele já é capaz de chamar sua atenção: ele já sabe encontrar formas de lhe pedir algo. Ofereça brinquedos etc. e espere um pouco para ver sua reação. Assim, ele também aprenderá a expressar vontade e aceitação, prazer e desconforto.
- Por volta dos 5 meses, estimule-o a rolar de barriga para cima e depois para baixo. Coloque-o sobre um papelão grosso de uma caixa desmontada (que não seja de produtos tóxicos e/ou com cheiros fortes) ou outro forro que fique firme no chão para facilitar seus movimentos.

Entre 6 e 9 meses

Nesta faixa etária, a criança busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las para obter a sua aprovação.

- Dê atenção ao seu filho e demonstre que você está atenta aos seus pedidos. Demonstre alegria e interesse por sua aprendizagem.
- Aproveite o momento de dormir ou a rotina do sono para ler por alguns minutos para seu neném. Você pode ler livros com rimas e letras de canções!
- Evite falar a maioria das palavras no diminutivo, pois elas ficam mais longas e, conseqüentemente, mais difíceis de serem diferenciadas pelo bebê. Por exemplo, a palavra “pão” tem uma sílaba, e a palavra “pãozinho”, três.



- O bebê já consegue dormir, comer e brincar em uma rotina mais organizada, de acordo com o ritmo da família. A manutenção de uma rotina diária dá segurança à criança e ajuda no seu aprendizado da organização e da disciplina, o que será importante para toda a sua vida.

Nesta fase, o bebê começa a estranhar as outras pessoas. Isso é um bom sinal!

Ele já sabe que você e as pessoas que cuidam regularmente dele são diferentes das demais e expressa essa preferência!

- Cubra o rosto ou objetos com um pano e pergunte ao seu filho onde está. Caso ele não o encontre, retire o pano para que ele possa vê-lo. Aos poucos, ele perceberá que você ou o objeto está escondido por trás do pano. Essa brincadeira possibilita que a criança aprenda que as pessoas e os objetos continuam existindo mesmo quando ele não os vê.
- Bata palmas ou crie situações atraentes e curiosas para ele. Use a sua imaginação!
- Dê à criança brinquedos com cores, texturas e temperaturas variadas, fáceis de segurar, para que ela aprenda a passar objetos de uma mão para a outra. Elas também gostam de batê-los no chão e colocá-los dentro de caixas ou de outros recipientes de boca larga.
- Fale o nome dos objetos, pessoas e partes do corpo do seu filho, incentivando que ele participe da conversa, emitindo sons e sorrisos.
- Converse bastante com ele, usando palavras de fácil repetição, como “dadá”, “papá” etc.
- Coloque seu filho no chão, em uma esteira ou colchonete, estimulando-o a sentar-se.
- Coloque objetos à sua frente para que ele vá buscá-los, incentivando-o a se arrastar ou engatinhar.
- Como a partir dos 6 meses a criança começa a receber outros alimentos além do leite materno, aproveite as refeições para conversar e interagir com ela.

IMPORTANTE!

Evite deixar seu filho muito tempo sentado sem que ele possa sair dessa posição sozinho. Ele precisa de liberdade para movimentar o corpo inteiro e rolar, para depois, por volta dos 6 meses, começar a tentar sentar sozinho, embora ainda com o apoio das próprias mãos.

Entre 9 e 12 meses

Em torno de 1 ano de vida, o bebê já consegue falar algumas palavras além de “mamã” e “papá” e nomear os objetos e as ações mais comuns.

- Ajude seu filho a aumentar seu vocabulário.
- Ensine a ele os nomes das coisas e das pessoas, explique tudo o que você faz com ele, para ele, o porquê de estar fazendo algo e para que isso serve.
- Converse com seu neném, ele vai aprendendo a falar e a entender bem o que as outras pessoas falam.
- Ouça e cante músicas fazendo gestos, batendo palmas, dando tchau, incentivando que seu filho imite você.
- Faça perguntas simples e dê pequenas ordens: “Vem aqui”, “Pegue o brinquedo”, “Me dá” etc.
- Continue lendo e contando histórias para ele, principalmente na hora de dormir.
- Mostre-lhe as figuras dos livros quando estiver lendo e contando as histórias.
- Estimule seu filho a reconhecer e repetir os nomes das pessoas, dos animais e dos objetos que vê. As crianças gostam de apontar as figuras e ouvir alguém contar uma história sobre elas.
- Estimule seu filho a caminhar. Inicialmente, ele buscará apoio nos móveis e gradualmente vai largá-los. Os móveis devem estar firmes para que não caiam sobre ele. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule seu filho a pegá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem precisar de apoio. Aos poucos, ele soltará as mãos e se equilibrará nas duas pernas e conseguirá caminhar.
- O uso de andador não é recomendado, pois este equipamento traz risco para segurança do seu bebê.
- Estimule o contato de seu filho com outras crianças.
- Ofereça pequenos objetos, como bolinhas de papel, pedaços de frutas ou outros para que ele possa pegar e treinar fazer uma pinça com os dedos. Mas tome muito cuidado para que ele não leve estes objetos a boca ou aos ouvidos ou ao nariz.
- Não deixe a criança sozinha com pequenos objetos.



Desenvolvimento da Criança de 1 a 3 Anos

Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses

Continue sendo claro e firme ao colocar limites. Ordens diferentes, dadas ao mesmo tempo, deixam a criança confusa, sem saber o que fazer.

■ Afaste-se de seu filho por períodos curtos, para que ele não se sinta inseguro, e vá fazendo com que ele se acostume, aos poucos, com a sua ausência.

■ Crie oportunidades para que seu filho aprenda a comer sozinho, a usar o talher com a própria mão, direita ou esquerda, de acordo com a sua habilidade, mas ajude-o a terminar sua refeição. Ele ainda precisa de seu apoio.

■ Preste atenção em seu filho, em seu olhar, em suas expressões faciais, em seus gestos, em suas falas. Esse é o primeiro passo para vocês estabelecerem contato.

■ Ofereça-lhe caixas ou potes de diversos tamanhos e incentive-o a empilhá-los. Mostre-lhe como fazer isso e deixe-o imitá-lo.

■ **Faça pedidos simples e fale os nomes corretos dos objetos. Isso ajuda a criança a aumentar seu vocabulário e aprender a pedir o que quer.**

■ Crie oportunidades para que ele aprenda a andar sozinho, com equilíbrio e segurança, de modo que possa alcançar, pegar ou largar um brinquedo.

■ Crie oportunidades para que ele aprenda a rabiscar (com materiais como o giz de cera). Essa atividade estimula a criatividade e a coordenação dos movimentos das mãos.

■ Nesta fase, ele já entende o que você diz. Portanto, seja claro com a criança, mostrando o que ela pode e não pode fazer. Dê-lhe limites.

■ Puxe um carrinho com uma corda e mova em diferentes direções para que seu filho possa acompanhar o movimento andando tanto para a frente quanto para trás, ou fazendo curvas.



Entre 1 ano e 6 meses e 2 anos

Nesta idade, a criança já compreende melhor o que é dela e o que é dos outros, mas ainda precisa de orientação para aprender a compartilhar brinquedos e para aceitar que não pode fazer tudo o que quer.

IMPORTANTE!

As birras – gritar, chorar, se jogar no chão – são comportamentos frequentes nestas e nas próximas fases do desenvolvimento infantil. Os cuidadores devem ficar vigilantes, mas não desesperados e sem controle ao lidar com esse comportamento. De forma nenhuma reaja à birra, falando, gritando, batendo. Espere calmamente, não ceda. Espere seu filho se acalmar; então, diante de solicitações adequadas, sem gritos ou choros, você deve atendê-lo quando possível e elogiá-lo por ter conseguido superar a birra.

- Estimule seu filho a tirar as próprias roupas, mas ajude-o no início de suas tentativas.
- Perto dos 2 anos de idade, as crianças começam a falar ou a apontar quando fazem cocô ou xixi. Comece a incentivar seu filho a usar o vaso sanitário ou o penico. Faça isso em clima de brincadeira, sem pressioná-lo ou repreendê-lo. Inicialmente, deixe a criança sem fraldas durante o dia, com cueca ou shorts, para que ela perceba quando faz xixi ou cocô. Quando você mesma perceber que ele está com vontade, leve-o até um penico e deixe que ele experimente usá-lo sem ser forçado. Aos poucos, vá incentivando-o e ajudando-o a usar o vaso sanitário.
- Continue oferecendo brinquedos de encaixe que possam ser empilhados e brinque com seu filho para que ele possa imitar você.
- Continue contando histórias usando livros e revistas. Nomeie os objetos e os personagens e crie histórias a partir das figuras.
- Brinque de “Eu vejo com meus olhinhos”:

Adulto – Eu vejo com meus olhinhos uma coisa amarela!

Criança – É a bola?

Adulto – Não!

Criança – É o girassol?

Adulto – É quase isso. Só que o que eu estou vendo está bem distante, lá no alto.

Criança – Já sei! É o sol!

Adulto – Isso mesmo! Acertou! É o sol, que está lá no céu!
- Brinque com seu filho: jogue bola, faça brincadeiras que envolvam o uso do corpo. Para mais informações sobre brincadeiras na primeira infância, acesse <http://alfabetizacao.mec.gov.br>.

Entre 2 e 3 anos

Procure acompanhar as atividades do seu filho e demonstre interesse e satisfação por seu aprendizado e amadurecimento nessas habilidades.

- Incentive seu filho a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinho.

- Elogie suas conquistas e só o ajude quando ele precisar.
- Continue estimulando-o a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-lo ou repreendê-lo. A retirada das fraldas depende muito da presença motivadora dos cuidadores.
- Estimule seu filho a brincar com outras crianças para aprender a se relacionar e a compartilhar os brinquedos. A brincadeira fortalece a convivência social e os vínculos comunitários.
- Evite falas negativas que desencorajem o diálogo, como: “Saia daí!”, “Não pode!”, “Fique quieto!”, “Cale a boca!”. Use a palavra “não” só em momentos realmente necessários: “Não coloque o dedo na tomada, filho! É perigoso!” Quando disser “não”, faça-o com firmeza, mas sem agressividade.
- Aproveite as refeições para as conversas em família. Ao menos uma vez por dia, faça o possível para que toda a família se sente à mesa para confraternizar. Mantenha a televisão desligada.
- Converse sempre com a criança. Uma das formas de conversar é comentar em voz alta o que o adulto e a criança estão fazendo ou vendo. É como se o adulto estivesse pensando em voz alta. Assim, a criança começará a entender como os problemas são resolvidos. Exemplo: “Agora vamos pegar o sabonete para lavar as mãos, depois vamos lavar os braços...”
- Cante músicas e conte histórias de um jeito simples, para que seu filho possa repeti-los. Ele pode falar sobre os personagens e acontecimentos da história e também sobre fatos de seu dia a dia, de suas brincadeiras, os nomes dos amigos e os lugares que frequenta. Essas atividades estimulam o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Mostre à criança figuras de animais, de peças do vestuário, de objetos domésticos e estimule-a a falar sobre eles: o que fazem, para que servem. Pergunte a ela, por exemplo: “Quem mia?”, “Quem late?”.
- Brinque de desenhar. Seu filho pode desenhar no papel, com giz, e também na areia e na terra, com o dedo.
- Ofereça pedaços de madeira, plástico, caixinhas, potes e peça para seu filho construir torres, pontes, caminhos e casas. Essa brincadeira ajuda a desenvolver a imaginação e a criatividade. Você também pode pedir que ele separe os objetos pela cor e pela forma.

IMPORTANTE!

É hora de ensinar seu filho a esperar a sua vez para ser atendido, a ser tolerante com pequenas frustrações, como perder nos jogos e nas brincadeiras, a adiar o ganho de prêmios e recompensas, além de conter seus impulsos e refletir sobre seu comportamento.

Desenvolvimento da Criança de 3 a 6 Anos

Entre 3 e 4 anos

Após os 3 anos, a criança já consegue permanecer por mais tempo em uma mesma brincadeira e prestar mais atenção em características como a cor, a forma e o tamanho dos objetos.



■ Crie situações nas quais seu filho possa experimentar e reconhecer as diferentes sensações. Nesta fase, ele já é capaz de diferenciar sensações, como frio, calor, seco e molhado. Você pode, por exemplo, fazer comentários como: “Hoje está muito frio, vamos colocar esse casaco?”, ou “Está fazendo calor, vamos tirar esse casaco?”. Outros comentários: “Pegue aqui no copo. O leite está quente”, ou “Pegue aqui no copo. A água está fria”.

■ Faça brincadeiras que desenvolvam o equilíbrio e a concentração: andar de triciclo,

pular para dentro e para fora de um círculo desenhado no chão, andar em linha reta, pular num pé só alternando a perna e chutar a bola.

■ Promova brincadeiras com outras crianças.

IMPORTANTE!

Se seu filho frequenta a creche ou a pré-escola, participe das reuniões e converse com os professores para saber mais como você pode promover a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento. Ele pode ter sido educado e cuidado no ambiente familiar até os 4 anos, mas a partir desta idade a matrícula na pré-escola é obrigatória.

Entre 4 e 5 anos

A criança já se comunica bem por meio de palavras e ganha independência.

■ Incentive seu filho a expressar suas ideias, inventar ou recontar histórias, canções e rimas. Escute-o com atenção. Essa atitude amorosa estimula o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.

■ Não repreenda seu filho quando ele estiver expressando suas fantasias. Ele está apenas aprendendo a dizer o que pensa.

■ Estimule seu filho a falar sobre o que ele está fazendo e a contar experiências marcantes da vida dele.

■ Em vez de apontar o erro diretamente, mostre com naturalidade a forma correta de falar, sem que seu filho perceba que está sendo corrigido.

Criança – Mamãe, eu não *sabo* onde ele tá!

Adulto – É mesmo? Eu também não sei onde o cachorro está! Vamos procurá-lo!

■ Estimule seu filho a correr, subir e descer, pular de pequenas alturas, pular em um pé só. Você pode, por exemplo, convidá-lo a imitar o Saci-Pererê, pular corda, brincar de amarelinha.

■ Passeie com ele em praças, parques ou outros locais onde ele possa se movimentar com segurança, mantendo sempre o olhar atento.

■ Brinque de colocar pedras, brinquedos e outros objetos em ordem de tamanho. Peça a seu filho para ordenar os objetos do maior para o menor e do menor para o maior.

■ Nesta idade, a criança já consegue fazer muitas coisas de forma independente. Permita que ele guarde seus brinquedos, escolha suas roupas, tome banho e vá ao banheiro sozinha.

■ Permita que seu filho colabore na realização de atividades simples do dia a dia, por exemplo, colocar os sapatos dentro do armário, pegar o pão em cima da mesa, tirar o brinquedo de dentro da caixa e organizar seus brinquedos.

■ Ensine as posições que os objetos ocupam no espaço: em cima ou embaixo, perto ou longe, na frente ou atrás. Esse tipo de aprendizado é importante para a criança se orientar no espaço.

■ Promova brincadeiras que exijam movimentos amplos, equilíbrio e agilidade, como as brincadeiras de “estátua” e de “coelho sai da toca”.



IMPORTANTE!

Mesmo que seu filho tenha dificuldade, estimule suas iniciativas e ajude-o somente quando perceber que ele está atrapalhado para realizar a tarefa. Valorize seu esforço e não ridicularize sua dificuldade.

■ Nesta idade, a criança pergunta com insistência sobre a causa de alguns acontecimentos. “Por quê?”, “como?”, “para quê?” são perguntas frequentes. Responda às perguntas de seu filho de um jeito que ele possa entender. Satisfaça a sua curiosidade e deixe que ele explore a sua capacidade de descobrir e compreender o mundo.

■ Não corrija eventuais erros de linguagem. Apenas repita o que seu filho disse de forma correta para que ele tenha um modelo a imitar.

■ Incentive-o com brincadeiras e atividades, como desenhar de forma espontânea, copiar desenhos, colorir, recortar e colar figuras de revistas, fazer esculturas com argila ou barro. Peça para ele falar sobre o que desenhou ou construiu.

■ Continue incentivando seu filho a brincar com outras pessoas. A interação da criança com seus brinquedos, amigos e familiares proporciona o apoio necessário para que ele se relacione com o meio social e cultural.

Entre 5 e 6 anos

Por volta dos 6 anos de idade, a criança tem interesse por jogos e brincadeiras com regras – passa anel e jogo da memória –, que desenvolvem habilidades como a adequação a limites, a cooperação, a negociação e a competição saudável. Nesta fase, a criança já é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.

■ Incentive seu filho a perceber novas relações entre os objetos para fortalecer sua capacidade de reflexão. Peça, por exemplo, para ele observar como os objetos podem ter quantidades e formas, tanto diferentes como iguais. Pergunte, por exemplo: “Onde tem mais objetos?”, “Onde tem menos?”.

■ **Incentive as brincadeiras de faz de conta, de casinha, de escola e de teatrinho. Elas ajudam a criança a organizar e expressar seus pensamentos e suas emoções e enriquecem sua identidade. Ao interpretar personagens e dar vida e função aos objetos, a criança experimenta outras formas de ser.**

■ Promova brincadeiras que ajudem seu filho a desenvolver seu equilíbrio. Por exemplo, peça para ele andar sobre uma linha desenhada no chão, colocando os pés bem juntinhos, um na frente do outro.

■ **Conte histórias, ensine poesias, rimas e canções e incentive seu filho a usar criativamente o que aprendeu. Brinque de formar famílias de palavras, assim: família das frutas (limão, abacaxi e banana), família dos meios de transporte (ônibus, carro, caminhão, carroça) etc.**

■ Dê tarefas que sejam adequadas à capacidade e à habilidade da criança e insista na sua realização. Ela pode, por exemplo, ajudar em algumas tarefas domésticas e cuidar do seu material escolar. Com isso, estará construindo o senso de responsabilidade, que é uma atitude fundamental para a vida adulta.

■ Promova atividades de desenho e pintura.



Desenvolvimento da Criança de 6 a 9 Anos

Nesta faixa etária as habilidades adquiridas nas fases anteriores se consolidam, seja por um aprendizado intenso, seja na escola ou fora dela, seja pelo distanciamento da casa e dos pais, seja pela maior participação da criança na comunidade. A criança começa a ter noções gerais sobre si, entendendo quem ela é no mundo, com afirmações como “sou legal”, “sou bagunceiro”, “sou inteligente”, “sou engraçado” etc. A influência dos amigos e colegas da mesma idade adquire grande importância nesta etapa da vida, e a influência dos pais ganha outras formas.

IMPORTANTE!

A partir dos 6 anos, a criança passa a pensar com lógica. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam: ela está começando a pensar por si mesma. Incentive seu filho a manifestar suas próprias ideias e pensamentos.

- Estimule cada vez mais a independência de seu filho, mas, ao mesmo tempo, esteja muito próximo dele. Converse, troque ideias, seja companheiro, de forma que ele possa ir construindo a sua visão de mundo de acordo com os valores e os limites da família e da convivência na comunidade.
- Acompanhe a vida escolar do seu filho e valorize suas conquistas. Converse com os professores sobre o seu aprendizado, seu comportamento na escola e sua socialização com os colegas e os professores.
- Promova sua participação em atividades esportivas e artísticas de acordo com suas preferências e habilidades. Essas atividades são boas para crianças porque favorecem o aprendizado da disciplina, da coordenação motora, da convivência em grupo e o desenvolvimento de outras aptidões.
- Pergunte a seu filho como foi o dia dele, de que ele brincou e o que aprendeu de importante na escola. Demonstre curiosidade pelo que seu filho tem a dizer. Seja um ouvinte entusiasmado.
- Dê incentivos positivos a seu filho e destaque a razão dos elogios: “Muito bem! Você limpou a sujeira do chão!”, “Legal! Você está ajudando o amigo a brincar.”
- Faça de seu filho um ajudante. Ele se sentirá muito importante. Peça para que ele encontre e lhe traga coisas ou que cumpra ações simples: “Filho, busque o açúcar para a mamãe”, “Filho, segure a fita métrica para o papai medir esta tábua”,
- Pergunte, pergunte e pergunte. Estimule a curiosidade, o raciocínio e a capacidade de expressão de seu filho por meio de perguntas. Faça, por exemplo, perguntas exploratórias, tais como: “Filho, por que a Lua muda durante o mês?”, “De onde vem a chuva?”, “Para onde vai o lixo?”

ATENÇÃO!

Não preencha todo o tempo do seu filho com atividades de hora marcada. Ele ainda precisa de horas livres para brincar.

São sugeridas ainda algumas dinâmicas essenciais que contribuem para a integração entre pais e filhos:

- 1 - Trate seu filho com muito amor e carinho.
- 2 - Converse com seu filho.
- 3 - Valorize e respeite o que seu filho tem a dizer.
- 4 - Leia em voz alta para seu filho.
- 5 - Conte histórias para seu filho.
- 6 - Dê livros de presente para seu filho.
- 7 - Leia e escreva diante de seu filho.
- 8 - Participe da vida escolar de seu filho.
- 9 - Elogie e encoraje seu filho.
- 10 - Partilhe experiências de contato com a natureza com seu filho.
- 11 - Realize em conjunto atividades adequadas a idade e ao interesse do seu filho.

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO

Sinais de Alerta

A seguir, destacam-se alguns sinais de alerta que fazem suspeitar de algum problema de desenvolvimento da criança.

Observe se seu filho:

- Não busca interação, não reage ou se irrita ao contato com as pessoas e com o ambiente.
- Não responde ao olhar, aos sons, à conversa e ao toque quando é amamentado, alimentado, colocado no colo ou acariciado.
- Demonstra maior interesse por objetos do que por pessoas.
- Habitualmente fica isolado e não se interessa em brincar com outras crianças.
- Tem dificuldade na fala e em atender aos comandos.
- Faz gestos e movimentos repetitivos.
- Tem dificuldades para virar de bruços, sustentar a cabeça, engatinhar e andar. Demora mais tempo que as outras crianças para fazer essas ações.
- Tem dificuldade para memorizar e realizar uma tarefa até o fim.
- Tem dificuldade para aprender e solucionar problemas práticos relacionados às atividades da vida diária.
- Tem dificuldade com o sono ou com a alimentação.
- Tem sensibilidade exacerbada a determinados ruídos de motores de eletrodomésticos, furadeiras e fogos de artifício.
- Não aceita o toque, não responde quando alguém fala seu nome e apresenta baixa frequência de sorriso e reciprocidade social.
- Apresenta muita agressividade.
- Apresenta intensa agitação, impulsividade e falta de atenção.
- Desafia com frequência e tem dificuldade de seguir as regras.

IMPORTANTE!

Se seu filho não age como você espera, apresenta comportamentos diferentes dos apresentados por outras crianças da mesma idade e/ou não está alcançando os marcos do desenvolvimento para sua idade (pág. 81 a 86), converse com os profissionais de saúde, educação e assistência social. Na maioria das vezes não é nada sério, mas quanto mais cedo um problema de desenvolvimento for identificado e enfrentado, melhores serão os resultados.

A suspeita de uma alteração no desenvolvimento da criança pode gerar momentos difíceis e sentimentos como medos, dúvidas, angústias e dificuldades em aceitar o problema. Todos esses sentimentos são normais diante de um fato novo e não esperado pela família. Procure e aceite ajuda e apoio dos profissionais de saúde, educação e assistência social. Compartilhar pode lhe dar mais tranquilidade e segurança para lidar com essa situação.

Crianças com Deficiência

Muitas vezes ainda não se tem um diagnóstico, mas já se percebe um atraso ou alterações no desenvolvimento da criança desde os primeiros meses de vida; nestes casos, ela precisa ser encaminhada para profissionais com experiência em desenvolvimento infantil.

São fundamentais a identificação e a intervenção precoce para crianças com deficiência.

Por isso, é importante a realização dos testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho.

IMPORTANTE!

O afeto, o amor, o bom senso e a vontade de superar limites, além da esperança e da disposição para a luta, dão mais confiança à criança, ajudando-a também a ter mais disposição para enfrentar dificuldades que lhe são impostas. Converse com os profissionais, porque você não está sozinho.

A parceria entre pais, profissionais de saúde, assistência social e de educação muito contribui para o estímulo ao desenvolvimento e à atenção integral à criança com deficiência.

Nos casos confirmados de alterações específicas do desenvolvimento da criança, é responsabilidade dos profissionais do serviço de saúde articular e organizar todo o cuidado de que ela necessita nos vários serviços especializados de saúde, como centros de reabilitação etc. **A família deve buscar, além do tratamento especializado, apoio psicossocial e emocional na rede de saúde e nos serviços socioassistenciais (Cras) e também deve se informar sobre os direitos das crianças com deficiência:** o passe livre de transporte, o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), a educação inclusiva, o cuidado centrado na família e as políticas públicas de acessibilidade e inclusão social, por exemplo.

Quanto mais cedo a família tiver informações sobre os direitos de seu filho, maior será a chance de incluí-lo na sociedade em igualdade de condições com as outras crianças.

ATENÇÃO!

Para saber mais sobre os direitos das pessoas com deficiência consulte a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Transtorno do Espectro Autista – TEA

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades.

Cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) a tarefa de identificação de sinais iniciais de alterações no desenvolvimento, durante as consultas de rotina da criança, buscando identificar sinais precoces de desenvolvimento atípico e suspeita de TEA.

Medidas de estimulação, mediante a detecção de ausência de algum marco no desenvolvimento, devem ser tomadas imediatamente pela equipe, uma vez que a intervenção precoce e oportuna favorece um melhor desfecho para a criança, independentemente de confirmação diagnóstica posterior.

Até o momento, não são conhecidos exames laboratoriais ou marcadores biológicos para identificação do TEA, seu diagnóstico é feito observando o comportamento da criança. Por isso, fique atento ao desenvolvimento de sua filho. Embora o TEA não tenha cura, o diagnóstico precoce e a intervenção oportuna contribuem para melhor desenvolvimento e qualidade de vida das pessoas com TEA.

Síndrome de Down

A síndrome de Down é uma condição genética comum que acontece quando o bebê nasce com um cromossomo a mais em cada célula do seu corpo, sendo esta responsável pelas características físicas específicas da síndrome e pelo atraso no desenvolvimento.

As crianças com Down podem apresentar complicações cardíacas, alterações visuais, auditivas, gastrointestinais, distúrbios do sono, infecções respiratórias, de ouvido, distúrbios da tireoide, obesidade e alterações na articulação da cabeça com o pescoço.

Por isso, é fundamental que a equipe de saúde esteja atenta aos cuidados à criança com Down e sua família, os quais devem estar focados no apoio e na informação à família, além das orientações à imunização e do estímulo ao aleitamento materno, ao diagnóstico das patologias associadas e à garantia do acesso à estimulação precoce já nos primeiros dias de vida, logo que suas condições clínicas o permitam.

As pessoas com síndrome de Down, quando acolhidas e estimuladas adequadamente, têm potencial para uma vida saudável e plena inclusão social. Por isso, o diagnóstico e o tratamento precoces podem garantir a elas melhor qualidade de vida. Seu cuidado deve ser compartilhado entre a família e a equipe multiprofissional (saúde, educação e assistência); portanto, a família não estará sozinha e sem apoio. Procure o serviço de saúde mais

próximo de sua casa para receber orientação sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho e para encaminhamento aos serviços especializados da rede de saúde.

IMPORTANTE!

Para mais informações, leia as *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf e as *Diretrizes de Atenção a Pessoas com Síndrome de Down*, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf.

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO

Sinais de Deficiência Auditiva e Visual

A visão e a audição são sentidos importantes para o desenvolvimento global da criança uma vez que fornecem feedback e influenciam outros aspectos do desenvolvimento motor, cognitivo e pessoal-social, favorecendo a aprendizagem, a comunicação e a integração social da criança. Os pais ou cuidadores e professores são as pessoas mais próximas e as que têm mais condições de observar se as crianças estão ouvindo e enxergando bem. Quando for identificado algum problema, deve-se levar a criança aos serviços de saúde. Lá são feitos testes para verificar a qualidade da visão e da audição nos primeiros anos de vida. Esses testes devem ser repetidos quando a criança vai para a escola.

Deficiência Visual

Fique atento quando seu filho:

- Tiver grande dificuldade em prestar atenção nos objetos ou nas pessoas.
- Parecer desinteressado pelos brinquedos ou pelo ambiente.
- Aproximar para muito perto dos olhos os objetos que deseja ver.
- Tiver dificuldade em se movimentar (rolar, engatinhar ou andar, por exemplo).
- Apertar ou esfregar os olhos, franzir a testa ou prestar atenção em pontos luminosos.

Deficiência Auditiva

Fique atento quando seu filho:

- Não acordar com barulhos nem reagir a sons do ambiente (porta batendo, vozes, brinquedos e instrumentos musicais).
- Não atender quando se fala com ele ou só atender quando está olhando diretamente para a pessoa.
- Falar pouco ou não falar.
- Ouvir rádio ou TV sempre em alto volume.

ATENÇÃO!

Não coloque remédios caseiros ou qualquer outra coisa nos ouvidos ou nos olhos de seu filho sem que isso tenha sido indicado pelo profissional de saúde.

Evite que ele fique exposto por muito tempo a ruídos fortes, eles podem causar problemas de audição.

PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL

Desenvolvimento dos Dentes

Por volta dos 6 meses de idade, inicia-se o nascimento dos dentes de leite. **Quando esses dentes estão nascendo, a criança pode apresentar alteração do sono, perda de apetite, pequeno aumento de temperatura, aumento da salivação (fica babando muito), coceira nas gengivas e irritabilidade.** Com



3 anos, a criança normalmente tem 20 dentes no total. E permanece assim até os 6 anos, quando geralmente nasce o primeiro molar permanente, um dente maior que nasce após o último dente de leite e que deve ser escovado com atenção quando estiver nascendo.

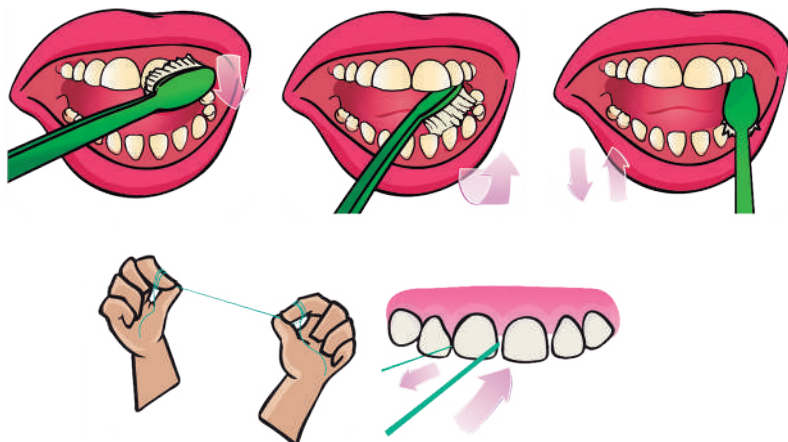
Dos 6 aos 14 anos de idade, os dentes de leite são trocados pelos dentes permanentes. A dentição permanente completa-se em torno dos 18 anos e é formada por 32 dentes, os quais devem permanecer na boca pelo resto da vida.

Limpeza da Boca e dos Dentes

A partir do nascimento do primeiro dente de leite é indispensável fazer, pelo menos, 2 escovações ao dia, utilizando uma escova de dentes pequena e com cerdas macias, com pequena quantidade de creme dental com flúor equivalente a um grão de arroz. Esta é a quantidade ideal até 3 anos e 11 meses. A partir dos 4 anos de idade, a quantidade de creme dental deve ser equivalente a um grão de ervilha. O creme dental deve conter uma concentração de no mínimo 1.000 ppm de flúor, que pode ser verificada no tubo da pasta. Deve-se cuidar para que a criança não engula a espuma que se forma durante a escovação.

O uso de fio dental é indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia.

Os pais ou cuidadores devem escovar os dentes das crianças até que elas aprendam a fazer isso sozinhas, o que geralmente acontece por volta dos 8 anos de idade, mas devem acompanhar o procedimento das crianças até perceberem que elas estão fazendo a higienização bucal de maneira correta. O creme dental deve ser mantido fora do alcance das crianças.



Traumatismo Dentário

É comum que as crianças sofram quedas e os dentes sejam atingidos. As maiores complicações devido a traumas, tanto nos dentes de leite quanto nos dentes permanentes, acontecem por falta de atendimento imediato e de controle de possíveis complicações pelo profissional.

Para qualquer tipo de trauma, procure imediatamente o dentista, pois quanto mais rápido for o atendimento, maiores serão as chances de recuperar o dente.

Quando o dente permanente quebrar, deve-se guardar o fragmento quebrado e levá-lo ao dentista para que ele verifique a possibilidade de colagem. No caso de um dente sair totalmente da boca, certifique-se que é um dente permanente, lave-o em água corrente e armazene em uma solução fisiológica, como o leite (de preferência), saliva ou soro fisiológico. Procure o dentista o mais rápido possível.

Cárie Dentária

A cárie é uma doença causada por bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da nossa alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes.

É muito fácil e simples prevenir o aparecimento da cárie. Deve-se ter uma dieta balanceada, controlar a frequência de ingestão de açúcares e realizar higiene bucal com escova, pasta de dente com flúor e fio dental.

ATENÇÃO!

Bebês e crianças podem ter um tipo de cárie que evolui muito depressa e pode atingir vários dentes de uma só vez, destruindo-os rapidamente. A causa mais comum desse problema é o uso frequente e prolongado de mamadeira durante a noite associado à falta de limpeza dos dentes após essa mamada. Portanto, tente fazer a higiene após a mamada noturna ou antes do bebê dormir e não acrescente açúcar ou achocolatado ao conteúdo da mamadeira.

OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO

Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.)

Prefira estimular a inteligência do seu filho com as brincadeiras. As crianças estão cada vez mais expostas a celulares, programas de TV e a jogos que não desenvolvem as habilidades motoras, cognitivas, afetivas e sociais, e além disso, muitas vezes podem ter conteúdos violentos, eróticos ou outros, impróprios para sua idade. Mesmo com programação adequada, **o tempo exagerado da criança diante desses aparelhos leva à diminuição de brincadeiras que exercitam o corpo, o que pode acarretar a obesidade**, além de reduzir a interação com os cuidadores, com outras crianças e com a comunidade, fragilizando os vínculos familiares e sociais. **Dê limites em relação ao tempo que seu filho pode ficar diante da TV, do computador e do celular.** Observe o tipo de programação e a recomendação etária dos filmes, jogos e desenhos.

ATENÇÃO!

Crianças menores de 2 anos não devem ser expostas a esses equipamentos, porque – principalmente nessa idade – a convivência familiar e social é muito importante para a construção dos laços afetivos. Para crianças de 2 a 5 anos, a recomendação é que o tempo máximo diante desses aparelhos seja de uma hora por dia. Até os 10 anos as crianças não devem fazer uso de televisão ou computador nos seus próprios quartos. As crianças antes dos 12 anos não devem possuir celulares e smartphones.

Consumo em Geral

A interação com adultos é importante para o desenvolvimento das crianças. Cuide para não se distrair dando atenção a equipamentos eletrônicos (celular, TV e outros) e deixando de interagir com seu filho. E lembre-se: seu exemplo é fundamental, preste atenção no tempo que você gasta com esses aparelhos.

As crianças são um alvo muito atrativo para a propaganda comercial das empresas, devido à sua facilidade em assimilar os conteúdos apresentados. Isso estimula o consumo, principalmente de brinquedos e alimentos (muitas vezes não saudáveis). As propagandas provocam todos os sentidos da criança, criando o desejo de possuir o produto vendido. Nesse contexto, a família deve limitar o tempo que as crianças veem TV e lhes dar bom exemplo e orientação para que elas evitem comportamentos consumistas.

PREVENINDO ACIDENTES

À medida que a criança vai crescendo e se desenvolvendo, sua curiosidade vai se aguçando: movimentar-se em busca de novas descobertas passa a ser constante no seu dia a dia, o que aumenta o risco de sofrer acidentes.

Atitudes simples, com supervisão contínua de um adulto, podem impedir acidentes que podem matar ou deixar sequelas. FIQUE ATENTO!

Do Nascimento aos 6 Meses

Sufocação

- Nunca use talco e/ou outros produtos em pó na criança.
- Ajuste o lençol do colchão, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros.
- Evite o uso de cordões e enfeites de cabelo.
- Evite o contato da criança com peças pequenas (clipes, botões, agulhas, moedas, anéis, brincos, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos). Utilize brinquedos grandes e inquebráveis, respeitando a faixa etária indicada na caixa pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro).
- Afaste a criança de papéis de bala, sacos plásticos, cordões e fios.

Quedas

- Proteja o berço e o cercado com grades altas com, no máximo, 6 cm entre elas.
- Não deixe a criança sozinha em cima de móveis.
- Não deixe a criança sob os cuidados de outra criança.

Intoxicação

- Nunca dê à criança remédio que não tenha sido receitado pelo médico. Verifique sempre a validade do que você oferece ao seu filho.



Queimaduras

- No banho, verifique a temperatura da água (a ideal é 37°C).
- Caso a criança não esteja sendo amamentada exclusivamente no peito, é importante verificar a temperatura do leite (ou alimento) ofertado.
- Não tome líquidos quentes nem fume enquanto estiver com a criança no colo.

Afogamento

- Nunca deixe a criança sozinha na banheira ou em bacia.
- Não deixe sua criança próxima a baldes, tanques, vasos, cacimbas, poços e piscinas. Mesmo pouca água pode causar afogamento.

Acidentes no transporte

- A criança nesta idade deve ser transportada no bebê-conforto ou no conversível (cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás do carro, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante, segundo estabelece o Código de Trânsito Brasileiro).



Dos 6 Meses aos 2 Anos

Nesta faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha e está mais ativa e curiosa. Portanto, os cuidados devem ser redobrados. Para evitar acidentes, além das recomendações para a faixa etária anterior, devem ser observados os cuidados a seguir.

Quedas e ferimentos

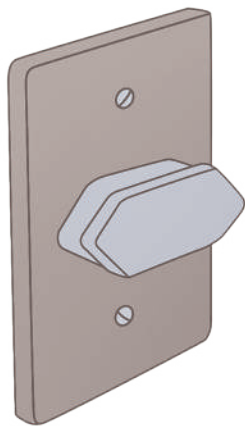
- Coloque barreiras de proteção nas escadas e nas redes de proteção ou grades nas janelas.
- Certifique-se de que o tanque de lavar roupas e as pias (ou lavatórios) estejam bem fixos, para evitar que caiam e machuquem a criança, caso ela se pendure ou se apoie neles.

Envenenamento

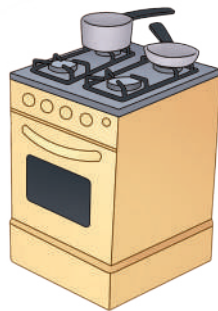
- Mantenha produtos de limpeza (água sanitária, detergente) e medicamentos fora do alcance da criança. Coloque esses produtos em locais altos e, se possível, trancados.
- Não utilize embalagens de bebidas para colocar produtos de limpeza e inflamáveis como querosene.
- Evite o acesso da criança a produtos como venenos (contra ratos, formigas, mosquitos, moscas) e a produtos inflamáveis (álcool e removedor de esmalte, por exemplo).

Queimaduras

- Restrinja o acesso da criança à cozinha.
- No fogão use as bocas de trás e deixe os cabos das panelas voltados para o centro.
- Fique atento ao forno ligado, ao ferro de passar roupas e ao aquecedor.



- Coloque protetores nas tomadas.
- Evite fios elétricos soltos e ao alcance da criança.



Dos 2 aos 4 Anos

Nesta fase, a criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo e os riscos de acidentes. Por isso, devem ser observados todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores e, também, os seguintes:

Acidentes com animais domésticos

- Não deixe seu filho se aproximar de cães e outros animais desconhecidos ou que estejam se alimentando ou com filhotes.

Queimaduras

- Não deixe seu filho brincar com fogo, fogueiras e fogos de artifício (bombinhas, produtos inflamáveis, fósforos etc.).
- Mantenha a criança longe do fogão, do aquecedor e do ferro elétrico.
- Os produtos inflamáveis (como álcool, querosene e fósforos) devem ficar totalmente fora do alcance das crianças.

ATENÇÃO!

Em casos de acidentes com materiais de limpeza, medicamentos e outras substâncias tóxicas, procure urgentemente um serviço de saúde, chame o Samu, no telefone 192, ou ligue para o Centro de Informação Toxicológica, pelo telefone 0800-722-6001.

Autossegurança

- Quando sair de casa, segure seu filho pelo pulso para evitar que ele se solte e corra em direção às ruas e rodovias.
- Não permita que ele brinque em locais de circulação de veículos, como garagens e outros próximos às ruas e rodovias.

Afogamentos

- Nunca deixe crianças sozinhas quando estiverem dentro ou próximas da água, seja piscina, rio, lago, mar, balde, banheira, bacia ou outros. Elas devem sempre estar acompanhadas por um adulto atento o tempo todo, mesmo que elas saibam nadar.

Acidentes de trânsito

- No carro, a criança de 1 a 4 anos deve ser transportada em uma cadeira especial para crianças, com cintos de segurança de três pontos, que deve ser colocada no banco de trás, conforme a orientação do fabricante.
- Verifique se o transporte escolar segue as recomendações de segurança no trânsito.

IMPORTANTE!

Sempre mantenha o seu filho longe de armas de fogo.

Dos 4 aos 6 Anos

- Mantenha todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores e converse com seu filho, explicando-lhe sempre as situações de perigo.
- Mesmo que já esteja mais confiante e seja capaz de fazer muitas coisas, ele ainda precisa da supervisão de um adulto.
- A criança deve usar equipamento de proteção ao andar de bicicleta, patins e skate.
- Escolha lugares seguros (parques, ciclovias e praças) para as brincadeiras.
- Ao andar na rua, cuide para que a criança sempre esteja do lado de dentro da calçada, protegida dos veículos pelo corpo do adulto.
- Nunca deixe a criança brincar em lajes, varandas e terraços que não tenham grades de proteção.
- No carro, a criança deve usar os assentos de elevação (boosters), com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro.

Dos 6 aos 9 Anos

- A partir dos 6 anos a criança já é quase independente, por isso aumenta a necessidade de proteção e supervisão de suas atividades fora de casa. Converse com seu filho, informe-o sobre os riscos a que ele está exposto no dia a dia e peça-lhe para ter atenção quando estiver em uma situação que ofereça perigo.

Choques elétricos

- Não deixe seu filho soltar pipa, papagaio ou arraia em locais onde há fios elétricos. Há risco de choque de alta tensão.
- Também não lhe permita o uso de produtos para deixar mais cortante a linha da pipa, pois isso pode ocasionar graves acidentes com ele próprio e com outras pessoas.

Acidentes de trânsito

- Após os 7 anos e meio, as crianças devem sentar-se no banco de trás, usando o cinto de segurança de três pontos.
- Somente crianças de mais de 10 anos podem sentar-se no banco da frente, sempre usando o cinto de segurança.



PROTEGENDO A CRIANÇA DA VIOLÊNCIA

Respeito aos Direitos Fundamentais

Toda criança tem o direito de crescer e se desenvolver de forma segura e saudável. Quando amada e desejada, a criança cresce mais tranquila e tende a se relacionar de forma mais harmoniosa com seus pais, responsáveis, familiares e outras crianças.



Como o aprendizado se dá pela imitação do comportamento, as crianças que presenciam ou são vítimas de violência podem acreditar que essa é a forma natural de resolver conflitos. Lembre-se: as atitudes dos adultos no dia a dia servem como exemplo. Não grite ou bata, a criança aprende e repete os comportamentos vivenciados, podendo incorporá-los ao seu jeito de ser. Sofrer maus-tratos na infância traz prejuízos maiores do que em qualquer outra fase da vida e pode comprometer o desenvolvimento físico, emocional, mental e social. É preciso ter especial cuidado com os casos de violência em crianças menores de 3 anos, porque nessa idade as crianças ainda não sabem dizer o que estão sentindo e percebendo no seu corpo. Quanto mais cedo começar e mais tempo durar a exposição da criança a uma situação de violência, mais graves e permanentes serão os danos causados. Entre as crianças maiores que já frequentam a escola, podem acontecer situações de violência intencional e contínua,

chamada de *bullying*. Exemplos comuns são empurrões, insultos e humilhações – como inventar apelidos que ferem a dignidade, mentiras que provocam situações vexatórias ou difundir imagens pela internet. Alguns desses sinais e sintomas podem indicar que seu filho sofre violência: irritabilidade frequente, receio exagerado da proximidade de pessoas, tristeza constante, isolamento, manchas no corpo, feridas em diferentes estágios de cicatrização, comportamento de agressividade extrema, distúrbio do sono, atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala, distúrbio de aprendizagem e até o insucesso na escola.

ATENÇÃO!

Se você suspeitar que alguma criança sofre maus-tratos, violência física, psicológica, sexual ou seja obrigada a trabalhar, **DENUNCIE**. Comunique o caso, imediatamente, ao Conselho Tutelar ou à Delegacia da Criança e do Adolescente ou, ainda, para o serviço LIGUE 100. A ligação é anônima e gratuita. A assistência social possui um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), com prioridade para crianças vítimas de violência. Procure o Cras e o Creas para acompanhar essas crianças e suas famílias.

PARTE II

REGISTROS DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS



Nas páginas a seguir haverá quadros e tabelas que devem ser preenchidos com **informações sobre a saúde do seu filho**. É neles que serão registrados o peso, a altura, a vacina e o desenvolvimento, por exemplo. Levar essas informações para casa **é um direito seu**.

Profissionais e trabalhadores de saúde! As páginas seguintes deverão ser preenchidas nos momentos de contato com a criança e seus familiares. **Não se esqueçam de preenchê-las!**

As informações sobre o pré-natal e o parto **devem** ser preenchidas nos locais onde foram prestadas essas assistências e são fundamentais para a vigilância da saúde integral da criança, com destaque para o seu desenvolvimento.

Equipe de Atenção Básica! O preenchimento da CADERNETA permite que os familiares e cuidadores se apropriem das informações sobre a saúde da criança. Aproveite essa oportunidade para conversar com as famílias e envolvê-las no processo de cuidado!

Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta

Gravidez planejada? () Não () Sim _____

Fez pré-natal? () Não () Sim _____

Número de consultas: _____ Iniciou consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla _____

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual? _____

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CID-10) Vacinas no pré-natal

	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			VACINAS	SIM	NÃO
Agravos	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT	dTpa	()	()
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Influenza	()	()
B18	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Hepatite B	()	()
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Covid-19	()	()
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()			

NR - Não realizado, N - Normal, ALT - Alterado.

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

Nome da Maternidade ou Centro de Parto Normal: _____

() Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: _____

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim _____

Data de nascimento: ____/____/____

Hora do nascimento: _____

Contato pele a pele: () Não () Sim. Mamou na primeira hora de vida? () Não () Sim

Apgar 1º min: _____ 5º min: _____

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

IG: ____ Semanas e ____ dias () DUM () USG () Exame recém-nascido. Qual? _____

Peso: _____ g Comprimento: _____ cm PC: _____ cm Adequação

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

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

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe _____ CI _____ Bebê _____ CD _____

Prevenção: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (vit. K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Utin _____ dias () UCINCo _____ dias

() UCINCa _____ dias () Alcon _____ dias

Motivo da internação: _____

Anote com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações após a alta. _____

Data da alta: ____/____/____ Peso na alta: _____ g Comprimento: _____ cm

Alimentação: () Leite materno exclusivo () Leite materno e leite artificial () Leite artificial

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais ____/____/____

Estas triagens devem ser realizadas nos primeiros sete dias de vida por profissional de saúde, no domicílio ou na unidade de saúde.

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 48 horas 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: ____/____/____

*Saturação periférica maior ou igual a 95% e diferença menor que 3% entre as medidas.

**Saturação menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora.

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data ____/____/____

Esta consulta deve ser realizada do 3º ao 5º dia de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm

*Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo (LME)

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

() Leite artificial (LA) _____

Dificuldade para amamentar ? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Vacinas

Registrar no quadro pág. 104

Hepatite B () Não () Sim

BCG () Não () Sim

5. Desenvolvimento e laços de afeto

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

3. Sinais de alerta

Coto umbilical infeccionado

() Não () Sim

Icterícia

() Não () Sim

Diarreia/Vômitos

() Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR>60 ou <30)

() Não () Sim

Febre (≥37,5°C)

() Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C)

() Não () Sim

Convulsões ou

movimentos anormais

() Não () Sim

Ausculat cardíaca alterada/Cianose () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o *Manual de Quadro do AidiPi Neonatal* (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

A criança merece cuidado especial em caso de vulnerabilidade social, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500 g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 1º Mês Data ____/____/____

Estas triagens devem ser checadas no 1º mês de vida por profissional de saúde, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

*Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Triagem neonatal - Testes

	Realizado		Resultado		Encaminhado			
	Não	Sim	Normal	Alterado	AB [†]	CER ^{††}	SSA ^{†††}	SSE ^{†††}
Pezinho								
Orelhinha - Exame auditivo								
Olhinho - Reflexo olho vermelho								
Coraçãozinho								

† AB - Atenção Básica; †† CER - Centro Especializado em Reabilitação; ††† SSA - Serviço de Saúde Auditiva; †††† SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico – Auditivo – Outros).

3. Aleitamento/alimentação

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

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Sinais de alerta

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

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o *Manual de Quadro do AIDPI Neonatal* (https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

6. Verificações importantes

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

7. Desenvolvimento ‡

Observação da interação mãe-filho _____

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Tempo de sono em 24 horas _____

Posição no sono quando deitado no berço: _____

De barriga para cima? _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Sinais de violências/negligências _____

Acidentes domésticos () Não () Sim

9. Laços de afeto

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

A criança merece cuidado especial em caso de vulnerabilidade social, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500 g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 2º Mês

Consulta do 2º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

*Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo
() Leite materno e leite artificial
() Leite artificial _____
Dificuldade para amamentar ? () Não () Sim

Parou de amamentar ? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
Pupilas normais () Não () Sim
Estrabismo () Não () Sim
Secreção ocular () Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____
Tempo de sono _____
Troca de posição durante o dia _____
Funcionamento do intestino e cólicas _____
Higiene e cuidados gerais _____
Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico _____
Uso de soro fisiológico nasal _____
Acidentes domésticos _____
Sinais de violências/negligências () Não () Sim

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

3. 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
Criptorquidia () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o *Manual de Quadro do Aidpi Neonatal* (https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

5. Verificações importantes

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

7. Desenvolvimento†

Observação da interação mãe-filho _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80
Adequado para idade ()
Alerta para o desenvolvimento ()
Provável atraso no desenvolvimento ()
Observações: _____

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

Consulta do 4º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm

*Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Aleitamento/alimentação

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

Parou de amamentar ? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim

Pupilas normais () Não () Sim

Estrabismo () Não () Sim

Secreção ocular () Não () Sim

5. Desenvolvimento†

Observação da interação mãe-filho _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

3. 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 () Não () Sim

movimentos anormais

Hérnia inguinal/umbilical () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o *Manual de Quadro do Aidpi Criança* (https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)

6. Verificações importantes

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

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Funcionamento do intestino _____

Higiene e cuidados gerais _____

Uso de soro nasal de rotina _____

Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, nascimento dos dentes, uso de chupeta ou bico etc. _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim

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

Consultas do 6º Mês e do 9º Mês

Consulta do 6º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

Anotar nos gráficos para prematuros pág. 89 e para criança a termo pág. 90 a 99.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento†

†Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e

classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

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 _____

Consulta do 9º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 91), comprimento para idade*** (pág. 92) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento†

†Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e

classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

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 _____

Consultas do 12º Mês e do 18º Mês

Consulta do 12º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso**: ____g Comprimento***: ____cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 91), comprimento para idade*** (pág. 92) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

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 _____

Consulta do 18º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso**: ____g Comprimento***: ____cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 91), comprimento para idade*** (pág. 92) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

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 _____

6. Laços de afeto

Consultas do 24º Mês e do 36º Mês

Consulta do 24º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Estatura***: ____ cm IMC****: ____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 94), estatura para idade*** (pág. 95), IMC**** (pág. 96) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA ____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? ____ Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)

O que a criança está comendo? ____ Sibilâncias () Não () Sim

Quantas porções de fruta/dia? ____ Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Recebe algum tipo de alimento industrializado? Convulsões ou tremor () Não () Sim

() Não () Sim. Qual? ____ Outros: ____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e

classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: ____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: ____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

() 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 ____

Consulta do 36º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Estatura***: ____ cm IMC****: ____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 90), peso para idade** (pág. 94), estatura para idade*** (pág. 95), IMC**** (pág. 96) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA ____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? ____ Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)

O que a criança está comendo? ____ Sibilâncias () Não () Sim

Quantas porções de fruta/dia? ____ Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Recebe algum tipo de alimento industrializado? Convulsões ou tremor () Não () Sim

() Não () Sim. Qual? ____ Outros: ____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e

classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: ____

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: ____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

() 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 ____

6. Laços de afeto

Para realizar o manejo nessas situações consulte o *Manual de Quadro do Aidpi Criança* (https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)

Para prosseguir o acompanhamento da criança, continue utilizando a folha de registro de medidas e gráficos, e anote suas observações nas folhas reservadas para anotações.

ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO

Vigilância do Desenvolvimento Infantil

Profissional de saúde, identifique:

1. Riscos ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.
2. Presença de infecções durante o período gestacional (STORCH + Zika).
3. Pré-natal não realizado ou incompleto.
4. Problemas na gestação, no parto ou no nascimento.
5. Prematuridade (<37 semanas).
6. Peso abaixo de 2.500 gramas.
7. Icterícia grave.
8. Hospitalização no período neonatal.
9. Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões.
10. Parentesco entre os pais.

■ Reveja também alguns dados do exame físico da criança como perímetro cefálico menor do que -2 escores Z ou maior do que +2 escores Z.

■ Verifique a presença de alterações fenotípicas mais frequentes, como:

- fenda palpebral oblíqua;
- olhos afastados;
- implantação baixa de orelhas;
- lábio leporino;
- fenda palatina;
- pescoço curto e/ou largo;
- prega palmar única;
- quinto dedo da mão curto e recurvado.

■ Observe o comportamento da criança.

■ Procure ajuda dos responsáveis pela criança no reconhecimento das habilidades e no preenchimento dos Marcos de Desenvolvimento que constam nesta CADERNETA.

■ Só considere a informação dos cuidadores nos itens que estão assinalados.

ATENÇÃO!

Sempre pergunte aos cuidadores o que eles acham do desenvolvimento da sua criança. Valorize esta informação.

Avaliação dos Marcos de Desenvolvimento

- Localize a faixa etária da criança nas colunas da idade em meses.

ATENÇÃO!

Caso a criança tenha nascido prematura, é preciso corrigir a sua idade, diminuindo da idade atual o tempo que faltou para completar 40 semanas ou 9 meses de gestação (pág. 88).

- Localize as quatro linhas coloridas da mesma cor correspondentes aos marcos do desenvolvimento da faixa etária entre as pág. 81 e pág. 85
- Verifique a presença dos marcos do desenvolvimento ou habilidades.
- Preencha os espaços correspondentes segundo a legenda a seguir.

P = marco presente
A = marco ausente
NV = marco não verificado

- Ao final da faixa etária, a criança deve ter atingido todos os marcos previstos.

Caso ainda não tenha alcançado algum marco da faixa etária dela:

- Vá para a faixa etária anterior.
- Verifique se a criança cumpre os marcos da faixa anterior.
- Após esta etapa, consulte o Instrumento de Classificação e Conduta para o Desenvolvimento Integral da Criança, que se encontra na página 80.
- Classifique o desenvolvimento da criança e adote a conduta adequada.

IMPORTANTE!

Siga a conduta do instrumento, sempre dando aos acompanhantes as orientações quanto à estimulação da sua criança de acordo com sua faixa etária (pág. 37 a pág. 52).

- Na consulta de retorno, refaça a classificação e siga também as orientações do instrumento.
- Ao concluir a tomada de decisão, o profissional que fizer a avaliação do desenvolvimento integral da criança deve indicar a classificação correspondente nos quadros de desenvolvimento dos registros de consulta das páginas 70 à 76 desta CADERNETA.

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores;</p> <p>ou</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*;</p> <p>ou</p> <p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar as equipes multiprofissionais e/ou a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos).</p> <p>ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 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.
	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	

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

Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses

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

[illegible]

Marcos do Desenvolvimento de 1 Ano e Meio a 3 Anos e Meio

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses											
		18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40 42
Tira roupa	Observe se criança é capaz de remover alguma peça de roupa, tais como: sapatos que exijam esforço para sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considere informação do acompanhante.												
Constrói torre de 3 cubos	Observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.												
Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar duas de um grupo de cinco figuras.												
Chuta bola	Observe se a criança chuta a bola sem apoiar-se em objetos.												
Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça de roupa tais como: calcinha, cueca, meias, sapatos, casaco etc.												
Constrói torre de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar seis cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.												
Frases com 2 palavras	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado que indique uma ação, tais como: “quer água”, “quer papai”, “chuta bola”. Considere a informação do acompanhante.												
Pula com ambos os pés	Observe se pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.												
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.												
Imita o desenho de uma linha	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos 5 cm de comprimento.												
Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, tais como: “quem mia?” “quem late?”, “ quem fala?”, “quem galopa?”.												
Arremessa bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.												
Veste uma camiseta	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir sua camiseta e/ou casaco sem botão ou zíper, sem ajuda.												
Move o polegar com a mão fechada	Demonstre para a criança e observe se ela é capaz de mover o polegar para cima em sinal de “OK” ou “legal” ou “tudo bem”, com uma ou ambas as mãos.												
Compreende 2 adjetivos	Verifique se a criança é capaz de compreender dois adjetivos. Pergunte: “O que você faz quando está com fome?” , “O que você faz quando está com frio?” , “O que você faz quando está cansado?”. Verifique se suas respostas são coerentes, tais como: “Eu como”, “Eu visto casaco”, “Eu vou deitar” etc.												
Equilibra-se em cada pé 1 segundo	Após demonstração, verifique se a criança consegue equilibrar-se em um pé só, sem apoiar-se em nenhum objeto, pelo menos um segundo, dando-lhe três tentativas. Repita com o outro pé.												

Marcos do Desenvolvimento de 3 Anos e Meio a 5 Anos

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses											
		42	44	46	48	50	52	54	56	58	60		
Emparelha cores	Observe se a criança é capaz de emparelhar objetos da mesma cor, por exemplo os cubos.												
Copia círculos	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de um círculo e verifique se ela é capaz de desenhar qualquer forma de aproximação com um círculo, que esteja fechada ou quase fechada.												
Fala clara e compreensível	Durante a avaliação observe a inteligibilidade da fala da criança (articulação e verbalização de ideias em sequência).												
Pula em um pé só	Demonstre e verifique se a criança consegue pular em um pé só, duas ou mais vezes, sem apoiar-se em um objeto.												
Veste-se sem ajuda	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de se vestir, sem alguma ajuda.												
Copia cruz	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de uma cruz e verifique se ela é capaz de desenhar duas linhas que se cruzem próximo ao seu ponto médio.												
Compreende 4 preposições	Dê à criança um bloco e peça: “Coloque o bloco em cima da mesa”, “Coloque o bloco embaixo da mesa”, “Coloque um bloco na minha frente”, “Coloque um bloco atrás de mim”. Observe se ela cumpre adequadamente os quatro comandos.												
Equilibra-se em cada pé 3 segundos	Procedimento semelhante a “Equilibra-se em cada pé 1 segundo” com o tempo de 3 segundos ou mais.												
Escova dentes sem ajuda	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de escovar os dentes, sem ajuda ou supervisão (durante algum tempo), inclusive na colocação da pasta de dentes, na escovação dos dentes posteriores e no uso do fio dental. Verifique se a criança recebeu treino para isso.												
Aponta a linha mais comprida	Mostre para a criança uma ficha contendo o desenho de duas linhas paralelas em posição vertical. Verifique se ela é capaz de apontar a linha mais comprida, mesmo mudando a posição do papel. Em três tentativas, mudando a posição do papel, ela deve acertar as três, ou cinco em seis tentativas.												
Define 5 palavras	Verifique se a criança é capaz de definir cinco palavras. Faça perguntas do tipo “O que é uma bola?” ou “O que você sabe sobre o rio?”. Use palavras do seu contexto de vida. Terá que lhe responder cinco de sete palavras. A definição é aceitável quando inclui: 1) uso; 2) forma; 3) material do que é feito; 4) categoria geral. Ex.: Rio= tem peixe, água, pescar.												
Equilibra-se em um pé 5 segundos	Procedimento semelhante a “Equilibra-se em cada pé 1 segundo” com o tempo de 5 segundos ou mais.												

Marcos do Desenvolvimento de 5 a 6 Anos

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

Desenvolvimento de 6 a 10 Anos

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

ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO

Vigilância do Crescimento Infantil

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do perímetro cefálico, do peso, da estatura e do índice de massa corporal (IMC) da criança na CADERNETA DA CRIANÇA. A maneira como o menino está crescendo indica o quanto ele está saudável ou o quanto ele se desvia da situação de saúde. As suas medidas de perímetro cefálico (até 2 anos), peso, estatura, e IMC devem ser colocadas nos gráficos que estão a seguir (da página 89 à 99). Marcar as medidas nos gráficos promove a saúde da criança, pela fácil identificação de desvios do crescimento.



Estes devem ser diagnosticados e tratados precocemente, para que se possa evitar o comprometimento da sua saúde atual e da sua qualidade de vida futura. Ao longo do tempo, várias medidas do crescimento colocadas em cada gráfico como pontos, e unidas entre si, formam uma linha que indica como a criança evolui.

As crianças menores de 2 anos devem ser medidas deitadas (comprimento). Crianças com 2 anos ou mais devem ser medidas em pé (estatura). Existe uma diferença de 0,7 cm entre a estatura da criança medida deitada e em pé. Assim, se a estatura de uma criança de 2 ou mais anos for aferida deitada, deve-se diminuir 0,7 cm do valor antes de registrá-lo no gráfico de 2 a 5 anos. Do mesmo modo, se a estatura de uma criança menor de 2 anos for medida de pé, deve-se somar 0,7 cm ao valor antes de registrar no gráfico de crianças de 0 a 2 anos. Para medir corretamente consulte: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf

O **Índice de Massa Corporal (IMC)** para idade: expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da **estatura (comprimento ou altura)**. É utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças e tem a vantagem de ser um índice que será utilizado em outras fases do curso da vida.

Para calcular o IMC:

Peso em kg dividido pela estatura em metros ao quadrado:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Interpretando os Gráficos

As linhas coloridas dos gráficos fornecem indicações para a linha de crescimento da criança formada pela união dos pontos das medidas de cada consulta.

- A curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um traçado paralelo à linha verde, acima ou abaixo dela, que pode estar situado entre as linhas laranjas ou entre as linhas vermelhas.
- Qualquer mudança rápida que desvie a curva da criança para cima ou para baixo, ou então um traçado horizontal, devem ser investigados.
- Os traçados que se desviam muito e que cruzam uma outra linha podem indicar risco para a saúde da criança.
- Com relação às curvas de perímetro cefálico, é importante lembrar que as alterações do desenvolvimento infantil são mais sensíveis e precoces que o crescimento da cabeça.

ATENÇÃO!

A página a seguir contém os gráficos, com seus respectivos desvios-padrão, para a avaliação do peso, comprimento e perímetro cefálico de recém-nascidos pré-termo (RNPT). Para efeito de acompanhamento longitudinal do crescimento dos RNPT, a CADERNETA contém o gráfico correspondente ao período de 27 a 64 semanas. Assim essas curvas devem ser utilizadas até 64 semanas pós-concepcionais, quando o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da OMS/MS, sem a necessidade de corrigir a idade da criança.

IMPORTANTE

Se não for utilizar o gráfico Intergrowth-21 (pág. 89) deve-se calcular a idade corrigida para acompanhar a criança nascida pré-termo nas curvas da OMS.

Até quando utilizar idade corrigida?

Até 2 anos de idade cronológica

Até 3 anos, se Idade Gestacional (IG) < 28 semanas

Como calcular?

Primeiro calcular:

40 semanas menos IG do nascimento em semanas
= esse é o tempo que faltou para a IG de termo;

Ex.: 40 sem - 28 sem = 12 sem (corresponde a 3 meses)

Depois:

Descontar da idade cronológica

Ex.: criança com 6 meses (idade cronológica) - 3 meses

(desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.

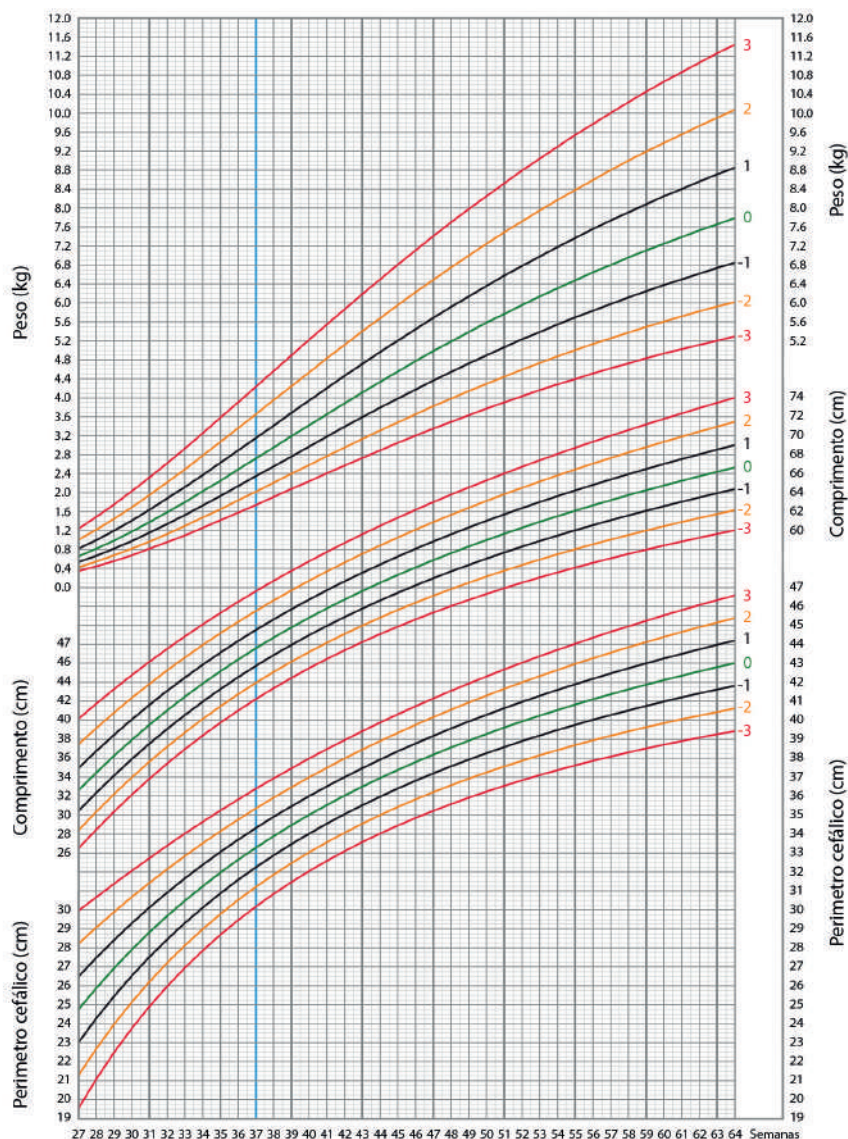
Observações dos RNPT

[illegible]

Curvas Internacionais de Crescimento para Crianças Nascidas Pré-Termo



INTERGROWTH-21st

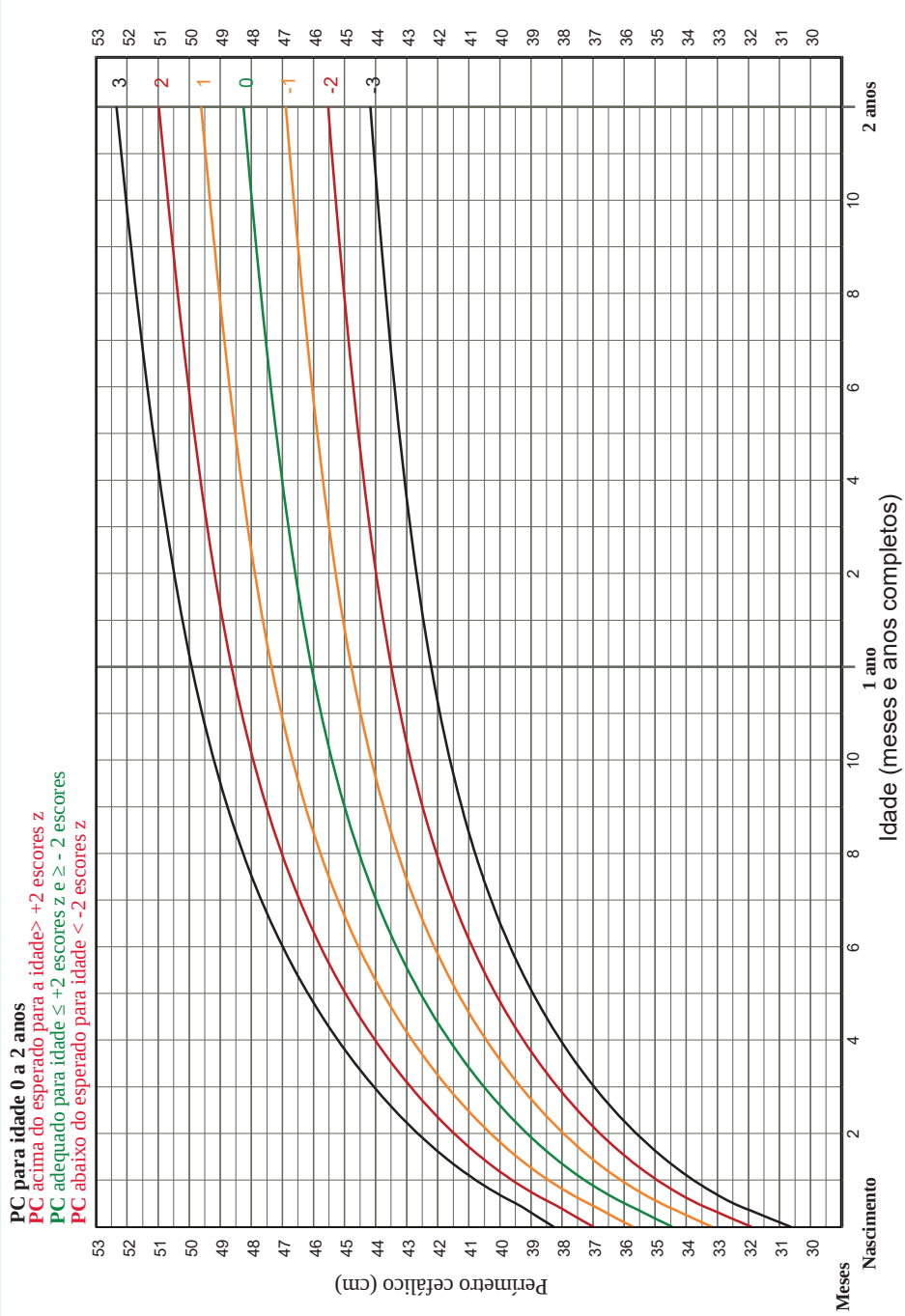


Perímetro cefálico/ Comprimento/Peso

Adequado para a idade ≥ 2 e ≤ -2 (traçado paralelo as curvas)

Risco para a idade > 2 e < -2 (traçado horizontal ou vertical que ultrapasse o intervalo da classificação Adequado)

Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos



Peso para idade 0 a 2 anos
Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2
Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3

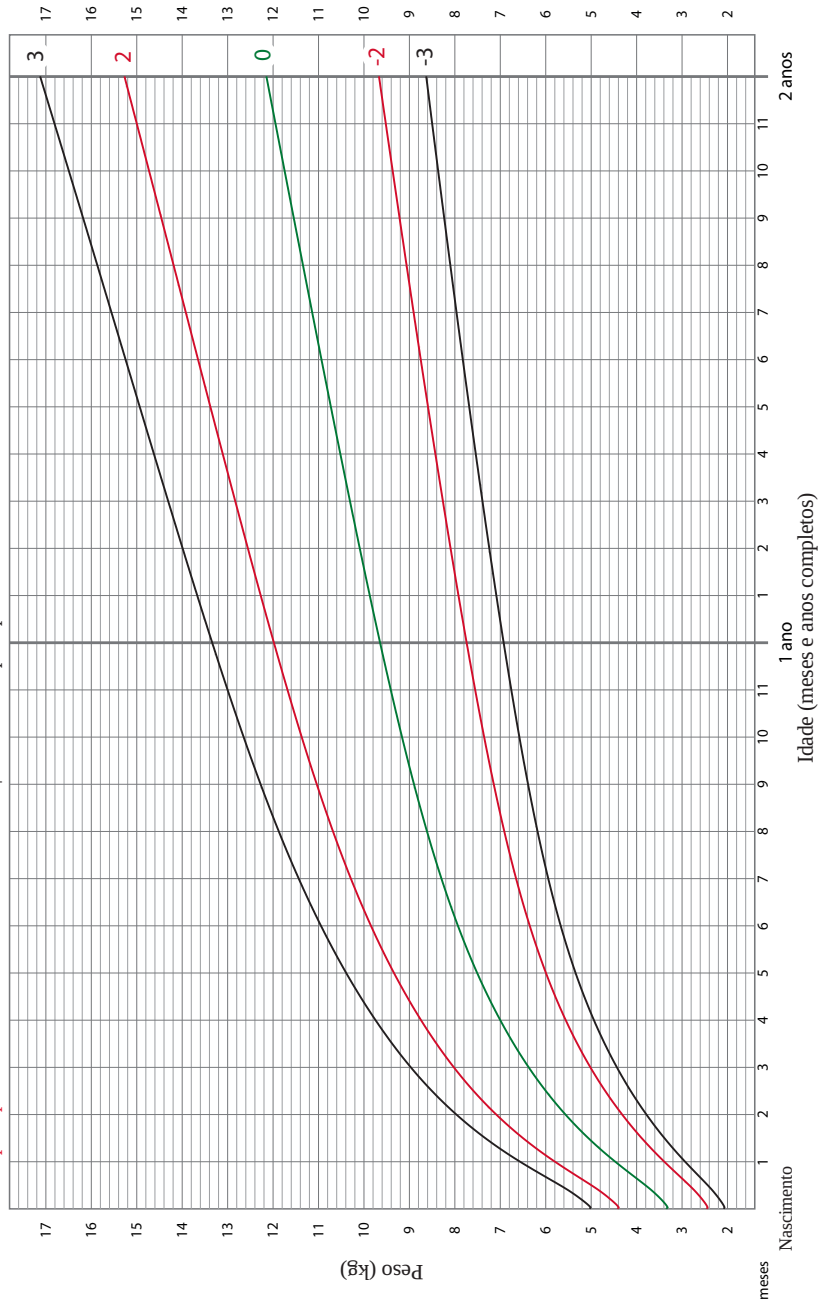
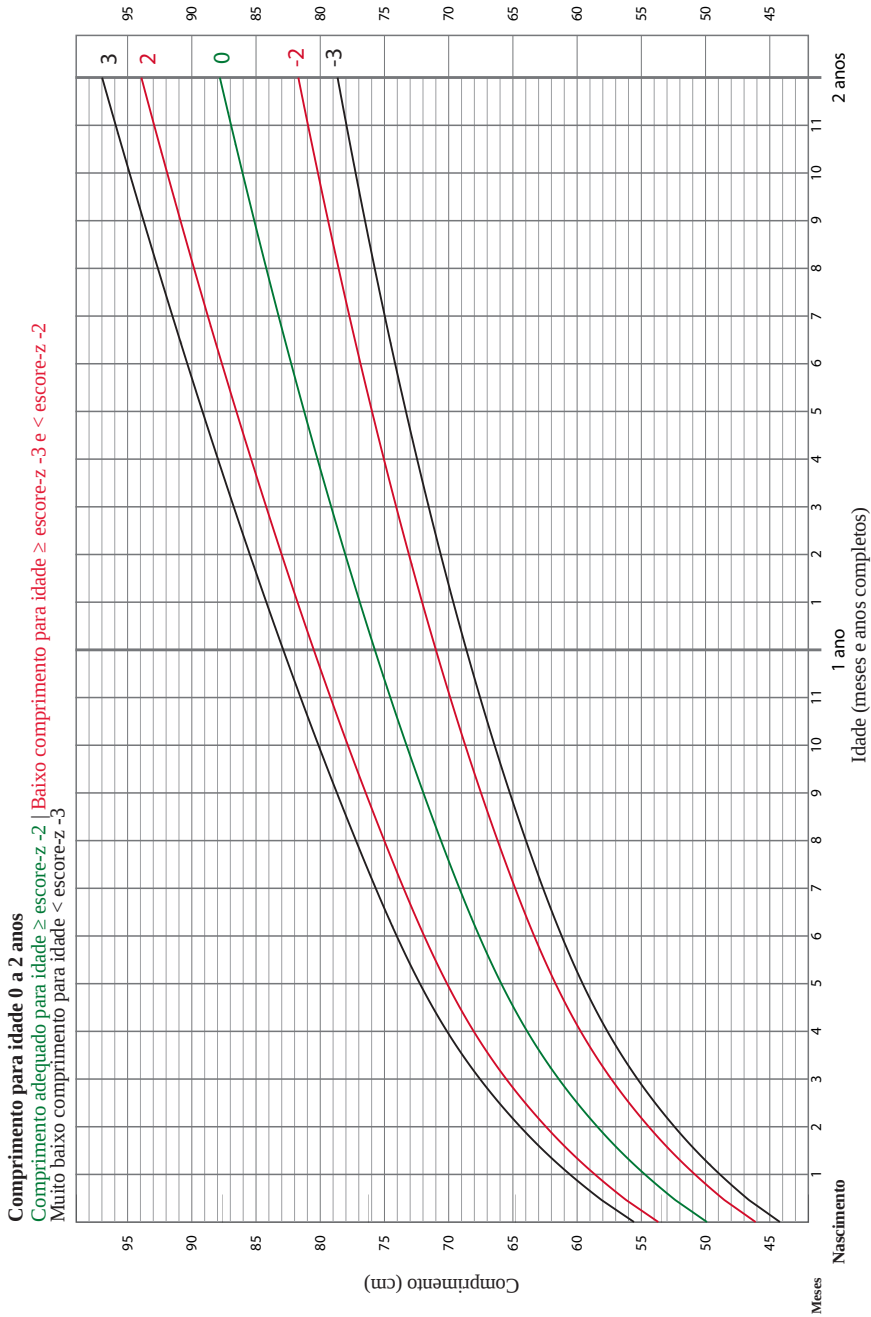
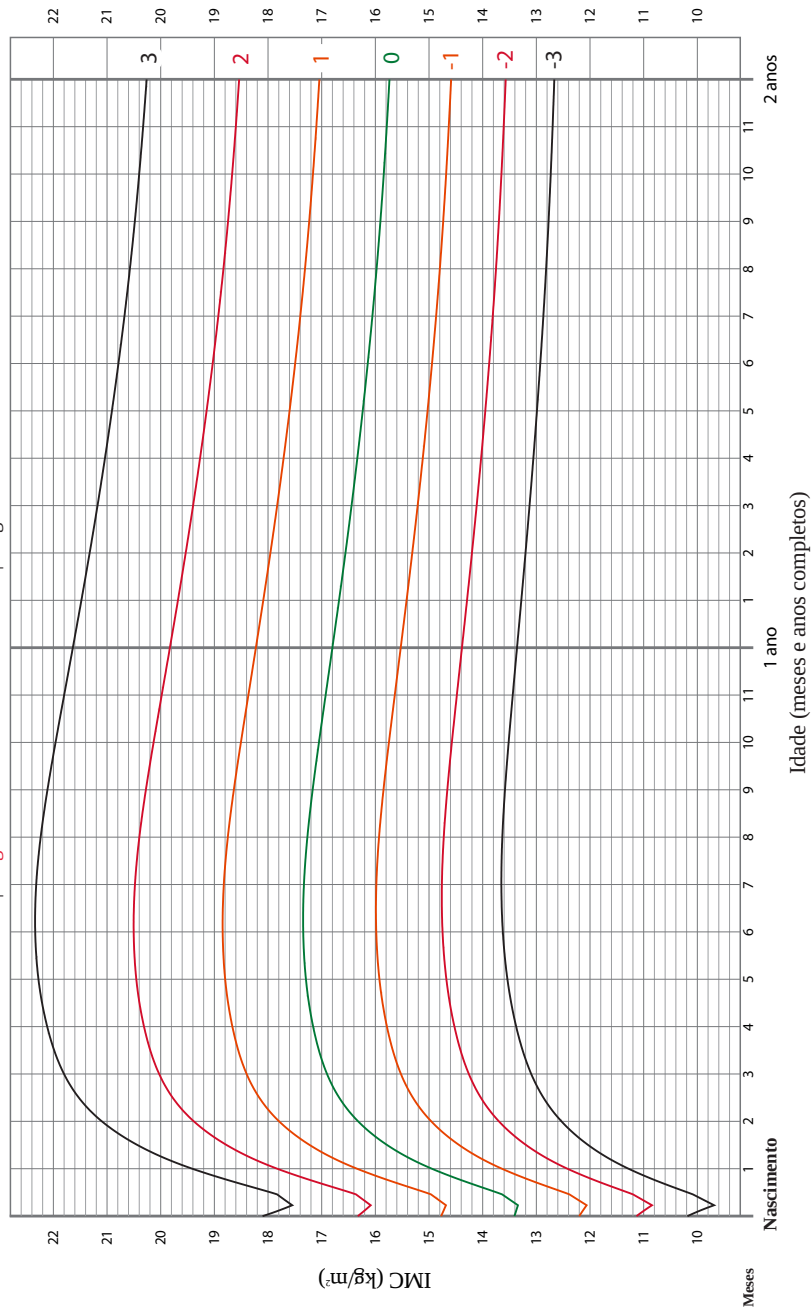


Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos

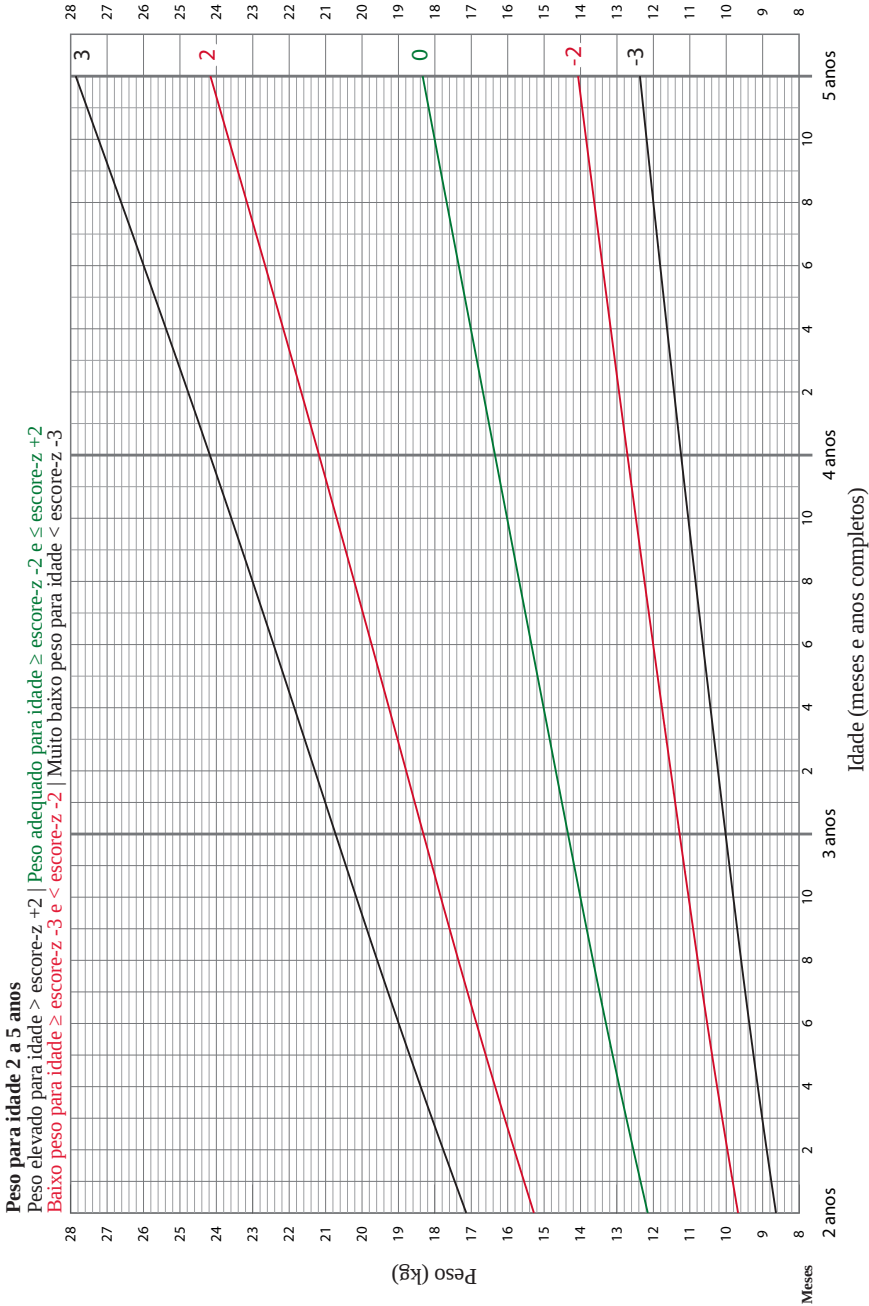


IMC para idade 0 a 2 anos
Obesidade > escore-z +3 | Sobrepeso > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Risco de sobrepeso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2
Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3

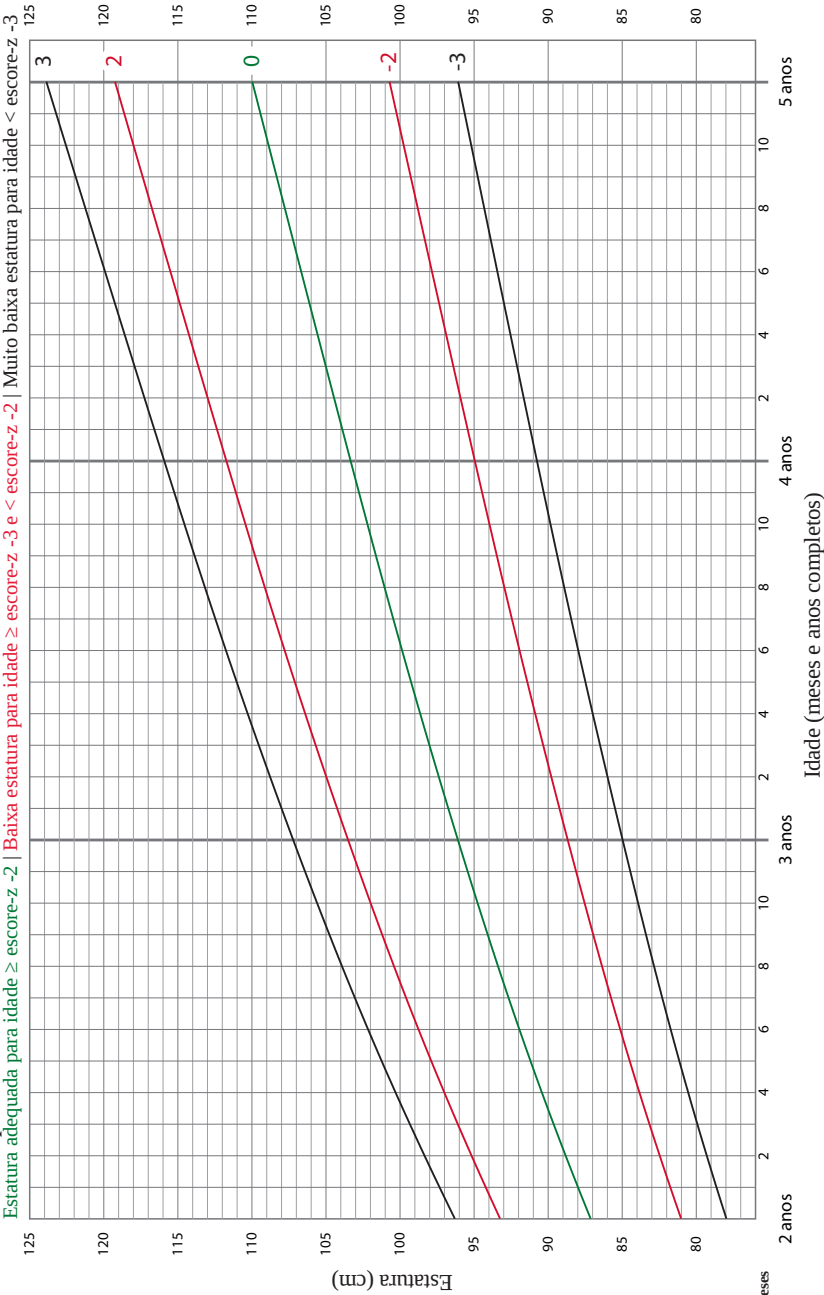


WHO Child Growth Standards

Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos

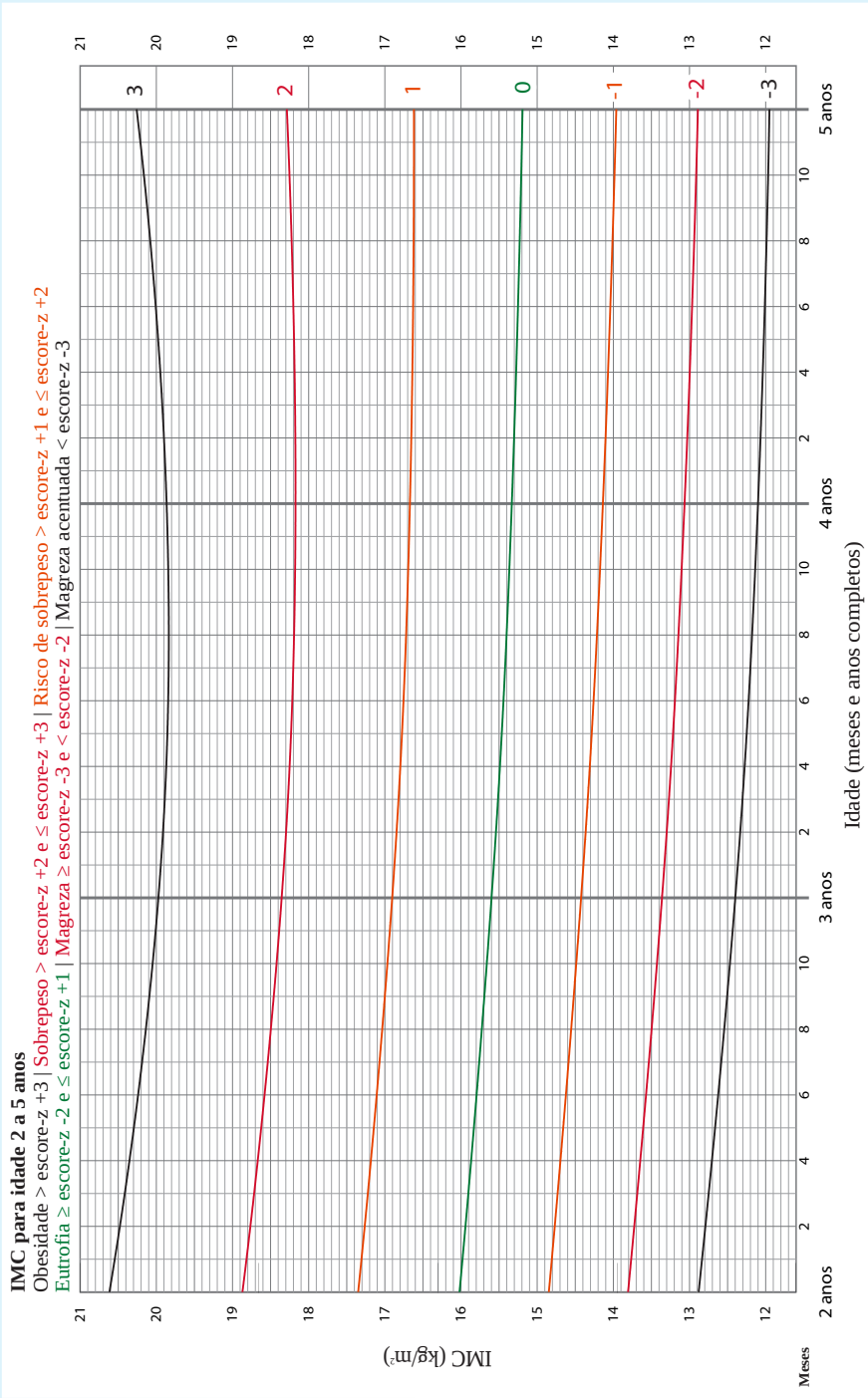


Estatura para idade 2 a 5 anos

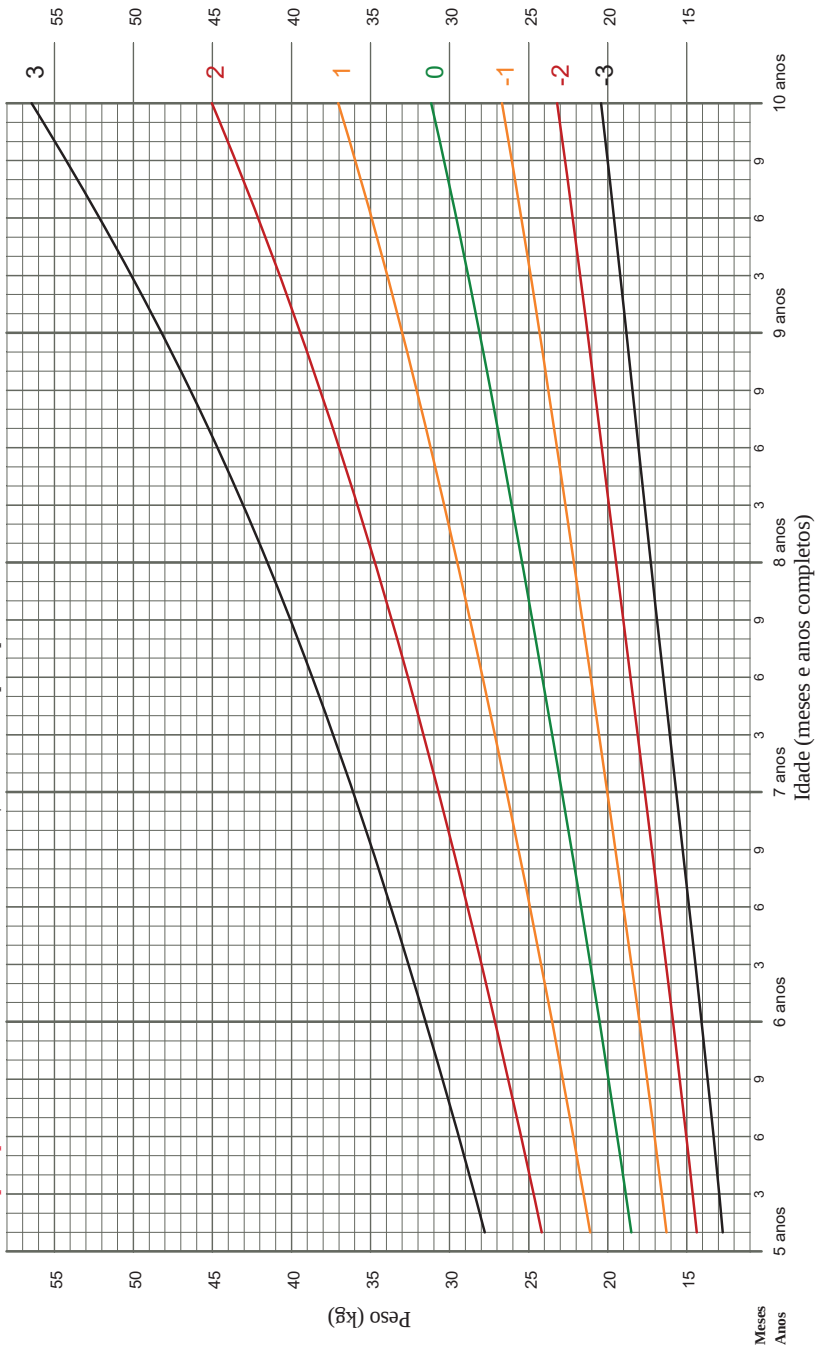


WHO Child Growth Standards

Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos

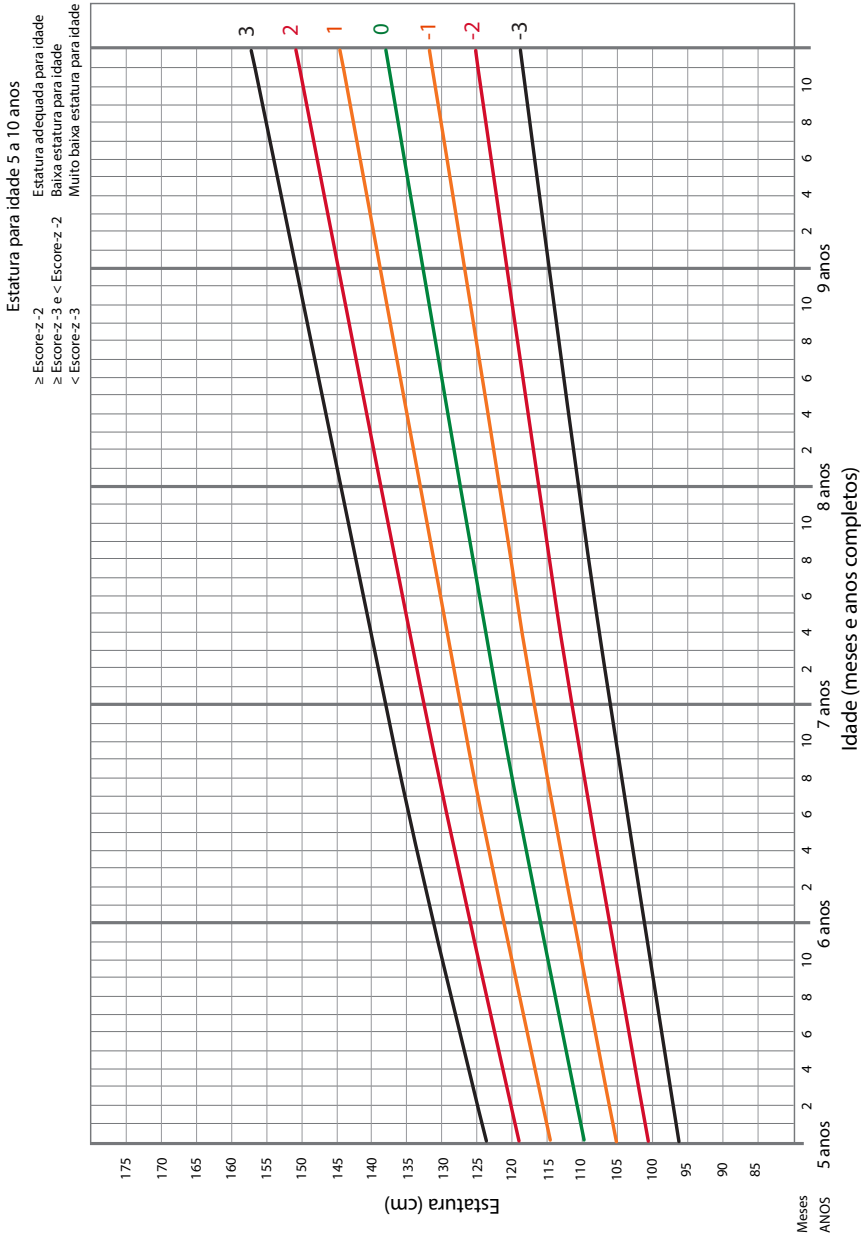


Peso para idade 5 a 10 anos
Peso elevado para idade \geq escore-z +2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2
Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e $<$ escore-z -2 | Muito baixo peso para idade $<$ escore-z -3



WHO Child Growth Standards

Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos



Adaptado: WHO Child Growth Standards

IMC para idade 5 a 10 anos

> Escore-z +3
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3

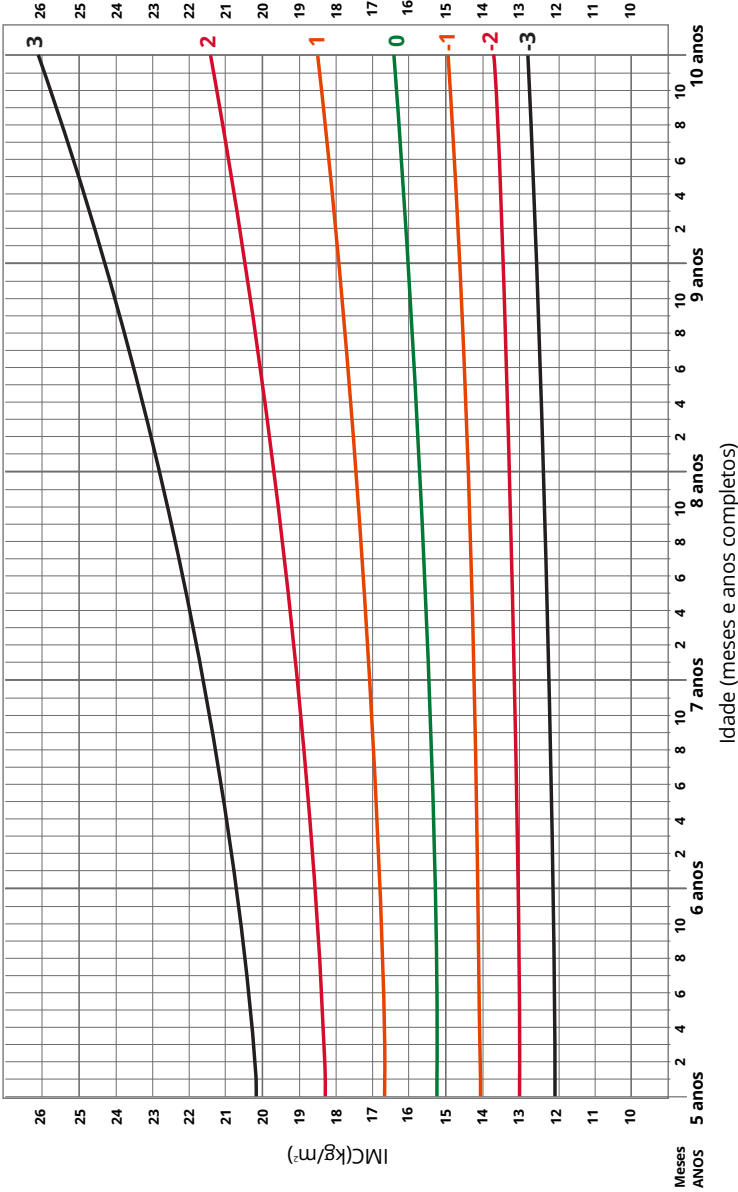
Obesidade grave
Obesidade

> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2
≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1

Sobrepeso
Eutrofia

≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2
< Escore-z -3

Magreza
Magreza acentuada

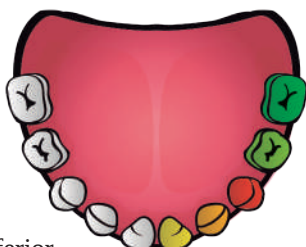


Adaptado: WHO Child Growth Standards

ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontograma da Primeira Dentição

Superior



Inferior



Incisivo central

Superiores ± 10 meses

Inferiores ± 08 meses



Incisivo lateral

Superiores ± 11 meses

Inferiores ± 13 meses



Canino

Superiores ± 19 meses

Inferiores ± 20 meses



1º Molar

Superiores ± 16 meses

Inferiores ± 16 meses



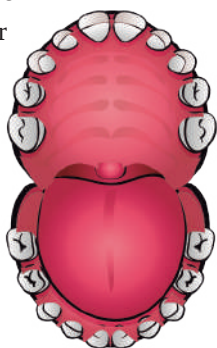
2º Molar

Superiores ± 28 meses

Inferiores ± 26 meses

Dentição

Superior



Inferior

Marque:

X - Dente Cariado

Registro das Consultas Odontológicas

Data da consulta	Dente(s)	Procedimentos /orientações realizadas	Data de retorno	Assinatura / carimbo e unidade de saúde
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	

REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES

Suplementação de Vitamina A

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu a megadose de vitamina A e a assinatura do profissional de saúde que suplementou a criança.

Megadose de vitamina A (6 meses a 4 anos e 11 meses)

Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____
Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____
Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____	Data: __/__/__ Ass.: _____

Suplementação de Ferro ou Outros Micronutrientes

Anote no quadro abaixo a data e a idade que a criança recebeu a suplementação de ferro ou outro suplemento de micronutrientes, qual o produto e a assinatura do profissional de saúde que entregou o suplemento.

Data da entrega	Idade da criança	Suplemento distribuído	Quantidade distribuída	Assinatura

VACINAÇÃO

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	Vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (miliar e meníngea)
	Vacina hepatite B (recombinante)	Dose ao nascer	Hepatite B
2 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada) - (Penta)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	1ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) - (Pneumo 10)	1ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causadas pelos 10 sorotipos de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	1ª dose	Diarreia por rotavírus (gastroenterites)
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	1ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada) - (Penta)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	2ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) - (Pneumo 10)	2ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causadas pelos 10 sorotipos <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	2ª dose	Diarreia por rotavírus (gastroenterites)
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	2ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
6 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada) - (Penta)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	3ª dose	Poliomielite
	Vacinas covid-19 ¹	1ª dose	Formas graves e óbitos por covid-19, causada pelo SARS-CoV-2
7 meses	Vacinas covid-19	2ª dose	Formas graves e óbitos por covid-19, causada pelo SARS-CoV-2
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada) - (FA) ²	Uma dose	Febre amarela
	Vacinas covid-19	3ª dose	Formas graves e óbitos por covid-19, causada pelo SARS-CoV-2
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) - (Pneumo 10)	Reforço	Infecções invasivas (como meningite, pneumonia e otite média aguda), causadas pelos 10 sorotipos <i>Streptococcus pneumoniae</i>
12 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	Reforço	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola (Tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
15 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (DTP)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	1º reforço	Poliomielite
	Vacina adsorvida hepatite A (inativada)	1 dose	Hepatite A
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) - (tetra viral) ³	1 dose	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela
4 anos	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (DTP)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina febre amarela (atenuada)	Reforço	Febre amarela
	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	2º reforço	Poliomielite
	Vacina varicela (monovalente) - (Varicela)	1 dose	Varicela
5 anos	Vacina pneumocócica 23-valente - (Pneumo 23)	1 dose ⁴	Para a proteção contra infecções invasivas pelo pneumococo na população indígena
9 anos	Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) - (HPV)	2 doses (9 a 14 anos)	

¹ As vacinas covid-19 serão ofertadas para todas as crianças a partir de 6 meses de idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias. O esquema será composto por duas ou três doses a depender do fabricante.


² A recomendação de vacinação contra a febre amarela é para todo Brasil, devendo seguir o esquema de acordo com as indicações da faixa etária e situação vacinal.

³ A vacina tetra viral corresponde à 2ª dose da tríplice viral e à dose da vacina varicela. Esta vacina está disponível para crianças até 4 anos 11 meses e 29 dias não oportunamente vacinadas aos 15 meses.

⁴ Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a Pneumo 10. Esta recomendação deve ser adotada para os povos indígenas.

A instrução normativa – Calendário Nacional de Vacinação da Criança deverá ser consultada no endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2023>.

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

NOME: _____		Data de Nascimento: ____/____/____		
BCG		Rotavírus humano		
Dose única		2ª Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		1ª Dose Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
Pneumocócica 10V (conjugada)		Meningocócica C (conjugada)		
1ª Dose		1ª Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
Febre amarela		Covid-19		
Dose		Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
Hepatite B		Penta		
Dose ao nascer		2ª Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
3ª Dose		3ª Dose		
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		
Até 12 meses				

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

A partir de 12 meses								
Pneumocócica 10V (conjugada)	Meningocócica C (conjugada)		DTP		VOP		Tetralviral	
Reforço	Reforço		1º Reforço	2º Reforço	1º Reforço	2º Reforço	Uma dose	
Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /
Varicela	Febre amarela		Hepatite A		HPV		Pneumocócica 23V (povos indígenas)	
Uma dose	Dose de reforço		Uma dose		Dose		Uma dose	
Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /	Data: / / Lote: / Lab.Produit: / Unidade: / Ass.: /
Proteja a criança. Mantenha a vacinação atualizada.								

Registro de Outras Vacinas e Campanhas

Outras estratégias		Data de Nascimento: / /	
Data: / /	Lote: /	Data: / /	Data: / /
Lab.Produit: /	Unidade: /	Lab.Produit: /	Lab.Produit: /
Ass.: /	Ass.: /	Ass.: /	Ass.: /
Data: / /	Lote: /	Data: / /	Data: / /
Lab.Produit: /	Unidade: /	Lab.Produit: /	Lab.Produit: /
Ass.: /	Ass.: /	Ass.: /	Ass.: /
Data: / /	Lote: /	Data: / /	Data: / /
Lab.Produit: /	Unidade: /	Lab.Produit: /	Lab.Produit: /
Ass.: /	Ass.: /	Ass.: /	Ass.: /

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

AGENDA DE CONSULTAS INDIVIDUAIS E ATIVIDADES COLETIVAS

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.sau.gov.br.

Tiragem: 6ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Integral

Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral

Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

SRTVN quadra 702, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 5º andar

CEP: 70723-040 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-9155/9153

Site: <https://aps.sau.gov.br/>

E-mail: dgci@sau.gov.br

Convênio de cooperação da Caciad/MS com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz – financiado pelo Fundo Nacional de Saúde

Coordenação técnica geral:

Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente –

Caciad/Cgaci/DGCI/Saps/MS

Grace Fátima Souza Rosa

Marcos Vinicius Soares Pedrosa

Nélio Fernandes de Medeiros Junior

Organização, coordenação e supervisão-geral:

Amira Consuelo de Melo Figueiras – UFPA/MEC

Gilvani Pereira Grangeiro

Janini Selva Ginani

Júlia Florêncio Carvalho Ramos – IFF/Fiocruz/MS

Mariana Ribeiro Marques – IFF/Fiocruz/MS

Maria Virgínia Marques Peixoto – IFF/Fiocruz/MS

Sônia Isoyama Venancio

Projeto editorial:

Eliana Lucia Madureira Yunes García – Cátedra de Leitura da Unesco e Instituto Iler da PUC

Elaboração, revisão e atualização de texto:

Alejandra Prieto de Oliveira, Aline Carla Hennemann, Amanda Souza Moura, Ana Carolina Cunha Marreiros, Ana Catarina de Melo Araújo, Ana Maria Cavalcante de Lima, Ana Maria Spaniol, Ana Paula da Cruz Caramaschi, Audrey Fischer, Angelo Roberto Gonçalves, Ariane Tiago Bernardo de Matos, Carolina de Vasconcellos Drugg, Claudia Regina Lindgren Alves, Cláudia Puerari, Daniela Sant'Ana de Aquino, Diogo do Vale de Aguiar, Eduardo Carvajal Rodrigues Silva, Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante, Fernanda Ramos Monteiro, Fernando Celso Lopes Fernandes de Barros, Flávia da Silva Tavares, Giovanna Guarese Borges Gonçalves, Helissa de Oliveira Mendonça Moreira, Izabela Sad, Janini Selva Ginani, Kalnye Ferreira Nascimento de Aguiar, Kátia Godoy Cruz, Larissa Mendes, Lílania Maria Planet Lugarinho, Liliane Mendes Penello, Luiza Geaquinto Machado, Maria Emília Domingues Costa Quaresma de Oliveira, Maria Fernanda Moratori Alves, Nayara Rezende Amaral, Paula dos Santos Leffa, Paulo Vicente Bonilha Almeida, Rafaela da Costa Santin de Andrade, Regina Célia Mendes dos Santos Silva, Renara Guedes Araújo, Ricardo Cesar Caraffa, Rita de Cassia de Freitas Coelho, Sara Araújo da Silva, Sérgio Tadeu Martins Marba, Sirlene de Fátima Pereira, Soniery Almeida Maciel, Wallace dos Santos

Ilustrações:

Tom Bernardes

Revisão de texto:

Irene Ernest Dias

Maria José Sant'Anna

Colaboração e participação em grupo de trabalho:

Adriana Kitajima, Adriana Lucena, Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Alberto Cunha Mendes Ferreira, Alejandra Prieto de Oliveira, Alessandra Fam, Alexandre, Almiro Filho, Altamira Pereira da Silva Reichert, Ana Carolina Cunha Marreiros, Ana Carolina Terrazzan, Ana Cláudia de Almeida, Ana Kneipp, Ana Paula da Cruz Caramaschi, Andrea Araujo, Angelita Herrmann, Anna Maria Chiesa, Antonelli Maia, Ariane Tiago Bernardo de Matos, Aurea Toriyama, Carla Kristiane da Silva, Carolina Velho, Charleni Sherer, Cicera Vicente, Cicero Sampaio, Claudia Fernandes, Cristiano Francisco da Silva, Cristina Kupfer, Damaris Gomes Maranhão, Darci Neves, Débora Faleiros, Denise Bueno, Denise Cardellini, Eduardo Marinho, Eliana Andrade, Ely Harasawa, Enia Amui, Evangelina Kotzias, Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Gabriela de Araújo, Gisele Tertuliano, Gizeli de Lima, Ivone Marques, Janssen Morata, Jesiane Fernandes, Juliana da Silva, Julieta Jerusalinsky, Jussara Oliveira, Kátia Rospide, Laura Ferraz dos Santos, Leda Aquino, Leonardo Amorim, Liéze Serpa, Luciana Nascimento, Luciana Surjus, Lysiane Paiva, Magali Cristini Casola Kumbier, Maiara de Oliveira, Marcia Bellotti, Márcia Leal, Márcia Teixeira, Marcio Coura, Márcio Fossari, Maria Beatriz Martins Linhares, Maria Dalva Meió, Maria de La Ó Veríssimo, Maria de Lourdes Magalhães, Maria Giseli Ferreira, Maria Inês Lopes, Maria Luiza Ferreira, Maria Sílvia Freitas, Marília Carotto, Marislaine Mendonça, Maroa de Lá Ó Veríssimo, Martha Gonçalves Vieira, Mauricio Vianna, Michelle da Silva, Miriam Santos, Mônica Guimarães Macau Lopes, Myriam A. Mandetta, Myrian Cruz, Nathan Aratani, Neide Cruz, Nelson Arns, Ponticello Rosario, Priscila Olin Silva, Regina Célia Mendes S. Silva, Regina Fidelis, Renato Coelho, Rita Bitencourt, Rita de Cássia Alves de Abreu, Rosane Siqueira, Roselle Bugarin Steenhouwer, Sandra Cartaxo, Sílvia Andrade, Sílvia Karla, Sirlene de F. Pereira, Solange Mendes, Solange Serra, Sônia Venâncio, Sophie Eickmann, Suely Grossman, Thais de Oliveira, Thereza de Lamare Franco Netto, Vera Ramos, Victor Rocha, Virgílio Queiroz

Supervisão editorial:

Claudia de Amorim Souto
Júlio César de Carvalho e Silva

Diagramação:

Fernanda Canalonga Calçada
Gustavo Lins
Marcos Gomes

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI
Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Emendas de diagramação:

Denny Guimarães – Editora MS/CGDI

OS 0162/2023

**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal

LOTE 05 - CAPA DE PRONTUÁRIO

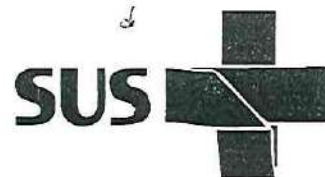
Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
25	Capa de prontuário em papel 180 g/m², na cor branca, vincado ao meio, dimensões 470x660mm.	UN.												4000		4000

P.N. 9389/23
 Proc. N° 9389/23
 Folha N° 457
 Rub. 2

P.N. 9389/23
 Proc. N° 9389/23
 Folha N° 846
 Rub. 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Número do
Prontuário

PRONTUÁRIO

Nome: _____

Cartão SUS: _____

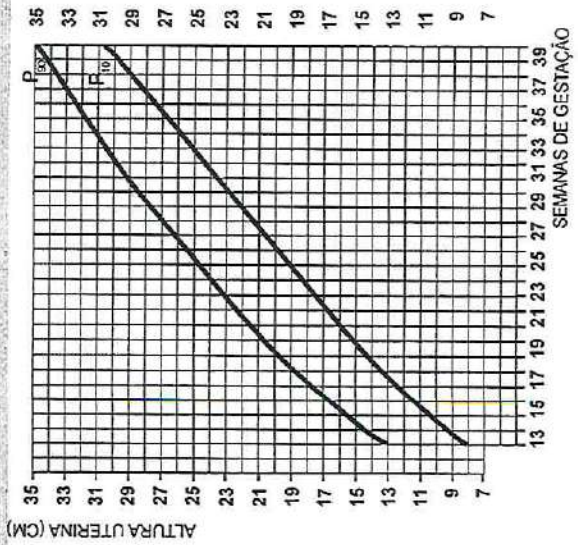
LOTE 06 - CARTÃO

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
29	Cartão da gestante, em papel 180g/m², na cor branca e rosa claro, vincado ao meio, dimensões 210mm x 145mm.	UN.												10000		10000

PMSPA
Proc. N° 9389/2023
Folha N° 458
Rub.

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N° 843
Rub

CARTÃO DA GESTANTE



precisa fazer no mínimo 6 consultas.
É um direito seu.

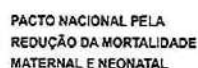
[illegible]

17

Conferir com original

Revisar

PUERPÉRIO

Ministério
da Saúde

LOTE 07 - CARTÃO DE VISITA

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SÁUDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
30	Cartão de visita 4/4.	MH		10			20		20	2	1	2				55

PMSP
Proc. N° 9389/2023
Folha N° 459
Rub. 1

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N 848
Rub 1

LOTE 08 - CARTILHA

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
32	Cartilha de bolso-capa dura, colorido, papel couchê, 18 cm de comprimento e 15 cm de largura	UN.											20000			20000
33	cartilha- papel couchê, com 3 dobraduras, colorido	UN.											20000			20000

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N 849
Rub 1

22/08/20
22/08/20
22/08/20

**DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
SÃO PEDRO DA ALDEIA-RJ**



**Programa de Combate ao
Trabalho Infantil e de
Estímulo à Aprendizagem**



**Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia/RJ
Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos
Comissão PETI**



**Programa de Erradicação do
Trabalho Infantil - PETI**

Trabalho infantil não é brinquedo!



Expediente



Programa de Combate ao Trabalho Infantil e de Estímulo à Aprendizagem

A cartilha "Trabalho Infantil não é brinquedo" é uma publicação do Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região e do Programa de Combate ao Trabalho Infantil e de Estímulo à Aprendizagem da Justiça do Trabalho.

Gestora Nacional - Região Sul
Desembargadora Maria de Lourdes Leiria

Gestoras Regionais em SC
Desembargadora Teresa Regina Cotosky
Juíza Patrícia Pereira de Sant'Anna

Idealização: Desembargadora Maria de Lourdes Leiria

Produção: Secom TRT-SC

Redação e edição: Camila Velloso

Projeto Gráfico, Diagramação e Finalização:
Simone Dalcin

Ilustrações: iStock

Revisão final: Adriano Ebenriter, Andréia dos Santos Farias, Dilcionir J. Furtan, Elise Haas

Direção da Secom: Clayton Wosgrau

3ª Edição (cópia)



Administração do TRT-SC

Presidente: Desembargadora Mari Eleda Miglioni

Vice: Desembargador Roberto Basilone Leite

Respostas das atividades

Página
7

E I S M S L E S I O N A R S S P
O N V E V D V C M V T A V U V R
G F P N P O P E S P P G P A Y B
L A V O U R A S T Y O R A Y Y B
H M X R K X H X R T X I X G X L
Q T J E L W J N U A J C J Q J E
U I B S Q U E I M A D U R A S M
L L E A P A N A E A M L A Y A A
T R A B A L H O N R R T R O I R
I M R A R E R I T P R U N B D B
L N C S N E A N O N C B A B B E
P R O I B I D A S B B A B B E
E B A C I F E H A R A E Y O W N A
T F U F I C E H A R A E Y O W N A
U Z F F I N T O X I C A C A O E O
K W I N A M E P E T O S W I S W

AGROTÓXICO
P R E N D I Z
N O T U R N O
D E Z E S S E I S
I S O R U R A L
E S C O L A
E S T A T U T O

Página
9

Página 10 e 11



Página
13



Página
15



Aprendizagem

A forma mais segura de acabar com a exploração do trabalho infantil e promover a inclusão social é estimular o cumprimento da Lei de Aprendizagem, que determina que as empresas devem ter de 5% a 15% de jovens aprendizes entre seus empregados.

Além de ter que estudar, o adolescente contratado como aprendiz tem a carteira de trabalho assinada, trabalha em ambiente seguro, e é treinado para exercer uma função na empresa enquanto estuda. Para se enquadrar, o adolescente deve ter no mínimo 14 anos.



Introdução

Trabalho infantil é aquele realizado por crianças e adolescentes abaixo da idade mínima permitida pela legislação. No Brasil, a Constituição Federal proíbe qualquer trabalho antes dos 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos.

Por uma questão cultural, o trabalho infantil é incentivado em nosso país, inclusive pela família. Por isso é muito importante esclarecer os riscos que ele traz para a saúde e o desenvolvimento da criança e do adolescente. E para o futuro também: segundo pesquisas, quanto mais cedo o indivíduo entra no mercado de trabalho, menor será seu salário na vida adulta.

Uma coisa é certa: para acabar com a exploração do trabalho infantil, ainda há um longo caminho a ser percorrido.



Trabalho Rural

O setor agrícola é um dos que mais explora a mão de obra INFANTIL com idade entre 5 e 13 anos, principalmente na AGRICULTURA familiar. Mas o que muitos pais desconhecem é que a atividade rural está inserida nas piores formas de TRABALHO infantil, sendo PROIBIDA para MENORES de 18 anos.

O trabalho nas LAVOURAS deixa as crianças expostas a uma série de riscos, como INSTRUMENTOS cortantes, INTOXICAÇÃO por agrotóxicos, QUEIMADURAS solares, transporte de peso excessivo e ACIDENTES com animais ou máquinas.

O corpo da criança ainda está em formação e por isso reage de maneira diferente diante do trabalho em relação ao adulto. Cansaço, perda do sono, da audição e PROBLEMAS na coluna são algumas consequências do trabalho precoce que podem LESIONAR para sempre o corpo das crianças.



Atividade!

Ajude as crianças a passar pelo labirinto e chegar à escola



Trabalho Doméstico

Mesmo proibido para menores de 18 anos, o trabalho doméstico é uma das formas mais comuns de exploração de meninas. Muitas vezes elas ficam responsáveis por cuidar de outras crianças e por todo o trabalho da casa, como lavar, passar, cozinhar e limpar. A maioria trabalha apenas em troca de comida ou roupa, sem receber remuneração.

Cuidar da casa exige movimentos repetitivos e força, o que pode prejudicar o corpo da criança, que ainda está em formação. Há também risco de acidentes com o fogão, ferro de passar, facas e materiais de limpeza, que podem causar queimaduras, choques, intoxicação e mutilações. As crianças e os adolescentes que trabalham na casa de outras pessoas também correm mais risco de sofrer violência física, psicológica e sexual.



Atividade!

Encontre no caça-palavras abaixo as palavras destacadas em maiúsculo no texto ao lado



E I S M S L E S I O N A R S S P
O N V E V D V C N V T A V U V R
G F P N P O P E S P P G P A P O
L A V O R K X H X S T Y O R A Y B
H N X R K X H X S T Y O R A Y B
Q T J E L W J N U A J C J Q J X L
U I B S Q U E I M A D U R A Y A S
L L E A P A N A E A M L R A Y A S
T R A B A L H O N R R T R O R C S
I M R A B A R E A N O T P R U N B R
L N C S N E A N O B B A B B E N B
P R O I B I D A S B B A B B E N B
E A B A Ç I F E H A R A F A F A F
T F U F I N T O X I C A Ç A S W I
U Z F I N A M E P E T O S Ç A S W
K W I N A M E P E T O S Ç A S W

Legislação

A Constituição Federal proíbe o trabalho infantil.

A idade mínima para o trabalho é de 16 anos. Antes disso, a partir dos 14, o adolescente pode ser apenas aprendiz – saiba mais sobre a aprendizagem na página 18.

Dos 16 aos 18 anos, o adolescente não pode trabalhar à noite, em atividades insalubres ou perigosas e naquelas consideradas as piores formas de trabalho infantil, como o trabalho doméstico (inclusive o de babá), o rural ou aquele realizado em ambientes prejudiciais à saúde, como carvoarias e frigoríficos.



Atividade!

Encontre as 7 diferenças entre as duas imagens



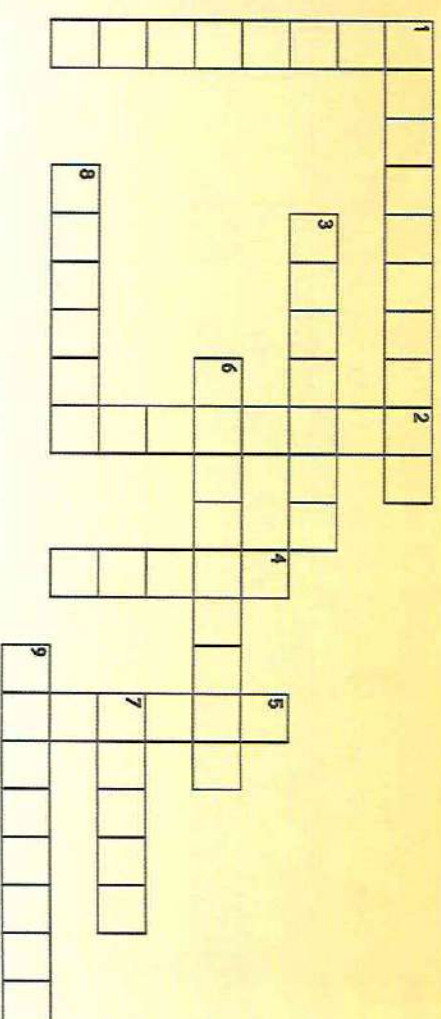
Ajudar em casa, pode?

A criança pode ajudar com as atividades de casa, arrumando sua cama, guardando seus brinquedos ou ajudando na louça, por exemplo. Mas essas atribuições não podem sobrecarregá-la e nem tirar o tempo de estudo e lazer. O trabalho da criança não pode substituir o de um adulto. Quando isso acontece, é trabalho infantil, doméstico, **PROIBIDO** por lei antes dos 18 anos.



Atividade!

Resolva as palavras cruzadas e saiba um pouco mais sobre o trabalho infantil



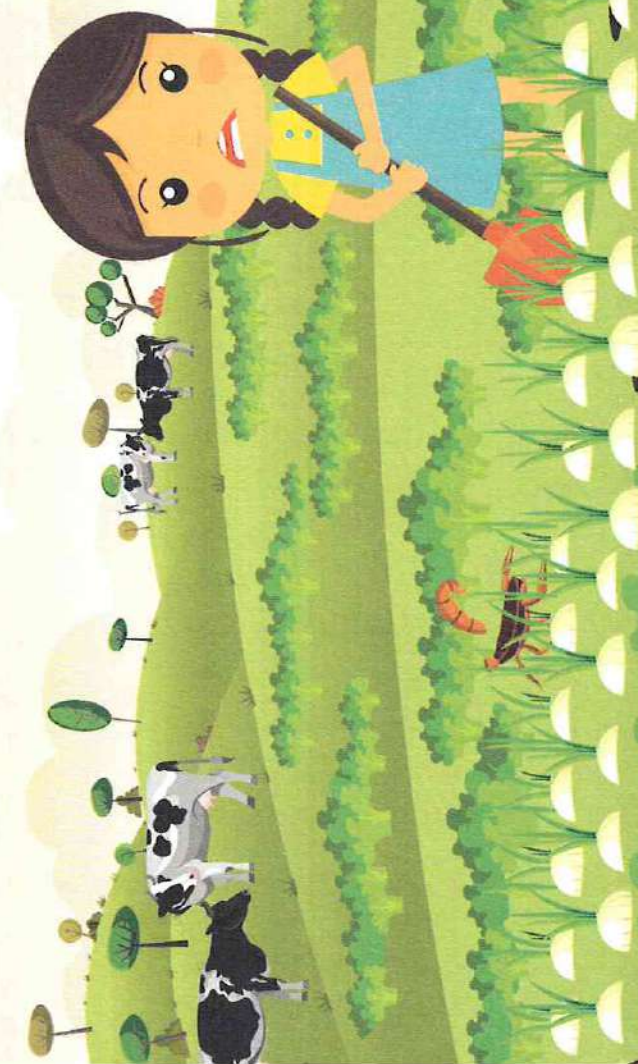
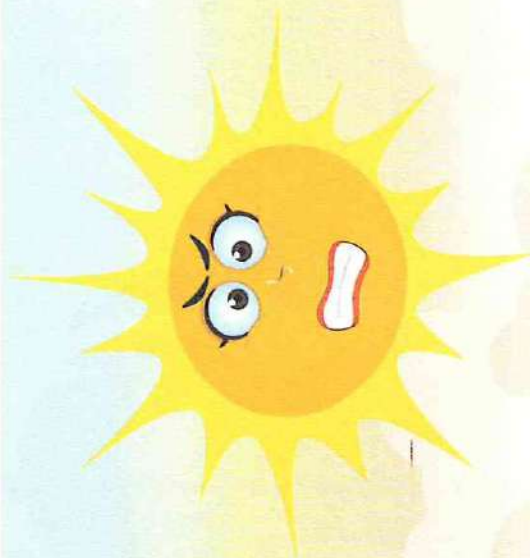
HORIZONTAL

1. Produto usado para eliminar pragas na agricultura que pode causar intoxicação.
3. Se tiver menos de 18 anos, o adolescente não pode trabalhar no período _____.
6. A idade mínima permitida para o trabalho regular é _____ anos.
7. Trabalho _____: é considerado uma das piores formas de trabalho infantil.
8. Lugar de criança é na _____.
9. _____ da Criança e do Adolescente (ECA): conjunto de normas que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente.

VERTICAL

1. A partir dos 14 anos, o adolescente pode trabalhar somente na condição de _____.
2. Como aprendiz, o adolescente deve ter a _____ de trabalho assinada e os direitos trabalhistas e previdenciários garantidos.
4. Estruturas que dão sustento ao corpo e são mais frágeis nas crianças.
5. Algumas atividades são tão perigosas que só são permitidas após os 18 anos. São chamadas de _____ formas do trabalho infantil.

O trabalho rural é uma das piores formas
de trabalho infantil. Circule 10 perigos que
a atividade rural pode oferecer às crianças



LOTE 09 - CERTIFICADO

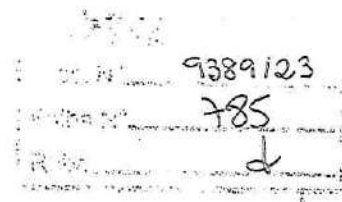
Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
35	Certificado - em papel tipo vergê, tamanho A4, 2 por fit, colorido	UN.											200			200

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N° 850
Rub 2

PMSPA
9389/23
284
↓

LOTE 10 - COMPROVANTE DE VACINAÇÃO

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
36	Comprovante de vacinação, em papel 75 g/m², na cor branca, colado lateralmente, dimensões 120 x 50 mm.	UN.												500		500





PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Comprovante de Vacinação: _____

Nome: _____

Unidade: _____ Data: ____/____/____

Fab.: _____ Lote: _____

Vacinador: _____

Doses	DU	D1	D2	D3	
(D)					

LOTE 11 - CONVITE

Ítem	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PÚBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
37	Convite - papel tipo vergê, tamanho a4, com 3 dobraduras, frente e verso	UN.											500			500

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N 852
Rub

9389/23
Folha N 852
Rub

LOTE 12 - CRACHÁ E CARTÃO

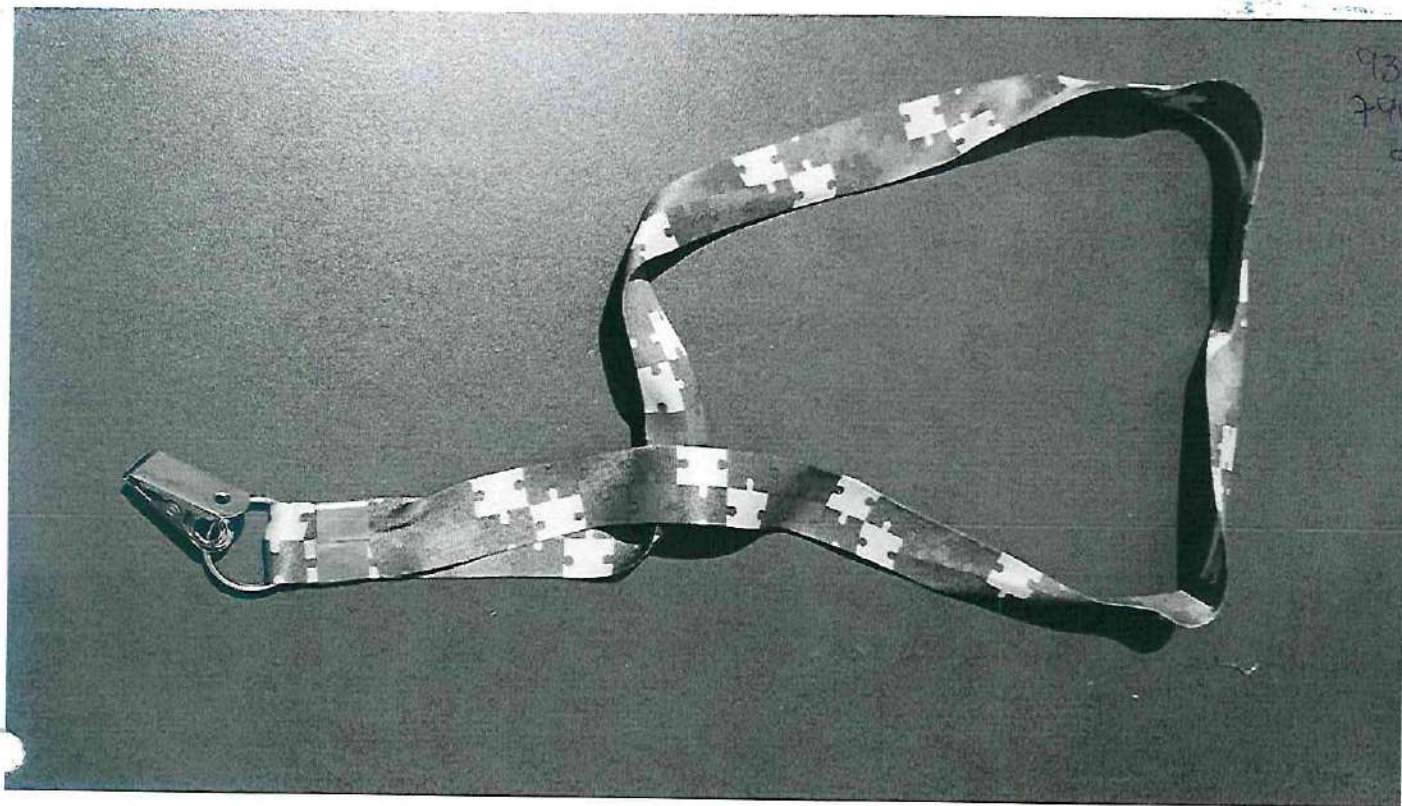
Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
38	Cordão para crachá com jacaré para crachá com personalização interna e externa em 100% poliéster, com largura 2cm, comprimento 40 cm e circunferência 80cm.	UN.						50								50
39	Cordão para crachá de identificação autista personalizado (cordão quebra padrão internacional para a identificação de pessoas com autismo)	UN.											500			500
40	Crachá em material PVC, 4/4.	UN.		3000	100		40	50	20	30	50	200			300	3790



9389/23

788

2



24
L-13

LOTE 13 - ENCARTÉ

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
43	Encarte com medida de 29x42, em couche 115g, com dobra, com impressão.	MH		15	1						3			10		29
44	Encarte com medida de 29x42, em couche 115g, sem dobra, com impressão.	MH		15	1				1					10		27
45	Encarte com medida de 29x42, em couche 120g, sem dobra, com impressão.	MH		15	1									10		26
46	Encarte com medida de 29x42, em couche 80g, com dobra, com impressão.	MH		15	1									10		26
47	Encarte com medida de 29x42, em couche 80g, sem dobra, com impressão.	MH		15	1									10		26
48	Encarte com medida de 30x21, em couche 115g, com 02 dobras, com impressão.	MH		15	1			5	30		3			25		79
49	Encarte impresso, 29X42 - couché 120g com dobra, com impressão	MH		10	1						3			10		24

9389/23
290
↓

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N 054
Rub

LOTE 14 - FICHA DE EMPREGADO

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
64	Fichas de registros de Empregados, em papel cartão 240g, formato aberto 33x48cm - 1/1 cor com 1 dobra, na cor branca, com impressão.	MH	4000													4000

9389/23
291
2

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N 855
Rub

REGISTRO DE EMPREGADOS

DE _____		EMPREGADOR _____		ENDEREÇO _____	
Nº DE ORDEM _____		NOME _____		Nº DE MATRÍCULA _____	
DATA DE NASCIMENTO _____		LOCAL NASCIMENTO _____		ESTADO _____	
CÔNJUGE _____		PAI _____		MÃE _____	
CARTeira DE IDENTIDADE _____		ORG. EMISSOR _____		DATA EMISSÃO _____	
CPF _____		CTPS _____		SÉRIE _____	
CERT. RESERV. Nº _____		CATEGORIA _____		TÍT. ELEITOR Nº _____	
INSTRUÇÃO _____					
CARACTERÍSTICA FÍSICAS: COR _____		ALTURA _____		PESO _____	
CABELOS _____		OLHOS _____		PARTICULARES _____	
QUANDO ESTRANGEIRO: PAIS _____		Nº CART. MOD. 19 _____		É CASADO(A) COM BRASILEIRO(A)? _____	
DATA QUE CHEGOU AO BRASIL _____		Nº DO REG. GERAL _____		NOME DO CÔNJUGE _____	
ENDEREÇO _____		MUDANÇA ENDEREÇO _____		TEM FILHOS BRASILEIROS? QUANTOS? _____	
CEO _____		INSS _____		FGTS _____	
DATA OPÇÃO _____		DATA RETRAÇÃO _____		BANCO DEPOSITÁRIO _____	
PIS Nº _____					
BENEFICIÁRIOS		NOME _____		ENDEREÇO _____	
DATA DA ADMISSÃO _____		DATA DO REGISTRO _____		NATUREZA DO CARGO _____	
SEÇÃO _____		SALÁRIO INICIAL _____		COMISSÕES _____	
TAREFA _____		FORMA DE PAGAMENTO _____			
POLEGAR DIREITO		ENTRADA _____		HORÁRIO DE TRABALHO	
REFEÇÃO _____		SAÍDA _____		DESCANSO SEMANAL _____	
DATA DA SAÍDA _____		CARIMBO E VISTO DO EMPREGADOR _____		ASSINATURA DO EMPREGADOR _____	

ESTOU DE PLENO ACORDO COM AS DECLARAÇÕES ACIMA QUE EXPRIMEM A VERDADE

9389/23
793
2

9389123
794
9

[illegible]

HABILIDADES E CONHECIMENTOS
PROMOÇÕES

[illegible]

NÚMERO

ACIDENTES DE TRABALHO

[illegible]

FALTAS AO TRABALHO

[illegible]

LOTE 15 - FILIPETA

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
65	Filipeta com medida de 10x20, em couche 115g, com dobra, com impressão.	MH		15	1		300			1				10		327
66	Filipeta com medida de 10x20, em couche 115g, sem dobra, com impressão.	MH		15	1		300			1		1		10		328
67	Filipeta com medida de 10x20, em couche 120g, com dobra, com impressão.	MH		15	1							1		10		27
68	Filipeta impressa 10X20 - couché 120g sem dobra	MH		15	1									10		26

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N 856
R.D.

9389/23
Folha N 294
R.D.

LOTE 16- FOLDER

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SÁUDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
69	Folder- Papel couchê, tamanho A4, c/ 2 dobraduras, frente e verso, colorido	UN.											5000			5000
70	Folder- Papel couchê, tamanho A4, c/ 3 dobraduras, frente e verso, colorido	UN.											31000			31000

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N 852
Sub 3

9389/23
7915
Rubr

LOTE 17 - FOLHETO

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
72	Folheto com medida de 15x21, em couchê 120g, com dobra, com impressão.	MH		15			1000			1	3			10		1029
73	Folheto impresso 15x21 - couchê 115g sem dobra.	MH		40	1					1	0	1		10		53
74	Folheto impresso 15x21 - couchê 120 g sem dobra.	MH		20	1									10		31
75	Folheto impresso 15x21 - couchê 80g com dobra.	MH		40	1						3			10		54
76	Folheto impresso 15x21, couchê 115g com dobra.	MH		15	1		600			1	3	1		10		631
77	Folheto impresso, 10x15 - couchê 120g sem dobra.	MH		10	1						3			25		39
78	Folheto impresso, 10x15 - couchê 80g, sem dobra.	MH		15	1		600							25		641
79	Folheto impresso, 10x15, 115g- couchê, sem dobra.	MH		15	1					1		1		25		43
80	Folheto impresso, 15x21 - couchê 80g sem dobra.	MH		15	1		0							10		26

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha 858
Rub

9389/23
290
2

POR QUE O 18 DE MAIO?

Nesse dia, em 1973, uma menina capixaba de Vitória/ES, foi sequestrada, espancada, estuprada, drogada e assassinada numa orgia imensurável. Seu corpo apareceu seis dias depois desfigurado por ácido. Os agressores jamais foram punidos. O movimento em defesa dos direitos de crianças e adolescentes, após uma forte mobilização, conquistou a aprovação da Lei Federal 9.970/2000 que instituiu o 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Criança e Adolescente, com o objetivo de mobilizar a sociedade brasileira e convocá-la para o engajamento pelos direitos de crianças e adolescentes e na luta pelo fim da violência sexual. Portanto, esse é um dia em que toda a população do Brasil deve se manifestar contra a violência sexual cometida contra crianças e adolescentes.

VOCÊ PODE AGIR. FAÇA BONITO: PROTEJA NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES!

SE VOCÊ TIVER SUSPEITA OU CONHECIMENTO DE ALGUMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE QUE ESTEJA SOFRENDO VIOLÊNCIA DEVE DENUNCIAR.

18 de Maio

Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes
Esquecer é Permitir, Lembrar é Combater



"Não jogue este folheto nas vias públicas, preserve o meio ambiente".

18 de Maio

Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes
Esquecer é Permitir, Lembrar é Combater



FAÇA BONITO

PROTEJA NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.



SECRETARIA MUNICIPAL DE
**ASSISTÊNCIA SOCIAL
E DIREITOS HUMANOS**



CONANDA
Conselho Nacional dos Direitos
da Criança e do Adolescente



ALGUMAS DICAS PARA PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E O DESENVOLVIMENTO DE UM PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO COM DIREITOS E RESPEITO.

O QUE É VIOLÊNCIA SEXUAL?

É uma violação dos direitos sexuais, porque abusa e/ou explora do corpo e da sexualidade, seja pela força ou outra forma de coerção, ao envolver crianças e adolescentes em atividades sexuais impróprias à sua idade cronológica, ou ao seu desenvolvimento físico, psicológico e social.

A VIOLÊNCIA SEXUAL PODE OCORRER DE DUAS FORMAS – ABUSO SEXUAL E EXPLORAÇÃO SEXUAL

A violência sexual, abuso ou exploração, pode ocorrer no ambiente intrafamiliar, quando há relação de parentesco entre vítima e agressor e extrafamiliar, quando não há uma relação de convivência familiar entre agressor e vítima.

ABUSO SEXUAL

É a utilização do corpo de uma criança ou adolescente, por um adulto ou adolescente, para a prática de qualquer ato de natureza sexual.

EXPLORAÇÃO SEXUAL

A exploração sexual caracteriza-se pela utilização sexual de crianças e adolescentes com a intenção do lucro ou troca, seja financeiro ou de qualquer outra espécie. A exploração sexual ocorre de quatro formas: em redes de prostituição, pornografia, redes de tráfico e turismo sexual.

COMO DENUNCIAR

- CONSELHO TUTELAR
- DELEGACIAS ESPECIALIZADAS OU COMUNS
- DISQUE DENÚNCIAS LOCAIS OU O DISQUE FEDERAL

- POLÍCIA MILITAR
- POLÍCIA FEDERAL

- POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

Procure o Conselho Tutelar de sua Cidade, Delegacia especializada em crimes contra criança ou adolescente ou uma Delegacia comum. Procure saber se no seu Estado também existe um número de denúncia e divulgue ou ligue para o

Disque Direitos Humanos - Número 100.

Em caso de emergência - Número 190

Secretaria de Assistência Social e Direitos

Humanos - (22) 2627-4550

Conselho Tutelar - (22) 2627-6570

(22) 99733-8909 (plantão)

COMO ESTABELECEER UM DIÁLOGO E RESPEITAR NOSSAS CRIANÇAS

Leve em conta as características da criança como: sua idade, sua capacidade, a informação que dispõe os traços de sua personalidade, do que ela gosta e do que não gosta.

EMPATIA

Coloque-se no lugar da criança para entender o que ela está sentindo e porque age desta maneira.

COMUNICAÇÃO EFICAZ

Fale de maneira direta para a criança o que se deseja e o que está incomodando. Não rotule, não coloque apelidos na criança. Procure a maior clareza na comunicação para explicar o que há de inadequado em sua conduta. Assuma o que está sentindo. Escute com interesse as razões e os argumentos da criança.

NEGOCIAÇÃO PARA SOLUCIONAR OS CONFLITOS

Procure identificar onde estão os problemas. Leve em conta o ponto de vista da criança. Esteja aberto(a) para ceder e ser flexível, buscando efetivamente se chegar a acordos adequados e justos à situação.

RELAÇÕES IGUALITÁRIAS

Considere que não há privilégios, tratos ou normas especiais por ser pai, mãe ou educador. Jamais utilize argumentos humilhantes como: "eu pago suas contas, seu irmão não dava trabalho" etc.

A SUA ATITUDE PODE AJUDAR A MUDAR OS ÍNDICES DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM NOSSO PAÍS.

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NÃO COMBINA COM O BRASIL.

EDUCAÇÃO SEXUAL É FUNDAMENTAL PARA GARANTIR O DESENVOLVIMENTO SEXUAL SAUDÁVEL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, LIVRE DE PRECONCEITOS, MITOS E TABUS.

DIREITOS SEXUAIS SÃO DIREITOS HUMANOS.



LGBTFOBIA É CRIME

NÃO É
OPINIÃO.

1 a 3 anos de prisão

#SOMOSTODESGENTE

COORDENADORIALGBTQIA+

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

L

Lésbica

Mulher que se relaciona com outras mulheres.

G

Gay

Homem que se sente atraído principalmente por homens; às vezes um termo amplo para indivíduos atraídos principalmente pelo mesmo sexo.

B

Bissexual

Homem ou mulher cis que se relaciona com outros homens ou mulheres.

T

Transexual ou Transgênero

Pessoas que se identificam com um gênero contrário ao que foi designado no seu nascimento.

TRAVESTI

Pessoas que vivem uma construção feminina de gênero, em oposição à atribuição de sexo feita no nascimento.

Q

Queer ou Não Binário

Pessoas que transitam entre o gênero masculino e feminino, não se identificando inteiramente nem com um ou nem com o outro.

I

Intersexual

Pessoas cujo desenvolvimento sexual corporal não corresponde à norma binária, podendo ter elementos femininos e masculinos simultaneamente.

A

Assexual

Pessoas que não sentem atração afetivosexual ou outras pessoas, seja qual for o gênero.

+

Acolhe todas as diversas possibilidades de orientação sexual e/ou identidade de gênero que existem



LGBTQIA+ o que é isso?

A sigla LGBTQIA+ se refere à população Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transsexual, Transgênero, Queer, Intersexual, Assexual +, ou seja, representa a diversidade da manifestação da sexualidade humana, para além da heterossexualidade.

Quem somos?

Somos pessoas comuns e estamos presentes em todos os ambientes: somos filhos e filhas, parentes, estudantes, trabalhadores e trabalhadoras.

Opção ou orientação?

As pessoas ainda se perguntam porque escolhemos ser homossexuais. Podemos afirmar que a única coisa que escolhemos é assumir ou não a nossa sexualidade. Desde a puberdade o ser humano descobre quem o atrai: pessoas do mesmo sexo ou não. Nascermos homossexuais ou heterossexuais e pelo fato de sermos seres sociais aprendemos como lidar e manifestar isso ao longo da vida. Dessa forma, não utilizamos o termo Opção quanto à sexualidade, e sim Orientação. Mas por que Orientação? Isso não significa que alguém nos ensina a ser homossexuais apenas se refere para onde nossa libido está voltada. Assim como na geografia e na física, a orientação é direita, esquerda, horizontal e/ou vertical. A orientação sexual é hetero ou homo.

O que queremos?

Como qualquer ser humano, queremos nossa dignidade respeitada. O que isso quer dizer? Queremos ter um bom relacionamento com nossa família. Queremos ir a escola e para o nosso trabalho, sem ter que enfrentar humilhação e assédio por causa da orientação sexual. Queremos ter a liberdade de sair de casa sem ter medo de ser agredido apenas por ser LGBTQIA+. Lutamos para usufruir, de fato, dos mesmos direitos que o restante da população. Queremos participar da luta sindical com todos os nossos companheiros e companheiras, pois reivindicamos as mesmas coisas, uma vez que compartilhamos os mesmos ambientes de trabalho.

O que é homofobia?

A homofobia tem sido definida como antipatia, desprezo, preconceito, aversão e medo irracional de pessoas LGBTQIA+. A maneira que esses sentimentos se manifestam está relacionada a um comportamento crítico e hostil, ou seja, ofensas verbais, assédio moral, bullying e violência física. Por isso, a nossa luta pela criminalização da homofobia, através da aprovação de projeto de lei.

Como chamar alguém que é homossexual?

Chame cada pessoa pelo seu nome. Em casa, na sua família, na sua vizinhança e no seu local de trabalho, sempre procure chamar as pessoas pelo nome. Caso queira se referir a um ou uma homossexual procure evitar palavras depreciativas. Use um dos nomes que escolhemos para nós na nossa sigla: LGBTQIA+. Isso já é uma forma de evitar a homofobia.

Disque Cidadania & Direitos Humanos: 0800 023 4567

O Disque Cidadania e Direitos Humanos é um canal de comunicação ininterrupto 24/7- totalmente gratuito, com a finalidade de fornecer informações de qualidade à população sobre órgãos públicos, promoção e defesa dos direitos humanos, oferecidos pela Secretaria do Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos à população fluminense.

Lei do racismo
(NP 7.716/1989)

Leis estaduais
(NP 8.444/2006 e 11.521/2021)

Disque 100 para denúncias.





SINAL VERMELHO CONTRA A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

OS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA A MULHER AUMENTARAM.
SE VOCÊ FOR VÍTIMA:

1. FAÇA UM 'X' NA MÃO COM CANETA OU BATOM
2. VÁ ATÉ UMA FARMÁCIA COM IDENTIFICAÇÃO DA CAMPANHA
3. MOSTRE O SINAL PARA O ATENDENTE
4. ELE VAI ACIONAR A POLÍCIA MILITAR

VOCÊ NÃO ESTÁ SOZINHA, DENUNCIE.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL
E DIREITOS HUMANOS

 **São Pedro da Aldeia**
GOVERNO MUNICIPAL
QUALIDADE DE VIDA PARA TODOS

(10)

9389/03
108
p

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL
E DIREITOS HUMANOS



**Você não está
Sozinha!**



Formas de denunciar
LIGUE 180
Central de Atendimento à Mulher



Aplicativo:
'Proteja Brasil' só procurar na loja de
Aplicativos do seu celular.
Ouvridoria online:
<http://www.humanizaredes.gov.br/ouvridoria-online>
CEAM Cabo Frio:
AV. Florisbela Rosa da Penha, 292 - Braga
Telefone: (22) 99808-2557
DEAM Cabo Frio:
AV. Teixeira e Souza, S/N no prédio da 126ª DP
Telefones: (22) 2648-9029/9072/9378
Promotoria Especializada em Violência
Doméstica e Familiar Contra Mulher:
Telefone: 127
CEDIM: (21) 2332-8249
CEJUDA: (21) 2332-8249
Disque Mulher: (21) 2331-8249
Disque Denúncia: (21) 2253-1177
SOS Mulher - Alef: 0800 282-0119
Mudem: (21) 2332-6371
CREAS: (22) 2627-6878
SASDH: (22) 2627-4550

A informação é uma das armas mais importantes neste momento de combate ao coronavírus e aos efeitos da pandemia de COVID-19. O isolamento social não impede o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. Você não perde o direito de denunciar o agressor e de solicitar medidas protetivas. Pensando nisso, desenvolvemos a campanha Sinal vermelho contra a violência doméstica, que permite a denúncia silenciosa. Basta um "X" vermelho, feito com batom ou qualquer outro material acessível, na palma da mão e a notícia da violência na farmácia ou drogaria cadastrada na campanha. A polícia será acionada. Esta é mais uma forma de denunciar a violência! Seu direito está garantido pelo Estado durante o isolamento obrigatório em função da pandemia de COVID-19.



O 180 e 24h e aceita ligações de fixo, celular e orelhão e também garante anonimato.

9389133
808
19

LOTE 18 - IDENTIFICADOR DE PLANTAS

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PUBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAUDE	EDUCACAO	TOTAL
86	Identificador de plantas em PVC, com medida 20cmx10cm com haste de 15cm	UN.														1000

PMGPA
Proc N° 9389/23
Folha N 803
Rub

9389/23
803
↓

LOTE 19 - LONA E SERVIÇO DE INSTALAÇÃO

Ítem	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PÚBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
88	Instalação de lona M²	SV		5000	50		1			1140	100	1520		1000		8811
89	Instalação de lona ortofônica	M²										216				216
98	Lona 280g, com impressão e acabamento em ilhós.	M²		4000	25		20	50		760	150	760		500	112,5	6377,5
99	Lona 440g, com impressão e acabamento em ilhós.	M²		3000	25		20			380	150	760		500		4835
100	Lona ortofônica, 300g, com impressão.	M²										216				216

PMOPPA
Proc N° 9389/23
Folha N° 860
Rub

9389/23
804

LOTE 20 - PAINEL EXTERNO

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
112	Painel externo de identificação com estrutura de metalon 30x20x18, com impressão UV, em alta resolução, em lona 440G com acabamento de ilhoas, com moldura (para esconder ilhoas) de chapa galvanizada branca.	UN.											2			2

PM
Proc N° 9389/23
Folha N° 861
Rub

PM
Proc N° 9389/23
Folha N° 805
Rub

LOTE 21 - PANFLETO

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
113	Panfieto Papel Couchê, colorido 10x15	UN.											10000			10000

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N° 800
2

PMSPA
Proc N° 9389/23
Folha N° 862
Rub



• **O que é o Cadastro Único?** Cadastro Único para Programas Sociais ou CadÚnico é um instrumento de coleta de dados e informações que objetiva identificar todas as famílias de baixa renda, que têm renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda mensal familiar de até três salários mínimos.

Documentos necessários para inscrição:

- ✓ Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos:
 - Certidão de nascimento; CPF; RG; declaração escolar.
- ✓ Adultos: RG; CPF; título de eleitor; carteira de trabalho e comprovante de residência.
- Observações: * Primeiro cadastro ou transferência: documentos originais e xerox.
- * Atualização: Documentos originais (em casos de inclusão de novo membro, deste será cobrado, também, a xerox).

Alguns benefícios do Cadastro Único:

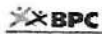


Bolsa Família: É um programa de transferência de renda e combate à fome, tem por finalidade diminuir as desigualdades sociais.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Destinado a famílias com renda por pessoa de até meio salário mínimo; ou família de beneficiário do BPC; ou famílias com renda mensal de até três salários mínimos que tenham entre seus membros pessoas em tratamento de saúde, que necessitam usar continuamente aparelhos com elevado consumo de energia.

* Deve ser solicitado na empresa de distribuição de energia do seu município.



BPC - Benefício de Prestação Continuada: Previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), assegura 1 (um) salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de qualquer natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. É necessário que a renda familiar per capita seja de até ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente.

* Deve ser solicitado ao INSS presencialmente ou pelo telefone 135.



Tarifa Social de Água: Desconto mensal na tarifa de água, destinado a famílias com renda mensal de até três salários mínimos, imóvel com construção de até 50m².

* Deve ser solicitado na empresa de distribuição de água do seu município.



Carteira do Idoso: É um benefício que dá gratuidade ou descontos de no mínimo 50% nos transportes interestaduais garantidos pela lei 10.741/2003, o Decreto nº 5.934/2006 e a Resolução ANTT nº 1.692/2006.

Tem direito a carteira os idosos que possuem mais de 60 anos e tenham uma renda, individual, mensal de até 2 salários mínimos (e que não possuem meios de comprovação desta renda -

* Deve ser solicitada na Sede do Cadastro Único ou no CRAS mais próximo do seu domicílio.



ID Jovem ID Jovem: A Identidade Jovem, ou simplesmente ID Jovem, é o documento que possibilita acesso aos benefícios de meia entrada para jovens de 15 a 29 anos, em eventos artísticos-culturais e esportivos, e também a vagas gratuitas ou com desconto no sistema de transporte coletivo interestadual.

* Solicitar no aplicativo ou site da ID Jovem.

Concurso Isenção em Taxa de Concurso Público:

Está inscrito(a) no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal há no mínimo 45 dias. Ter perfil de renda familiar de até meio salário mínimo per capita ou renda familiar total de até 3 salários mínimos.

* Solicitar de acordo com o edital do concurso.

Para mais informações procure a SEDE do Cadastro Único ou o CRAS mais próximo do seu domicílio.



• **O que é o Cadastro Único?** Cadastro Único para Programas Sociais ou CadÚnico é um instrumento de coleta de dados e informações que objetiva identificar todas as famílias de baixa renda, que têm renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda mensal familiar de até três salários mínimos.

Documentos necessários para inscrição:

- ✓ Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos:
 - Certidão de nascimento; CPF; RG; declaração escolar.
- ✓ Adultos: RG; CPF; título de eleitor; carteira de trabalho e comprovante de residência.
- Observações: * Primeiro cadastro ou transferência: documentos originais e xerox.
- * Atualização: Documentos originais (em casos de inclusão de novo membro, deste será cobrado, também, a xerox).

Alguns benefícios do Cadastro Único:



Bolsa Família: É um programa de transferência de renda e combate à fome, tem por finalidade diminuir as desigualdades sociais.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Destinado a famílias com renda por pessoa de até meio salário mínimo; ou família de beneficiário do BPC; ou famílias com renda mensal de até três salários mínimos que tenham entre seus membros pessoas em tratamento de saúde, que necessitam usar continuamente aparelhos com elevado consumo de energia.

* Deve ser solicitado na empresa de distribuição de energia do seu município.



BPC - Benefício de Prestação Continuada: Previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), assegura 1 (um) salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de qualquer natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. É necessário que a renda familiar per capita seja de até ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente.

* Deve ser solicitado ao INSS presencialmente ou pelo telefone 135.



Tarifa Social de Água: Desconto mensal na tarifa de água, destinado a famílias com renda mensal de até três salários mínimos, imóvel com construção de até 50m².

* Deve ser solicitado na empresa de distribuição de água do seu município.



Carteira do Idoso: É um benefício que dá gratuidade ou descontos de no mínimo 50% nos transportes interestaduais garantidos pela lei 10.741/2003, o Decreto nº 5.934/2006 e a Resolução ANTT nº 1.692/2006.

Tem direito a carteira os idosos que possuem mais de 60 anos e tenham uma renda, individual, mensal de até 2 salários mínimos (e que não possuem meios de comprovação desta renda -

* Deve ser solicitada na Sede do Cadastro Único ou no CRAS mais próximo do seu domicílio.



ID Jovem ID Jovem: A Identidade Jovem, ou simplesmente ID Jovem, é o documento que possibilita acesso aos benefícios de meia entrada para jovens de 15 a 29 anos, em eventos artísticos-culturais e esportivos, e também a vagas gratuitas ou com desconto no sistema de transporte coletivo interestadual.

* Solicitar no aplicativo ou site da ID Jovem.

Concurso Isenção em Taxa de Concurso Público:

Está inscrito(a) no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal há no mínimo 45 dias. Ter perfil de renda familiar de até meio salário mínimo per capita ou renda familiar total de até 3 salários mínimos.

* Solicitar de acordo com o edital do concurso.

Para mais informações procure a SEDE do Cadastro Único ou o CRAS mais próximo do seu domicílio.

ENDEREÇO E TELEFONE DOS EQUIPAMENTOS

CRAS Alecrim: Rua Alfazema, nº 5 - Alecrim
Tel: (22) 2648-8066

CRAS Balneário das Conchas: Rua Nicanor Pereira dos Santos, s/n - Balneário - Tel: (22) 2621-9187

CRAS Morro do Milagre: Rua Iracy dos Santos, nº 7 - Morro dos Milagres - Tel: (22) 2625-8064

CRAS Porto da Aldeia: Av. Saputiaba, nº 51 - Porto da Aldeia - Tel: (22) 2627-0779

CRAS Parque Estoril: Rua Timóteo Duarte, nº 165 A - Parque Estoril - Tel: (22) 2625-4918

CRAS Rua do Fogo: Rua 5, s/n - Loteamento Gelson Pinheiro - Tel: (22) 2625-3306

CREAS: Travessa Getúlio Vargas, s/n - Centro
Tel: (22) 2627-6878

Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos: Rua Hermógenes Freire, nº 19 - Centro
Tel: (22) 2627-4550

Sede do Cadastro Único: Rua Nilo Peçanha, nº 45 - Centro - Tel: (22) 2621-7274

Cadastro Único

Conhecer
para incluir



CADASTRO ÚNICO

SÃO PEDRO DA ALDEIA - RJ

Cadastro Único

Conhecer
para incluir



ENDEREÇO E TELEFONE DOS EQUIPAMENTOS

CRAS Alecrim: Rua Alfazema, nº 5 - Alecrim
Tel: (22) 2648-8066

CRAS Balneário das Conchas: Rua Nicanor Pereira dos Santos, s/n - Balneário - Tel: (22) 2621-9187

CRAS Morro do Milagre: Rua Iracy dos Santos, nº 7 - Morro dos Milagres - Tel: (22) 2625-8064

CRAS Porto da Aldeia: Av. Saputiaba, nº 51 - Porto da Aldeia - Tel: (22) 2627-0779

CRAS Parque Estoril: Rua Timóteo Duarte, nº 165 A - Parque Estoril - Tel: (22) 2625-4918

CRAS Rua do Fogo: Rua 5, s/n - Loteamento Gelson Pinheiro - Tel: (22) 2625-3306

CREAS: Travessa Getúlio Vargas, s/n - Centro
Tel: (22) 2627-6878

Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos: Rua Hermógenes Freire, nº 19 - Centro
Tel: (22) 2627-4550

Sede do Cadastro Único: Rua Nilo Peçanha, nº 45 - Centro - Tel: (22) 2621-7274

Cadastro Único

Conhecer
para incluir



CADASTRO ÚNICO

SÃO PEDRO DA ALDEIA - RJ

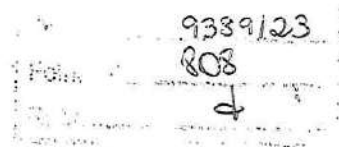
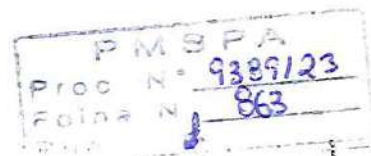
Cadastro Único

Conhecer
para incluir



LOTE 22 - PASTA PERSONALIZADA

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
114	Pasta personalizada com bolso para folha A4, papel couchê 300g -4/0- com estampa total, brilho e acabamento com dobra, seguindo layout.	MH		10000												10000



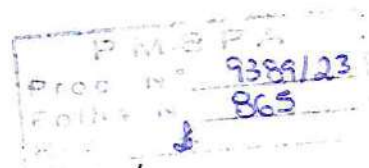
LOTE 23 - PLACA GALVANIZADA

Item	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS. SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
90	Instalação de placa galvanizada M²	M²		1000	200					0,5	50	20		100		1370,5
115	Placa galvanizada adesivada.	M²		1000	200		10	30	50	0,5		20		100		1410,5



LOTE 24 - PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

Item	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SÁUDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
117	Programa de hipertensão e diabetes, em papel 75 g/m², na cor branca, impressão frente e verso, vincado ao meio, dimensões 120 x 210mm.	UN.														3000



213
d

[illegible][illegible]

PROGRAMA DE HIPERTENSAO E DIABETE

OK

LOTE 25 - PVC ADESIVADO COM INSTALAÇÃO

Itens	Material	UNIDADE	SECAD	GOVERNO	URBANISMO	SEG. ORDEM PUBLICA	MEIO AMBIENTE	AGRICULTURA	SERV. PÚBLICOS	ESPORTE	TURISMO	CULTURA	ASS.SOCIAL	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TOTAL
91	Instalação de PVC M²	M²		3000	100					2	50	50		100		3302
119	PVC adesivado 2 mm com corte especial.	UN.		2000	50		50	30	10	2		50		50	3	2245
120	PVC adesivado 2 mm sem acabamento.	UN.		1000	50			30				20		50		1150

9389/23
813
866

9389/23
813
8