

## Roteiro para avaliação clínica do recém-nascido, da criança e do adolescente

### ASPECTOS GERAIS DO NEONATO, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

#### APARÊNCIA GERAL

**Fisionomia** ( ) calma ( ) amedrontada ( ) irritada ( ) triste  
( ) expressão de dor ( ) chorosa ( ) alegre

**Interação** ( ) ativa/comunicativa/interage aos estímulos ( ) apática/ retraída ( ) não interage

**Vínculo família/criança** ( ) manifestação afetividade/proximidade ( ) manifestação descontentamento/afastamento  
( ) contato pele a pele

**Condições de higiene** ( ) satisfatória ( ) insatisfatória

OBS: considera-se manifestações de afetividade comportamentos como: beijos, carícias, embalos, atenção aos desejos da criança. Considerar também: troca de olhares, sorrisos, conversas, cantigas. E como manifestações de afastamento tem-se: falas de caráter negativo, expressões faciais e postura de descontentamento, indiferença e irritação (BOWLBY, 2002).

#### ANTROPOMETRIA

**Peso:** \_\_\_\_\_ g      **Comprimento/estatura/altura:** \_\_\_\_\_ cm  
**IMC:** \_\_\_\_\_  
**PC:** \_\_\_\_\_ cm      **PT:** \_\_\_\_\_ cm      **CA:** \_\_\_\_\_

#### CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL (a partir do gráfico de IMC)

- ( ) Obesidade grave para crianças acima de 5 anos e obesidade para crianças entre 0 a 5 anos  
( ) Obesidade para crianças acima de 5 anos e sobrepeso para crianças entre 0 a 5 anos  
( ) Sobrepeso para crianças acima de 5 anos e risco de sobrepeso para crianças entre 0 a 5 anos  
( ) IMC adequado  
( ) Magreza  
( ) Magreza acentuada

**Descrever o comportamento da curva:** \_\_\_\_\_

Fonte: BRASIL, 2008.

#### AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS (valor referência e características)

**FR:** \_\_\_\_\_ mov/min      **FC:** \_\_\_\_\_ bpm      **T:** \_\_\_\_\_ °C  
**PA:** \_\_\_ X \_\_\_ mmHg      Média: \_\_\_ mmHg      Local verificação PA: \_\_\_      Tamanho manguito: \_\_\_ cm  
Dor: ( ) não ( ) sim      Intensidade: \_\_\_\_\_      Escala utilizada: \_\_\_\_\_  
Manejo da dor: ( ) Não farmacológico \_\_\_\_\_  
( ) Farmacológico \_\_\_\_\_

#### Valores de normalidade

Faixa etária	Frequência respiratória (mov/min)	Frequência cardíaca (bpm)	Pressão arterial (mmHg)	
			Sistólica	Diastólica
Recém-nascido	30 - 60	120 a 160 bpm	56 a 77	33 a 50
Lactente	25 a 35	100 a 130 bpm	87 a 105	53 a 66
Pré-escolar	20 a 24	90 a 120 bpm	95 a 105	53 a 66
Escolar	18 a 24	80 a 100 bpm	97 a 112	57 a 71
Adolescente	16 a 20	60 a 100 bpm	112 a 128	66 a 80

Fonte: HOCKENBERRY, WILSON, 2011.

#### Valores de bradicardia e taquicardia, segundo faixa etária.

Faixa etária	Bradicardia (bpm)	Taquicardia (bpm)
Recém-nascido	< 60	> 160
Até 1 ano	< 80	> 180
1 a 8 anos	< 80	> 140
Acima de 8 anos	< 60	> 120

Fonte: HOCKENBERRY, WILSON, 2011.

#### Temperatura, segundo região corporal.

Faixa etária	Oral	Axilar	Retal
Recém-nascido	35,8 a 37,2°C	35,9 a 36,7°C	36,2 a 38°C
Criança	36,1 a 37,5°C	36,5 a 37,2°C	36,2 a 38°C

Fonte: PUCCINI, HILÁRIO (2008); MARTINS et al. (2010).

Intensidade da febre	Valor (medida na região axilar)
Leve ou febrícula	≤ 37,5°C
Moderada	> 37,5 e ≤ 38,5°C

**ERM 0309- Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente**  
**ERM 0303 – Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente**

Alta ou elevada	> 38,5°C
-----------------	----------

Escala de dor	Idade	Nível de dor					
		Sem dor	Dor leve	Dor moderada		Dor intensa	
NIPS	0-12 m	0 a 3	4 a 7 (qualifica a presença de dor)				
NFCS	0 a 18 m	0 a 2	3 a 8 (qualifica a presença de dor)				
COMFORT	0 a 3 anos	8 a 20	21 a 40 (qualificam a presença de dor)				
FLACC-R	2m a 8 anos	0	1 a 3	4 a 6		7 a 10	
VAS	4 a 18 anos	0	1 a 30	40 a 60		70 a 100	
FACES FPS-R	4 a 18 anos	0: Face 1	2: Face 2	4: Face 3	6: Face 4	8: Face 5	10: Face 6

Fonte: Protocolo HC Criança sem dor. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP.

**EXAME FÍSICO AO NASCIMENTO**

<b>Apgar</b>	1º minuto: _____	5º minuto: _____
<b>IG:</b> _____ semanas	<b>Relação peso/IG:</b>	( ) PIG ( ) AIG ( ) GIG
<b>Tocotraumatismos</b>	( ) não ( ) sim	( ) bossa serossanguinolenta ( ) amoldamento craniano ( ) cefalohematoma ( ) pega de fórceps ( ) máscara cianótica
<b>Anomalias</b>	( ) não ( ) sim	_____

**NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO**

<b>TÓRAX</b>			
<b>Expansibilidade torácica</b>	( ) simétrica	( ) assimétrica	Descrever assimetria: _____
<b>Tipo de expansão</b>	( ) abdominal	( ) tóraco abdominal	
<b>Formato do tórax</b>	( ) sem alterações	( ) tórax em barril	( ) tórax de pombo
<b>Mamilos</b>	( ) simétricos	( ) assimétricos	Descrever assimetria: _____
	( ) ingurgitamento	( ) secreção	Descrever secreção: _____
	( ) sinais de maturação sexual	( ) ginecomastia	
<b>Coluna vertebral</b>	( ) alinhada	( ) desvios (escoliose, lordose)	
<b>PULMÃO</b>			
<b>Frequência respiratória</b>	( ) eupneia ( ) apneia	( ) taquipneia	( ) bradipneia
<b>Frêmito tóraco vocal</b>	( ) presente	( ) ausente	
<b>Ritmo</b>	( ) regular	( ) irregular	
<b>Profundidade</b>	( ) superficial	( ) profunda	
<b>Esforço respiratório</b>	( ) não	( ) sim	
	( ) uso musculatura acessória	( ) batimento de asa nasal	( ) cianose
	( ) inquietação	( ) retração de fúrcula	( ) prostração
<b>Sons respiratórios</b>	( ) murmúrios vesiculares	( ) sibilos	( ) roncosp
	( ) estridor	( ) estertores	
<b>Oxigenoterapia</b>	( ) não ( ) sim	Descrever dispositivo e volume ofertado O2: _____	
<b>Saturação de O2</b>	_____ % sem uso de O2	_____ % com uso de O2	
<b>NARIZ</b>			
<b>Septo nasal</b>	( ) alinhado	( ) desvio de septo	
<b>Narinas</b>	( ) pérvias	( ) obstruídas	Descrever obstrução: _____
<b>Secreções</b>	( ) sem secreção	( ) secreção hialina	( ) secreção amarelada/esverdeada ( ) epistaxe
<b>Asa do nariz</b>	( ) sem alterações	( ) vermelhidão/edema	( ) batimento de asa ( ) discreto ( ) moderado ( ) intenso
<b>PELE</b>			
	( ) rósea	( ) acrocianose	( ) cianose ( ) cútis marmórea

**NECESSIDADE DE CIRCULAÇÃO**

<b>CORAÇÃO</b>			
<b>Oximetria de pulso/ teste do coraçãozinho (para RN)</b>	( ) realizada	( ) não realizada	
<b>Frequência cardíaca</b>	( ) normal	( ) taquicardia	( ) bradicardia
<b>Sons cardíacos</b>	( ) nítidos claros	( ) abafados, difusos/ distantes	
<b>Ritmo</b>	( ) regular	( ) irregular	
<b>Intensidade</b>	( ) forte	( ) fraco	
<b>Sopros</b>	( ) presente	( ) ausente	
<b>Pulsos periféricos (intensidade)</b>	( ) forte	( ) fraco	
<b>Pressão arterial</b>	( ) normal	( ) hipertenso	( ) hipotenso

**ERM 0309- Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente**  
**ERM 0303 – Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente**

<b>Edema</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Localização: _____
<b>Dispositivo endovenoso periférico</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Tipo: _____ Local: _____
<b>Sinais flogísticos</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
<b>Dispositivo endovenoso central</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Tipo: _____ Local: _____
<b>Sinais flogísticos</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
<b>Fixação</b>	<input type="checkbox"/> limpa/seca	<input type="checkbox"/> suja e úmida	Tipo fixação: _____
<b>Sinais de infiltração</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
<b>Descrever o que está sendo infundido:</b> _____			

OBS: normalmente dois sons cardíacos são audíveis: S1 ou B1 causado pelo fechamento das valvas tricúspide e mitral e S2 ou B2 resultantes do fechamento das valvas pulmonar e aórtica. Os pontos de ausculta são: S1 (5º espaço intercostal D e E próximo ao esterno e na linha hemiclavicular esquerda); S2 (2º espaço intercostal D e E próximo ao esterno) (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

**NECESSIDADE DE TERMORREGULAÇÃO**

<b>Temperatura</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hipotermia	<input type="checkbox"/> hipertermia
<b>Local de verificação:</b> _____			
<b>Uso de incubadora</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	T°C incubadora: _____
<b>Uso de berço aquecido</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	T°C Berço: _____

**NECESSIDADE DE ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO**

<b>CALOTA CRANIANA</b>			
<b>Perímetro cefálico:</b>	_____ cm		
<b>Simetria</b>	<input type="checkbox"/> simétrica	<input type="checkbox"/> assimétrica	Descrever assimetria: _____
<b>Couro cabeludo</b>	<input type="checkbox"/> íntegro	<input type="checkbox"/> incisão cirúrgica	<input type="checkbox"/> outras lesões: _____
<b>Fontanela Anterior (Bregmática)</b>	<input type="checkbox"/> fechada	<input type="checkbox"/> aberta	diâmetro: __ cm <input type="checkbox"/> plana <input type="checkbox"/> normotensa <input type="checkbox"/> abaulada <input type="checkbox"/> tensa <input type="checkbox"/> deprimida
<b>Fontanela Posterior (Lambdoide)</b>	<input type="checkbox"/> fechada	<input type="checkbox"/> aberta	diâmetro: __ cm <input type="checkbox"/> plana <input type="checkbox"/> normotensa <input type="checkbox"/> abaulada <input type="checkbox"/> tensa <input type="checkbox"/> deprimida
<b>Suturas</b>	<input type="checkbox"/> planas	<input type="checkbox"/> justapostas	<input type="checkbox"/> disjuntas

Lembrete: a fontanela anterior mede cerca de 1 a 4 cm, tem o formato losangular e fecha-se entre o 9º e 18º mês; a fontanela posterior mede cerca de 0,5 cm, tem o formato triangular e fecha-se até o 2º mês. Fonte: BRASIL, 2012.

<b>ABDOME</b>			
<b>Simetria</b>	<input type="checkbox"/> simétrico	<input type="checkbox"/> assimétrico	Descrever assimetria _____
<b>Forma</b>	<input type="checkbox"/> globoso	<input type="checkbox"/> plano	<input type="checkbox"/> escafoide
<b>Coto umbilical</b>	tipo de coto: _____ <input type="checkbox"/> em mumificação <input type="checkbox"/> mumificado <input type="checkbox"/> granuloma <input type="checkbox"/> sinais de infecção Descrever: _____		
<b>Cicatriz umbilical</b>	<input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> hérnia umbilical	<input type="checkbox"/> granuloma <input type="checkbox"/> sinais infecção
<b>Veias superficiais</b>	<input type="checkbox"/> não visíveis	<input type="checkbox"/> visíveis	<input type="checkbox"/> veias distendidas
<b>Ruídos hidroaéreos</b>	<input type="checkbox"/> normoativos	<input type="checkbox"/> hiperativos	<input type="checkbox"/> hipoativos
<b>Percussão abdominal</b>	<input type="checkbox"/> som timpânico	<input type="checkbox"/> som maciço	
<b>Tônus muscular</b>	<input type="checkbox"/> normotenso	<input type="checkbox"/> distendido	<input type="checkbox"/> flácido
<b>Fígado</b>	<input type="checkbox"/> não palpável	<input type="checkbox"/> palpável	abaixo rebordo costal: _____ cm
<b>Baço</b>	<input type="checkbox"/> não palpável	<input type="checkbox"/> palpável	abaixo rebordo costal: _____ cm
<b>Ostomia</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> gastrostomia	<input type="checkbox"/> colostomia <input type="checkbox"/> ileostomia
<b>Náusea</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
<b>Vômito</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	

OBS: considera-se que fígado está aumentado quando for palpável 3 cm abaixo do rebordo direito e baço aumentado quando for palpável 2 cm abaixo do rebordo esquerdo. Atenção: durante a inspiração o diafragma se move para baixo fazendo com que o fígado desça, não confundir (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

<b>BOCA/ CAVIDADE ORAL</b>			
<b>Simetria</b>	<input type="checkbox"/> simétrico	<input type="checkbox"/> assimétrico	Descrever assimetria: _____
<b>Lábios/mucosas</b>	<input type="checkbox"/> íntegros/úmidos macios	<input type="checkbox"/> ressecados/ fissuras	<input type="checkbox"/> lábio leporino <input type="checkbox"/> normocorados <input type="checkbox"/> hipocorados <input type="checkbox"/> cianose
<b>Gengiva</b>	<input type="checkbox"/> íntegra	<input type="checkbox"/> presença de lesão	<input type="checkbox"/> edemaciada <input type="checkbox"/> gengivorragia

**ERM 0309- Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente**  
**ERM 0303 – Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente**

<b>Língua</b>	<input type="checkbox"/> íntegra	<input type="checkbox"/> presença de lesão/fissura	<input type="checkbox"/> edemaciada
	<input type="checkbox"/> rósea	<input type="checkbox"/> esbranquiçada/ saburrosa	<input type="checkbox"/> arroxeadada
	<input type="checkbox"/> mobilidade preservada	<input type="checkbox"/> mobilidade prejudicada	
	<input type="checkbox"/> tamanho normal	<input type="checkbox"/> macroglossia	<input type="checkbox"/> microglossia
<b>Triagem Fonoaudiológica /teste da linguinha (para RN)</b>	<input type="checkbox"/> realizada	<input type="checkbox"/> não realizada	
<b>Palato duro/mole</b>	<input type="checkbox"/> íntegro/sem alterações	<input type="checkbox"/> fenda palatina	<input type="checkbox"/> outros: _____
<b>Pérolas de Epstein</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
<b>Aftas de Bednar</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
<b>Coxins de amamentação</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
<b>Dentição</b>	<input type="checkbox"/> adequada para idade	<input type="checkbox"/> não adequada para idade	
	<input type="checkbox"/> higienizados	<input type="checkbox"/> higiene precária	<input type="checkbox"/> presença de caries
<b>Garganta/orofaringe</b>	<input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> edema/ hiperemia	<input type="checkbox"/> placas purulentas
<b>Uso de dispositivos</b>	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Cânula orotraqueal	<input type="checkbox"/> cânula de Guedel
<b>SOG/SNG</b>	<input type="checkbox"/> corretamente posicionada	<input type="checkbox"/> necessidade de reposicionar	
<b>Teste de posicionamento SOG/SNG</b>	<input type="checkbox"/> ausculta	<input type="checkbox"/> resíduo	<input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> raio-X
<b>Teste de sucção não nutritiva - Desempenho na sucção não nutritiva:</b>			
<b>Sucções por pausa:</b> _____	manutenção do ritmo por pausa	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
	manutenção do estado de alerta	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
<b>Resíduo gástrico</b>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Características: _____	
<b>Sinais de alarme:</b> _____			
<b>Observações:</b> _____			

OBS: A partir dos 6 meses de idade ocorre a erupção dos dentes decíduos (incisivos e caninos), sendo normal acontecer até os 12 meses. Aos 18 meses surgem os molares. Espera-se que aos 36 meses a dentição decídua esteja completa, com 20 dentes. Em torno dos 6 a 9 anos inicia-se a troca dos dentes decíduos pelos dentes permanentes e nasce o primeiro molar. Aos 12-13 anos ocorre a erupção do segundo molar, totalizando 28 dentes permanentes (BRASIL, 2012)

<b>Dieta prescrita:</b> _____			
<b>Via de administração</b>	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> seio materno	<input type="checkbox"/> copo <input type="checkbox"/> mamadeira
		<input type="checkbox"/> translactação	
	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> parenteral	
<b>Aceitação</b>	<input type="checkbox"/> boa aceitação	<input type="checkbox"/> baixa aceitação	
<b>Dispositivo para alimentação</b>	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> gastrostomia
<b>Teste de posicionamento gástrico</b>	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> retorno conteúdo gástrico	
	<input type="checkbox"/> injeção de ar e ausculta	<input type="checkbox"/> verificação do pH	
<b>Descrever preferência alimentar da criança:</b> _____			

**NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO**

<b>ÂNUS E PERÍNEO</b>			
<b>Períneo</b>	<input type="checkbox"/> íntegro	<input type="checkbox"/> hiperemiado	<input type="checkbox"/> outras lesões: _____
<b>Ânus</b>	<input type="checkbox"/> orifício preservado e íntegro	<input type="checkbox"/> hemorroidas/varizes	
	<input type="checkbox"/> ânus imperfurado	<input type="checkbox"/> prolapso retal	
<b>Reflexo esfinteriano</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> ausente	
<b>Hérnia inguinal</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> ausente	

OBS: é importante descrever o grau de hiperemia em cruzes.

<b>ELIMINAÇÃO URINÁRIA</b>			
<b>Débito urinário:</b> _____	ml/kg/hora		
<b>Cor</b>	<input type="checkbox"/> amarelo claro	<input type="checkbox"/> amarelo ouro	<input type="checkbox"/> amarelo âmbar
	<input type="checkbox"/> escura “coca-cola”	<input type="checkbox"/> avermelhada	
<b>Odor</b>	<input type="checkbox"/> característico	<input type="checkbox"/> outro: _____	
<b>Sedimentos</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Descrever: _____
<b>Tipo de eliminação</b>	<input type="checkbox"/> espontânea	<input type="checkbox"/> espontânea em fralda	<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVD
	<input type="checkbox"/> ureterostomia	<input type="checkbox"/> vesicostomia	
<b>Desordens genito-urinárias</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> polaciúria	<input type="checkbox"/> disúria
	<input type="checkbox"/> hematúria	<input type="checkbox"/> retenção urinária	<input type="checkbox"/> oligúria
	<input type="checkbox"/> enurese	<input type="checkbox"/> incontinência	

OBS: crianças menores de 1 ano de idade espera-se um débito urinário de 2ml/kg/h e para as crianças maiores de 1 ano 1ml/kg/h.

<b>ELIMINAÇÃO INTESTINAL</b>			
<b>Frequência e quantidade:</b> _____			
<b>Consistência</b>	<input type="checkbox"/> formadas/pastosa	<input type="checkbox"/> endurecidas	<input type="checkbox"/> semilíquida <input type="checkbox"/> líquida

**ERM 0309- Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente**  
**ERM 0303 – Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente**

<b>Cor</b>	<input type="checkbox"/> acastanhada	<input type="checkbox"/> amarelada	<input type="checkbox"/> esbranquiçada	<input type="checkbox"/> escurecida “borra de café”
<b>Tipo de eliminação:</b>	<input type="checkbox"/> espontânea	<input type="checkbox"/> espontânea em fralda		
	<input type="checkbox"/> lavagem intestinal	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> ileostomia	
<b>Desordens gastrointestinais</b>	<input type="checkbox"/> não apresenta	<input type="checkbox"/> melena	<input type="checkbox"/> estrias de sangue	
	<input type="checkbox"/> hemorroidas	<input type="checkbox"/> constipação	<input type="checkbox"/> muco	

<b>Dados complementares</b>				
Sinais de desidratação	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Descrever:	_____
Sinais de hiper-hidratação	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Descrever:	_____
Sonda em drenagem	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	cor: _____	quantidade: _____ ml
Sangramento	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	quantidade:	_____ ml

**NECESSIDADE DE INTEGRIDADE TECIDUAL**

<b>PELE/ANEXOS</b>				
<b>Integridade</b>	<input type="checkbox"/> íntegra	<input type="checkbox"/> presença de lesão: _____		
<b>Cor</b>	<input type="checkbox"/> normocorada	<input type="checkbox"/> hipocorada	<input type="checkbox"/> equimoses	<input type="checkbox"/> petequias
	<input type="checkbox"/> eritema	<input type="checkbox"/> icterícia	<input type="checkbox"/> marmórea	
<b>Textura</b>	<input type="checkbox"/> lisa/macia	<input type="checkbox"/> ressecada		
<b>Turgor</b>	<input type="checkbox"/> preservado	<input type="checkbox"/> diminuído/pastoso		
<b>Cabelo</b>	<input type="checkbox"/> limpos	<input type="checkbox"/> sedosos/macios	<input type="checkbox"/> ressecados/quebradiços/despigmentado	
	<input type="checkbox"/> sujos	<input type="checkbox"/> parasitas		
	<input type="checkbox"/> distribuição normal	<input type="checkbox"/> distribuição irregular	<input type="checkbox"/> alopecia	
<b>Unhas</b>	<input type="checkbox"/> leito ungueal rosado	<input type="checkbox"/> leito ungueal escurecido/cianose	<input type="checkbox"/> limpas	<input type="checkbox"/> sujas
	<input type="checkbox"/> convexas, lisas e firmes	<input type="checkbox"/> irregulares, quebradiças		
<b>Pelos</b>	<input type="checkbox"/> finos, esparsos	<input type="checkbox"/> pelos secundários antes da puberdade		
<b>Cicatriz</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Descrição e Local: _____	
<b>Lesões</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Descrição e Local: _____	
<b>Manifestações cutâneas</b>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Descrição e Local: _____	

OBS: Possíveis **lesões de pele**: pápula, vesículas, pústulas, crostas, fissuras, escoriações, cicatrizes, queloides, sinais de inflamação, exantema de fraldas. Atentar-se para a pele ao redor das ostomias, fixação de cateteres. **Manifestações cutâneas**: hemangioma capilar, mancha mongólica, miliária, cristalina, miliária rubra, miliária pustulosa, eritema tóxico, impetigo.

<b>OLHOS</b>				
<b>Teste do reflexo vermelho/teste do olhinho (para RN)</b>	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> não realizado		
<b>Simetria</b>	<input type="checkbox"/> simétrico	<input type="checkbox"/> assimétrico	Descrever assimetria: _____	
<b>Pálpebras</b>	<input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> ptose palpebral	<input type="checkbox"/> edema palpebral	
<b>Esclerótica</b>	<input type="checkbox"/> esbranquiçada	<input type="checkbox"/> manchas/hiperemia	<input type="checkbox"/> ictérica	
<b>Conjuntiva</b>	<input type="checkbox"/> normocoradas	<input type="checkbox"/> hipocoradas		
<b>Pupilas</b>	<input type="checkbox"/> fotorreagentes	<input type="checkbox"/> não fotorreagentes	<input type="checkbox"/> isocóricas	<input type="checkbox"/> anisocóricas
<b>Córnea</b>	<input type="checkbox"/> clara e transparente	<input type="checkbox"/> opaca		
<b>Canal lacrimal</b>	<input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> lacrimejamento excessivo	<input type="checkbox"/> secreção	
Observações: _____				

<b>NARIZ</b>				
<b>Simetria</b>	<input type="checkbox"/> simétrico	<input type="checkbox"/> assimétrico	Descrever assimetria: _____	
<b>Septo nasal</b>	<input type="checkbox"/> alinhado	<input type="checkbox"/> desvio de septo		
<b>Narinas</b>	<input type="checkbox"/> pervias	<input type="checkbox"/> obstruídas		
<b>Secreções</b>	<input type="checkbox"/> sem secreção	<input type="checkbox"/> secreção hialina	<input type="checkbox"/> secreção amarelada/esverdeada	
			<input type="checkbox"/> epistaxe	
<b>Asa do nariz</b>	<input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> batimento de asa	<input type="checkbox"/> vermelhidão/edema	
		<input type="checkbox"/> discreto		
		<input type="checkbox"/> moderado		
		<input type="checkbox"/> intenso		
<b>Uso dispositivos</b>	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Cânula nasotraqueal	<input type="checkbox"/> cateter de O <sub>2</sub>
Observações: _____				
<b>ORELHAS/ PAVILHÃO AURICULAR</b>				
<b>Triagem auditiva/teste do ouvido (para RN)</b>	<input type="checkbox"/> realizada	<input type="checkbox"/> não realizada		
<b>Simetria</b>	<input type="checkbox"/> simétrico	<input type="checkbox"/> assimétrico	Descrever assimetria: _____	

ERM 0309- Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente  
ERM 0303 – Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente

<b>Implantação</b>	<input type="checkbox"/> normoimplantado	<input type="checkbox"/> abaixo da linha óculo occipital
<b>Dor à pressão</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>Secreções</b>	<input type="checkbox"/> sem secreção	<input type="checkbox"/> excesso cerume <input type="checkbox"/> secreção amarelada/esverdeada
<b>Resposta ao estímulo sonoro (verbal/instrumental)</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>Uso dispositivos auditivos</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>Observações:</b>	_____	

Lembrete: é necessário indicar qual pavilhão auricular está apresentando dor ou presença de secreção.

<b>PESCOÇO</b>		
<b>Mobilidade</b>	<input type="checkbox"/> preservada	<input type="checkbox"/> prejudicada
<b>Sustentação</b>	<input type="checkbox"/> mantém a cabeça ereta, em linha média	<input type="checkbox"/> não sustenta a cabeça
<b>Ostomia</b>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> esofagostomia <input type="checkbox"/> traqueostomia	<b>Tipo:</b> _____ <b>Nº:</b> _____

Obs: por volta dos 4 meses de idade espera-se que os lactentes sejam capazes de sustentar a cabeça (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

<b>CADEIA GANGLIONAR</b>		
<b>Gânglios occipitais</b>	<input type="checkbox"/> pequenos, indolores e móveis	<input type="checkbox"/> aumentados, sensíveis e quentes
<b>Gânglios retro auriculares</b>	<input type="checkbox"/> pequenos, indolores e móveis	<input type="checkbox"/> aumentados, sensíveis e quentes
<b>Gânglios pré-auriculares</b>	<input type="checkbox"/> pequenos, indolores e móveis	<input type="checkbox"/> aumentados, sensíveis e quentes
<b>Gânglios submandibulares</b>	<input type="checkbox"/> pequenos, indolores e móveis	<input type="checkbox"/> aumentados, sensíveis e quentes
<b>Gânglios submentoniano</b>	<input type="checkbox"/> pequenos, indolores e móveis	<input type="checkbox"/> aumentados, sensíveis e quentes
<b>Gânglios cervicais</b>	<input type="checkbox"/> pequenos, indolores e móveis	<input type="checkbox"/> aumentados, sensíveis e quentes
<b>Gânglios axilares</b>	<input type="checkbox"/> pequenos, indolores e móveis	<input type="checkbox"/> aumentados, sensíveis e quentes
<b>Gânglios inguinais</b>	<input type="checkbox"/> pequenos, indolores e móveis	<input type="checkbox"/> aumentados, sensíveis e quentes

**NECESSIDADE DE SEXUALIDADE**

<b>GENITÁLIA EXTERNA FEMININA</b>			
<b>Pelos pubianos</b>	<input type="checkbox"/> presentes	<input type="checkbox"/> ausentes	
<b>Pequenos e grandes lábios</b>	<input type="checkbox"/> íntegros, róseos	<input type="checkbox"/> presença de lesão/fissura	<input type="checkbox"/> edema/tumefação
<b>Secreções/sangramentos</b>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<b>Descrever:</b> _____	

<b>GENITÁLIA EXTERNA MASCULINA</b>			
<b>Pelos pubianos</b>	<input type="checkbox"/> presentes	<input type="checkbox"/> ausentes	
<b>Pênis (glândula e corpo)</b>	<input type="checkbox"/> íntegro	<input type="checkbox"/> presença de lesão/fissura	<input type="checkbox"/> edema/tumefação
<b>Retração do prepúcio</b>	<input type="checkbox"/> retrátil	<input type="checkbox"/> não retrátil	
<b>Meato urinário</b>	<input type="checkbox"/> sem alteração	<input type="checkbox"/> hipospádia	<input type="checkbox"/> epispádia
<b>Escroto</b>	<input type="checkbox"/> presença de 2 testículos	<input type="checkbox"/> criptorquidia unilateral	
	<input type="checkbox"/> criptorquidia bilateral	<input type="checkbox"/> hidrocele	
<b>Secreções/sangramentos</b>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<b>Descrever:</b> _____	

<b>MEMBROS SUPERIORES</b>			
<b>Simetria</b>	<input type="checkbox"/> simétricos	<input type="checkbox"/> assimétricos	<b>Descrever assimetria</b> _____
<b>Articulações</b>	<input type="checkbox"/> amplitude dos movimentos preservada	<input type="checkbox"/> dor, calor e edema articular	
<b>Força</b>	<input type="checkbox"/> preservada	<input type="checkbox"/> prejudicada	
<b>Mãos/dedos</b>	<input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> polidactilia	<input type="checkbox"/> sindactilia <input type="checkbox"/> baqueteamento digital
<b>Observações:</b>	_____		

<b>MEMBROS INFERIORES</b>			
<b>Simetria</b>	<input type="checkbox"/> simétricos	<input type="checkbox"/> assimétricos	<b>Descrever assimetria</b> _____
<b>Articulações</b>	<input type="checkbox"/> amplitude dos movimentos preservada	<input type="checkbox"/> dor, calor e edema articular	
<b>Força</b>	<input type="checkbox"/> preservada	<input type="checkbox"/> prejudicada	
<b>Deambulação</b>	<input type="checkbox"/> presente sem auxílio	<input type="checkbox"/> presente com auxílio	<input type="checkbox"/> não deambula <input type="checkbox"/> não se aplica
<b>Relação MMII, pé e linha hemipatelar</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> joelho valgo	<input type="checkbox"/> joelho varo
<b>Pés/dedos</b>	<input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> polidactilia	<input type="checkbox"/> sindactilia <input type="checkbox"/> pé equino
<b>Observações:</b>	_____		

### NECESSIDADE DE PERCEPÇÃO SENSORIAL

Reflexos primitivos			
Labial	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> ausente	
Sucção	<input type="checkbox"/> presente forte	<input type="checkbox"/> presente débil	<input type="checkbox"/> ausente
Moro	<input type="checkbox"/> presente simétrico	<input type="checkbox"/> presente assimétrico	<input type="checkbox"/> ausente
Preensão palmar	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> ausente	
Preensão plantar	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> ausente	
Babinsky	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> ausente	
Marcha	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> ausente	









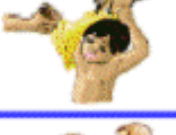


Observação:		Idade em que desaparece ou se torna ato voluntário
<b>Reflexo</b>		
Labial (pontos cardeais/procura)		Com 3 meses (vigília) e 6 meses (sono)
Sucção		Com 2 meses passa a ser voluntário
Moro		Entre 4 e 6 meses
Preensão (palmar e plantar)		Com 2 meses passa a ser voluntário
Babinsky		Entre 8 e 12 meses
Marcha		Entre 2 e 3 meses

### NECESSIDADE DE SONO/REPOUSO

<input type="checkbox"/> sono tranquilo	<input type="checkbox"/> sono agitado	
<input type="checkbox"/> despertar tranquilo	<input type="checkbox"/> despertar agitado/choroso	
<input type="checkbox"/> dorme durante o dia		
<input type="checkbox"/> dorme a noite toda	<input type="checkbox"/> acorda a noite (sono interrompido)	Motivo:
		<input type="checkbox"/> sem motivo/acorda sozinho
		<input type="checkbox"/> ambiente agitado
		<input type="checkbox"/> dieta
		<input type="checkbox"/> medicamentos
		<input type="checkbox"/> procedimento invasivo
		<input type="checkbox"/> outro: _____



## Ficha de acompanhamento do desenvolvimento

Registro:		Nome:														
Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação ( <i>Reflexo de Moro</i> )															
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada															
	Olha para a pessoa que a observa															
	Dá mostras de prazer e desconforto															
	fixa e acompanha objetos em seu campo visual															
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente															
	Arrulha e sorri espontaneamente															
	Começa a diferenciar dia/noite															
	Postura: passa da posição lateral para linha média															
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço															
	Emite sons - Balbucia															
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva															
	Rola da posição supina para prona															
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo															
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro															
	Reconhece quando se dirigem a ela															
	Senta-se sem apoio															
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra															
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos															
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras															
	Arrasta-se ou engatinha															
	Pega objetos usando o polegar e o indicador															
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido															
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)															
	<b>Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)</b>	Idade (meses)						Idade (anos)								
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6			
	Anda sozinha, raramente cai															
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário															
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras															
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista															
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão															
	Corre e/ou sobe degraus baixos															
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente															
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu															
	Veste-se com auxílio															
	Fica sobre um pé, momentaneamente															
	Usa frases															
	Começa o controle esfinteriano															
	Reconhece mais de duas cores															
	Pula sobre um pé só															
	Brinca com outras crianças															
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)															
	Veste-se sozinha															
	Pula alternadamente com um e outro pé															
	Alterna momentos cooperativos com agressivos															
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias															

■ Período em que 90% das crianças adquirem o marco  
■ Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado  
Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.