



Semiologia da criança e do recém-nascido

Claudia Regina Lindgren Alves
Isabela Resende Silva Scherrer

Semiologia da criança e do recém-nascido

Claudia Regina Lindgren Alves
Isabela Resende Silva Scherrer

Belo Horizonte
NESCON - UFMG
2018

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte, e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição -Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>>.

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

Recomenda-se a consulta a fontes de pesquisa correlatas:

Biblioteca Virtual do Nescon.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>

Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) - UNA-SUS.

Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

A474a Alves, Cláudia Regina Lindgren
Semilogia da criança e do recém nascido / Cláudia Regina Lindgren Alves,
Isabela Resende Silva Scherrer. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.
44 p.
ISBN: 978-85-60914-57-9

1. Saúde da criança. 2. Saúde do adolescente. 3. Saúde da família. 4.
Bem-estar da criança. 5. Nutrição do adolescente. 6. Nutrição da criança. 7.
Desenvolvimento do adolescente. I. Scherrer, Isabela Resende Silva. II. Santos,
Luana Caroline dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. IV. Título.

NLM: WA 320
CDU: 614.053.2

Créditos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Ricardo Barros

Secretário de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde:
Rogério Luiz Zeraik Abdalla

Secretário de Atenção à Saúde: Francisco de Assis Figueiredo

Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS: Manoel Barral-Netto

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Ministro: Rossieli Soares da Silva

Secretário da Educação Superior da SESU: Paulo Barone

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Alessandro Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Fábio Alves

Pró-Reitora de Extensão: Cláudia Mayorga

Diretora do Centro de Apoio à Educação a Distância: Eliane Marina Palhares Guimarães

Coordenador do Sistema Universidade Aberta do Brasil na UFMG (EAD-UFMG): Maria do Carmo Barros de Melo

Coordenador Universidade Aberta do SUS na UFMG: Edison José Corrêa

Faculdade de Medicina

Diretor: Humberto José Alves

Vice-Diretora: Alamanda Kfoury Pereira

Escola de Enfermagem

Diretora: Sônia Maria Soares

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Gustavo Pereira Côrtes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Henrique Pretti

Conselho Regional de Educação Física de Minas Gerais – (CREF6/MG)

Presidente: Claudio Augusto Boschi

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

Diretor: Francisco Eduardo de Campos

Vice-Diretor: Edison José Corrêa

Coordenador Acadêmico: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Coordenadora Administrativa e Financeira: Mariana Lélis

Coordenadora de Design Educacional (DE):

Sara Shirley Belo Lança

Gerente de Tecnologias da Informação (TI): Gustavo Storck

Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos

Revisor Institucional: Edison José Correa e José Maurício Carvalho Lemos

Coordenação Técnico-pedagógica: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro e Maria Rizoneide Negreiros de Araujo

Produção

Desenvolvimento Web e Administração Moodle: Daniel Lopes Miranda Junior, Leonardo Freitas da Silva Pereira, Simone Myrrha

Apoio Técnico: Leonardo Aquim de Queiroz

Michel Bruno Pereira Guimarães

Designer Educacional: Cacilda Rodrigues da Silva e Angela Moreira

Ilustrador: Bruno de Moraes Oliveira

Web Designer: Juliana Pereira Papa Furst

Produtor Audiovisual: Edgard Antônio Alves de Paiva

Diagramador: João Paulo Santos da Silva

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Nescon / UNA-SUS/UFMG:

(<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>>)

Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar

CEP 30.130-100

Belo Horizonte – MG – Brasil

Tel.: (55 31) 3409-9673

Fax: (55 31) 3409-9675

E-mail: comunicacao@nescon.medicina.ufmg.br

Sumário

Apresentação das autoras	6
Apresentação	7
Unidade 1 Roteiros para anamnese, exame físico, acompanhamento e finalização da consulta	9
Unidade 2 Demanda programada, a busca dos faltosos e demanda espontânea	17
Unidade 3 O atendimento às crianças segundo critérios de risco	21
Unidade 4 O atendimento ao recém-nascido	25
Seção 1 - A captação do recém-nascido	27
Seção 2 - O primeiro atendimento médico do recém-nascido	30
Seção 3 - O plano de atendimento ao recém-nascido	33
Seção 4 - O recém-nascido com sinais gerais de perigo	37
Seção 5 - O recém-nascido com icterícia	39
Conclusão	43
Referências.....	45

Apresentação das autoras

Claudia Regina Lindgren Alves

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Medicina. Membro do Grupo de Estudos em Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED) da Faculdade de Medicina da UFMG.

Isabela Resende Silva Scherrer

Médica Pediatra (UFMG), mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente (UFMG). Membro do Grupo de Estudos em Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED) da Faculdade de Medicina da UFMG.

Apresentação

Esta publicação tem por objetivo a apresentação de uma sistematização da semiologia e do exame físico da criança. Objetiva atender às necessidades de clínicos gerais e médicos de famílias e comunidades, pediatras, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde. Espera, também, ser útil ao aprendizado de futuros profissionais, em sua fase de formação.

Unidade 1

Roteiros para anamnese,
exame físico, acompanhamento
e finalização da consulta

Unidade 1

Roteiros para anamnese, exame físico, acompanhamento e finalização da consulta

Será apresentado, inicialmente, um roteiro para anamnese da criança e, posteriormente, um roteiro para a anamnese e o exame físico (Quadros 1 e 2) e o roteiro para consultas de acompanhamento (Quadro 3) e a finalização da consulta (Quadro 4).

Quadro 1 - Roteiro para anamnese da criança

Identificação: nome, naturalidade, data de nascimento, idade, sexo, cor, procedência, endereço, encaminhado por.

Informante: anotar o nome, a ligação com a criança e se informa bem ou mal.

Queixa principal (QP): anotar qual é o motivo da consulta, nas palavras do informante ou da criança/adolescente, se possível.

História da moléstia atual (HMA): anotar usando termos técnicos, se possível. Para cada queixa, investigar quando, como e onde começou, qual foi a evolução até a consulta e como está no dia da consulta, tratamentos realizados, com os nomes dos medicamentos, doses, tempo de uso e resposta. Quais os resultados de exames complementares já realizados. Investigar sobre contatos com pessoas doentes, viagens recentes e outros dados epidemiológicos pertinentes.

Anamnese especial (AE): fazer perguntas dirigidas para cada sistema:

Geral, COONG (cabeça, olhos, orelhas, nariz, cavidade bucal e garganta) e pescoço

SR (sistema respiratório), SCV (sistema cardiovascular), SD (sistema digestório), SGU (sistema geniturinário), SL (sistema locomotor), SN (sistema nervoso).

História pregressa ou pessoal (HP): gestação, condições de nascimento, período neonatal, resultado do “teste do pezinho”, doenças anteriores, desenvolvimento neuropsicomotor, alimentação pregressa, banhos de sol, vacinação, medicamentos, alergias, dados epidemiológicos, segurança no domicílio e na escola.

História familiar (HF): pai e mãe (saúde, idade, escolaridade, profissão), irmãos (saúde, idade, sexo). Consanguinidade. Outros familiares ou coabitantes. Relações familiares (aspectos psicológicos).

História social (HS): profissão e escolaridade dos pais, renda familiar mensal, renda per capita, composição familiar, habitação, saneamento básico.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Quadro 2 - Roteiro para exame físico

Inspeção geral		Visão de conjunto - Impressão geral do paciente Estado de consciência Aparência (saudável ou enfermo) Grau de atividade Desenvolvimento e distribuição do tecido adiposo
Cabeça	Inspeção	Fácies Conformação do crânio Cabelo: implantação, cor, tipo Pelos: implantação, cor Orelhas: forma e posição das orelhas, secreção, implantação do pavilhão auricular Pescoço: tumorações, pulsações
	Palpação	Crânio: conformação, fontanelas, <i>craniotabes</i> , perímetro cefálico Olhos: mucosa conjuntival, nistagmo, estrabismo, exoftalmia, acuidade visual, reflexos Nariz: obstrução, mucosa, batimentos de asa de nariz Orelhas: dor, otoscopia (se possível, nesse momento) Boca: dentes, gengiva, língua, amígdalas, lábios, mucosa oral, palato Linfonodos: número, tamanho, consistência, mobilidade e sinais inflamatórios Pescoço: tumorações, lesões, rigidez, palpação da traqueia, pulso venoso (jugular) e impulsões venosas, fúrcula esternal, rigidez de nuca
Membros superiores	Inspeção	Lesões de pele Cicatriz de BCG Implantação de fâneros Articulações: aumento de tamanho, simetria, coloração Musculatura: simetria
	Palpação	Articulações: temperatura, edema, mobilidade, crepitação, dor, tamanho Musculatura: trofismo, tônus, força muscular Temperatura axilar Cicatriz de BCG: medidas Umidade da pele Linfonodos axilares Pulso radial Unhas: tamanho, espessura, manchas, formato, coloração Perfusão capilar Baqueteamento digital Reflexo de preensão palmar (nos lactentes), reflexos Pesquisa de sensibilidade Medida da pressão arterial
	Percussão	Reflexos

Fonte: VIANA, 2010.

(continua)

Quadro 2 – Roteiro para exame físico (continuação)

Tórax - região anterior	Inspeção	Forma, simetria, mobilidade Rosário costal Lesões de pele Respiração: tipo, ritmo, amplitude, frequência, esforço <i>Ictus cordis</i> : impulsões, tamanho Mamas: desenvolvimento, simetria
	Palpação	Linfonodos supraclaviculares Tumorações Mamas: dor, calor, tumorações, coloração Expansibilidade Frêmito toracovocal Frêmito cardíaco Pontos dolorosos Pesquisa de sensibilidade
	Percussão	Som claro pulmonar, timpanismo ou macicez
	Ausculta	Ruídos respiratórios audíveis sem estetoscópios Sons respiratórios normais, ruídos adventícios Precórdio: bulhas, sopros, estalidos
Tórax - região posterior (no caso de a criança estar em decúbito dorsal, pode ser feito depois da região anorretal)	Inspeção	Forma Simetria Mobilidade Lesões de pele Tufos capilares na região sacral
	Percussão	Som claro pulmonar, timpanismo ou macicez
	Palpação	Expansibilidade Frêmito toracovocal Pontos dolorosos (lojas renais) Pesquisa de sensibilidade
	Ausculta	Ruídos respiratórios audíveis sem estetoscópio Sons respiratórios, ruídos adventícios

Fonte: VIANA, 2010.

Quadro 2 – Roteiro para exame físico

Abdome	Inspeção	Forma: plano, abaulado, escavado, distendido Coloração Cicatriz umbilical: forma, secreção, hiperemia Massas visíveis, cicatrizes Movimentos e alterações de parede Circulação colateral Lesões de pele
	Ausulta	Peristaltismo Fístula arteriovenosa ‘sopros arteriais’ atrito esplênico
	Palpação superficial	Sensibilidade Reflexos Turgor e elasticidade da pele Tensão da parede abdominal
	Percussão	Delimitação de vísceras Sensibilidade Espaço de Traube (https://www.youtube.com/watch?v=W7tpC1XQbX8) Ascite
	Palpação profunda	Anel umbilical, coto e cicatriz umbilical Diástase dos músculos reto-abdominais Sensibilidade Fígado, baço, massas, lojas renais, rins
Membros inferiores	Inspeção	Lesões de pele Coloração Unhas: tamanho, espessura, manchas, formato Implantação de fâneros Movimentos anormais: coreia, tiques, tremores, fasciculações, mioclonia Articulações: aumento de tamanho, simetria, hiperemia Musculatura: simetria
	Palpação	Musculatura: trofismo, tônus, força muscular Articulações: dor, edema, crepitações, mobilidade, tamanho, temperatura Pulsos pedioso e dorsal dos pés Medida da pressão arterial em um dos membros Avaliação do subcutâneo: turgor, edema, linfedema Manobra de Ortolani nos lactentes Pesquisa de reflexo Sensibilidade
	Percussão	Reflexos (plantar em extensão, preensão e da marcha nos lactentes)

Fonte: VIANA, 2010.

(continua)

Quadro 2 – Roteiro para exame físico

Genitália	Inspeção	Implantação da uretra Coloração Secreções Lesões de pele Pelos
	Palpação	Pulso femoral Linfonodos inguinais Genitália
Região anorretal	Inspeção	Coloração Secreção Tumorações, fissuras, prolapso retal Lesões de pele Nádegas: forma
	Palpação	Tumorações Perfuração anal Fosseta anal Cicatrização
	Percussão	Som claro pulmonar, timpanismo ou maciez
	Palpação	Expansibilidade Frêmito toracovocal Pontos dolorosos (lojas renais) Pesquisa de sensibilidade
	Ausculta	Ruídos respiratórios audíveis sem estetoscópio Sons respiratórios, ruídos adventícios
Coluna vertebral, joelhos e pés	Parada	Curvaturas da coluna (escoliose, cifose e lordose) Curvaturas dos joelhos Curvaturas dos pés
	Andando	Varismo e valgismo do joelho e dos pés Movimento da cintura escapular Movimento da cintura pélvica Movimento dos braços
Mensuração	Pode ser feita no início ou no final do exame físico	Comprimento/altura Peso Perímetros cefálico, torácico e abdominal Dados vitais: temperatura, frequência respiratória, pulsos Pressão arterial nos membros superiores e em um membro inferior

Fonte: VIANA, 2010.

Quadro 3 - Roteiro para consultas de acompanhamento

ANAMNESE
<p>Cumprimentar a mãe/acompanhante/criança cordialmente.</p> <p>Apresentar-se.</p> <p>Calcular a idade da criança pela data de nascimento e registrá-la no prontuário.</p> <p>Perguntar à mãe/acompanhante sobre o estado da criança.</p> <p>Manter contato visual e verbal com a criança.</p> <p>Verificar a evolução do peso, da altura e do perímetro cefálico.</p> <p>Verificar as vacinas e orientar sobre o calendário vacinal.</p> <p>Investigar a alimentação detalhadamente.</p> <p>Avaliar o desenvolvimento infantil.</p> <p>Avaliar os sinais de perigo e as situações de risco.</p> <p>Registrar os dados no prontuário e na Caderneta da Criança.</p>
EXAME FÍSICO
<p>Lavar as mãos com água e sabão e secá-las em papel-toalha.</p> <p>Verificar temperatura, peso, altura, perímetro cefálico.</p> <p>Realizar exame físico geral da criança.</p> <p>Identificar lesões sugestivas de maus-tratos e/ou negligência.</p> <p>Registrar o peso, a altura e o perímetro cefálico nos gráficos do prontuário e na Caderneta da Criança.</p> <p>Registrar o exame físico no prontuário.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Quadro 4 – Finalização da consulta

FINALIZAÇÃO DA CONSULTA
<p>Orientar sobre cuidados com a higiene, o sono, a saúde bucal e o meio ambiente.</p> <p>Orientar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, imunização.</p> <p>Aspectos do desenvolvimento normal da criança, estimulação da criança com brincadeiras e afetividade.</p> <p>Orientar para que a mãe/acompanhante possa identificar os sinais de perigo e, na presença destes, procurar a Unidade Básica de Saúde.</p> <p>Orientar sobre o acompanhamento da criança pela Unidade de Atenção Básica em Saúde.</p> <p>Solicitar exames complementares, se necessário.</p> <p>Realizar prescrições, se necessário.</p> <p>Verificar se a mãe/acompanhante compreendeu as orientações.</p> <p>Agendar retorno, se necessário.</p> <p>Despedir-se da criança/mãe/acompanhante.</p> <p>Registrar as informações no prontuário e na Caderneta da Criança.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Unidade 2

Demanda programada,
a busca dos faltosos
e demanda espontânea

Unidade 2

Demanda programada, a busca dos faltosos e demanda espontânea

Os roteiros para consultas são especialmente úteis para as consultas programadas, a inicial e os acompanhamentos, em um trabalho coordenado de toda a equipe de Saúde da Família (ESF) ou de Atenção Primária à Saúde (EAPS) e o Núcleo Ampliado à Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB). As famílias das crianças faltosas às atividades programadas deverão ser visitadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para identificação dos motivos da sua ausência e orientação aos familiares.

Atenção especial deve ser dada às crianças em situações de risco. Quando não comparecerem a qualquer atividade agendada na Unidade de Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de Saúde), as famílias deverão ser contatadas com urgência. As consultas perdidas deverão ser agendadas novamente. Em caso de internação da criança, a equipe deverá entrar em contato com o hospital para informações e, assim, programar uma visita/consulta imediatamente após a alta.

O atendimento da demanda espontânea

Todas as crianças que são levadas à Unidade Básica de Saúde fora de data agendada para atendimento devem ser atendidas. O processo de acolhimento envolve uma constante postura de escuta e responsabilização pelo cidadão que procura o serviço. Para que o fluxo do atendimento da criança seja eficaz, ele deve passar pelas ações de: receber, escutar, construir vínculos, analisar, decidir e, então, resolver, encaminhar ou informar.

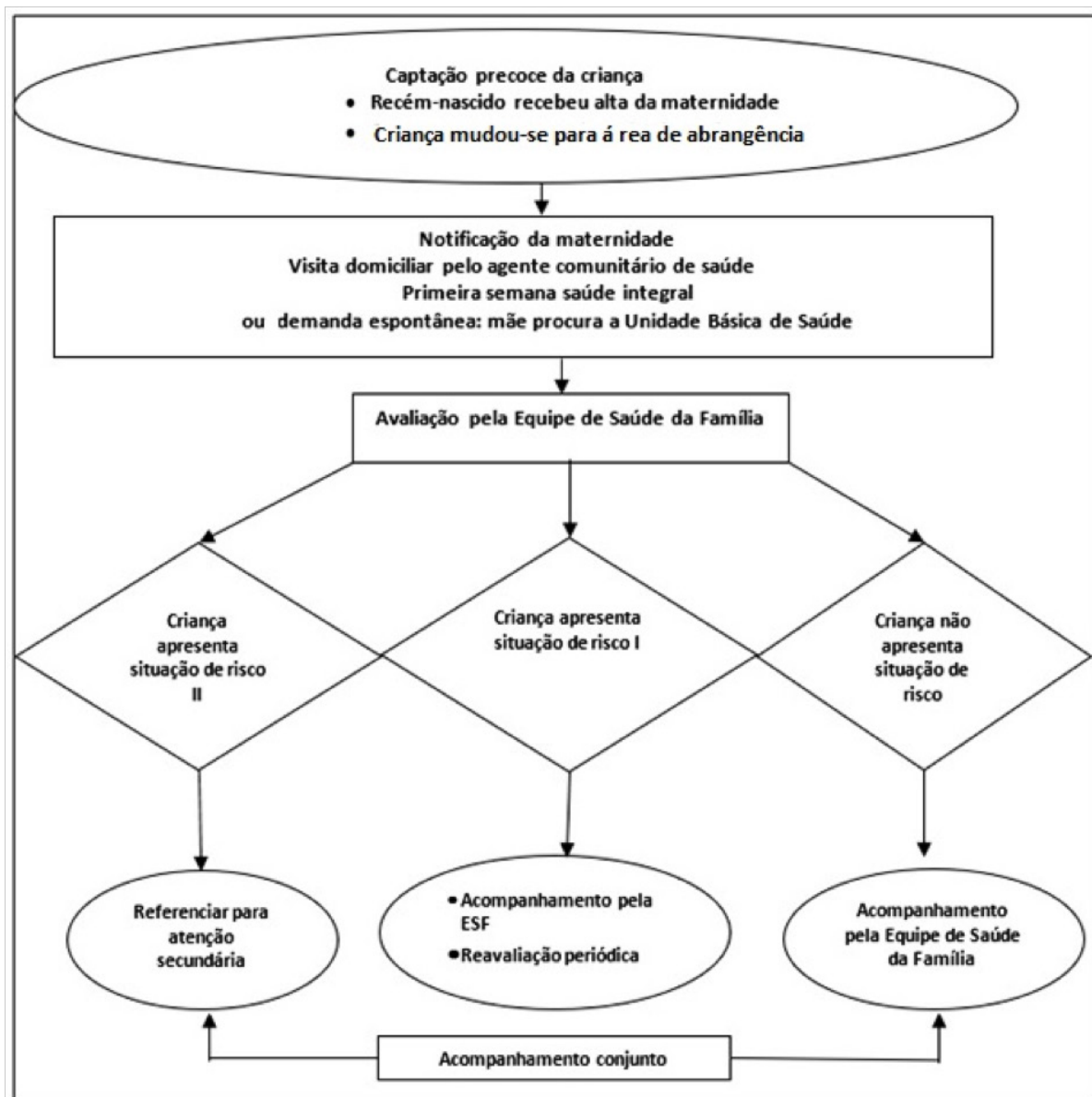
Assim, o acolhimento significa o esforço e o compromisso da equipe para resolver o problema que motivou a procura ao serviço, podendo resultar em informação para a família, agendamento, consulta não programada imediata ou até encaminhamento para serviço de urgência.

Na organização da agenda das atividades do médico, do enfermeiro e da equipe, deve-se reservar um espaço para essas consultas não programadas e, sequencialmente, o retorno às atividades programadas.

A presença de algum dos sinais de perigo apresentados no Quadro 5 e na Figura 2 indica a necessidade de atendimento médico imediato e/ou encaminhamento ao serviço de urgência. Cada contato entre a criança e a equipe, independentemente do motivo, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e uma ação resolutiva de promoção da saúde, com forte caráter educativo.

O fluxograma a seguir (Figura 1) é um resumo de como deve ser planejada a atenção à saúde da criança até os cinco anos de idade.

Figura 1 – Fluxograma para a atenção à saúde da criança até os cinco anos de idade



Fonte: Adaptado pelas autoras de MINAS GERAIS, 2005.

Unidade 3

O atendimento às crianças
segundo critérios de risco

Unidade 3

O atendimento às crianças segundo critérios de risco

Em geral, as crianças são consideradas de baixo risco ou risco habitual, na maioria das comunidades, e devem ter um plano de atenção compatível com esta situação. Entretanto, outras, por condições ligadas à sua história pregressa ou às condições familiares, sociais e culturais, merecerão cuidados mais frequentes e especiais, por serem consideradas crianças em situação de risco.

No Quadro 5, são listados dois grupos de crianças consideradas em situações de risco. As crianças do grupo I estão em risco, mas poderão ser acompanhadas pela equipe, porém com calendário especial. Já as crianças do grupo II necessitarão de acompanhamento do pediatra e/ou de outros especialistas, mas deverão manter acompanhamento concomitante com a equipe de saúde.

Quadro 5 - Classificação de crianças segundo grupos de risco

Grupo I	Grupo II
Acompanhamento pela equipe de saúde com calendário especial	Acompanhamento pelo pediatra/especialista de referência em conjunto com a equipe de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Mãe com baixa escolaridade • Mãe adolescente • Mãe deficiente mental • Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis com criança negativa para essas doenças • Morte materna • História de óbito de menores de um ano na família • Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis • Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas • Recém-nascido retido na maternidade • Desnutrição • Internação prévia 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo peso ao nascer • Prematuridade • Desnutrição grave • Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística • Intercorrências importantes no período neonatal notificadas na alta hospitalar • Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados

Fonte: MINAS GERAIS, 2005.

Para as crianças em situação de risco, o intervalo entre os atendimentos pode variar, mas nunca deverá ser superior a 30 dias no primeiro ano de vida.

Unidade 4

O atendimento ao
recém-nascido

Unidade 4

O atendimento ao recém-nascido

Recém-nascido (RN) é a designação de toda criança do nascer até o 28º dia de vida. Durante essa fase, o ser humano encontra-se vulnerável, biológica e emocionalmente, necessitando, pois, de cuidados especiais. Crescimento e desenvolvimento acelerados, imaturidade funcional de diversos órgãos e sistemas, dependência de um cuidador são algumas das características que vão exigir uma abordagem diferenciada em relação às outras faixas etárias.

A construção da relação mãe-filho não é um processo instintivo. O vínculo entre mãe e filho inicia-se antes do nascimento da criança. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve representar um espaço de escuta das necessidades afetivas da mãe/família nesse momento e ajudar na construção de referenciais essenciais para uma relação familiar de qualidade.

A assistência prestada ao binômio mãe-filho no pré-natal, no parto e no puerpério imediato tem grande impacto na evolução da criança e deve incluir:

- pré-natal de qualidade, com controle de patologias maternas;
- humanização da atenção ao pré-natal, parto e puerpério;
- assistência adequada em sala de parto, evitando sofrimento fetal agudo;
- cuidados adequados aos recém-nascidos de alto risco;
- assistência adequada em alojamento conjunto, valorizando o estabelecimento do aleitamento materno, contornando as suas dificuldades;
- método Mãe-Canguru no cuidado de recém-nascidos prematuros;
- rotinas hospitalares e ambulatoriais que valorizem o vínculo RN-família;
- programas específicos de acompanhamento das famílias dos RN baixo-peso; prematuros e com doenças que necessitem de cuidados especiais.

Seção 1

A captação do recém-nascido e visita domiciliar

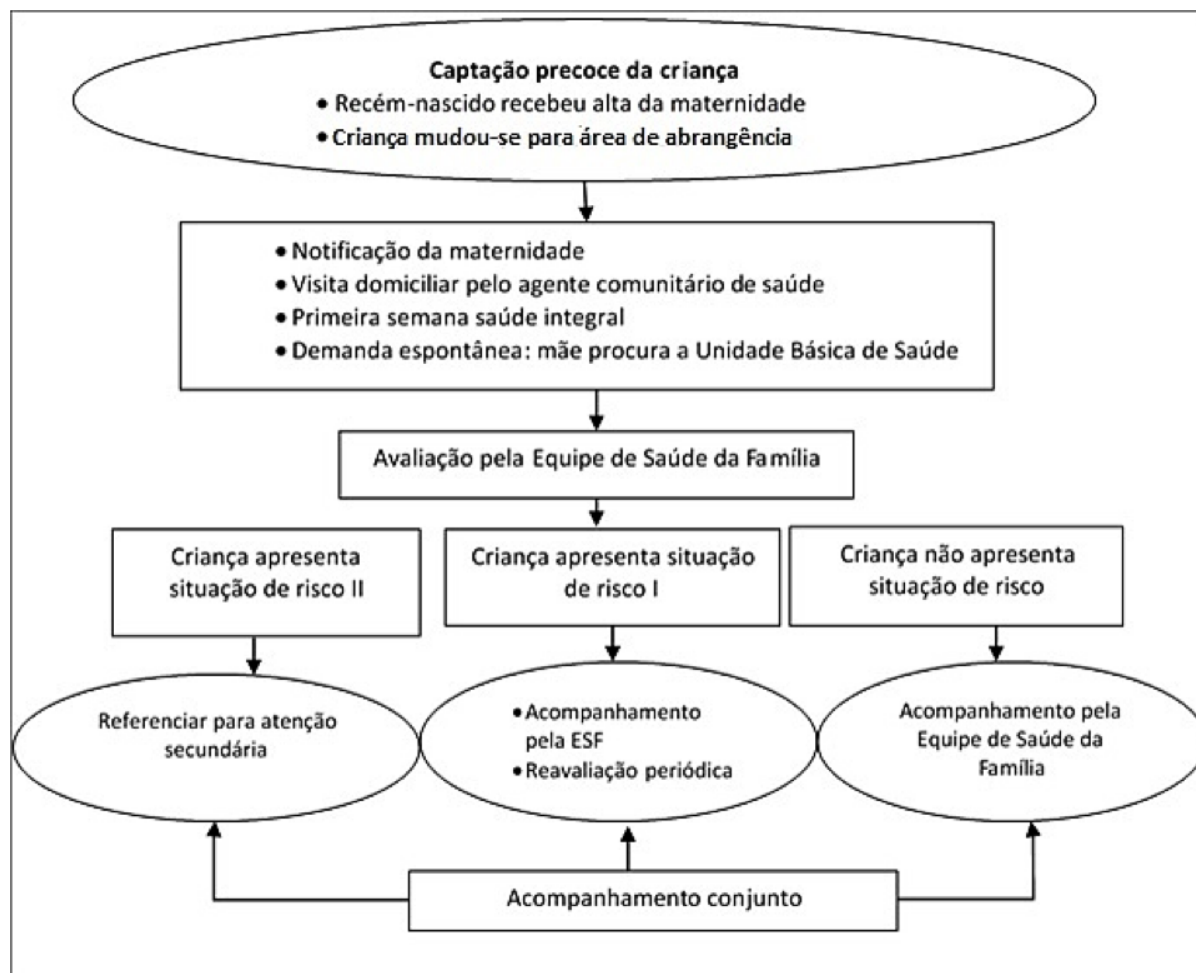
O acompanhamento do RN deve iniciar-se durante a gravidez, orientado pela tarefa comum de fazer com que a gestação evolua nas melhores condições biofísicas e psicológicas, e que o desenvolvimento do feto ocorra em condições favoráveis.

A assistência ao RN na Unidade Básica de Saúde deve iniciar-se logo após a alta da maternidade. A equipe da Unidade Básica de Saúde poderá captar essas crianças por meio:

- de visita domiciliar à puérpera e ao RN nas primeiras 24-48h horas após a alta hospitalar;
- da notificação das maternidades pela DN (Declaração dos Nascidos Vivos) e/ou por telefone;
- do atendimento do RN durante as ações da Primeira Semana Saúde Integral.

Após esse primeiro contato, a equipe definirá o tipo de acompanhamento que o RN necessita receber, levando em conta sua classificação – sem risco, risco do Grupo I ou risco do Grupo II – conforme exposto na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma: a assistência ao recém-nascido



Fonte: Adaptado pelas autoras de MINAS GERAIS, 2005.

O ACS deverá fazer visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido nas primeiras 24-48 horas após a alta. São objetivos dessa visita:

- orientar os pais sobre as melhores atitudes e comportamentos em relação aos cuidados com o RN;
- identificar, precocemente, os RNs com sinais gerais de perigo.

Além de orientar os pais quanto aos cuidados com o RN (Quadro 6), cabe ao ACS verificar se a mãe está seguindo as recomendações recebidas na maternidade, como o uso de medicações e a técnica de amamentação, e se tem tido qualquer problema de saúde, como sangramento excessivo e/ou com odor pútrido (fétido) e febre.

**Quadro 6 - Cuidados com o recém-nascido:
orientações durante as visitas domiciliares**

HIGIENE PESSOAL

Orientar o banho diário e a limpeza do RN.
Orientar a lavagem das mãos antes de manipular o RN.
Orientar que não se deve usar perfume ou talco no RN.
Orientar a limpeza da região anal e perineal a cada troca de fraldas para evitar lesões na pele.
Explicar que, nas meninas, a higiene da região anal e perineal devem ser feitas no sentido da vulva para o ânus.

CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

Explicar a importância de cuidar adequadamente do coto umbilical para evitar infecções.
Manter o coto umbilical sempre limpo e seco.
Após o banho, depois de secar bem o umbigo, limpar com álcool absoluto e envolvê-lo em uma gaze.
Não cobrir o umbigo com faixas ou esparadrapo.
Desaconselhar o uso de moedas, fumo ou qualquer outra substância para “curar” o umbigo.

HIGIENE DO AMBIENTE

Cuidar das roupas do RN, mantendo-as limpas.
Ferver a água do banho, se essa não for tratada.
Manter limpo o lugar em que o RN dorme.
Manter a casa arejada e usar mosquiteiros, se necessário.

Fonte: Adaptado pelas autoras, 2018.

O ACS deverá observar o RN e perguntar aos familiares se há presença dos sinais de perigo descritos no Quadro 4. Sendo detectada qualquer anormalidade, encaminhá-lo imediatamente para a Unidade Básica de Saúde, onde será avaliado pela enfermeira e/ou pelo médico. Se nenhuma alteração for constatada, o ACS deverá orientar a mãe a procurar a Unidade Básica de Saúde, juntamente com seu filho, para as ações da Primeira Semana Saúde Integral. Se, nesse intervalo, for observada qualquer alteração na mãe ou no RN, deve-se procurar a Unidade Básica de Saúde imediatamente.

Seção 2

O primeiro atendimento médico do recém-nascido

O primeiro atendimento do RN na Unidade Básica de Saúde deve ser personalizado, tendo como referencial a existência de situações de risco na gravidez e no parto.

A presença de situações de risco para a mãe e/ou para o RN determinará a necessidade de atendimento precoce pela equipe, isto é, antes da visita à Unidade Básica de Saúde no 5º dia de vida.

Para estabelecer grupos de risco, prognóstico e ações profiláticas específicas, o RN deve ser classificado de acordo com:

1º Idade gestacional (IG):

- pré-termo ou prematuro (RNPT) – IG até 36 semanas e seis dias;
- termo – IG de 37 a 41 semanas e 6 dias;
- pós-termo ou pós-maturo – IG de 42 semanas ou mais.

2º Peso de nascimento (PN):

- baixo peso (RNBP) – PN menor que 2.500g;
- peso elevado – PN igual ou maior a 4.500g.

3º Idade Gestacional e o Peso de Nascimento:

- adequado para a idade gestacional (AIG) – PN entre os percentis 10 e 90 para a IG;
- pequeno para a idade gestacional (PIG) – PN menor que o percentil 10 para a IG;
- grande para a idade gestacional (GIG) – PN maior que o percentil 90 para a IG.

As impressões maternas e de familiares quanto à adaptação da mãe e do RN ao novo ambiente devem fazer parte da anamnese.

Para algumas mães, os primeiros dias com o RN constituem momentos de muita angústia e ansiedade. Escutar e trabalhar as dificuldades maternas pode mudar o curso do estabelecimento do vínculo mãe e filho.

Atenção especial deve ser dada à amamentação. A amamentação do RN no consultório proporcionará uma visão da adaptação entre mãe e RN e criará espaço para intervenção.

Após anamnese completa, com informações sobre o pré-natal, parto e período neonatal, o médico irá realizar o exame físico do RN.

Particularidades do exame físico

A antropometria (peso, comprimento e perímetro encefálico) deve ser realizada a cada atendimento, anotada no Cartão da Criança e analisada em curvas de crescimento adequadas (ver capítulo “O Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento”).

Idealmente, o exame não deve ser realizado quando o RN estiver com fome e irritado, nem imediatamente após a amamentação. Logo após a mamada, o RN encontra-se hipotônico, sonolento e hiporreflexivo; além disso, a palpação do abdome pode provocar a regurgitação do leite ingerido.

O RN tolera pouco a exposição ao frio, com risco de hipotermia; por isso, o exame deve ser rápido e completo.

Inicia-se pela avaliação da frequência respiratória (contar em um minuto) e cardíaca, seguida da ausculta desses aparelhos. Esta etapa do exame deve ser realizada, de preferência, com o RN ainda vestido, pois a manipulação desencadeia reflexos primitivos, choro e taquicardia, falseando a avaliação. Estimular a sucção do RN nesse momento do exame pode acalmá-lo e facilitar o procedimento.

Na sequência do exame, avaliar a atividade espontânea do RN, sua reatividade e seu tônus, a qualidade do seu choro, sua temperatura corporal, estado de hidratação, perfusão capilar e reflexos primitivos (Moro, sucção, preensão palmar, tônico-cervical, plantar e da marcha).

Na pele e nas mucosas, verificar se há cianose, icterícia, pletora ou palidez.

Na cabeça, pesquisar assimetrias, cavalgamento de suturas e tumefações (bossa serossanguínea e cefaloematoma), além do tamanho e grau de tensão das fontanelas.

Nos olhos, verificar se há secreção purulenta, hemorragia subconjuntival, catarata e malformações das estruturas oculares.

Realizar a palpação abdominal em toda sua extensão, para afastar a presença de visceromegalias ou massas palpáveis. No exame do umbigo, observar se há secreção, odor e hiperemia da pele ao seu redor.

No exame dos genitais, avaliar a conformação da vulva, dos testículos e do pênis. Nas meninas, verificar se há corrimento e/ou sangramento vaginal, se o hímen está preservado e se há sinéquia dos pequenos lábios.

As hérnias inguinais e/ou escrotais podem estar presentes desde o nascimento. Avaliar a presença de hidrocele nos RNs do sexo masculino, se os testículos estão na bolsa e se há hipospádia ou epispádia.

Pesquisar tocotraumatismos, como fraturas (clavícula, fêmur e úmero) e paralisia braquial, além da displasia coxofemoral.

Seção 3

O plano de atendimento ao recém-nascido

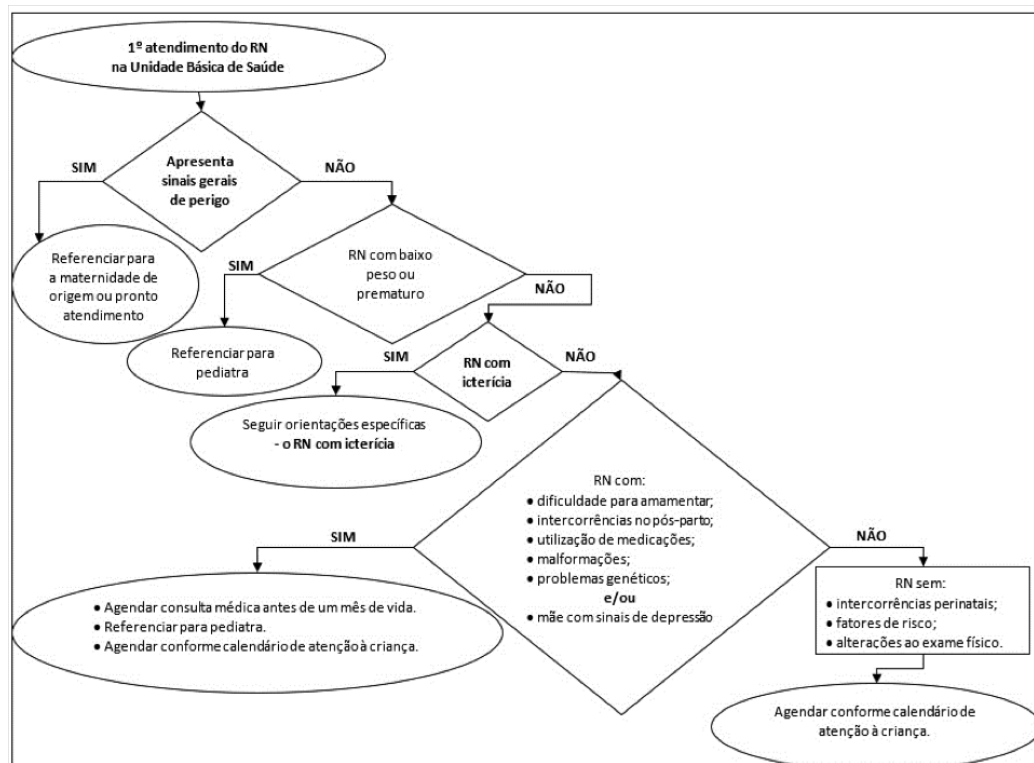
No primeiro atendimento ao RN, três possibilidades de conduta surgirão a partir da anamnese colhida cuidadosamente e da avaliação do RN:

- encaminhamento imediato para um serviço de maior complexidade, de preferência a maternidade de origem;
- agendamento de consulta médica tão logo seja possível e antes de um mês de vida;
- agendamento de acordo com o calendário de atenção à criança.

Nesse processo de decisão (Figura 3), as seguintes questões devem ser consideradas:

- o RN é prematuro ou de baixo peso?
- o RN ou a mãe apresentam dificuldades no aleitamento materno?
- o RN tem icterícia? Em caso positivo, consultar o item “O RN com icterícia”.
- o RN teve alguma intercorrência no pós-parto imediato?
- o RN recebeu alta da maternidade em uso de alguma medicação?
- o RN tem malformações ou problemas genéticos?
- o RN apresenta algum sinal geral de perigo?
- a mãe tem sinais de depressão?

Figura 3 - Primeiro atendimento do recém-nascido na Unidade Básica de Saúde



Fonte: Adaptada pelas autoras de MINAS GERAIS, 2005.

Em casos de prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, o atendimento médico deve ser feito com 15 dias de vida ou logo após a alta hospitalar naqueles RNs que ficaram retidos na unidade neonatal.

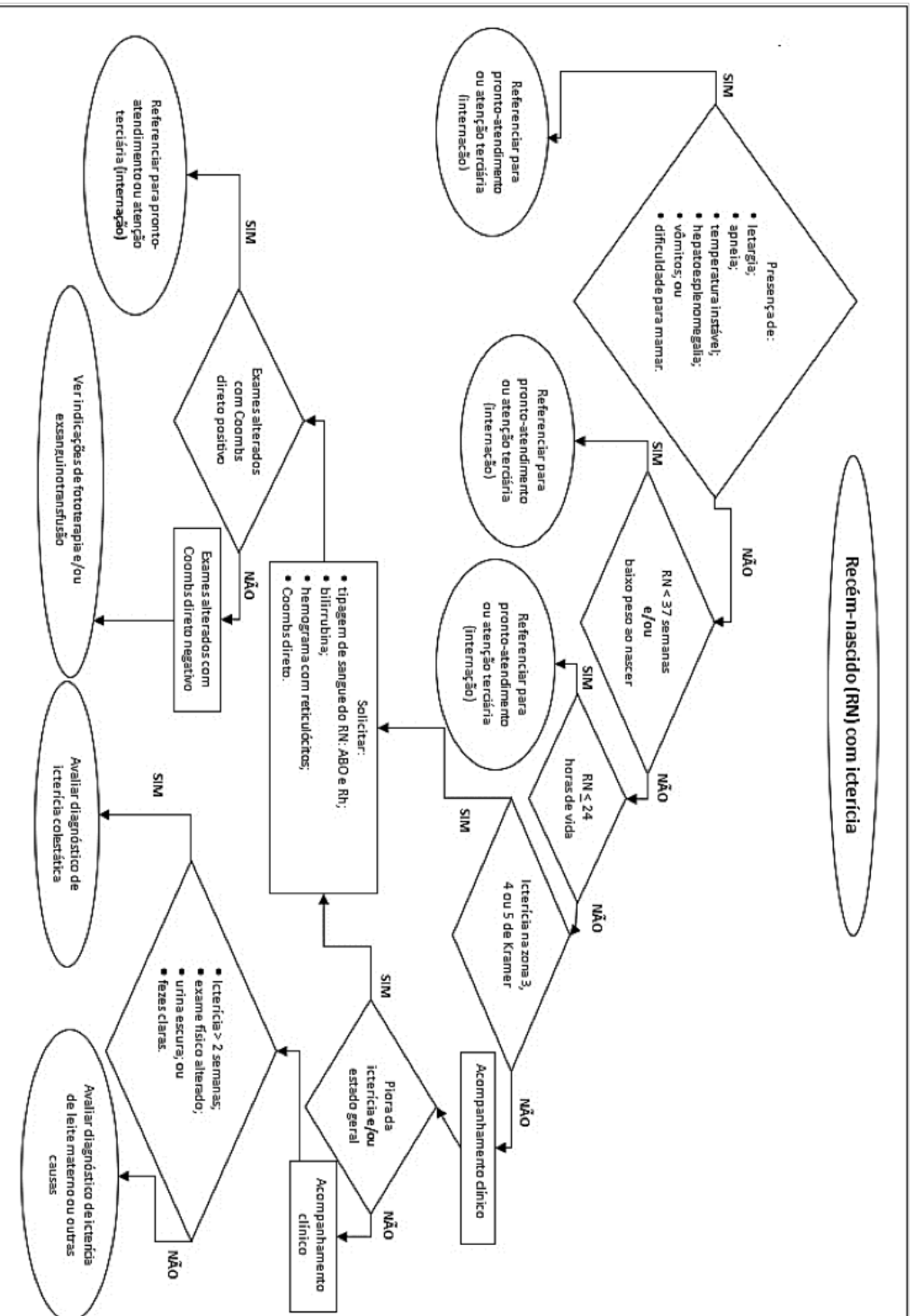
O plano de cuidados definido pela unidade neonatal deve ser verificado e seguido com precisão.

Para os RNs a termo, com peso adequado e sem intercorrências neonatais imediatas, o atendimento deve ser realizado de acordo com o calendário de atenção à criança, ou seja, o RN receberá um atendimento de enfermagem entre 15 e 21 dias de vida, ficando a consulta médica para o primeiro mês.

A mãe e o RN que apresentam dificuldades no aleitamento materno devem receber cuidados diários, realizados pelo ACS nas visitas domiciliares ou no espaço da Unidade Básica de Saúde pelos outros membros da equipe. A atenção deve ser priorizada até que os obstáculos iniciais à amamentação sejam resolvidos.

O RN icterico deverá ser avaliado de acordo com a Figura 4. Independentemente da intensidade da icterícia, o RN deve ser avaliado imediatamente pelo médico e, se isso não for possível, encaminhado para um serviço de urgência ou, de preferência, para a maternidade de origem.

Figura 4 - Fluxograma de abordagem do recém-nascido com icterícia



Fonte: Adaptado pelas autoras de MINAS GERAIS, 2005.

Nos recém-nascidos com malformações ou problemas genéticos, naqueles em uso de medicações e naqueles que tiveram intercorrências no pós-parto imediato, a primeira consulta médica na Unidade Básica de Saúde deve ser antecipada tão logo seja possível. Nessa oportunidade, o médico avaliará a necessidade de encaminhamento para o pediatra e/ou outro especialista.

O encaminhamento imediato a um serviço de maior complexidade (maternidade de origem ou serviço de urgência) será necessário sempre que o RN apresentar sinais gerais de perigo (Figura 3).

O plano de cuidados definido pela unidade neonatal deve ser verificado e seguido com precisão.

É bem reconhecida a relação entre transtorno do humor e o período puerperal. Estima-se que 80% das mulheres vivenciam flutuações de humor nas fases de pré ou pós-parto, enquanto 10% a 20% delas irão desenvolver, de fato, algum transtorno do humor, de acordo com os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

São sintomas da depressão materna: insônia, transtornos alimentares, humor deprimido, irritabilidade, falta de energia e incapacidade funcional, isolamento social, dificuldades de interpretação dos desejos do RN, problemas de memória, concentração ou pensamentos recorrentes, além de confusão, desorientação e angústia. Identificados esses fatores, a mãe deve ser encaminhada para atendimento especializado.

Em 0,1% a 0,2% dos quadros depressivos, pode haver associação com sintomas psicóticos, principalmente aquelas mães que já apresentem transtorno bipolar. Nesses casos, pode existir, de fato, risco de vida para o RN e para a mãe, e a internação materna em caráter de urgência deve ser realizada, mesmo se involuntária.

Seção 4

O recém-nascido com sinais gerais de perigo

Os RNs apresentam risco aumentado de doença grave devido à imaturidade do seu sistema imunológico. São mais vulneráveis a infecções bacterianas, fúngicas e virais.

Podem adoecer e morrer em um curto intervalo de tempo. Normalmente, não é localizado o foco infeccioso, e o diagnóstico dos quadros sépticos se faz através de sinais clínicos gerais. A evolução clínica pode ser insidiosa e lenta ou rápida e explosiva, com deterioração hemodinâmica e choque irreversível em poucas horas.

Deve-se estar atento aos sinais de alerta iniciais para que as devidas providências sejam tomadas em tempo hábil.

Diante de um RN séptico, a intervenção deve ser imediata, realizada por profissionais especializados em ambiente hospitalar e fazendo uso de medicações endovenosas. Se o diagnóstico não for precoce, a mortalidade é muito alta.

Situações de risco relacionadas à gravidez e ao parto estão fortemente associadas ao risco de sepse no RN. Informações sobre essas situações podem ser obtidas do sumário de alta da maternidade e durante a anamnese.

O Quadro 7 sistematiza as manifestações clínicas da sepse neonatal. A presença de uma ou mais dessas manifestações deve orientar o encaminhamento imediato do RN e de sua mãe para um serviço de maior complexidade, onde a propedêutica e a terapêutica serão estabelecidas de forma particularizada e imediata.

Quadro 7 - Manifestações clínicas da sepse neonatal

PARÂMETRO	SINAIS PRECOSES	SINAIS TARDIOS
Temperatura	Instabilidade térmica	Hipertermia ou hipotermia
Estado geral	Piora do estado geral Hipoatividade Pele mosqueada	Hipoatividade intensa Hipotonia Letargia
Cardiovascular	Taquicardia Hipotensão	Choque (perfusão lenta, extremidades frias, pulsos finos e oligúria) Bradicardia
Sistema nervoso	Irritabilidade Hipoatividade Tremores Dificuldade de mamar	Hiperreflexia Hipotonia Abaulamento de fontanela Letargia Convulsões
Hematológicos	Palidez cutânea	Petéquias Icterícia Hemorragias
Digestivos	Intolerância às dietas Vômito	Diarreia Distensão abdominal Coletase
Metabólicos	Hiperglicemia Acidose metabólica	Acidose grave
Respiração	Piora do padrão respiratório Aumento da FR ou pausas respiratórias até a apneia Esforço respiratório leve a moderado	Crises graves de apneia Esforço respiratório grave Respiração acidótica Palidez intensa ou cianose central

Fonte: Adaptado de OLIVEIRA, 2005.

Diante de um RN com sinais gerais de perigo, toda a equipe da Unidade Básica de Saúde deve se organizar no sentido de providenciar a transferência, após contato e em condições adequadas, para um serviço de maior porte, o mais rapidamente possível. O RN deve ser acompanhado pelo médico responsável.

Logo que receber alta do hospital, o RN deverá reiniciar seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, de acordo com suas novas necessidades.

Seção 5

O recém-nascido com icterícia

A icterícia caracteriza-se pelo aumento das bilirrubinas – direta ou indireta – e se torna visível clinicamente quando atinge o nível sérico de 5mg/dl. Ocorre em mais de 50% dos RNs a termo e em mais de 70% dos RNs pré-termo.

Tanto o aumento da bilirrubina indireta como o da bilirrubina direta devem ser valorizados. No primeiro caso, teme-se o desenvolvimento da encefalopatia bilirrubínica (*kernicterus*) e, no segundo, a colestase neonatal. A encefalopatia bilirrubínica, à custa da bilirrubina indireta, tem consequências irreversíveis, como o retardo mental, as paralisias e a surdez. A hiperbilirrubinemia indireta é tratada pela fototerapia e, em alguns casos, também por exsanguinotransfusão. Essas intervenções são feitas em hospitais, na maioria das vezes, na maternidade de origem.

O aumento da bilirrubina direta sugere a presença de colestase neonatal, cujas causas mais comuns são a atresia de vias biliares e a hepatite neonatal. O quadro clínico caracteriza-se por icterícia de intensidade variada, fezes hipocoradas ou acólicas, além de urina escura. O encaminhamento para o gastroenterologista pediátrico deve ser imediato, pois o esclarecimento diagnóstico e a intervenção cirúrgica devem ocorrer em período inferior a dois meses. O tratamento da hiperbilirrubinemia direta não será abordado nesse protocolo.

A icterícia pode ser precoce ou tardia. A precoce é aquela que se apresenta clinicamente nas primeiras 24 horas de vida e será abordada nas maternidades. A icterícia tardia é aquela de aparecimento após 24 horas de vida.

Intervenção da equipe da Unidade Básica de Saúde em casos de icterícia: diante do potencial de gravidade na evolução da icterícia e da relativa facilidade de seu diagnóstico, cabe à equipe da Unidade Básica de Saúde:

- identificar precocemente o RN ictérico;
- indicar propedêutica no momento adequado;
- esclarecer se a hiperbilirrubinemia é direta ou indireta;
- acompanhar clinicamente os casos leves;

- encaminhar os casos que necessitarão de fototerapia e/ou exsanguinotransfusão, os casos de icterícia prolongada e de hiperbilirrubinemia direta para esclarecimento diagnóstico;
- acompanhar o RN após a alta hospitalar.

Nas visitas domiciliares realizadas pelo ACS, a avaliação da icterícia deve ser uma prioridade.

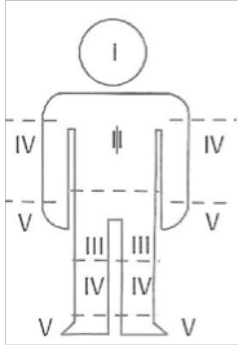
Todos os casos detectados devem ser encaminhados para a Unidade Básica de Saúde, quando então serão avaliados pela enfermeira ou pelo médico.

A icterícia apresenta uma distribuição craniocaudal progressiva e pode ser avaliada clinicamente pela observação de cor amarelada na pele das várias partes do corpo após a compressão digital.

Deve-se avaliar o RN, de preferência, sob a luz natural, pois a luz artificial pode falsear o exame.

Clinicamente, sua evolução pode ser estimada pelas “Zonas de Kramer” (Quadro 8). A estimativa clínica dos níveis de bilirrubina proposta por Kramer não deve ser utilizada nos casos de RN prematuros ou com sinais de hemólise.

Quadro 8 - Concentração de bilirrubinas (mg/dL) e correspondência clínica (segundo Kramer)

	Zonas dérmicas		RNT		RNPT	
			Variação	Média \pm 1dp	Variação	Média \pm 1dp
	Cabeça e pescoço	I	4,3 – 7,8	5,9 \pm 0,3	4,1 – 7,6	---
	Tronco acima do umbigo	II	5,4 – 12,2	8,9 \pm 1,7	5,6 – 12,1	9,4 \pm 1,9
	Região hipogástrica e coxas	III	8,1 – 16,5	11,8 \pm 1,8	7,1 – 14,8	11,4 \pm 2,3
	Joelhos e cotovelos até tornozelos e punhos	IV	11,1 – 18,3	15,0 \pm 1,7	9,3 – 18,4	13,3 \pm 2,1
	Mãos e pés, palmas e plantas	V	> 15	---	> 10,5	---

Fonte: Modificado de KRAMER, 1969.

RNT: recém-nascido a termo; RNPT: pré-termo ou prematuro; dp: desvio padrão.

Os RNs a termo com icterícia nas zonas 1 e 2 de Kramer devem ser acompanhados clinicamente com avaliação diária – ou até mesmo duas vezes ao dia – durante o período de pico da icterícia fisiológica.

A icterícia fisiológica do RN a termo é transitória, tem seu pico no 3º ou 4º dia de vida, e, geralmente, o nível máximo de bilirrubina indireta é 13 mg/dl. Normalmente, o RN encontra-se anictérico no final da primeira semana de vida. Já no RN prematuro, o pico da hiperbilirrubinemia é em torno do 5º ou 6º dia de vida, e o nível máximo de bilirrubina indireta é, na maioria das vezes, de 15mg/dl.

Os RNs com icterícia nas zonas 3, 4 ou 5 de Kramer devem realizar os seguintes exames laboratoriais:

- grupo sanguíneo;
- fator Rh;
- Coombs direto;
- dosagem de bilirrubinas direta e indireta;
- eritrograma;
- reticulócitos.

Para a indicação da conduta adequada, a equipe deve levar em conta a presença de fatores de risco, a idade gestacional do RN, sua idade cronológica e seu peso de nascimento (Quadro 9).

Quadro 9 - Indicação de fototerapia e exsanguinotransfusão em recém-nascido a termo e saudável com icterícia não hemolítica

Idade (horas)	Nível sérico de bilirrubina total (mg/dl)	
	Fototerapia	Exsanguinotransfusão + Fototerapia*
< 24	RNs a termo clinicamente ictericos < 24 horas não são considerados saudáveis e requerem investigação.	
25 a 48	>12	<20
49 a 72	>15	<25
> 72	>17	<25

Fonte: Adaptado de AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1994.

*Utilizar fototerapia dupla quando houver aumentos significativos dos níveis de bilirrubina com risco aumentado de exsanguinotransfusão.

O encaminhamento para o serviço de referência deve ser imediato, em casos de:

- diagnóstico de icterícia nas primeiras 24 horas de vida;
- icterícia e sinais gerais de perigo;
- Coombs direto positivo (icterícia hemolítica);
- indicação de fototerapia;
- RN prematuro e/ou baixo peso ao nascer.

Nessas situações, a encefalopatia bilirrubínica poderá ocorrer com valores de bilirrubinas mais baixos, e há necessidade de intervenção nos possíveis fatores agravantes da hiperbilirrubinemia.

Os RNPTs serão encaminhados para fototerapia com níveis mais baixos de bilirrubina.

Os RNPTs de muito baixo peso ao nascer serão tratados na maternidade, já que permanecerão internados, geralmente, por dois a três meses. Os RNPTs limítrofes, ou seja, os de 35 a 36 semanas e seis dias, quando ictericos, deverão ser avaliados com rigor, idealmente duas vezes por dia. Os exames devem ser solicitados se a icterícia estiver presente na zona 2 de Kramer. Níveis de bilirrubina próximos aos valores para fototerapia orientam o encaminhamento para um serviço de referência.

A icterícia que se prolonga por mais de 15 dias de vida deverá ser investigada por especialista. É importante, nesses casos, examinar as fezes do RN, já que acolia ou hipocolia fecal sugerem colestase neonatal, e a intervenção deve ser imediata.

Conclusão

Conclusão

Esta publicação visou à apresentação de uma sistematização da semiologia e exame físico da criança. Objetiva atender às necessidades de clínicos gerais e médicos de famílias e comunidades, pediatras, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde. Espera, também, ser útil ao aprendizado de futuros profissionais, em sua fase de formação.

Como recurso educacional aberto do módulo “Atenção à saúde da criança: aspectos básicos”, de Curso de Especialização em Saúde da Família, disponibiliza o conteúdo para livre utilização nos processos de atenção à saúde de crianças, bem como para processos de educação em saúde, para comunidade, e para educação permanente de profissionais, especialmente os membros das equipes de Saúde da Família ou da Atenção Básica.

Recomenda-se a consulta a outras publicações disponíveis na Biblioteca Virtual Nescon (<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>) e no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), (<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>).

Referências

Referências

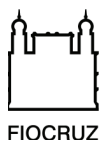
AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: Provisional Committee for Quality Improvement and Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the Healthy Term Newborn. **Pediatrics**, v. 94, n. 4, p. 558-565, 1994. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/94/4/558.full.pdf>>

KRAMER, L. I. Advancement of Dermal Icterus in the Jaundiced Newborn. **Am J Dis Child.**, v. 118, n. 3, p. 454–458, 1969.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Viva Vida. Atenção à Saúde da Criança. Belo Horizonte: SES-MG, 2005.

OLIVEIRA, R. O. **Blackbook**: pediatria. 3. ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2005.

VIANA, M. R. A. Exame Físico. In: MARTINS, C. **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.



SGTES



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL