



LINHA DE CUIDADO
**SAÚDE DA
CRIANÇA**
DE 0 A 2 ANOS

Carlos Massa Ratinho Junior

Governador do Estado

Beto Preto

Secretário de Estado da Saúde

Maria Goretti David Lopes

Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde

Sidneya Marques Svierdovski

Gerente da Atenção Primária à Saúde

Fernanda Crosewski

Chefe da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Aline Jarschel de Oliveira

Alessandra Semões da Costa

Carla Konieczniak Aguiar

Carolina Bolfe Poliquesi

Cristina Klobukoski

Cristiane de Mello

Gisella Sanches Henle Piassetta

Jessica Luiz Dinardi

Lara Marrafon Soares de Lima

Livia Perissé Baroni Wagner

Lucimar Pasin de Godoy

Mariana Watanabe Ribeiro

Mariane Rodrigues de Melo

Rafael da Rosa Niepce

Rosiane Aparecida da Silva

Sabrina Kuniczki Martin

Sirleni Brito dos Santos da Silva

Suelen Leticia Gonçalo

Equipe Técnica Colaboradora

Juliana Scheller

Marina Machado Mota

Diagramação Visual - Núcleo de Comunicação Social

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

P223 Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde.

Linha de Cuidado Saúde da Criança: de 0 a 2 anos [recurso eletrônico] / SESA/DAV/DVSCA. 1.ed. Curitiba : SESA, 2025.
105 p. color. 4000Kb, PDF

1. Saúde da Criança. 2. Políticas Públicas de Saúde.
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Crescimento e Desenvolvimento Infantil. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.
II. Autor.

CDD 618.920217 (23.ed.)

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

SUMÁRIO

1. CONTEXTO DA LINHA DE CUIDADO SAÚDE DA CRIANÇA.....	7
2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO.....	12
2.1. Mortalidade na Infância.....	12
2.2. Mortalidade Infantil.....	13
2.3. Morbidade na Infância.....	17
3. PONTOS DE ATENÇÃO.....	17
3.1. Atenção Primária à Saúde.....	18
3.1.1. Competências da Atenção Primária à Saúde.....	18
3.2. Atenção Ambulatorial Especializada.....	20
3.2.1. Competências da Atenção Ambulatorial Especializada.....	21
3.3. Atenção Hospitalar.....	23
3.3.1. Competências da Atenção Hospitalar.....	24
3.4. Atenção à Urgência e Emergência.....	25
4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA NO PARANÁ.....	26
5. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS.....	32
5.1. Nascimento.....	32
5.1.1. Exame físico detalhado.....	35
5.1.2. Cuidados com o Prematuro.....	36
5.2. Triagem Neonatal.....	37
5.2.1. Triagem Cardiológica (teste do coraçãozinho).....	37
5.2.2. Triagem Oftalmológica (teste do olhinho).....	39
5.2.3. Triagem Auditiva (teste da orelhinha).....	40
5.2.4. Triagem Biológica (teste do pezinho).....	42
5.3. Teste da Linguinha.....	45
5.4. Teste do Bracinho.....	46
5.5. Captação e Estratificação de Risco/Vulnerabilidades.....	47
5.6. Calendário de Puericultura.....	48
5.7. Estado Nutricional.....	50
5.8. Imunização.....	51
5.9. Atendimento Odontológico.....	54
5.10. Desenvolvimento Psíquico.....	55
5.11. Promoção da Cultura de Paz.....	56
5.12. Prevenção de acidentes domésticos e de trânsito.....	57
5.13. Cuidados Paliativos Pediátricos.....	58
6. CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA.....	59
6.1. Abordagem Domiciliar.....	60
6.1.1. Avaliação de Vulnerabilidades.....	60
6.1.2. Avaliação Clínica.....	60
6.1.3. Orientações de Aleitamento Materno.....	61
6.1.4. Orientações Gerais.....	62
6.2. Abordagem na APS 1 a 24 meses.....	62
6.2.1. Estratificação de Risco.....	62
6.2.2. Avaliação Clínica.....	63

6.2.3. Crescimento.....	65
6.2.4. Desenvolvimento.....	67
6.2.5. Saúde Bucal.....	70
6.2.6. Orientação Alimentar.....	72
6.2.7. Orientações para atividades e estímulos para o desenvolvimento infantil.....	76
6.2.8. Imunização.....	80
6.2.9. Orientações Gerais.....	84
6.2.10. Abordagem Familiar.....	85
6.2.11. Prevenção de acidentes e violências.....	86
6.2.12. Suplementação de Micronutrientes e Prescrição Medicamentosa.....	89
6.2.13. Exames complementares.....	93
ANEXOS.....	94
Anexo 1 – Plano de Cuidados.....	94
Anexo 2 - Instrumento de Visita Domiciliar.....	99
REFERÊNCIAS.....	104

APRESENTAÇÃO

O Governo do Paraná, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - Sesa, tem como uma de suas prioridades o cuidado com a vida. A Linha de Cuidado Materno Infantil tem por objetivo garantir o acesso e a assistência integral e de qualidade às mulheres em seu período gravídico puerperal e às crianças de até 2 anos de idade na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Já a Linha de Cuidado Saúde da Criança tem como finalidade a organização da atenção nas ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças até o segundo ano de vida na RAS, envolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e de reabilitação e garantindo a integralidade do cuidado, de forma humanizada, transversal e com equidade.

O compromisso é com a realização de ações que fortaleçam todos os pontos de atenção, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a Atenção Hospitalar (AH) no território do estado do Paraná.

Assim, esta Linha de Cuidado visa apoiar a organização das ações e dos serviços de saúde e a melhoria da assistência à saúde da criança, com a instituição de diretrizes para o cuidado integral. Nela estão contidos instrumentos para subsidiar os gestores e profissionais de saúde no uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, orientando o manejo clínico, diagnóstico e tratamento, bem como utilizando ferramentas de gestão e de atenção para a tomada de decisões assertivas.

Agradecemos os profissionais que contribuem para a construção do SUS e a inovação da Saúde no Paraná.

Beto Preto

Secretário de Estado da Saúde do Paraná

1. CONTEXTO DA LINHA DE CUIDADO SAÚDE DA CRIANÇA

A atenção à saúde nos primeiros dois anos de vida é imprescindível. Esse período é considerado uma janela de oportunidades, no qual é possível adotar hábitos e atitudes que irão influenciar o futuro do bebê. Assim, a epigenética corrobora que os efeitos do ambiente tais como alimentação, estresse, atividade física, exposição ao fumo e álcool, entre outros hábitos e atitudes, que neste período irão causar um impacto nos indicadores de saúde e doença em curto e longo prazo. Por tanto, nestes primeiros 1.000 dias de vida, contados a partir do momento da concepção até o bebê completar os dois anos de idade, é possível determinar um futuro de vida saudável para todos os indivíduos, e a transdisciplinaridade baseada na prevenção é o caminho para atingir esse alvo.

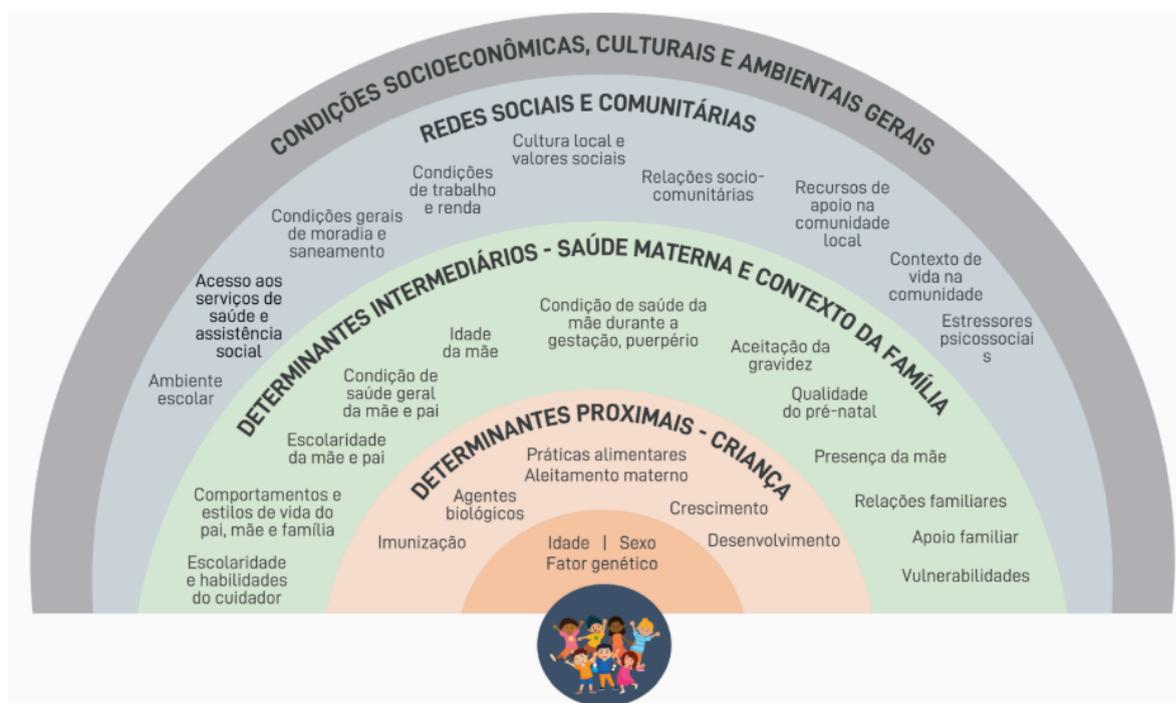
As crianças necessitam de fatores como ambiente seguro e favorável ao seu crescimento e desenvolvimento que, somados aos fatores genéticos, resultarão em atingir a capacidade máxima das habilidades motoras, cognitivas e socioafetivas. A qualificação do atendimento nas consultas de puericultura repercute em benefícios na saúde física e emocional das crianças e, portanto, na sobrevivência infantil. Cabe aos profissionais de saúde orientar e vigiar o crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como definir estratégias na prevenção de agravos e intervenção para as famílias em situações de vulnerabilidade para que estes objetivos sejam alcançados. Entre os fatores que contribuem para a qualificação do cuidado destaca-se a comunicação. Nesta perspectiva, as equipes devem repensar estratégias para que a comunicação seja empática, efetiva e inclusiva, considerando as pessoas com deficiência intelectual, deficiência auditiva, deficiência visual, bem como as famílias de migrantes e imigrantes.

A de ser considerada neste contexto os determinantes sociais da saúde (FIGURA 1). A identificação do cenário em que esta criança está inserida, fatos, situações e comportamentos da vida econômica, social, ambiental, política e cultural, devem nortear as equipes de saúde em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, interferindo assim no processo de saúde-doença.

A análise dos determinantes sociais de saúde nos permite intervenções no sentido de ampliar políticas públicas que possam reduzir as iniquidades, desigualdades consideradas injustas, e avançar para políticas de saúde com mais equidade. Para além do conceito epidemiológico de determinantes sociais de saúde

como fatores de risco, é necessário ainda, compreender a determinação social da saúde como um conceito mais ampliado e politicamente construído que envolve a “caracterização da saúde e da doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ente político, na medida em que habita a polis”, como afirmava Aristóteles.

Figura 1: Fatores determinantes da Saúde da Criança, segundo modelo de Dahlgren (modificado)



Fonte: Dahlgren e Whitehead, 2007

Neste sentido a Linha de Cuidado é uma estratégia de ação que busca a integralidade da atenção, ou seja, o cuidado à saúde desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os serviços de maior complexidade, no contexto das RAS, além da articulação com outros setores (assistência social, educação, justiça), sendo a intersetorialidade essencial para a garantia de direitos e proteção das crianças, pautada nos princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) apresentados na Figura 2.

Esta Linha de Cuidado trás como objetivo a proposta de normativas e diretrizes para acompanhar o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças até os dois anos de idade, pautado no conceito ampliado de saúde, com foco nos determinantes e condicionantes sociais de saúde, direcionado às equipes de saúde que atuam nos serviços, a fim de implementar e fortalecer as ações e estratégias de vigilância e promoção da saúde, segundo especificidade e heterogeneidade da população do estado em cada região.

Figura 2: Princípios da PNAISC



Fonte: O autor (2024), adaptado de PNAISC (2014)

No estado do Paraná são desenvolvidas ações dentro de cada eixo estratégico da PNAISC (TABELA 1), atendendo os princípios da Política e alinhados às premissas e metas do Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027, assim como os demais instrumentos de gestão.

Tabela 1: Ações estratégicas relacionadas aos eixos da PNAISC

EIXOS	AÇÕES
<p>Eixo 1 A atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis através da garantia de acesso aos exames em tempo oportuno durante o pré-natal. ❖ Capacitação dos profissionais na atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento através da sensibilização e implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). ❖ A atenção humanizada aos recém-nascidos, especialmente os de baixo peso, através da sensibilização para utilização do “Método Canguru”. ❖ Qualificação da atenção neonatal na rede materno-infantil, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). ❖ Alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, através da estratégia do “5º Dia de Saúde Integral”, e utilização da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de comunicação. ❖ O seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica. ❖ Garantia de triagens neonatais universais.
<p>Eixo 2 O aleitamento materno e alimentação complementar saudável</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementação da Linha de Cuidado em Aleitamento Materno que engloba as seguintes estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) ➤ Método Canguru ➤ Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). ➤ Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA). ➤ Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH). ❖ Implementação e fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos, Bicos Intermediários de Silicone, Chupetas e Mamadeiras (NbcAl). ❖ Comitê Estadual de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável (CEAMACS).

Eixo 3

A promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral

- ❖ Capacitações em Puericultura
- ❖ Estratificação de Risco das crianças
- ❖ Caderneta Estadual de Saúde da Criança

Eixo 4

A atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas

- ❖ Construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado:
 - Linha de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
 - Protocolo de Avaliação e Atendimento à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) da Linha de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência na Rede de Atenção à Saúde do Paraná.

Eixo 5

A atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz

- ❖ O fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral às crianças e suas famílias em situação de violência independente da tipologia.
- ❖ A implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”.
- ❖ A articulação de ações transversais, intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz. O apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o sistema de garantia de direitos.
- ❖ Estímulo e apoio a implementação de ações de orientação ao transporte seguro das crianças e de prevenção de sinistros de trânsito nos municípios com o Programa Vida no Trânsito implementado.

Eixo 6

A atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade

- ❖ A articulação e a intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, crianças do campo, das águas e da floresta, crianças em situação de rua, crianças de famílias de migrantes, crianças em serviços de acolhimento institucional, filhas(os) de pais em privação de liberdade no sistema prisional, crianças ciganas,

entre outras, nas redes temáticas.

- ❖ O apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres.
- ❖ O apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

Eixo 7

A vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

- ❖ Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF)
- ❖ Grupo Técnico de Agilização e Revisão de Óbitos (GTARO).

Fonte: Adaptado de PNAISC, 2014.

2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

De acordo com o relatório do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o estado do Paraná apresentou em 2022 uma população estimada de 11.444.380 habitantes, sendo 400.291 (3,5%) crianças de zero a dois anos de idade (IPARDES, 2024).

2.1. Mortalidade na Infância

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2019), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que devem ser atingidos por todos os países até o ano de 2030. Dentre esses, o terceiro objetivo versa sobre “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” e estabelece como meta, no que se refere a faixa etária pediátrica, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos (RN) e crianças menores de 5 anos de idade, objetivando reduzir a mortalidade neonatal (morte de RN até 28 dias de vida) para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos (NV) e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para pelo menos 25 por 1.000 NV.

2.2. Mortalidade Infantil

Nesta Linha de cuidado também utilizaremos a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) como indicador social, por ser um importante indicador de qualidade de vida e desenvolvimento, além da situação de saúde, apontando desigualdades entre grupos sociais e regiões, bem como de apontar para a qualidade dos serviços de saúde de um território. Esta taxa é representada pelo número de crianças que morreram antes de completar um ano de vida a cada mil crianças nascidas vivas no período de um ano. Na tabela 2 é demonstrada a TMI por Regionais de Saúde na série histórica de 2014 a 2024.

Tabela 2: Taxa de Mortalidade Infantil/1000 NV, por Regional de Saúde. Paraná, 2014 a 2024*

Mun RS Res PR	Taxa de Mortalidade Infantil/1000 NV										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ¹	2024 ²
1. Reg. Saúde Paranaguá	12,0	9,2	10,7	9,4	8,6	8,9	8,9	12,5	9,9	14,8	14,2
2. Reg. Saúde Metropolitana	9,7	9,9	9,7	9,3	9,1	8,6	7,9	8,1	9,2	8,8	9,4
3. Reg. Saúde Ponta Grossa	13,7	11,5	10,7	11,4	12,1	11,2	9,3	9,3	11,8	9,4	12,4
4. Reg. Saúde Irati	11,2	9,3	13,5	9,4	14,1	9,6	8,4	10,7	7,4	8,3	5,4
5. Reg. Saúde Guarapuava	14,6	14,7	13,0	10,7	9,9	10,8	10,8	8,6	9,9	13,8	13,6
6. Reg. Saúde União da Vitória	13,2	12,7	11,9	8,6	11,8	7,3	12,3	10,7	10,7	10,0	11,1
7. Reg. Saúde Pato Branco	13,6	12,7	12,7	11,6	11,2	12,4	12,2	13,3	11,8	14,0	6,2
8. Reg. Saúde Francisco Beltrão	11,3	7,1	8,4	10,4	10,5	7,7	7,2	9,1	10,3	11,2	13,3
9. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	12,8	14,6	11,8	11,5	10,8	10,8	10,5	11,6	13,6	8,8	13,6
10. Reg. Saúde Cascavel	10,6	10,1	10,0	9,0	8,5	10,6	7,8	7,5	7,4	11,3	10,6
11. Reg. Saúde Campo Mourão	12,1	14,1	10,1	11,0	13,3	11,2	9,0	9,7	16,3	11,9	12,3

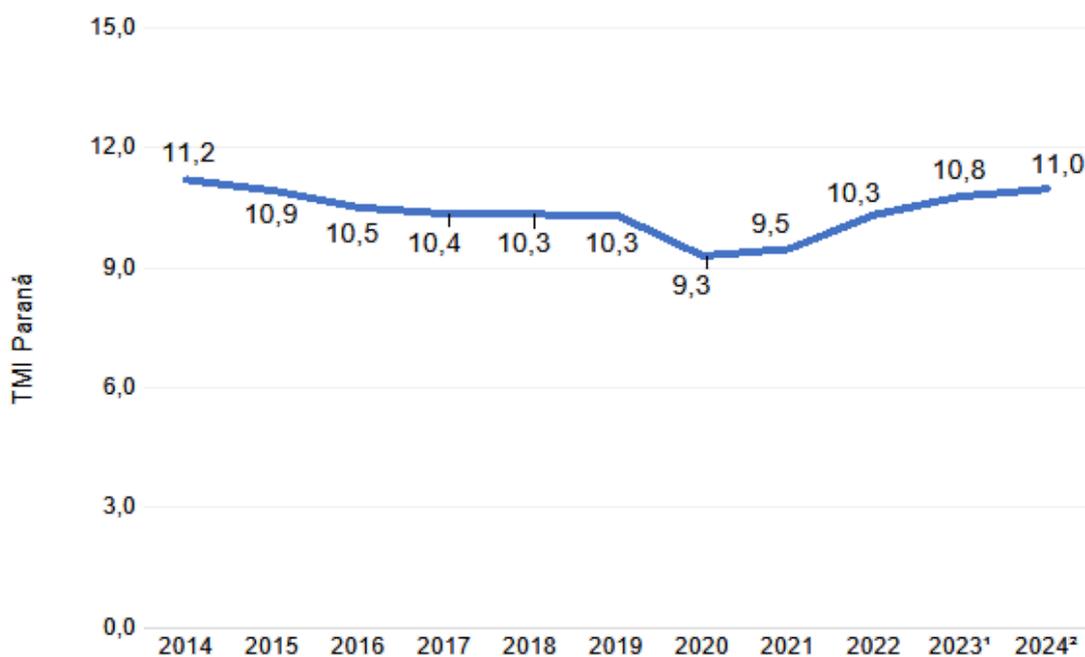
12. Reg. Saúde Umuarama	13,9	15,5	14,1	13,1	15,0	15,9	12,8	9,0	8,8	13,4	13,5
13. Reg. Saúde Cianorte	13,2	8,4	9,4	11,0	15,2	10,3	10,3	13,2	10,9	12,6	6,6
14. Reg. Saúde Paranavaí	12,3	8,3	7,9	7,4	7,4	10,7	11,7	8,9	13,2	16,6	19,6
15. Reg. Saúde Maringá	11,1	10,2	9,6	10,1	11,2	11,8	9,7	10,7	9,4	11,2	8,8
16. Reg. Saúde Apucarana	9,6	14,0	11,3	13,1	8,6	13,3	10,5	11,6	9,4	12,7	8,0
17. Reg. Saúde Londrina	9,5	10,3	10,5	13,2	10,3	11,5	11,5	10,5	11,6	11,5	12,3
18. Reg. Saúde Cornélio Procópio	11,5	12,7	12,8	14,3	12,1	14,1	10,5	8,8	11,6	10,3	16,7
19. Reg. Saúde Jacarezinho	11,2	9,7	12,4	9,8	9,4	9,8	8,2	6,5	10,1	11,2	7,1
20. Reg. Saúde Toledo	13,2	10,7	9,7	10,9	11,0	10,0	7,7	9,0	10,3	9,5	11,4
21. Reg. Saúde Telêmaco Borba	14,0	12,4	10,0	9,3	12,4	11,4	10,1	9,8	12,2	9,3	9,7
22. Reg. Saúde Ivaiporã	6,7	11,9	11,4	5,7	11,8	10,6	10,8	17,3	13,6	15,7	23,8
Total Paraná	11,2	0,9	10,5	10,4	10,3	10,3	9,3	9,5	10,3	10,8	11,0

Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM e Sinasc 03/06/2024

*2023: dados preliminares, 2024: dados parciais sujeitos a alteração

A TMI no Paraná vinha apresentando uma queda progressiva até 2020 para menos de dois dígitos (9,3/1000 NV) e após a pandemia aumento progressivo em 2024 retornando aos patamares semelhantes a 2014 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Taxa de Mortalidade Infantil/1000 nascidos vivos - Paraná, 2014 a 2024²



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM e Sinasc 03/06/2024

¹2023: dados preliminares, 2024: dados parciais sujeitos a alteração

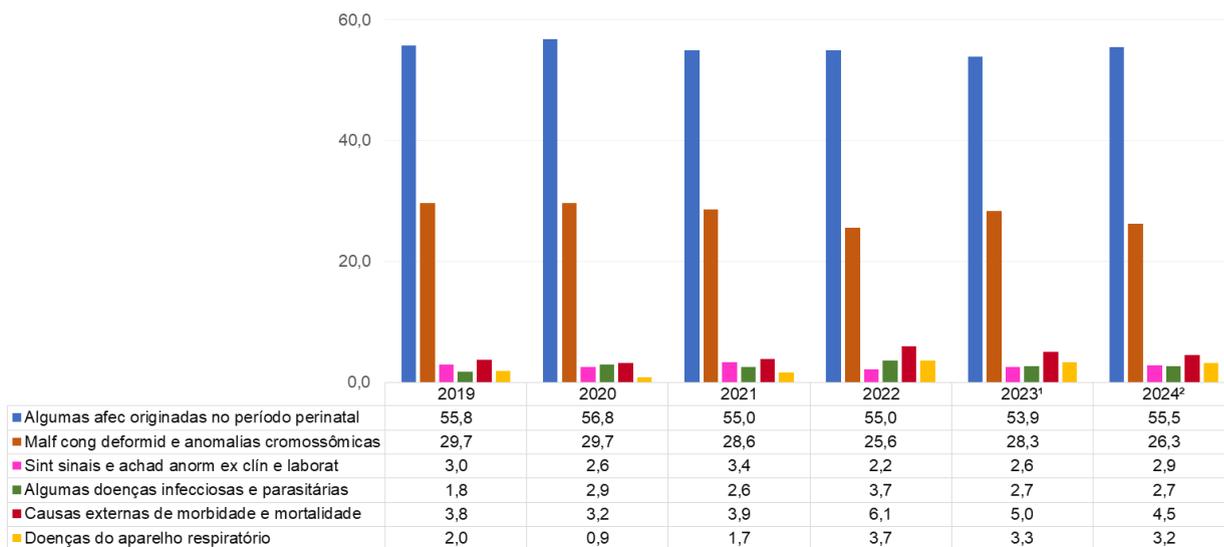
A mortalidade neonatal (aquela que ocorre nos primeiros 28 dias de vida) está relacionada às condições que refletem a atenção pré-natal, parto e período perinatal. A redução de óbitos neonatais é um dos objetivos a serem alcançados no Paraná, visto que ele representa cerca de 69,4% da TMI em 2023 e esta redução é dependente, não só da qualidade da APS, mas também de todos os níveis de atenção que diretamente se relacionam com a consolidação das RAS.

Em 2023, 87,3% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, porém além de garantir o acesso às consultas de pré-natal, há a necessidade de qualificação dessa assistência para identificação de morbidades maternas ou fetais. Conjuntamente, a utilização das boas práticas de atenção ao parto, o monitoramento fetal no trabalho de parto, a indicação do tipo de parto e a reanimação neonatal adequada precisam estar fortalecidos para redução dos indicadores de morbimortalidade infantil e fetal (SINASC, 2023).

Com relação aos óbitos em menores de um ano, as principais causas em 2023 foram: afecções originadas no período perinatal (53,9%), malformações congênitas e anomalias cromossômicas (28,3%), causas externas (5,0%), doenças

do aparelho respiratório (3,3%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (2,7%), sinais e sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais (2,6%) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Percentual das Causas de óbito por Capítulo CID-10 em menores de um ano - Paraná, 2019 a 2023

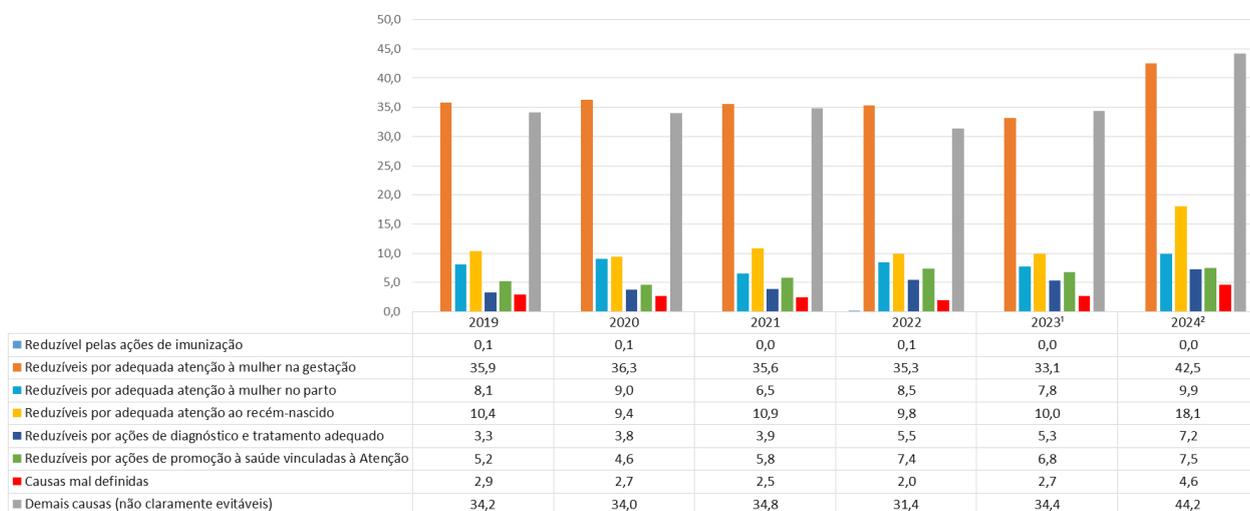


Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM e Sinasc 03/06/2024

¹2023: dados preliminares, 2024: dados parciais sujeitos a alteração

Em 2023, aproximadamente 63,0% são classificados como evitáveis. Os principais elementos contribuintes para a evitabilidade foram: atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido (50,9%), promoção à saúde vinculada a ações de atenção (6,8%) e diagnóstico e tratamento adequado (5,3%) (Gráfico 3).

Gráfico 3: Proporção de óbitos infantis segundo evitabilidade - Paraná, 2019 a 2024¹



Fonte: SESA/DAV/CVIE/DVIEP/SIM e Sinasc 03/06/2024

²2023: dados preliminares, 2024: dados parciais sujeitos a alteração

2.3. Morbidade na Infância

O manejo adequado de doenças prevalentes na infância, como as doenças diarreicas e infecções respiratórias mostrou uma tendência de redução dos internamentos por essas afecções no estado. Sendo que, na faixa etária de zero a dois anos de vida, as cinco maiores causas de internamento em 2024 (dados preliminares) foram tratamento de pneumonias ou influenza (gripe) (14,8%), afecções originadas no período perinatal (7,96%), transtornos hemorragicos e hematologicos do feto e do RN (7,56%), transtornos respiratorios e cardiovasculares especificos do periodo neonatal (7,14%), e infeccoes agudas das vias aéreas inferiores (6,52%) (SIH, 2024).

3. PONTOS DE ATENÇÃO

Os pontos de atenção são os locais em que acontece a assistência à saúde da população, e diferem entre si pela população assistida, de acordo com a complexidade do cuidado, conforme apresentado a seguir.

3.1. Atenção Primária à Saúde

A APS é o primeiro nível de atenção e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a RAS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

O acompanhamento das crianças pelas equipes da APS promove o adequado crescimento e desenvolvimento das mesmas nos primeiros anos de vida, além de diminuir o índice de mortalidade na infância.

O Paraná apresenta 2.716 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 484 equipes de Atenção Primária à Saúde (EAP), que corresponde a cobertura de Atenção Primária à Saúde de 90,33%, dos 399 municípios, 297 (74,43%) apresentam 100% de cobertura de APS (e-Gestor AB, competência dez/2023).

Além das equipes de ESF e EAP, no Paraná temos 477 equipes Multiprofissionais na APS cadastradas no CNES em abril de 2024, estas equipes contribuem para os cuidados da saúde da população, por meio de trabalho colaborativo com as demais equipes, pautada estas ações pelo princípio da integralidade, ampliando assim o escopo das ações na APS.

Atualmente, no Paraná, existem 2.068 Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Centros de Saúde e 655 Postos de Saúde, totalizando 2.723 estabelecimentos, na competência abril/2024, dados do CNES.

3.1.1. Competências da Atenção Primária à Saúde

- ❖ Conhecer o território, identificando áreas de risco, e as famílias e/ou crianças expostas à riscos e vulnerabilidades;
- ❖ Manter atualizado o cadastro das crianças no sistema de informação da APS vigente;

- ❖ Realizar o cuidado integral à saúde da criança, por meio da realização de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos no domicílio e estabelecimentos de APS;
- ❖ Realizar o atendimento odontológico às crianças desde os primeiros dias de vida;
- ❖ Avaliar a caderneta de saúde da criança em todas as oportunidades, verificando a curva de crescimento, o desenvolvimento e o estado vacinal;
- ❖ Promover boas práticas para a cobertura vacinal;
- ❖ Realizar busca ativa das crianças com atraso vacinal;
- ❖ Garantir a execução do calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) para toda criança, conforme a estratificação de risco, promovendo a captação das mesmas até o 5º dia após o nascimento;
- ❖ Acompanhar e registrar o atendimento realizado no sistema de informação da APS vigente e na caderneta de saúde da criança;
- ❖ Orientar a família/ cuidador quanto às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- ❖ Desenvolver ações intersetoriais em espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);
- ❖ Promover o aleitamento materno, visando prevenir o desmame precoce;
- ❖ Promover práticas adequadas e saudáveis de alimentação e atividade física infantil;
- ❖ Realizar busca ativa das crianças faltosas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- ❖ Notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local;
- ❖ Estratificar o risco a cada consulta, realizando o compartilhamento do cuidado com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) sempre que necessário, garantido a responsabilização da APS no cuidado;
- ❖ Realizar reuniões de equipe periódicas, objetivando o planejamento e avaliação das ações da equipe no cuidado às crianças; promovendo a readequação dos processos de trabalho sempre que necessário;
- ❖ Promover ações educativas à família que possam interferir no processo de saúde-doença-cuidado da população infantil;

- ❖ Participar das atividades de educação permanente para o aprimoramento do cuidado integral às crianças;
- ❖ Realizar monitoramento dos indicadores municipais, estaduais e federais relacionados à saúde da criança.

Para a qualificação da APS no cuidado às crianças devem ser utilizadas a Caderneta de Saúde da Criança, importante instrumento de registro e orientações para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos.

3.2. Atenção Ambulatorial Especializada

A AAE é constituída por um conjunto de ações, práticas e conhecimentos prestados em serviços de saúde de maior complexidade técnico-científico, por meio da atuação de profissionais especializados e equipamentos médico-hospitalares para a produção do cuidado em média e alta complexidade. É um ponto de atenção da RAS coordenado pela APS, estruturado na lógica da comunicação e interdependência entre os serviços de saúde.

É caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas - e deve ser preferencialmente oferecida de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada.

Os ambulatórios de atenção especializada são os pontos de atenção secundária que oferecem atendimento por equipe multidisciplinar para a criança de risco, onde se realizam atendimentos e avaliações complementares às ações desenvolvidas pelas equipes da APS. O cuidado especializado de caráter ambulatorial pode ser ofertado em ambulatórios de gestão municipal, gerenciados pelos consórcios intermunicipais de saúde ou em ambientes hospitalares. Independente da gestão desse ambulatório, é imprescindível que as diretrizes dessa Linha de Cuidado sejam observadas, de acordo com a estratificação de risco da criança.

Cada região de saúde deve possuir referenciamento ambulatorial especializado pactuado, unidades de apoio diagnóstico e assistência farmacêutica com disponibilidade de medicamentos do componente especializado aos municípios de sua abrangência.

No Paraná, os ambulatórios gerenciados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) ocupam um importante papel nos atendimentos das linhas de cuidado prioritárias da SESA-PR, com destaque para as Linhas de Cuidado Materno Infantil e da Criança.

Das 22 Regionais de Saúde, 21 delas contam com Ambulatórios Multiprofissionais Especializados gerenciados pelos CIS, atendendo, em sua maioria, à totalidade dos municípios. Dos 399 municípios paranaenses, 96,7% integram os CIS que gerenciam a AAE, o que corresponde a 84% da população do estado.

A oferta de atendimentos especializados por meio desses ambulatórios constitui-se uma estratégia viável para a gestão municipal, e permite a regionalização e a descentralização das ações e dos serviços de saúde para as crianças estratificadas como de alto risco.

O cuidado ofertado nesses serviços está organizado de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), o qual proporciona a atenção contínua de uma equipe multiprofissional, por meio de um Plano de Cuidado Individualizado e do Autocuidado Apoiado (Anexo 1), fortalecendo a interação da APS e a AAE, e da estratificação de risco para o correto e oportuno compartilhamento do cuidado.

Além disso, todos os ambulatórios devem desempenhar ações de educação permanente das equipes da APS, de supervisão clínica, possibilitando a continuidade do cuidado, ações de pesquisa clínica, favorecendo a aproximação e integração das equipes de APS e AAE. Os ambulatórios devem se articular com todos os pontos de atenção de seu território de abrangência, em seus diferentes níveis de complexidade, para garantir o cuidado integral às crianças.

3.2.1. Competências da Atenção Ambulatorial Especializada

- ❖ Garantir o acesso e a qualidade da atenção multiprofissional especializada humanizada, com base na pactuação das referências fortalecendo a regionalização da assistência;

- ❖ Garantir a presença do acompanhante, bem como a notificação de situações de vulnerabilidade social e violência, conforme previsto na legislação vigente.
- ❖ Disponibilizar com antecedência as agendas de consultas, exames e procedimentos para agendamento pelas equipes da APS;
- ❖ Estratificar o risco a cada consulta e realizar atendimento às crianças compartilhadas pelas equipes da APS com base na estratificação de risco, possibilitando a estabilização clínica e autocuidado apoiado;
- ❖ Organizar o atendimento conforme as características do Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC, no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos multiprofissionais especializados individuais sequenciais para avaliação e manejo clínico, prescrição das condutas e recomendações, sistematizados em único plano de cuidados para cada criança;
- ❖ O plano de cuidado deve ser assumido como o principal instrumento de comunicação entre as equipes, sendo inicialmente elaborado pela equipe da APS, revisado e complementado pela equipe da AAE, e monitorado por ambas as equipes;
- ❖ Realizar o registro do atendimento no prontuário e caderneta de saúde da criança, bem como nos formulários e encaminhamentos;
- ❖ Realizar ações de capacitação e apoio presencial ou a distância para as equipes da APS, AAE e usuários;
- ❖ O atendimento deverá ser realizado o mais breve possível a partir da data de estratificação, por meio da gestão da fila de espera junto às equipes de seu território de abrangência;
- ❖ Caberá à equipe da AAE responsável pelo atendimento à criança, definir a necessidade de retorno ao ambulatório conforme as Diretrizes Clínicas.
- ❖ São previstos seis (6) atendimentos multiprofissionais especializados durante os dois primeiros anos de vida da criança estratificada como Alto Risco, quatro (4) durante o primeiro ano de vida, um (1) entre 15 e 18 meses e outro aos 24 meses de vida. Após os 24 meses de vida a criança deverá ter seu acompanhamento conforme necessidade.

3.3. Atenção Hospitalar

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS, "os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde.

Conforme pactuação da Linha Guia de Atenção Materno Infantil, o atendimento hospitalar do RN até 28 dias de vida é de competência do hospital que realizou o parto (Deliberação CIB nº67 de 2022), sendo que o atendimento do RN deve acontecer desde o nascimento junto de sua mãe, pai e ou responsável legal, onde o estabelecimento deve proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um destes responsáveis, conforme previsto na Lei Federal 8.069, de 13 de julho de 1990.

Especificamente com relação à atenção hospitalar às crianças menores de dois anos, o estado do Paraná conta atualmente com 20 serviços de maternidade que aderiram à IHAC, criada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno contribuindo para a redução da mortalidade infantil (CNES, 2024).

No ano de 2023, no estado aproximadamente 32,8% dos nascimentos ocorreram em hospitais Amigo da Criança e continuamente novos hospitais vem sendo sensibilizados quanto a importância desse padrão de atendimento. O Novo Pacto para a Redução da Mortalidade Infantil no Paraná foi assinado em dezembro de 2023, e uma das ações é o comprometimento do estado e entidades civis em ampliar a certificação de hospitais com a habilitação IHAC (ação 9).

Para os RNs graves ou potencialmente graves a recomendação é que sejam internados em unidades neonatais, as quais são divididas em UTIN, UCINCo e UCINCa de acordo com as necessidades do cuidado, sendo que o quantitativo de leitos é baseado na quantidade de NV na proporção de 1.000 NV para dois leitos de UTIN, dois de UCINCo e um de UCINCa. Além disso, as diretrizes para atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, conforme Portaria nº 930, de maio de 2012, visam:

- ❖ o respeito, à proteção e o apoio aos direitos humanos;
- ❖ promoção da equidade;

- ❖ integralidade da assistência;
- ❖ atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário;
- ❖ atenção humanizada e estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao RN.

Em consonância com a Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, o Método Canguru (MC) trabalha o processo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favorece o cuidado ao RN e à sua família. O Método incentiva e valoriza a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais através do contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru. Tem um papel importante para assegurar a saúde do bebê de baixo peso mesmo após a alta hospitalar, tanto pela oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo que oferece, como pelas altas taxas de amamentação que proporciona e conseqüentemente redução na mortalidade infantil (Brasil, 2017).

No Paraná temos nove hospitais com habilitação para UCINCa com 25 leitos ativos. O Centro de Referência do estado do Paraná para o MC é o Complexo Hospital de Clínicas de Curitiba e conta com 14 tutores internos formados pelo Ministério da Saúde (MS) para disseminação do Método, e para as demais regiões de saúde o estado conta com o apoio de mais 24 tutores.

O estado ainda conta com 15 Bancos de Leite Humano (BLH) e 15 Postos de Coleta que disponibilizam leite humano como primeira opção de alimento aos bebês em terapia intensiva neonatal, em especial aos prematuros. Para garantir o fornecimento de leite humano pasteurizado para todas as UTIs neonatais do estado, é necessário maior sensibilização e estímulo de doadoras de leite além da ampliação dos postos de coleta, como também dos BLH, contribuindo assim para a redução da mortalidade neonatal.

3.3.1. Competências da Atenção Hospitalar

- ❖ Atenção humanizada qualificada baseada em evidências;
- ❖ Acesso em tempo oportuno, com a regionalização e hierarquização do cuidado segundo pactuação regional;
- ❖ Disponibilizar com antecedência as agendas de consultas, exames e

- procedimentos para utilização pelo município;
- ❖ Regulação da atenção de saúde com implementação das centrais de internação e outros dispositivos para priorização, organização e promoção de equidade;
 - ❖ Ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados;
 - ❖ Promoção e proteção do aleitamento materno;
 - ❖ Realizar no RN a prevenção da conjuntivite neonatal utilizando, preferencialmente, colírio de iodo povidona 2,5% em até 4 horas após o nascimento;
 - ❖ Realizar os testes da triagem neonatal (testes do olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho) em tempo oportuno e registrar no sistema de triagem neonatal da SESA, na Caderneta de Saúde da Criança e no prontuário;
 - ❖ Realizar no RN a administração da vitamina K por via intramuscular;
 - ❖ Realizar a vacina da Hepatite B no recém-nascido, em até 12 horas após o nascimento, e registrar no sistema do Programa Nacional de Imunização vigente e na caderneta de saúde da criança;
 - ❖ Realizar a estratificação de risco da criança ao nascer;
 - ❖ Preencher a Declaração de Nascido Vivo e informar no bloco 1 campo 6 e no bloco 6 campo 41 se há anomalia congênita;
 - ❖ Realizar o registro do atendimento no prontuário e caderneta de saúde da criança, bem como nos formulários e encaminhamentos;
 - ❖ Preencher e entregar a Caderneta de Saúde da Criança aos responsáveis pelo recém-nascido;
 - ❖ Realizar contrarreferência à APS dos atendimentos na alta hospitalar.
 - ❖ A transição do cuidado deverá ser realizada com o compartilhamento do plano de cuidado.

3.4. Atenção à Urgência e Emergência

Componente da RAS que objetiva ordenar o fluxo assistencial, e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas.

Dentro da Rede Atenção às Urgências (RAU) o atendimento é realizado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e porta de entrada hospitalares, além do atendimento em domicílio e vias públicas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número telefônico “192” e acionado pela Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) mostra-se fundamental no atendimento rápido de vítimas com intoxicação exógena, queimaduras graves, maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, outras emergências clínicas e cirúrgicas bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte. O SAMU é normatizado pela Portaria nº 2048, de 21 de maio de 2002.

Hoje no Paraná a Rede de Atenção às Urgências atinge uma cobertura de 100% do território com 12 Centrais de Regulação de Urgência, e 4 Complexos Macro Reguladores que viabilizam acesso a leito especializado em todo o estado, para além da frota terrestre com mais de 300 ambulâncias o estado conta ainda com um avião e com 5 helicópteros exclusivos para o SAMU.

4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA NO PARANÁ

A estratificação de risco deve ser realizada para todas as crianças, pois estabelece critérios a fim de garantir o cuidado adequado das crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer. A identificação em risco habitual, intermediário e alto risco possibilita oferecer um cuidado diferenciado de acordo com a necessidade da criança.

Os riscos ao nascer devem ser identificados e definidos para a alta da maternidade ou em visita domiciliar através da busca ativa do RN. A estratificação pode ser definida como risco habitual, intermediário ou alto risco, considerando também os dados maternos (idade, raça/cor, escolaridade, condições sociodemográficas) antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais.

O acompanhamento das crianças deve ser realizado pela APS, onde pode ser mantido exclusivamente ou de forma compartilhada com a AAE, quando necessário. A fim de garantir a proteção e o desenvolvimento integral da criança até

os dois anos de vida, período importante e sensível da primeira infância, a estratificação de risco deve ser **atualizada a cada consulta** durante o acompanhamento de puericultura na APS, considerando que as crianças podem ter evoluções que caracterizam a mudança do risco estratificado inicialmente.

Esta estratificação é importante porque direciona a equipe de saúde nas ações para o plano de cuidado de acordo com as necessidades da criança. As ações como busca ativa para manutenção da puericultura, calendário vacinal, bem como para o encaminhamento a AAE, quando necessário, são fundamentais para a integralidade do cuidado independente do risco estratificado.

Importante enfatizar que mesmo na necessidade de acompanhamentos específicos, a assistência integral ao paciente deve ser assegurada pelo Plano de Cuidados Compartilhado com a APS, ou seja, mesmo quando a criança precisar ser encaminhada para serviço especializado, a APS deve manter o acompanhamento desta criança. A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido.

Para o êxito do cuidado compartilhado entre as equipes da APS e AAE é fundamental que ambos mantenham os mesmos objetivos e condutas com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e instrumentos pactuados, com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, pensando na integralidade assistencial da criança.

No Paraná a estratificação de risco foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB/PR nº 57 na data de 28 de abril de 2021. Assim, o estado tem pactuado em todo o seu território a estratificação de risco, no entanto cabe às equipes de saúde a utilização deste instrumento, uma vez que este norteará a conduta e ações necessárias para cada criança.

RISCO HABITUAL		
Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem são
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe da APS	Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.

		<p>Ao Nascimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • APGAR > 7 no 5º minuto; • Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g; • Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas. <p>Entre 1 mês e 2 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triagem neonatal com resultado normal¹; • Vacinação em dia; • Adequado crescimento²; • Adequado desenvolvimento³.
--	--	--

¹ Teste da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e pezinho.

² Conforme gráficos dispostos na caderneta da criança.

³ Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

Os RN estratificados como risco habitual ao nascer devem ser colocados em contato pele a pele com a mãe, estimulando a amamentação na primeira hora de vida (exceto se mãe portadora de vírus da imunodeficiência humana (HIV+) e/ou de vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV+)) e mantidos em alojamento conjunto, além disso, é necessário realizar a triagem neonatal (testes do olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho) e iniciar a vacinação conforme o esquema vacinal do MS.

RISCO INTERMEDIÁRIO		
Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem são
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde - com maior frequência - calendário de puericultura Risco Intermediário)	Equipe da APS	<p>Características individuais e socioeconômicas materna:</p> <p>Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Com infecção intrauterina (STORCHZ⁴) + HIV; ❖ Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, ciganas, quilombolas, migrantes ou negras; ❖ Com menos de 04 consultas de pré-natal; ❖ Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; ❖ Com menos de 20 anos e mais de 03 partos;

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analfabetas ou com menos de 03 anos de estudo; ❖ Que apresentaram exantema durante a gestação; ❖ Com gravidez indesejada ⁵; ❖ Com gravidez decorrente de violência sexual; ❖ Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto⁶ e/ou natimorto ⁷); ❖ Óbito de irmão menor que 05 anos por causas evitáveis; ❖ Com histórico de violência interpessoal; ❖ Mãe sem suporte familiar ⁸; ❖ Chefe da família sem fonte de renda; ❖ Depressão pós-parto⁹; ❖ Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica; ❖ Pais com dependência de álcool e/ou outras drogas ¹⁰; ❖ Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; ❖ Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN¹¹; ❖ Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável. <p>Características do nascimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Peso ao nascer $\geq 2.000g$ e $< 2.500g$; ● Idade gestacional entre ≥ 35 e < 37 semanas; ● Anomalias congênitas menores ¹²; <p>Entre 1 mês e 2 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal; ● Criança sem realização de triagem neonatal ¹³; ● Desmame precoce (antes do 6º mês de vida); ● Desnutrição ou curva pondero estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou sobrepeso;¹⁴ ● Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado ¹⁵; ● Cárie ¹⁶; ● Criança com 03 ou mais atendimentos em pronto socorro em um período de 3 meses.
--	--

⁴ Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus, herpes virus e Zika vírus.

⁵ Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.

⁶ Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).

⁷ Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o

feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm.

⁸ Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.

⁹ Diagnóstico atual ou pregresso.

¹⁰ Pode-se utilizar a classificação T-ACE da gestante, que consta na estratificação de risco da gestante.

¹¹ Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.

¹² São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores.

Exemplos: fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospadias de 1º grau ou balanicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

¹³ Diz respeito sobre o teste da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e do pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais testes já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes mas possuem agendamento também se enquadram no critério.

¹⁴ De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade** > escore-z +2 | **Peso adequado para a idade** ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 | **Baixo peso para idade** ≥ escore-z -3 e < 2 | **Muito baixo peso para a idade** < escore-z -3.

¹⁵ Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contraindicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.

¹⁶ Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

Os RN estratificados como risco intermediário ao nascer devem ser colocados em contato pele a pele com a mãe, estimulando a amamentação na primeira hora de vida (exceto HIV+ e/ou HTLV+) e mantidos em alojamento conjunto. Realizar a triagem neonatal (testes do olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho) e iniciar a vacinação conforme o esquema vacinal do MS.

Para as crianças estratificadas como risco intermediário deve-se ampliar o calendário de consultas conforme descrito na seção **Calendário de Puericultura**. Estas crianças terão seu acompanhamento intensificado e caso evoluam sem melhora de fatores de risco ou piora dos mesmos, devem ser reestratificadas como alto risco e **o cuidado deverá ser compartilhado com a AAE**.

ALTO RISCO		
ONDE É ATENDIDA? (LOCAL)	QUEM ATENDE? (PROFISSIONAL)	QUEM SÃO
Atenção Primária em Saúde (Unidade de Saúde - com maior frequência - calendário de puericultura Alto Risco)	Equipe da APS E Equipe multiprofissional Especializada	Características do nascimento: <ul style="list-style-type: none"> • Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; • Idade gestacional ≤ 34 semanas; • Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto); • Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; • Malformações congênitas grave (com repercussão clínica)¹⁷; • Doenças genéticas, cromossomopatias ¹⁸.

<p><u>COMPARTILHADO</u></p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório) (interconsultas agendadas)</p>		<p>Entre 1 mês e 2 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infecções crônicas do grupo STORCHZ + HIV confirmadas ou em investigação; ● Doença genética, malformações congênitas graves ¹⁹ (com repercussão clínica), cromossomopatias ²⁰ e doenças metabólicas com repercussão clínica; ● Testes de triagem neonatal alterados ²¹; ● Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária ²²; ● Sinais de violência / maus tratos; ● Desnutrição grave e/ou obesidade ²³; ● Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.
--	--	--

¹⁷ Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar a morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

¹⁸ Como por exemplo, a síndrome de Down.

¹⁹ Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar a morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

²⁰ Como por exemplo, a síndrome de Down.

²¹ Diz respeito sobre os testes da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e do pezinho. A identificação de um único teste alterado já caracteriza como alto risco.

²² Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

²³ De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade** > escore-z +2 | **Peso adequado para a idade** ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 | **Baixo peso para idade** ≥ escore-z -3 e < 2 | **Muito baixo peso para a idade** < escore-z -3.

Os RN estratificados como alto risco ao nascer, que necessitem, devem ser encaminhados com urgência para a UTIN, UCINCo ou UCINCa de acordo com as normas de estabilização e transporte, quando possível serem colocados em contato pele a pele com a mãe estimulando a amamentação (exceto HIV + e/ou HTLV +).

Para as crianças classificadas como de alto risco deve ocorrer o cuidado compartilhado entre a AAE e a APS em que a família está cadastrada. A equipe da APS deve monitorar esse segmento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

Observações:

1. A **estratificação de risco ao nascer** deve ser realizada na maternidade e no primeiro atendimento do RN na APS;
2. A **estratificação de risco entre 01 mês e 02 anos de vida** deve ser realizada em

todas as consultas;

3. A **identificação de um único critério** define o extrato de risco da criança, predominando o critério maior;
4. A maternidade deverá preencher todos os campos da Caderneta de Saúde da Criança referente ao período neonatal, bem como anexar o resumo das intercorrências no período de permanência na unidade, quando da alta;
5. Quando o cuidado for compartilhado entre a APS e AAE é de extrema importância a construção e execução do Plano de Cuidados compartilhado da criança. O Plano deve ser elaborado pela APS, a AAE fará as considerações e complementações. Quando da liberação ambulatorial, a AAE enviará à APS o relatório do período de seguimento da criança;
6. A AAE indicará a periodicidade de retornos, encaminhamentos a outros especialistas e liberação ambulatorial;
7. Quando houver **comprometimento** do crescimento e/ou desenvolvimento, necessidades especiais, doenças crônicas (pneumopatia, cardiopatia, nefropatia, diabetes, problemas neurológicos), intercorrências clínicas repetidas com repercussão orgânica e situações sociais que necessitem de intervenções, o médico deverá ser o direcionador das consultas e/ou visitas domiciliares da equipe de saúde pela APS até a criança completar os 02 anos de vida ou mais.

5. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

5.1. Nascimento

Na sala de parto para um atendimento adequado, a recomendação é baseada na Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014 e na Nota Técnica nº 16, de 10 de junho de 2014 de MS, que determina que o atendimento seja realizado por profissional capacitado em reanimação neonatal, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal). Estas legislações também determinam os equipamentos mínimos necessários que devem estar disponíveis e de fácil acesso para o atendimento, assim como a temperatura da sala de parto que estar em 26°C.

Logo após o nascimento, se o RN começar a respirar ou chorar e apresenta tônus muscular em flexão, considera-se que sua vitalidade está adequada, independente do aspecto do líquido amniótico.

O clampeamento do cordão deve acontecer de forma oportuna, ou seja depois de 30 segundos no prematuro < 34 semanas de gestação e depois de 60 segundos nos bebês > 34 semanas, com boa vitalidade, pelo benefício em relação ao incremento do hematócrito nas primeiras 24 horas e maior concentração de ferritina nos primeiros três a seis meses de vida do bebê nos bebês a termo, e com discreta melhora da sobrevida, melhora da condição hemodinâmica e dos parâmetros hematológicos nos prematuros (SBP e FEBRASGO, 2022). Em seguida deve ser colocada a pulseira de identificação no bebê.

Na ausência de complicações materna e neonatal, o bebê com boa vitalidade deve ser secado e colocado nu sobre a pele de sua mãe, no tórax ou abdômen (contato pele a pele), campos aquecidos devem ser deixados sobre o binômio e uma touca deve ser vestida no RN no intuito de minimizar a perda de calor. O contato pele a pele deve durar pelo menos uma hora (hora de ouro) reduzindo o risco de hipotermia no RN, maximizando a interação mãe-bebê e favorecendo o aleitamento materno, além de acelerar a contração uterina e prevenir hemorragia materna. Salienta-se que o RN vai querer mamar por volta de 40 minutos de vida, antes deste tempo não é necessário insistir colocando o RN no seio materno para sugar.

Enquanto o binômio está na hora de ouro é importante avaliar se as vias aéreas estão pérvias, sem flexão ou hiperextensão do pescoço. A aspiração não deve ser realizada de rotina, apenas em casos de excesso de secreções. O exame físico simplificado pode ser realizado com o RN no contato pele a pele, pesos e medidas devem ser realizados somente após essa hora. Já o exame detalhado pode ser feito em até 48 horas de vida conforme a Caderneta de Saúde da Criança do estado do Paraná.

O atendimento deve seguir com a prevenção da doença hemorrágica do RN a partir da administração obrigatória da vitamina K por via intramuscular, prevenção da conjuntivite neonatal utilizando, preferencialmente, colírio de iodo povidona 2,5% em até 4 horas após o nascimento e vacina da hepatite B preferencialmente nas 12 primeiras horas de vida.

Os cuidados do bebê devem sempre ser realizados junto aos pais, fornecendo informações e orientações para continuidade do cuidado em casa. O primeiro banho é indicado após as primeiras 24 horas de vida. Em casos isolados o banho poderá ser recomendado antes deste período, devendo ser por imersão para

reduzir a perda de calor, com o cuidado da não remoção intencional do vérnix, o qual tem a função de proteção e hidratação da pele. O vérnix se desprenderá naturalmente aos poucos ao longo dos próximos banhos.

É fundamental que a equipe que atua no alojamento conjunto apoie e monitore o aleitamento materno sob livre demanda (sempre que o bebê quiser), proporcionando o posicionamento e a pega correta. Nos casos em que o RN precise ficar em berço específico e/ou incubadora é necessário estimular a ordenha manual do leite materno em até 6 horas pós-parto e manter o estímulo periódico para garantir a produção de leite para continuidade do aleitamento via sonda ou copo.

Conforme a Lei Estadual nº 20.671, de 27 de agosto de 2021, toda criança nascida nos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes da rede pública e privada do estado do Paraná terá direito ao teste de triagem neonatal biológica (teste do pezinho). Portanto, os RNs não devem receber alta antes da coleta deste teste, o qual deve ser realizado a partir de 48 horas de vida.

Além disso, existe consenso que o melhor momento para a alta hospitalar deve ser após 48 horas de vida, assim, o Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria alerta para os riscos da permanência hospitalar mãe-filho inferior a 48 horas após o nascimento. Sendo que o melhor momento da alta hospitalar da mãe e do RN deve ser uma decisão construída ao longo do período de permanência hospitalar, e os critérios para a alta incluem estabilidade fisiológica do RN e de sua mãe, prontidão e aptidão familiar para continuar os cuidados ao RN, agora em família, disponibilidade de redes de apoio social e acesso aos sistemas e recursos de saúde, após a alta. Lembrando que o neonato não deverá receber alta hospitalar até que esteja mamando sem dificuldades, ou seja, com sucção eficaz.

Na alta, observar se a Caderneta de Saúde da Criança foi preenchida adequadamente pelo profissional que atendeu o RN, com as condições de parto e nascimento. Deve-se explicar o conteúdo da caderneta para os pais. Conferir se a Declaração de Nascido Vivo (DNV) está preenchida sem rasuras e a via de cor amarela deve ser destacada do bloco e entregue aos pais. Caso contenha rasuras, o profissional deverá fazer uma retificação no verso com carimbo e assinatura do mesmo.

A equipe do alojamento conjunto deve fornecer as orientações no momento da alta, orientando o retorno à Unidade Básica de Saúde em até dez dias de vida,

preferencialmente na primeira semana de vida para acompanhamento da criança e/ou outra orientação específica quando indicado. Quando o RN permanecer hospitalizado na Unidade de Internação Neonatal, depois da alta materna, as orientações serão fornecidas à família de acordo com as condições e evolução clínica da criança.

5.1.1. Exame físico detalhado

Para o exame físico detalhado é necessário avaliar minimamente os itens listados abaixo, para a identificação de achados físicos normais esperados para a idade assim como de anormalidades. Estes achados devem ser anotados na Caderneta de Saúde da Criança:

- ❖ Tônus muscular flexor dos membros superiores e inferiores;
- ❖ Movimentação corporal ativa e simétrica;
- ❖ Sinais de: tremores, convulsões e/ou paralisia;
- ❖ Pele: Presença de lesões e/ou manchas, cianose e/ou icterícia, desidratação e lesões sugestivas de maus tratos e descrição;
- ❖ Características das fontanelas, presença de cefalohematoma, bossa serossanguínea e/ou marca de fórcepe, sinal de desidratação pelo afundamento das fontanelas;
- ❖ Olhos e pupilas;
- ❖ Permeabilidade das Narinas;
- ❖ Cavidade bucal, integridade do palato e avaliação do freio lingual conforme a Nota Técnica Conjunta nº 52, de 30 de junho de 2023;
- ❖ Pavilhões auriculares;
- ❖ Pescoço;
- ❖ Clavículas;
- ❖ Ritmo respiratório, presença de tiragem e ausculta pulmonar;
- ❖ Batimentos cardíacos e sopros;
- ❖ Fígado, baço, lojas lombares, coto umbilical e permeabilidade do ânus;
- ❖ Eliminação de mecônio e/ou urina;
- ❖ Genitais externos e meato urinário;
- ❖ Manobra de Ortolani;
- ❖ Membros superiores e pulsos braquiais;

- ❖ Membros inferiores e pulsos femorais;
- ❖ Descrever observações quando necessário.

Nos casos em que o RN não apresenta boa vitalidade no nascimento: não está respirando ou chorando ou não inicia movimentos respiratórios regulares e/ou apresenta tônus muscular flácido, deve ser conduzido à mesa de reanimação, evitando-se retirar o bebê da sala de parto, e seguidos os passos conforme as diretrizes do curso de reanimação do RN da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Após a estabilização o mesmo deve ser colocado no contato pele a pele, mesmo que tardiamente, por pelo menos uma hora também.

5.1.2. Cuidados com o Prematuro

O prematuro é a criança que nasceu pré-termo, ou seja, antes de completar 37 semanas de gestação, podendo ser classificado de acordo com a idade gestacional ao nascer, sendo o prematuro limítrofe aquele nascido entre 36 e 37 semanas; moderado nascido entre 31 e 36 semanas e prematuro extremo aquele nascido entre 24 e 30 semanas de idade gestacional.

É um bebê biologicamente mais vulnerável do que aquele nascido a termo (com 37 semanas de gestação ou mais), devido à sua imaturidade orgânica, necessitando, muitas vezes, de cuidados especiais.

Para o acompanhamento da criança prematura é necessário saber que há a idade cronológica, ou seja, idade real que a criança tem desde o nascimento, e a idade corrigida, ou seja, é a idade que a criança teria se tivesse nascido com 40 semanas. Para crianças que nasceram abaixo de 28 semanas de idade gestacional a recomendação é de utilizar a idade corrigida ao avaliar o crescimento e os marcos do desenvolvimento até os 3 anos de vida, já para os demais prematuros a recomendação é utilizar a idade corrigida até os 2 anos.

- ❖ 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 a idade cronológica. Ex: criança com 6 meses (Idade cronológica) - 3 meses (desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.

5.2. Triagem Neonatal

Os Testes de Triagem Neonatal são capazes de identificar precocemente diversas doenças congênitas que não apresentam sintomas no período neonatal. A partir deles é possível realizar o diagnóstico precoce de doenças e tratamento adequado, proporcionando melhor qualidade de vida às crianças, evitando, desta forma, deficiências e morte prematura. São de cunho obrigatório e de extrema importância e seus resultados devem ser inseridos no sistema de monitoramento da triagem neonatal da SESA (TNSESA).

5.2.1. Triagem Cardiológica (teste do coraçãozinho)

Instituído pela Lei Estadual 17.231, de 16 de julho de 2012, tem como objetivo a investigação das Cardiopatias Congênitas Críticas (CCC) através do teste do coraçãozinho nas crianças que nascem a partir de 34 semanas. Para as crianças abaixo desta idade gestacional a indicação é a investigação com ecocardiograma idealmente realizado entre o 1º e 3º dia de vida.

O teste do coraçãozinho deve ser realizado em todos RNs aparentemente saudável, entre 24-48 horas de vida, pois o canal arterial da criança se fecha espontaneamente em até 72 horas de vida e esta pode não apresentar manifestação clínica ainda devido à compensação que este canal permite.

- ❖ Público alvo: deve ser realizado em todas as crianças nascidas com idade gestacional a partir de 34 semanas.
- ❖ Quando fazer: o exame deve ser feito entre 24-48h de vida, sempre antes da alta hospitalar.
- ❖ Quem deve fazer: deve ser realizado por profissional de saúde integrante da equipe neonatal. Sugere-se que esse profissional seja preferencialmente, médico, pediatra, neonatologista ou profissional de enfermagem habilitado na técnica de aferição com oxímetro de pulso.
- ❖ Como realizar o exame:
 - Utilizar oxímetro de pulso com sensor neonatal e preferencialmente com sistema de proteção para artefatos de movimento.
 - Realizar a medida entre 24 a 48 horas de vida, para evitar falsos positivos por detecção de baixa saturação de oxigênio (SaO₂), associada à permeabilidade

do canal arterial/forame oval, comuns nesse momento de vida.

- O teste pode não detectar hipoxemia se houver interferência da luz ambiente, desprendimento parcial do sensor, interferência eletromagnética, má perfusão no local de medição e/ou hemoglobinopatia.
- Posicionar o paciente confortavelmente, observar se as extremidades estão aquecidas e bem perfundidas e fazer a medida da oximetria de pulso no membro superior direito (pré-ductal) e em algum dos membros inferiores (pós-ductal). O valor deverá ser anotado quando a curva de pulso do oxímetro estiver estabilizada e o teste será considerado positivo quando houver SaO₂ menor que 95% ou uma diferença maior ou igual a 3% entre as duas medidas (membro superior direito e membro inferior).
- No caso de teste positivo, o exame deverá ser repetido após 1 hora. Se o exame inicial de triagem foi realizado apenas do membro inferior, recomenda-se o teste completo na segunda aferição. Realizar também um exame físico detalhado buscando diagnósticos diferenciais como pneumonia e hipertensão pulmonar.
- Nos pacientes com teste positivo e outra causa para hipoxemia identificada que apresenta melhora da saturação, o ecocardiograma poderá não ser necessário.
- ❖ O que fazer quando o exame for alterado: solicitar o parecer do cardiologista e ou a realização do ecocardiograma, não dar alta até esclarecimento diagnóstico realizado por uma das duas avaliações citadas.

Caso seja confirmada a presença de CCC o tratamento deverá ser individualizado conforme cada patologia e o paciente deverá receber atendimento especializado de cardiologista pediátrico.

Legislação:

- Lei Estadual nº 17.231, de 16 de Julho de 2012 - Insere dentre as provas obrigatórias a que detecta a cardiopatia congênita.
- Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014 - Torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS.

- Nota Técnica nº 18, de 24 de novembro de 2021 - COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS - Orientações para profissionais de saúde quanto à sistematização e padronização do teste de triagem neonatal para Cardiopatia Congênita Crítica.
- Portaria nº 3.516, de 10 de Dezembro de 2021 - Mantém o procedimento Oximetria de Pulso como teste de Triagem Neonatal na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

5.2.2. Triagem Oftalmológica (teste do olhinho)

Instituído pela Lei Estadual nº 14.601, de 28 de dezembro de 2004, tem como objetivo a investigação de doenças que causam perda da transparência dos meios oculares, tais como catarata (alteração da transparência do cristalino), glaucoma (pode causar conseqüentemente alteração da transparência da córnea), toxoplasmose (alteração da transparência do vítreo pela inflamação) e retinoblastoma (alteração da coloração da retina pelo tumor intraocular). É realizado através do teste do reflexo vermelho (TRV) e deve ser feito antes da alta hospitalar e pelo menos duas a três vezes/ano nos três primeiros anos de vida.

- ❖ Quando fazer: durante o primeiro exame físico do bebê, preferencialmente antes da alta.
- ❖ Quem deve fazer: o TRV pode ser realizado por qualquer profissional de saúde bem treinado.
- ❖ Como realizar o exame: o TRV deve ser realizado utilizando um oftalmoscópio direto, a 30 cm do olho do paciente, em sala escurecida. Quando o foco de luz do oftalmoscópio estiver diretamente alinhado à pupila da criança, isso refletirá um brilho de cor laranja–avermelhado. Quando há opacidades de meios (doença ocular), não é possível observar o reflexo, ou sua qualidade é ruim. Deve-se fazer um olho de cada vez, comparando os reflexos de ambos os olhos. Não há necessidade de colírios para dilatar ou anestésias os olhos.
- ❖ O que fazer quando o exame for alterado: em caso de reflexo ausente, assimétrico (um olho diferente do outro), alterado ou suspeito, o paciente deve ser encaminhado ao serviço de oftalmologia com urgência para

esclarecimento diagnóstico em até 30 dias do resultado do exame.

Legislação:

- Lei Estadual nº 14.601, de 28 de dezembro de 2004 - Dispõe Sobre Realização de Exame de Diagnóstico Clínico de Catarata Congênita em Todas as Crianças Nascidas nos Estabelecimentos que Especifica, através da Técnica Conhecida Como "Reflexo Vermelho", e adota outras Providências.
- Resolução SESA nº 367, de 24 de agosto de 2009 - Regulamenta a realização do Exame de diagnóstico clínico de Catarata Congênita através de "Reflexo Vermelho" (Teste do Olhinho).

5.2.3. Triagem Auditiva (teste da orelhinha)

Instituído pela Lei Estadual nº 14.588, de 22 de dezembro de 2004, tem como objetivo detectar precocemente problemas auditivos congênitos ou adquiridos no período perinatal. O diagnóstico precoce da deficiência auditiva minimiza os efeitos decorrentes da surdez: desenvolvimento da fala e linguagem, cognitivo, social, emocional e educacional. É realizado através do teste de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) ou Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate) Automático ou em modo triagem.

- ❖ Público alvo: todos os RN devem realizar.
- ❖ Quando fazer: essa triagem deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames.
- ❖ Quem deve fazer: fonoaudiólogo e/ou otorrinolaringologista com equipamento adequado para o procedimento.
- ❖ Como realizar o exame: o exame deve ser feito no modo triagem do aparelho e inicialmente classifica-se o RN de acordo com risco para deficiência auditiva (Irda) conforme as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal do Ministério da Saúde, como por exemplo: RN que permaneceu mais de cinco dias na UTIN; apgar neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto de vida; infecções congênitas por STORCHZ+HIV e síndromes genéticas que expressam deficiência auditiva.

De acordo com o risco o protocolo deve ser:

- ❖ Para os RNs sem indicador de risco, utiliza-se o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE). Caso não se obtenha resposta satisfatória (falha), repetir o teste de EOAE, ainda nesta etapa de teste. Caso a falha persista, realizar de imediato o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate- Automático ou em modo triagem).
- ❖ Para os neonatos e lactentes com indicador de risco, utiliza-se o teste de Peate (Automático ou em modo triagem).

Nos casos de resposta insatisfatória no teste Peate um novo Peate deve ser realizado no mesmo serviço de saúde em até 30 dias após o primeiro teste.

Aqueles neonatos e lactentes com malformação de orelha, mesmo que em apenas uma delas e mesmo que tenham realizado o teste de EOAE, deverão ser encaminhados diretamente para diagnóstico otorrinolaringológico e audiológico.

- ❖ O que fazer quando o exame for alterado: no caso de falha no reteste Peate, os neonatos e lactentes devem ser encaminhados imediatamente para avaliação diagnóstica otorrinolaringológica e se estabelecido o topodiagnóstico (local da lesão) e o grau de perda auditiva, a criança deverá ser submetida, ao processo de habilitação, adaptando-se o aparelho auditivo até o 6º mês de vida.

Legislação:

- Lei Estadual nº 14.588, de 22 de dezembro de 2004 - Dispõe que as Maternidades e os Estabelecimentos Hospitalares Públicos e Privados do Estado do Paraná ficam obrigados a realizar, gratuitamente, o Exame De Emissões Otoacústicas Evocadas (Teste Da Orelhinha) Para O Diagnóstico Precoce De Surdez Nos Bebês Nascidos Nestes Estabelecimentos.
- Resolução SESA nº 214, de 31 de março de 2009 - Regulamenta a realização do Teste de Emissões Otoacústicas Evocadas para Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha).
- Lei Federal nº 12.303, de 02 de agosto de 2010 - Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas

Evocadas.

- Resolução SESA nº 57, de 18 de fevereiro de 2015 - Regulamenta a realização do Teste de Emissões Otoacústicas Evocadas para Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha).

5.2.4. Triagem Biológica (teste do pezinho)

É realizado através do teste do pezinho com a coleta de algumas gotas de sangue, do pé (calcanhar) ou de acesso periférico (acesso venoso periférico) do neonato, para investigar doenças graves que não apresentam sintomas ao nascimento e precisam iniciar o tratamento precocemente (Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001). Atualmente as doenças triadas são:

- fenilcetonúria e outras hiperfenilalaninemias;
 - hipotireoidismo congênito;
 - doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
 - fibrose cística;
 - hiperplasia adrenal congênita;
 - deficiência de biotinidase e
 - toxoplasmose congênita.
-
- ❖ Público alvo: todos os RN devem realizar o teste.
 - ❖ Quando fazer: a coleta deve ser feita com 48 horas de vida do bebê ou antecipada em caso de transferência hospitalar, transfusão sanguínea ou alta precoce, não ultrapassando o 5º dia de vida do bebê. O teste deve ser realizado sempre antes da alta, mesmo que ocorra antes de 48h de vida, nessas situações deverá ser realizado o teste na APS entre 48h e 5 dias de vida do RN. Deve-se orientar os pais quanto ao acesso do resultado, com a senha contida no comprovante de coleta por meio do acesso ao site da Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE): www.fepe.org.br.
 - ❖ Quem deve fazer: preferencialmente por integrante da equipe de enfermagem, médico ou profissional capacitado para a coleta do sangue.
 - ❖ Como realizar o exame: para amenizar a dor da coleta de sangue indica-se que o bebê esteja preferencialmente no colo da mãe, em contato pele a pele e/ou em amamentação por alguns minutos antes e após o procedimento

doloroso.

- **Punção:** deve ser realizada obrigatoriamente com lancetas apropriadas para a coleta de sangue periférico que são disponibilizadas pelo laboratório de referência - FEPE. A escolha do local adequado para a punção é importante, devendo ser numa das laterais da região plantar do calcanhar, local com pouca possibilidade de atingir o osso. Segure o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o polegar todo o calcanhar, de forma a imobilizar, mas não prender a circulação. A punção só deverá ser realizada após a assepsia e secagem completa do álcool.

Figura 3: Local para punção do calcâneo



Fonte: O autor, 2024.

- **Coleta de sangue:** aguardar a formação de uma grande gota de sangue. Retire com algodão seco ou gaze esterilizada a primeira gota que se formou. Ela pode conter outros fluidos teciduais que podem interferir nos resultados dos testes. Encostar o verso do papel-filtro na nova gota que se forma na região demarcada para a coleta (círculos) e fazer movimentos circulares com o cartão, até o preenchimento de todo o círculo. Deixe o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea pelo papel-filtro, evitando concentração de sangue. Não permita que ele coagule nem no papel-filtro nem no pé do bebê. Só desencoste o papel-filtro do pé quando o círculo estiver todo preenchido. Os limites estabelecidos servem de guia para a quantidade de material necessária à realização dos testes e também para se

evitar a supersaturação de sangue no papel-filtro (encharcado, empapado), o que inviabilizaria a amostra. Não tocar com os dedos a superfície do papel-filtro na região dos círculos. Qualquer pressão poderá comprimir o papel-filtro, que irá absorver menor quantidade de sangue e comprometer os resultados dos testes. Repita a mesma operação até que todos os círculos estejam totalmente preenchidos. Jamais retorne um círculo já coletado no local do sangramento para completar áreas mal preenchidas. A superposição de camadas de sangue interfere nos resultados dos testes. Se houver interrupção no sangramento, aproveite o momento de troca de círculo para massagear novamente a região do calcanhar, passar um algodão seco ou gaze esterilizada com firmeza no mesmo local da punção para retirar o tampão de fibrina e plaquetas que se formou com o processo fisiológico de coagulação natural do organismo. Isso irá ativar novamente a circulação. É necessário que o sangue atravesse (seja absorvido) pela camada do papel-filtro até que todo o círculo esteja preenchido com sangue de forma homogênea. Jamais vire o papel-filtro para fazer a coleta dos dois lados.

Figura 4: Preenchimento correto das esferas do papel filtro



Fonte: Ministério Saúde

- Secagem e armazenamento da amostra:** terminada a coleta, as amostras deverão ser submetidas ao processo de secagem à temperatura ambiente (15° a 20°C por cerca de 3 horas), em dispositivo próprio ou superfície plana, isolada, e que a área contendo sangue fique livre de qualquer contato. A posição horizontal permite a distribuição do sangue de forma homogênea.

Não expor a luz solar, ventilação forçada, contato com superfícies que podem prejudicar o espalhamento uniforme do sangue ou absorver o sangue coletado, não realizar o empilhamento das amostras. Quando estiverem completamente secas elas podem ser empilhadas para serem armazenadas, ao abrigo da luz, vento, umidade, calor excessivo ou mesmo ar condicionado, podendo ser utilizadas caixas de isopor para uma melhor preservação. Não permanecer com a amostra coletada na unidade por mais de dois dias.

5.3. Teste da Linguinha

O teste da linguinha está previsto na Lei Federal nº 13.002, de 20 de junho de 2014 e a Nota Técnica conjunta nº 52, de 06 de dezembro de 2023, não está contido nos exames de triagem neonatal, no entanto, é importante destacar que os profissionais e estabelecimentos de saúde devem ser orientados sobre a identificação precoce da anquiloglossia em RN, tendo em vista sua potencial interferência sobre a amamentação. A anquiloglossia é um diagnóstico clínico dado quando o frênulo lingual restringe a mobilidade da língua. Contudo, como a relação entre estrutura anatômica e limitação funcional ainda é incerta, o diagnóstico de anquiloglossia permanece subjetivo.

Avaliação do frênulo lingual: recomenda-se a utilização do Protocolo Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool - BTAT) (INGRAM et al, 2013) por profissional capacitado da equipe de saúde multiprofissional que atenda o binômio mãe e RN na maternidade. O Protocolo Bristol foi desenvolvido com base na prática clínica e com referência à Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual (ATLFF) de Hazelbaker (HAZELBAKER, 1993). Este instrumento é de simples execução e fornece uma medida objetiva da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na identificação dos RN que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento.

Figura 5: Avaliação clínica do frênulo lingual

	0	1	2
Qual é a aparência da ponta da língua?			
Onde está fixada a extremidade inferior do frênulo?			
Quanto a língua se eleva (durante o choro)?			
Quanto a língua se estende para a frente?			

Fonte: Venâncio et al., 2022

Avaliação da mamada: reitera-se a importância da avaliação da mamada como procedimento rotineiro a ser realizado pelos profissionais de saúde que atendem o binômio mãe e RN. Vale ressaltar que quando houver dificuldades na amamentação, independente do resultado do Protocolo Bristol, é importante que a mãe e o RN recebam o suporte e acompanhamento necessário na Rede de Atenção à Saúde.

5.4. Teste do Bracinho

No Paraná a Lei Estadual nº 19.791, de 20 de dezembro de 2018, institui a prática do teste do bracinho nas consultas pediátricas em crianças a partir de 03 anos de idade, atendidas pela rede pública de saúde no âmbito do estado.

Profissionais de saúde registrados em suas entidades profissionais devem realizar o teste do bracinho, que consiste na medição da pressão arterial em crianças. Este teste é praticado durante consultas pediátricas em crianças a partir de três anos.

Constituem objetivos do teste do bracinho o rastreio, diagnóstico e prevenção de:

- hipertensão arterial infantil;
- doenças cardíacas;

- doenças renais;
- complicações renais, cardiológicas e em retina.

Nas aferições de pressão arterial que apontarem possíveis alterações, a criança deverá ser encaminhada para atendimento especializado e realização de exames complementares.

Para tal procedimento é imprescindível a utilização de braçadeira pediátrica do esfigmomanômetro adequada ao tamanho do braço da criança e interpretação do resultado da aferição em tabelas de percentis de pressão arterial correlacionados com os percentis de estatura, disponíveis no documento Hipertensão Arterial na Infância e Adolescência. A técnica de aferição da pressão arterial em crianças pode exigir treinamento específico da equipe que realizará o procedimento, considerando que se difere da rotina de aferição em adultos.

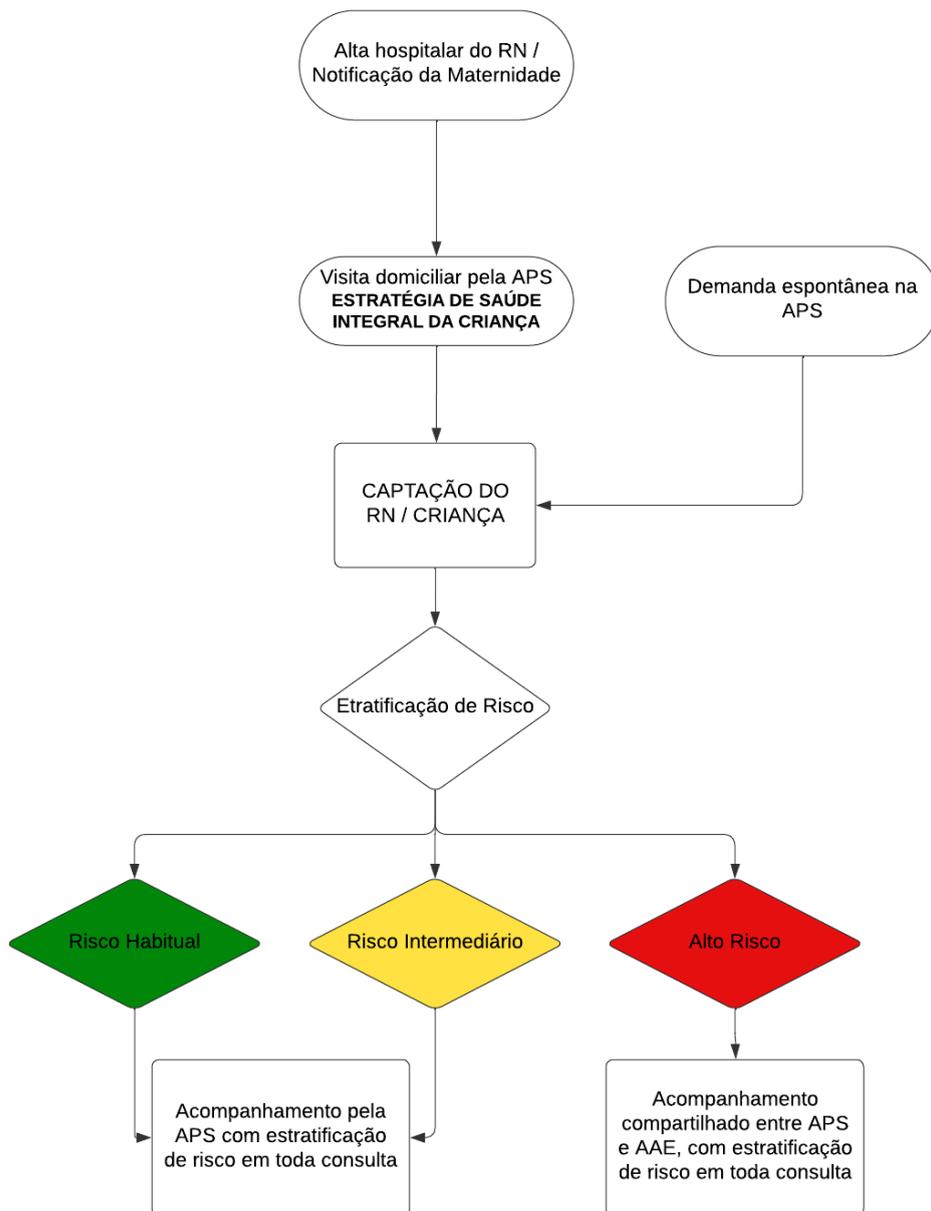
5.5. Captação e Estratificação de Risco/Vulnerabilidades

As crianças devem chegar à APS por meio do contato da maternidade com a Unidade de Saúde para o agendamento da consulta, captação nas visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) através das ações da “Estratégia 05º dia de Saúde Integral” que visa incentivar a mãe a ir a Unidade de Saúde do 3º ao 5º dia após o parto para acompanhamento da saúde da mãe e do bebê. Esta captação também pode ocorrer pela procura espontânea da família.

Dentre as ações da “Estratégia 5º dia de Saúde Integral” destaca-se: orientar sobre os cuidados com o RN e os sinais de alerta, apoiar e incentivar o aleitamento materno; verificar o calendário vacinal; confirmar/orientar quanto à triagem neonatal, caso não tenha sido realizado na maternidade; apoiar nas dificuldades apresentadas pela mãe, encaminhar para o planejamento familiar e o agendamento de consultas para a puérpera/criança e identificar a criança com risco adquirido/associado.

O profissional de saúde que realizar a consulta deve fazer a Estratificação de Risco (Fluxograma 1), para planejar o calendário de consultas na APS além de outros encaminhamentos, conforme o calendário da puericultura.

Fluxograma 1: Captação e Estratificação de Risco



Fonte: O autor, 2024.

5.6. Calendário de Puericultura

A equipe de APS, no âmbito da saúde da criança, pode organizar o processo de trabalho com a oferta de uma atenção equânime e integral que depende da estratificação de risco e da presença de vulnerabilidades. Assim, a atenção da criança deve ser diferenciada se for detectada a **vulnerabilidade sociofamiliar**, onde se destaca:

- ❖ Mães com deficiências física ou transtorno mental;
- ❖ Pais ou responsáveis dependentes de álcool e outras drogas;
- ❖ Famílias em situação de pobreza;
- ❖ Famílias em situações de violência;
- ❖ Condições sociais, econômicas e ambientais desfavoráveis.

O MS recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, além de duas consultas no 2º ano de vida e, a partir do 3º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês de aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência.

O número de consultas (TABELA 3 e 4) diferenciado pela avaliação da Equipe Multiprofissional dependerá da capacidade instalada na APS, estimando a população infantil no território de abrangência e nas demandas populacionais. Entre as ofertas da APS no cuidado à criança estão as visitas domiciliares, os grupos, as ações de promoção e prevenção na unidade, na escola e na comunidade.

A consulta da primeira semana de vida deve ser realizada pelo médico da equipe da APS e na sequência pode-se alternar a consulta de enfermagem com a consulta médica no decorrer do calendário estabelecido pelo risco de cada criança. O adequado registro da consulta de puericultura deve ser realizado no SISAB na ficha de atendimento individual a partir da classificação:.

- Para médicos - CID 10 com os códigos: Z001, Z002, Z134, Z761, Z762, P92, P920, P921, P922, P923, P924, P925, P928, P929;
 - Para enfermeiros - CIAP 2 com os códigos: P11, P22, T04, T10, A97, A98.
- A seguir o calendário de consultas conforme a Estratificação de Risco.

Tabela 3: Calendário de consultas de puericultura na APS, conforme estratificação de risco

ER	01ª sem	01º mês	02º mês	03º mês	04º mês	05º mês	06º mês	07º mês	08º mês	09º mês	10º mês	11º mês	12º mês	15º mês	18º mês	21º mês	24º mês
RH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
RI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
AR	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: O autor, 2024.

Tabela 4: Calendário de consultas de puericultura na AAE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS NO AAE
Alto risco	6 atendimentos multiprofissional: <ul style="list-style-type: none"> • 4 durante o 1º ano de vida; • 1 entre 15 e 18 meses; e • 1 aos 24 meses de vida.

Fonte: O autor, 2024.

5.7. Estado Nutricional

O adequado acompanhamento do crescimento é de extrema importância, principalmente neste período de vida, pois constitui o período de maior vulnerabilidade para a ocorrência de agravos nutricionais. O monitoramento frequente do peso e da estatura da criança permite a identificação precoce da subnutrição e da obesidade, bem como a intervenção em tempo oportuno.

Das crianças menores de dois anos, residentes no estado do Paraná no ano de 2023, 63,0% (186.240), tiveram seu peso e comprimento registrados nos sistemas de informação da APS, segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). De acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade, um dos índices recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a avaliação do estado nutricional, que expressa a relação entre o peso e o comprimento da criança para a idade, 62,6% das crianças avaliadas estavam eutróficas, 4,1% com desnutrição (sendo 2,5% magreza e 1,7% magreza acentuada), 20,0% com risco de sobrepeso e 13,3% com excesso de peso (sendo

7,8% sobrepeso e 5,4% obesidade).

Intervenções que promovam práticas adequadas e saudáveis de alimentação infantil são fundamentais nos dois primeiros anos de vida, sendo decisivas para o crescimento e desenvolvimento, para a formação de hábitos saudáveis e para a manutenção da saúde. Igualmente importante é a prática de atividade física, inclusive para bebês, pois contribui para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, além de diversos outros benefícios como o de auxiliar no controle do peso adequado e reduzir o risco de obesidade, melhorar a qualidade do sono, auxiliar na coordenação motora, melhorar funções cognitivas e prontidão para o aprendizado, ajudar na integração e desenvolvimento de habilidades sociais, contribuir para o crescimento saudável de músculos e ossos, melhorar a saúde cardíaca e melhorar a condição física geral.

Crianças que são fisicamente ativas tendem a manter a prática de atividade física ao longo da vida. É importante salientar que o ato de brincar também pode ser utilizado pelos cuidadores como incentivo à prática de atividade física.

5.8. Imunização

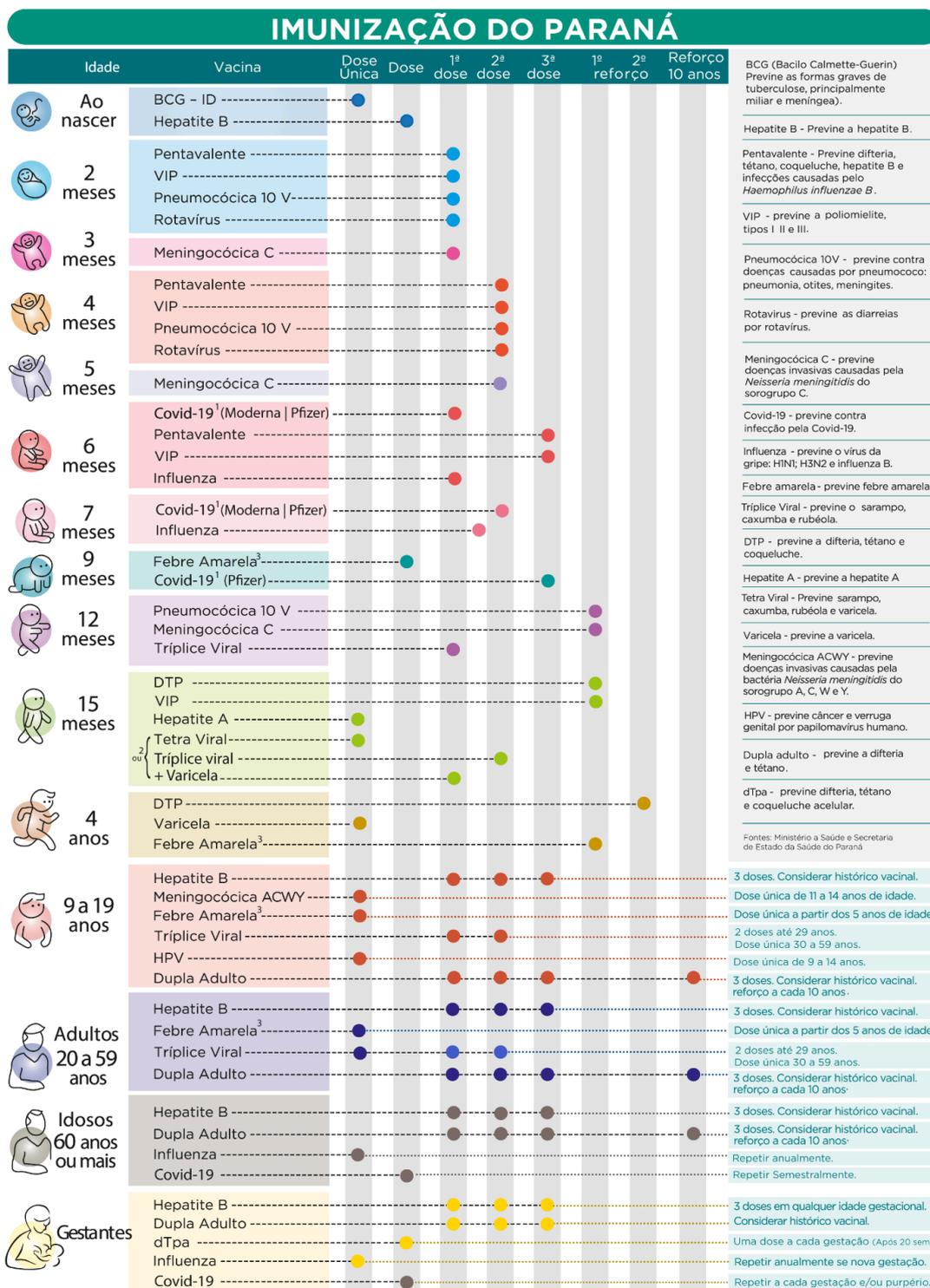
A vacinação é uma intervenção de elevado benefício em relação ao seu custo, pois tem contribuído para o avanço no caminho para a conquista da erradicação da poliomielite, sarampo e demais doenças imunopreveníveis. A prevenção, controle e eliminação das doenças imunopreveníveis exige o desenvolvimento de estratégias específicas para atingir as coberturas de vacinação desejáveis.

A vacinação em dia (FIGURA 3) também é um ponto importante para o crescimento saudável. A cobertura vacinal é um indicador de saúde pública fundamental para a redução de doenças imunopreveníveis, pois permite acompanhar a porcentagem da população que está protegida contra essas doenças, bem como identificar as áreas vulneráveis. O monitoramento e avaliação deste indicador de forma sistemática é importante para que estratégias e ações de intervenção sejam realizadas, com o objetivo de aumentar a proteção da população adscrita. Este indicador é monitorado através de diversos instrumentos de gestão.

Por meio deste indicador é possível realizar a classificação de risco de cada município para introdução/reintrodução das doenças imunopreveníveis, subsidiando

os municípios na tomada de decisão em relação às medidas a serem adotadas para o cumprimento das metas vacinais, sendo esta de 95% para as vacinas BCG e Rotavírus, enquanto que para Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica 10, Poliomielite, Febre Amarela e Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) a meta é de 95%. Além destas vacinas, estão preconizadas para as crianças até dois anos de idade a vacinação aos 15 meses de vida com a DTP (tríplice bacteriana infantil que previne a difteria, tétano e coqueluche), dose de reforço com VIP (vacina inativa contra a poliomielite que previne a poliomielite tipo I, II e III), Hepatite A e a Tetra viral ou Tríplice viral + varicela (que previne contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela).

Figura 6: Calendário de vacinação da criança



¹ ATENTAR PARA O FABRICANTE DA VACINA COVID-19 (MODERNA - 2 DOSES, PFIZER - 3 DOSES)

² NO CASO DE INDISPONIBILIDADE DA TETRA VIRAL, TOMAR A TRÍPLICE VIRAL + VARICELA

³ PESSOAS QUE RECEBERAM (1) UMA DOSE DA VACINA ANTES DOS 5 ANOS, DEVEM REALIZAR DOSE DE REFORÇO

5.9. Atendimento Odontológico

Quanto ao atendimento odontológico, preconiza-se que as crianças tenham atendimento odontológico priorizado desde o nascimento, com foco na promoção da saúde e prevenção das doenças bucais. A puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, entre 07 e 10 dias, sendo incentivada desde o pré-natal, na maternidade e também pelos agentes comunitários de saúde, durante a visita do puerpério.

Os profissionais da equipe de Saúde Bucal podem realizar o primeiro contato com os bebês em consultas individuais ou por meio de atividades em grupo (ex.: orientações aos pais e responsáveis e, em seguida, o exame clínico das crianças), interconsulta (ex: atendimento conjunto do médico ou enfermeiro com o cirurgião-dentista) ou consulta sequencial programada (ex.: estipular o dia da consulta odontológica no mesmo dia e horário da consulta de acompanhamento médico/enfermagem ou vacinação).

Os objetivos dessa primeira consulta consistem em orientar a nutriz e apoiar a família para o aleitamento materno, realizar o primeiro exame clínico bucal para avaliação da higidez dos rodetes gengivais e a detecção de alguma anomalia (nódulos, pérolas e cistos), avaliar a presença de dentes natais ou neonatais, observar as características do frênulo lingual e necessidade ou não de frenectomia.

As demais consultas devem ser programadas conforme o risco da criança e o tratamento deverá ocorrer sempre que necessário, com equidade por meio da estratificação de risco odontológico. Mais informações sobre o tema podem ser encontradas na Linha de Cuidado em Saúde Bucal – 3º edição – 2021, e na Estratificação de Risco em Saúde Bucal, conforme links abaixo:

❖ **Linha de Cuidado em Saúde Bucal:**

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@59478134-3a6a-4c1c-9eec-1d2e829d4ee2&emPg=true>

❖ **Estratificação de Risco em Saúde Bucal – Instrutivo:**

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@b6bf2dc1-207a-43f9-a309-d5bff777ec12>

5.10. Desenvolvimento Psíquico

O estímulo e a vigilância do desenvolvimento infantil é essencial para o fortalecimento das competências neuropsicomotoras, assim como emocionais e trará benefícios permanentes à evolução da criança. Além dos estímulos visuais, auditivos, olfativos, motores e de interação com adultos, faz-se importante a incorporação de carinho e afeto na promoção do cuidado amoroso, o que impacta diretamente na saúde mental na primeira infância e ao longo do seu desenvolvimento.

Assim, a APS tem um papel essencial na promoção e prevenção da saúde mental da criança. Todas as ações preventivas podem ser desenvolvidas nas atividades rotineiras da APS, com utilização dos recursos do território quando necessário.

Considerando a importância do vínculo criança-cuidador para o desenvolvimento, a promoção de saúde mental pode incluir ações como: incentivar a interação e a brincadeira, apoiar o cuidador em identificar as emoções da criança e respeitá-las, e contribuir para a confiança do cuidador em suas próprias capacidades de cuidador. Auxiliar a família a fortalecer sua rede de apoio também faz parte da promoção de saúde mental da criança, assim como a orientação ao planejamento familiar, preparação para parto e puerpério (como receber a criança, organizar o sistema familiar) e o acompanhamento da família, não só do bebê, durante o puerpério.

A amamentação pode ser um ponto-chave para o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, além disso, estratégias de orientação, estímulo e favorecimento do aleitamento prolongado na APS favorecem a prevenção de doenças infecto-contagiosas.

É importante observar na família a qualidade das relações interpessoais, recursos pessoais no cuidado, situação socioeconômica, aspectos culturais, condições de moradia e estar atento a fatores de risco como: violência doméstica, tentativa de suicídio, instabilidade/escassez de vínculos afetivos significativos, histórico de abuso de substâncias psicoativas e história familiar.

Nos primeiros anos de vida, a avaliação do desenvolvimento psíquico da criança deve considerar os marcos de desenvolvimento e também o seu vínculo com os cuidadores, por isso, é fundamental avaliar a criança e seu contexto familiar em

conjunto. Deve-se observar se a criança busca o cuidador e tenta comunicar-se com ele, como é sua interação com adultos e com outras crianças e se apresenta interesse no ambiente e em brincadeiras. Alterações do sono e dos hábitos alimentares também devem ser consideradas. A partir dessa avaliação, conforme a necessidade é possível realizar um acompanhamento de puericultura mais frequente, assim como o compartilhamento do cuidado com a AAE.

5.11. Promoção da Cultura de Paz

Para a qualificação da APS no cuidado às crianças, além da Caderneta de Saúde da Criança, a Linha de cuidado para atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência também deve ser utilizada.

Segundo a OMS, a violência pode ser definida como "o uso intencional de força ou poder físico, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem alta probabilidade de resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, desenvolvimento deficiente ou privação" (WHO, 2014) e pode ser classificada de acordo com o tipo autoprovocada, interpessoal e coletiva e a natureza como a física, sexual, psicológica e a negligência/abandono (Brasil, 2014).

O profissional deve estar atento ao comportamento da criança e sinais que podem indicar uma situação de violência, bem como deve estabelecer o vínculo com o responsável pela criança, ter um olhar integral, considerando seu contexto social, econômico, familiar e identificar as situação de vulnerabilidades e os riscos.

Ao identificarem casos suspeitos ou confirmados de violência, os profissionais devem seguir as etapas do cuidado integral, o acolhimento, atendimento, notificação da violência, comunicação ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes e dar segmento na rede de proteção e atenção (Brasil, 2011).

De acordo com a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação de violência interpessoal e autoprovocada é uma das ações de vigilância em saúde, e uma das etapas do cuidado. A notificação compulsória é uma ferramenta primordial para o dimensionamento do fenômeno da violência, bem como suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de enfrentamento, prevenção às violências e proteção integral, deve-se seguir o disposto no Instrutivo de

notificação de violência interpessoal e autoprovocada (VIVA) e demais Normativas vigentes do MS.

As equipes da APS, devem estar inseridas na rede de proteção social local, para desenvolver ações e estratégias articuladas, tanto para a atenção, quanto para a prevenção de novas situações de violência. A atuação interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional de forma planejada é imprescindível para a garantia do cuidado integral.

Prevenir a violência contra a criança é possível, e quanto mais cedo iniciar a prevenção maiores são as chances de proteção. Deve-se evitar que as violências que já ocorreram voltem a acontecer por meio de ações de promoção da cultura de paz, comunicação não violenta e diálogo familiar (Brasil, 2014).

A compreensão, por parte dos cuidadores, dos comportamentos naturais da infância e etapas do neurodesenvolvimento é fato crucial para o estabelecimento da boa convivência domiciliar, manejo adequado das peculiaridades interpessoais e, assim, evitar a violência contra a criança.

5.12. Prevenção de acidentes domésticos e de trânsito

Além das violências, outro fator importante de se abordar no atendimento às famílias com crianças até dois anos é a prevenção de acidentes domésticos e de trânsito. Pois as crianças naturalmente devido a seu processo de desenvolvimento e crescimento e com seu comportamento exploratório podem se colocar em risco (Brasil, 2012).

Os acidentes domésticos nesta faixa etária estão muitas vezes associados ao descuido ou distração por parte dos pais ou responsáveis e são evitáveis na maioria dos casos com medidas simples. Os acidentes mais comuns são: queimaduras, traumas de impacto, afogamentos, quedas, aspiração, sufocação, choque elétrico, intoxicação, acidentes de transporte e atropelamento (MACG, 2020).

As principais causas de morte acidental são: sufocação até um ano de idade, afogamento em crianças de 1 a 4 anos e acidentes de trânsito, quando elas são ocupantes seguido por quando são pedestres e sofrem atropelamento, nas crianças de 5 a 14 anos (DATASUS).

Já referente as principais causas de internações por acidentes temos as

quedas como o acidente que mais causa internação seguido pelas queimaduras (DATASUS).

As evidências científicas comprovam que o uso correto dos dispositivos de retenção infantil para crianças em veículos automotores, é altamente eficaz na redução das lesões graves e fatalidades no trânsito. Por este motivo, deve ser observado em qual dos cinco grupos de massa a criança se enquadra, em função do seu peso e de sua altura, sendo importante considerar, ainda, seu desenvolvimento neurológico (crianças prematuras ou com necessidades especiais). Os estudos mostram, também, que é mais seguro transportar crianças no banco traseiro do veículo, preferencialmente, na posição central, quando este assento dispuser de cinto de segurança de três pontos. No caso de haver cinto de segurança somente abdominal no assento traseiro central, é indicado afixar o equipamento de retenção infantil em um dos bancos traseiros laterais do veículo (Vital *et al*, 2019).

Os acidentes podem ser prevenidos com a identificação dos fatores de risco na residência e nos espaços de convivência domésticos e veiculares. Desta forma é fundamental a adequação destes espaços para que sejam seguros ao desenvolvimento saudável da criança. Importante pontuar que nessa fase de desenvolvimento a criança precisa estar sob os cuidados e supervisão contínua de um adulto (São Paulo, 2018). Tais recomendações e orientações encontram-se também disponíveis de forma mais detalhada na Caderneta de Saúde da Criança e no Caderno de Atenção Básica nº 33.

5.13. Cuidados Paliativos Pediátricos

Os cuidados paliativos pediátricos são aqueles que previnem, identificam e tratam crianças que sofrem com doença crônica, progressiva e avançada. Eles são apropriados, em qualquer fase da doença, e oferecem mais vantagens quando oferecidos cedo, juntamente com outras terapêuticas orientadas para curar ou controlar a doença subjacente (OPAS, 2022).

Pilar do Cuidado Paliativo Pediátrico: alívio do sofrimento por meio de manejo adequado dos sintomas físicos e dos agravos emocionais, e incluem o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual dos pacientes e de seus familiares.

Na América Latina, geralmente se utiliza a classificação desenvolvida pela Associação Pediátrica para Cuidados Paliativos (ACT) e do Royal College de Pediatria e Saúde da Criança (RCPCH) no Reino Unido. Esta classificação divide os

pacientes em quatro grupos de acordo com o curso clínico esperado. São eles:

I) Condições para as quais o tratamento curativo é possível, mas pode falhar. Exemplos: doenças oncológicas progressivas, avançadas ou com prognóstico reservado, cardiopatias congênitas complexas ou adquiridas e doenças candidatas a transplante.

II) Condições sem chances realistas de cura da doença, mas cuja sobrevivência pode ser prolongada significativamente (por tratamentos intensivos que permitem longos períodos de atividade normal). Exemplos: infecção pelo HIV, fibrose cística, distrofia muscular progressiva, insuficiência respiratória crônica, imunodeficiências graves e epidermólise bolhosa grave.

III) Doenças progressivas sem chances realistas de cura (deterioração progressiva a partir – ou antes – do diagnóstico). Exemplos: doenças metabólicas progressivas, osteogênese imperfeita grave, doenças neurodegenerativas.

IV) Doenças não progressivas, mas irreversíveis (com altas chances de causar morte prematura devido a complicações). Exemplos: encefalopatia crônica não progressiva, anoxia grave, malformações cerebrospinais graves, seqüela de trauma grave (PAHO, 2024).

6. CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA

O cuidado longitudinal ou vínculo longitudinal do cuidado, consiste no acompanhamento a longo prazo, ao longo do tempo, na qual se espera uma relação terapêutica que envolve a responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do usuário.

Os benefícios associados ao vínculo longitudinal incluem menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva e reconhecimento dos problemas dos pacientes, atenção mais oportuna, redução das hospitalizações e dos custos assistenciais (Baricati, 2016).

No cuidado longitudinal à saúde da criança até dois anos de idade pela equipe da APS, desde consultas regulares de rotina ou no acesso à rede de atenção de forma tardia, deve-se incluir o acolhimento da criança no contexto familiar e a identificação de risco e vulnerabilidade.

6.1. Abordagem Domiciliar

A visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à RAS. É de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade.

Deve ser realizada preferencialmente até o 5º dia de vida do RN de **RISCO HABITUAL**, **RISCO INTERMEDIÁRIO** e **ALTO RISCO**. Para guiar a visita domiciliar pode-se utilizar o anexo 2.

6.1.1. Avaliação de Vulnerabilidades

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Observar condições ambientais, sociais, econômicas e familiares desfavoráveis; ❖ Parto domiciliar: motivos para o parto domiciliar sem assistência, situações de abandono familiar, sofrimento psíquico e violências; ❖ Verificar como são realizados os primeiros cuidados com RN; ❖ RN com permanência na maternidade: identificar a causa e comunicar à Equipe da APS. 	Equipe da APS

6.1.2. Avaliação Clínica

COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Avaliar sinais de alerta: Recusa alimentar, vômitos, convulsões, apnéia, irritabilidade, letargia, inconsciência, cianose, palidez, icterícia visível abaixo do umbigo, FC<100 bpm, FR>60 irpm, Temperatura >37,5°C ou <35,5°C, tiragem subcostal, batimento de asas do nariz, gemidos, fontanelas abauladas, afundamento das fontanelas, secreção purulenta do ouvido, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta, pústulas na pele.</p>	Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)

6.1.3. Orientações de Aleitamento Materno

COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Orientações para pega e posicionamento adequados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ O bebê deve estar virado para a mãe, bem junto de seu corpo, completamente apoiado e com os braços livres; ❖ A cabeça do bebê deve ficar de frente para o peito e o nariz bem na frente do mamilo; ❖ Só coloque o bebê para sugar quando ele abrir bem a boca; ❖ Quando o bebê pega o peito, o queixo deve encostar na mama, os lábios ficam virados para fora e o nariz fica livre; ❖ Ele deve abocanhar, além do mamilo, o máximo possível da parte escura da mama (aréola); ❖ Cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar, o que deve ser respeitado. <p>Dicas para amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A amamentação não deve doer e nem machucar o peito. Se está machucando, é importante procurar ajuda em uma UBS ou BLH; ❖ No início pode haver algum desconforto até que mãe e bebê se adaptem à amamentação, que deve ser prazerosa tanto para a mãe, como para o bebê; ❖ Dê somente leite materno até os 6 meses de vida do bebê. Não dê água, chás, outros leites ou qualquer outro alimento nesse período; ❖ O leite materno nunca é fraco, ele é forte, rico em nutrientes e fatores de proteção, é sempre adequado ao desenvolvimento do bebê. Nos primeiros dias, a produção de leite é pequena e esse leite, chamado de colostro, tem alto valor nutritivo e é suficiente para atender às necessidades do bebê; ❖ O leite materno é o alimento específico para o bebê, por isso é de fácil digestão, assim o bebê que consome leite materno mama mais vezes que o bebê que toma fórmula infantil; ❖ Nos primeiros meses, o bebê ainda não tem horário para mamar. Ele deve mamar sempre que quiser. Com o tempo, ele faz seu horário; ❖ Não dê chupetas, bicos e mamadeiras, pois podem levar o bebê a rejeitar o peito da mãe, além de causar problemas nos dentes, na fala e na respiração; ❖ Não use medicamentos sem a prescrição de um médico. Alguns medicamentos podem interferir na amamentação; ❖ O site <i>e-lactancia</i> pode ser usado para consultar se a medicação prescrita é compatível com o aleitamento materno; ❖ Não é recomendado fazer dietas para emagrecimento. A mulher que amamenta precisa ter uma alimentação saudável; ❖ Bebidas alcoólicas, cigarros e drogas devem ser evitados. 	<p style="text-align: center;">Equipe Multiprofissional</p>

6.1.4 Orientações Gerais

COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Checar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caderneta de Saúde da Criança; 2. Vacinas; 3. Caderneta de pré-natal da mãe; 4. Resumo de alta da maternidade; 5. Testes de Triagem Neonatal (olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho) – se realizados/ agendados e resultados. <ul style="list-style-type: none"> * Na ausência de algum teste e/ou teste de triagem neonatal alterado, a criança deve ser encaminhada à Unidade de Saúde para avaliação com enfermeiro/médico para seguimento de acordo com protocolo clínico de cada teste. <p>Importante! Crianças de famílias em situação de vulnerabilidade muitas vezes não realizam os exames devido a dificuldade de acesso, tais como: crianças indígenas, filhos(as) de migrantes, crianças em situação de rua, entre outros.</p> <p>Orientar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso à UBS e consulta de puerpério/puericultura; 2. Registro Civil da Criança; 3. Aleitamento Materno; 4. Higiene Pessoal/ Ambiental; 5. Prevenção de Acidentes; 6. Sinais de Alerta; 7. Acesso à Assistência Social, se necessário. 	<p>Equipe Multiprofissional</p>

6.2. Abordagem na APS 1 a 24 meses

Realizado em toda consulta de puericultura para crianças de **RISCO HABITUAL, RISCO INTERMEDIÁRIO e ALTO RISCO.**

6.2.1. Estratificação de Risco

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estratificar o risco da criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Plano de Cuidados; ❖ Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. <p>Atualizar a estratificação de risco a cada consulta.</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>

6.2.2. Avaliação Clínica

COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>A cada consulta avaliar intercorrências e queixas atuais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anamnese: identificação, história familiar e social, antecedentes obstétricos e condições de nascimento. ❖ Exame físico completo: tônus muscular, alinhamento e simetria corporal, cabeça - tamanho das fontanelas anterior (fechamento até 18 meses) e posterior (fechamento por volta de 2 a 3 meses), cavalgamento de suturas, bossa serossanguinolenta e cefalohematoma, olhos (teste do reflexo vermelho deve ser realizado 3x/ano e exige que o serviço possua um oftalmoscópio), ouvidos, nariz, boca, frênulo lingual, garganta, pescoço, tórax, abdômen – coto/cicatriz umbilical (secreção, odor e hiperemia), pelve (rastrear displasia do quadril por meio dos testes de Barlow e Ortolani) e membros. ❖ A manobra de Barlow e Ortolani para detecção de displasia coxofemoral pode ser falsamente negativa em bebês com > 3 meses. Nesses casos, devem-se valorizar as alterações nos bebês com nascimentos pélvicos. ❖ Todo desvio ocular convergente ou divergente após o 4º mês de vida é patológico. Encaminhar ao oftalmologista (atenção especializada) o mais precocemente possível. ❖ Avaliar os sistemas: tegumentar, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético, neurológico e endócrino. ❖ Avaliar genitália: sinéquia de pequenos lábios (meninas) e criptorquidia (meninos) - avaliar a presença de testículos palpáveis em bolsa escrotal ou testículos retráteis. Na ausência de testículo palpável encaminhar a criança à cirurgia pediátrica. Caso sejam retráteis, o caso deve ser monitorado a cada 6 a 12 meses. ❖ Avaliar testes de triagem neonatal: Se algum teste de triagem neonatal apresentar resultado alterado, o encaminhamento ao médico especialista deve acontecer com priorização para que sejam respeitados os prazos de reabilitação. ❖ O teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) deve ser realizado ao nascimento e repetido 3 vezes nos primeiros três anos de vida, aos 2, 6, 12, 18, 24 e 36 meses. ❖ No primeiro mês de vida: icterícia visível abaixo do umbigo, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta. Observar evolução de icterícia e solicitar dosagem de bilirrubinas se necessário. ❖ Até 15 meses de vida: identificar os reflexos primitivos principais (QUADRO 1). ❖ A partir dos 24 meses: avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula (fimose). Caso haja, encaminhar para tratamento cirúrgico. ❖ Observar sinais de alerta: alteração dos dados vitais para a 	<p>Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)</p>

<p>idade, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, atividade reduzida, febre (>37,5°C), hipotermia (< 35,5°C), tiragem subcostal, intercostal ou batimento de asas do nariz, cianose generalizada ou palidez importante, gemidos, fontanelas abauladas, secreção purulenta do ouvido, pústulas na pele, irritabilidade ou dor à manipulação, diurese ausente e ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido.</p> <p>Link: Caderno de Atenção Básica 33</p>	
---	--

Quadro 1: Reflexos Primitivos

REFLEXO	ORIENTAÇÃO GERAL
Reflexo tônico-cervical	Rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
Reflexo de Moro	Medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e braços, liberando os membros bruscamente, observar o movimento involuntário de abertura rápida dos braços e por vezes dos membros inferiores. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6 meses.
Sucção	Após introduzir o bico do seio na cavidade oral da criança, o contato deste com a porção anterior da língua desencadeia um processo de movimentos rítmicos de sucção. Desaparece até o 6º mês.
Preensão palmar	O examinador coloca o dedo indicador na palma da mão da criança. Observa-se a flexão dos dedos. Deve desaparecer entre 4 e 6 meses, quando se torna um movimento voluntário de preensão.
Apoio plantar	O examinador pressiona o polegar contra a sola do pé da criança, logo abaixo dos dedos. Observa-se a flexão dos dedos. Deve desaparecer com 15 meses de vida.
Reflexo da marcha reflexa	O examinador segura a criança pelo tronco com as duas mãos e o reflexo é obtido pelo contato da planta do pé com a superfície, que resulta em marcha. Inicia nos primeiros dias pós-parto e deve desaparecer entre a quarta e oitava semana de vida.
Reflexo da procura ou voracidade	O toque da pele perioral promove o movimento da cabeça em direção ao estímulo com abertura da boca e tentativa de sucção. Os reflexos de sucção e deglutição alterados são sinais inespecíficos e podem estar associados a uma variedade de distúrbios. Deve desaparecer por volta dos 4 meses de vida.

Reflexo cutâneo plantar	Obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN desencadeia a extensão do hálux. A partir do 13º mês ocorre a flexão do hálux. Após esta idade, a extensão é patológica.
--------------------------------	--

Fonte: O autor, 2024.

6.2.3. Crescimento

COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Avaliação antropométrica</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Avaliar peso (P), comprimento (C) e o perímetro cefálico (PC) da criança a cada consulta, utilizando as técnicas e instrumentos adequados. ❖ Calcular o IMC da criança. ❖ Registrar os valores encontrados nos gráficos de crescimento da Caderneta de saúde da Criança (peso para idade, comprimento para idade, Perímetro Cefálico para idade e IMC para idade). ❖ Avaliar o estado nutricional, interpretando cada um dos índices antropométricos, a classificação do estado nutricional pode ser consultada no quadro 2. ❖ Quaisquer desvios identificados devem ser investigados e tratados precocemente, para que se possa evitar o comprometimento da saúde atual e da qualidade de vida futura. ❖ Inserir os dados antropométricos e de consumo alimentar no e-SUS APS ou SISVAN. ❖ É esperado que ocorra uma perda de peso de até 10% do peso do nascimento e que sua recuperação ocorra até o 15º dia de vida. A falha do lactente em atingir esse objetivo necessita de avaliação profissional pormenorizada o quanto antes, considerando triagem laboratorial e intervenção de especialistas. ❖ O PC com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou $> +2$ escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, portanto exige melhor avaliação e encaminhamento. ❖ Iniciar a estimulação precoce conforme Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (2016) e resposta à ocorrência de microcefalia, antes mesmo do encaminhamento. <p>OBS: Para o registro dos dados antropométricos de crianças prematuras nas curvas é recomendável que seja utilizada a idade corrigida do RN pré-termo até completar os 2 anos de idade, ou até os 3 anos se idade gestacional ao nascimento < 28 semanas; Utilizar a curva Intergrowth-21 até 64 semanas pós concepcionais.</p>	<p>Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)</p>

<p>Média de ganhos no 1º trimestre do 1º ano: P= 25-40 g/dia C= 3 cm/mês e PC= até 2,0 cm/mês</p> <p>Média de ganhos no 2º trimestre do 1º ano: P= 20 g/dia C= 2 cm/mês e PC= 1,0 cm/mês</p> <p>Média de ganhos no 3º trimestre do 1º ano: P= 15g/dia C= 1 cm/mês e PC= 0,5cm/mês</p> <p>Média de ganhos no 4º trimestre do 1º ano: P= 10g/dia C= 1 cm/mês e PC= 0,3cm/mês</p>	
--	--

Quadro 2: Classificação do estado nutricional de crianças menores de dois anos cada índice antropométrico

ESCORE	ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS		
	Peso para idade	IMC para idade	Comprimento para idade
< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixo comprimento para a idade
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixo comprimento para a idade
≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Comprimento adequado para a idade ²
≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1			
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Risco de Sobrepeso	
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade ¹	Sobrepeso	
> Escore-z +3		Obesidade	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011. Passaporte

1 Uma criança com a classificação de peso elevada para a idade pode ter problemas de crescimento, mas o melhor índice para essa avaliação é o IMC-para-idade.

2 Uma criança classificada com estatura para idade acima do percentil 99,9 (Escore-z +3) é muito alta, mas raramente corresponde a um problema. Contudo, alguns casos correspondem a desordens endócrinas e tumores. Em caso de suspeitas dessas situações, a criança deve ser referenciada para um atendimento especializado.

6.2.4. Desenvolvimento

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. Recomendar que a família observe a evolução do desenvolvimento da criança; ❖ Avaliar os Marcos do Desenvolvimento para cada idade, conforme páginas 42 a 44 da caderneta da criança, registrar na Caderneta de Saúde da Criança e realizar classificação do desenvolvimento, e encaminhamentos se necessários, conforme página 41 da caderneta Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança. <p>Observar:</p> <p>1º mês: postura fletida, pouco controle cervical, mãos predominantemente fechadas, fixa-se em objetos distanciados a 20-25 cm, chora para demonstrar desprazer.</p> <p>2º mês: posição menos fletida em decúbito ventral, maior controle cervical ou sustentação ereta da cabeça, mãos mais abertas pela diminuição do reflexo de preensão, procura visualmente os sons, sorriso social, diferenciação dos tipos de choro, emite vocalização ao ouvir vozes familiares, segue objetos ao seu redor, localiza sons.</p> <p>4º mês: controle cervical praticamente estabelecido, rola de decúbito dorsal para lateral, a visão binocular está praticamente estabelecida, emite sons consoantes, tenta alcançar objetos com as mãos. Pode rolar do decúbito ventral para o dorsal, agarra objetos voluntariamente, brinca com o pé, esperneia, sorri para imagem no espelho, é capaz de discriminar pessoas estranhas, a visão acompanha objetos que deixa cair e brinca de esconde-esconde.</p> <p>6º mês: rola de decúbito dorsal para o ventral, senta com apoio, apanha objetos caídos, agarra os pés e os coloca na boca, prefere estímulos visuais mais complexos, começa a imitar sons, balbucia sons semelhantes e monossílabos, reconhece familiares e começa a ter medo de estranhos, ergue os braços para ir ao colo, muda frequentemente de humor e inicia-se a noção de permanência do objeto.</p> <p>9º mês: senta sem apoio, arrasta-se apoiando nas mãos e nos joelhos, realiza movimento de pinça, responde comandos verbais simples, mostra interesse em agradar os pais, começa a ter medo de ir para a cama ou ser deixado sozinho e inicia a tentativa de ficar de pé se apoiando nos objetos. Pode mudar de decúbito dorsal para a posição sentada, fica em</p>	<p>Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)</p>

pé quando segura na mobília, pode dizer algumas palavras, imita expressões faciais, repete ações para chamar atenção e provocar risos, chora quando é chamado à atenção.

12º mês: caminha apenas com uma das mãos segura, talvez possa ficar em pé sozinho momentaneamente, talvez tente dar o primeiro passo sozinho, pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda, fala três a cinco palavras, demonstra emoções como ciúmes, afeição, raiva e medo, aumenta a determinação para praticar habilidades motoras.

15º mês: caminhar sem auxílio, rabisca espontaneamente, capaz de identificar formas geométricas, aponta o objeto que quer, começa a imitar os pais, tolera alguma separação dos pais, expressa emoções, corre ou sobe degraus baixos.

18º mês: corre de maneira desajeitada e cai com frequência, sobe escadas segurando com as mãos, salta no mesmo lugar com ambos os pés, senta-se na cadeira, diz dez ou mais palavras, grande imitador, começa a consciência de propriedade.

20º mês: corre com mais habilidade, faz traços ilimitados no desenho, maneja a colher sem girá-la, arremessa a bola sem cair, tira a roupa sem auxílio.

21º mês: mostra partes do corpo, manifesta interesse por outras crianças, gosta de dançar ao som de uma música, enriquece seu vocabulário.

24º mês: sobe e desce escada sozinho (dois pés em cada degrau), possui amplo equilíbrio, corre com habilidade, possui vocabulário aproximado de 300 palavras, utiliza frases de duas a três palavras, verbaliza necessidade para ir ao banheiro e pode ter conseguido aptidão para iniciar o controle diurno de esfínteres.

Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem.

Quadro 3 – Escala para Acompanhamento do Desenvolvimento da Audição e da Linguagem

Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)

Aplicação do M-Chat aos 18 meses e 24 meses - Aplicação realizada por qualquer profissional de saúde. Disponível nas páginas 48 e 49 da caderneta de saúde da criança.

- ❖ A escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA. É de rápida aplicação, pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde,

<p>devendo ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei Federal nº 13.438, de 26 de abril de 2017; ❖ A escala indica uma suspeita de TEA e não é diagnóstica; ❖ Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA; ❖ Resultado positivo maior ou igual a 3 pontos: a criança deve ser encaminhada para consulta com especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência ou em Neurologia Pediátrica a fim de realizar a avaliação de seguimento, com a aplicação do M-CHAT-R/F; ❖ Resultados falso-negativos são possíveis. Se o resultado da triagem não for positivo, recomenda-se acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor do paciente e reavaliação. <p>Link:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) ➤ Caderno de Atenção Básica 33 ➤ Caderneta de Saúde da Criança Menino ➤ Caderneta de Saúde da Criança Menina 	
---	--

Quadro 3: Escala para Acompanhamento do Desenvolvimento da Audição e da Linguagem

FAIXA ETÁRIA	O QUE ESPERAR
RN	Acorda com sons fortes
0-3 meses	Acalma com sons moderadamente fortes e músicas
3-4 meses	Presta atenção nos sons e vocaliza
6-8 meses	Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: dá tchau
12 meses	Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: dá tchau

18 meses	Fala, no mínimo, seis palavras
2 anos	Produz frases com duas palavras
3 anos	Produz sentenças

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança - PR, 2024.

6.2.5. Saúde Bucal

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Observar presença de dentes ao nascer (dente natal) ou o aparecimento de dente no 1º mês (dente neonatal). Se presentes, encaminhar ao dentista para avaliar a necessidade de extração; ❖ Observar a presença de fissura labiopalatal; ❖ Observar as características do frênulo lingual; ❖ Observar a higidez dos rodetes gengivais e observar a presença de anomalias (nódulos, pérolas ou cistos); <p>No 4º e 6º mês: Orientar sobre o processo de erupção dos dentes decíduos que normalmente ocorre a partir do 6º mês de vida com a erupção dos incisivos centrais e laterais, inferiores e superiores e início de salivação excessiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Esclarecer que o processo e tempo de erupção dos dentes decíduos pode variar de criança para criança, podendo acontecer antes dos 6 meses até os 12 meses; ❖ Caso a erupção dentária não tenha ocorrido após 1 ano de idade, encaminhar para avaliação com o dentista na APS para investigação de anormalidades, como ocorrência de agenesia (ausência de um ou mais dentes) ou anodontia (ausência dos dentes). A erupção dos primeiros molares normalmente acontece a partir dos 16 meses, dos caninos a partir dos 18 meses e dos segundos molares, superior e inferior entre 24 e 30 meses, completando-se a dentição decídua; ❖ Orientar para evitar objetos que levados à boca, possam ferir ou provocar trauma dentário. Promover ambiente seguro e em casos de trauma dentário, procurar atendimento na Unidade Básica de Saúde; ❖ A higiene bucal do bebê pode iniciar antes da erupção dos dentes especialmente em situações esporádicas como: regurgitação, língua 	<p>Enfermeiro (a) e/ou Médico(a) e/ou Dentistas e/ou Auxiliar/ Técnico em Saúde Bucal</p>

saburosa, candidíase, dentre outros, pois não há evidência científica robusta que embase a orientação de higienizar a cavidade bucal de bebês edêntulos como rotina. Quando necessário, é recomendado o uso de gaze ou a ponta de uma fralda de pano embebida com água filtrada ou fervida para higienizar a mucosa ou língua do bebê;

- ❖ Quando erupcionar o primeiro dente decíduo, a higiene bucal deve ser iniciada com escova de dente infantil (com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extra macias e extremidades arredondadas) que possibilite boa empunhadura aos pais ou responsáveis e creme dental com flúor (>1.000ppm). Antes dos 2 anos é recomendada a quantidade referente a um grão de arroz cru e a partir dos 2 anos a quantidade referente a um grão de ervilha;

- ❖ Reforçar a importância da higienização na prevenção da doença cárie e atenção especial aos molares devido aos sulcos e fissuras de sua anatomia que levam ao maior acúmulo de placa bacteriana;

- ❖ Orientar que a escovação seja realizada ao menos três vezes ao dia (após o desjejum e almoço, e antes de dormir). É importante priorizar o período noturno para escovação dental pela redução do fluxo salivar durante o sono e estagnação de alimentos na cavidade bucal por longos períodos, propiciando o aparecimento de cáries;

- ❖ A utilização de fio dental é um complemento da higiene bucal que deve ser iniciado tão logo existam dois dentes irrompidos com presença de ponto de contato entre eles;

- ❖ A família deve estimular a criança a praticar esse hábito sozinha quando ela demonstrar interesse por escovar os dentes. No entanto, a escovação e o uso do fio dental devem ser realizados pelos pais e/ou responsáveis até a idade que a criança apresente coordenação motora adequada para realizar a higienização sozinha (a partir dos seis anos de idade);

- ❖ Na época da erupção dentária pode ocorrer comportamento choroso e irritadiço do bebê, podem surgir lesões cutâneas na região perioral relacionadas a mudança da qualidade da saliva, oferecer água e alimentos frios ou gelados, mordedores gelados (5 minutos na geladeira), massagear suavemente a gengiva do bebê com gaze embebida em chá de camomila não adoçado, podem ajudar neste momento;

- ❖ Crianças em uso de chupeta, orientar quanto à higiene e à troca

<p>regular dela, porém sempre desaconselhar o uso pelos prejuízos à saúde bucal. Não usar adoçantes na chupeta, como mel por exemplo, para acalmar a criança, pelo risco do desenvolvimento da doença cárie;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientar a retirada da chupeta a partir de 12 meses e que o tempo limítrofe é aos 24 meses, para evitar os danos à arcada dentária, à posição de língua e a alterações da fala que o uso poderá provocar, além de outros prejuízos a musculatura facial e riscos de doenças. 	
---	--

6.2.6. Orientação Alimentar

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientar e estimular o aleitamento materno até 2 anos ou mais e de forma exclusiva nos 6 primeiros meses de vida; ❖ Fornecer assistência aos casos necessários (fissuras mamilares, ingurgitamento mamário, mastites/abscesso mamário, baixa produção láctea); ❖ Identificar e estimular possíveis doadoras de leite humano; ❖ Orientar o processo de esgotamento/armazenamento de leite, principalmente para mães que necessitam se ausentar ou retornam ao trabalho no 4º mês de vida da criança, estimulando aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida; ❖ Orientar amamentar com frequência quando estiver em casa e evitar mamadeiras, quando necessário, oferecer o leite por meio de copo e/ou colher; ❖ No trabalho, a mãe pode, após lavar as mãos, retirar e guardar seu leite em um frasco de vidro, com tampa plástica de rosca, lavado e fervido. Caso haja geladeira, manter o leite sob refrigeração. Caso não, manter em isopor com gelo. Levar para casa e congelar ou oferecer à criança em até 12 horas após ordenha. Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, esse deve ser descongelado dentro da geladeira ou em banho-maria, fora do fogo. Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em banho-maria, fora do fogo; ❖ Antes de oferecê-lo à criança, ele deve ser agitado suavemente em movimentos circulares para homogeneizar a gordura, bem 	<p>Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)</p>

<p>como deve-se testar se a temperatura está adequada, uma boa dica para verificar a temperatura correta é pingar algumas gotas na parte interna do pulso. O leite deve estar em torno de 40°, levemente acima da temperatura corporal humana;</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Orientar sobre a conservação e validade do leite materno estocado:❖ Na geladeira: Leite não pasteurizado - 12 horas;❖ No freezer: Leite não pasteurizado - até 15 dias;❖ Crianças em aleitamento materno exclusivo ou alimentadas com fórmula infantil devem iniciar a introdução de novos alimentos e água apenas a partir dos 6 meses de vida;❖ Orientar a introdução da alimentação complementar variada baseada em alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados. Óleos e gorduras devem ser usados com moderação;❖ Quantidade mínima de sal;❖ Açúcares, melado, mel e alimentos ultraprocessados (como refrigerantes e outras bebidas industrializadas, balas e outras guloseimas, salgadinhos, biscoitos, bebidas lácteas, embutidos) não devem ser ofertados para crianças menores de dois anos. Sendo que a oferta de mel para menores de um ano de vida é proibida devido ao risco de botulismo infantil;❖ A Partir dos 6 meses, a criança que apresentar os sinais de prontidão, deve começar gradativamente, conforme sua aceitação, a ser apresentada a todos os grupos de alimentos; ❖ Os sinais de prontidão para iniciar a introdução alimentar são:<ul style="list-style-type: none">➢ Ter interesse e curiosidade pelo que o responsável come;➢ Consegue sustentar a cabeça e o tronco, além de conseguir sentar sem apoio;➢ Segura objetos com as mãos;➢ Reduziu ou eliminou o reflexo de protrusão;➢ Faz os movimentos de mastigação (mesmo que não tenha dentes). ❖ Os alimentos devem ser amassados com o garfo, mas não peneirados ou batidos no liquidificador;	
--	--

- ❖ É esperado que receba três refeições (almoço ou jantar e dois lanches ou almoço, jantar e um lanche);
- ❖ A partir do início da introdução alimentar deve ser ofertada água em copo aberto, evitando-se outros líquidos;
- ❖ Entre **7 e 8 meses**, a criança já deve receber 4 refeições (fruta, almoço, fruta e jantar). Os alimentos já podem ser menos amassados;
- ❖ Aos **9 meses** a criança já pode receber alimentos picados na mesma consistência dos alimentos da família. Carnes podem ser desfiadas.
- ❖ Aos **12 meses**, além das 4 refeições, a criança passa a receber também o café da manhã, totalizando 5 refeições no dia (café da manhã, lanche, almoço, lanche e jantar). Os alimentos devem ser ofertados em pedaços maiores e na mesma consistência da comida da família;

Quantidade aproximada*:

- 6 meses: 2 a 3 colheres de sopa;
- 7 a 8 meses: 3 a 4 colheres de sopa;
- 9 meses: 4 a 5 colheres de sopa;
- 12 meses: 5 a 6 colheres de sopa.

* Essa quantidade serve apenas como referência e não deve ser seguida de forma rígida.

- ❖ Desde a primeira refeição, os alimentos não devem ser liquidificados, processados nem peneirados, e sim amassados com o garfo, consistência firme (textura de purê).
- ❖ Oferecer frutas em vez de sucos;
- ❖ Não substituir o almoço ou o jantar por leite ou produtos lácteos. A família deve estimular a criança a comer, mas sem pressionar ou forçar. Não utilizar sobremesas ou guloseimas como recompensa. Legumes e verduras devem ser colocados no prato da criança no almoço e no jantar, mesmo que ela rejeite;
- ❖ Respeitar os sinais de fome e saciedade:
 - Esticar os braços ou pedir colo;
 - Fazer um “limpa” na bandeja usando os braços, jogando todos os

<p>alimentos para fora;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fazer não com a cabeça; ➤ Fechar a boca e se recusar a comer/explorar mais; ➤ Ficar quieto, sem interagir; ➤ ogar os alimentos; <ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientar a oferta de água no intervalo entre as refeições; ❖ As refeições e lanches devem ser realizados em horários regulares, todavia, esses horários podem ser flexibilizados em função das mudanças no apetite da criança e do convívio social; ❖ O ambiente da refeição deve ser calmo e tranquilo, sem qualquer distração; ❖ Sempre que possível, priorizar a realização da refeição em família; ❖ Se a alimentação da família for saudável, baseada em alimentos in natura e minimamente processados, preparada com pequena quantidade de óleo, temperos naturais e quantidade mínima de sal, a criança pode e deve ser alimentada, desde o início, com a comida da família, bastando modificar a consistência amassando com um garfo ou cortando em pedaços menores; ❖ A partir de 24 meses: esquema alimentar composto por cinco ou seis refeições diárias baseadas em alimentos variados <i>in natura</i> e minimamente processados. O açúcar deve continuar sendo evitado. Alimentos ultraprocessados não devem ser oferecidos; ❖ Deve-se estimular a criança a participar da compra, preparo e manuseio do alimento. <p>Crianças não amamentadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tentar formas de apoio para relactação e caso não haja sucesso ou a amamentação seja contraindicada, a primeira alternativa deve ser a fórmula infantil, orientar os cuidados e a adequada diluição da fórmula infantil de partida. A partir dos 9 meses, a fórmula infantil pode ser substituída pelo leite de vaca integral; ❖ Caso não seja possível ofertar a fórmula infantil, em último caso, deve-se orientar a correta diluição do leite de vaca integral (dois terços de leite + um terço de água + 1 colher de chá de óleo para 	
--	--

<p>cada 100ml), que não pode ser ofertado sem diluição antes da criança completar 4 meses. O leite desnatado e o leite semidesnatado não são indicados para crianças menores de 2 anos, porque possuem menor quantidade de gordura e ela é importante para o desenvolvimento neurológico da criança. A criança alimentada com leite de vaca modificado precisa receber suplementação adicional de vitaminas e minerais;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nesse caso, se a criança der sinais de que está pronta (sinais de prontidão), poderá receber novos alimentos a partir dos 4 meses para evitar deficiências nutricionais, pois o leite de vaca não possui todos os nutrientes necessários. Recomenda-se oferecer fruta pela manhã, almoço ou jantar e fruta à tarde; ❖ Composição: 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; ❖ Consistência: alimentos amassados; ❖ Ao completar 5 meses, recomenda-se dar fruta (manhã e tarde), almoço e jantar; ❖ Água deve ser ofertada nos intervalos; ❖ A quantidade total de leite de vaca não deve ultrapassar 500mL por dia. <p>Link:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caderno de Atenção Básica 33 ➤ Caderneta de Saúde da Criança Menino ➤ Caderneta de Saúde da Criança Menina ➤ Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos 	
--	--

6.2.7. Orientações para atividades e estímulos para o desenvolvimento infantil

COMO FAZER	QUEM FAZ
O primeiro ano de vida da criança é marcado por uma série de transformações em seu desenvolvimento, há uma janela de oportunidade para realizar estímulos que repercutirão por toda a vida. Por isso a criança	Equipe multiprofissional

deve ser incentivada a ser ativa, encorajando-a a mover a cabeça, corpo e membros durante o dia, utilizando estímulos sonoros como músicas, sinos, chocalhos e estímulos visuais como objetos de cores vibrantes para incentivar o movimento;

- Após a **alta do RN** é recomendado que seja oportunizado momentos de *Tummy time*, ou seja, ficar de barriga para baixo por alguns minutos até observar o desconforto da criança, conforme ela vai crescendo haverá tolerância para realizar essa atividade por mais tempo;
- Orientar que essa posição pode ser realizada no trocador, no colo e até mesmo no chão com a proteção de um tatame, tapete ou cobertor;
- Caso o incômodo dessa posição seja persistente desde o início e não seja possível a evolução do tempo de realização do exercício, um profissional deve ser consultado, pois essa posição é extremamente importante para favorecer o fortalecimento da cadeia posterior, com consequente controle cervical, o que favorece o restante das aquisições motoras como rolar, pivotar, se arrastar, engatinhar e andar;
- Para um desenvolvimento saudável, quando estiver acordado, o bebê não deve permanecer por mais de 1 hora seguida em carrinhos, cadeirinhas e berços;
- No **4º mês**: a criança já deve apresentar-se bem simétrica e não haver preferência por lado, além disso, deve haver controle de cabeça e ocasionalmente ela pode rolar para os lados devido a falta de equilíbrio, por isso ela não deve ser colocada em superfícies altas sem supervisão;
- Orientar ao cuidador que ofereça brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, como pequenas tigelas de plástico, chocalhos e mordedores, para que o bebê possa segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar;
- Orientar que o cuidador converse ou faça barulhos de um lugar onde a criança não esteja vendo para que ela tente localizar de onde vem o som;
- A partir do **6º mês**: a criança brinca e explora seu corpo, consegue

<p>levar os pés à boca, fazendo o que chamamos de dessensibilização, ou seja, está trabalhando para quando começar a ficar em pé, além disso, ao mesmo tempo que trabalha alongando a sua cadeia posterior, ela favorece sua musculatura abdominal que será importante para o próximo marco em seu desenvolvimento;</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Nesse momento ela também permanece sentada, ainda com apoio de suas mãos à sua frente. Ela pode liberar as mãos para alcançar objetos, passar de uma mão para outra, mas ainda apresenta desequilíbrio nessa posição e pode cair;➤ Oferecer 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;➤ Iniciar, se possível, a adaptação do bebê ao ambiente líquido. Indo dos 06 meses aos 02 anos, ela deve ser guiada para que a criança vivencie e sinta a água, dominando os movimentos corporais e, no correr do tempo, aprenda a prender a respiração embaixo d'água;➤ A criança maior de 6 meses deve beber água antes, durante e após a prática de atividade física;➤ A partir do 9º mês: Nesse momento ela já senta com equilíbrio e pode partir da posição de sentado para a posição de quatro apoios podendo iniciar o engatinhar. Pode ficar em pé, segurando nos móveis e se mover dando pequenos passos laterais, gosta de desafios nessa fase e escala móveis e degraus;➤ Estimular a criança a caminhar. No início, ela precisa apoiar-se em móveis que estejam firmes para que não caiam sobre ela. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule a criança a pegá-los. Inicialmente, ela buscará apoio nos móveis e gradualmente irá largá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem precisar de apoio;➤ Orientar ao cuidador que: Ouça e cante músicas fazendo gestos, batendo palmas, dando tchau, incentivando que a criança imite você. Converse com a criança, faça perguntas simples e dê pequenas orientações: “venha aqui”, “pegue o brinquedo”, “me dá” etc. Conte histórias, principalmente na hora de dormir. Mostre-lhe as figuras dos livros quando estiver lendo e contando as histórias;	
--	--

- Do **12º ao 24º mês**: a criança começa a dar os passos com mais equilíbrio, com mais autonomia para mover-se, após alguns meses de marcha independente, a criança começa a correr, saltitar e pular com os dois pés juntos;
- A partir dos 12 meses recomenda-se 3 horas de atividades físicas de qualquer intensidade por dia. Introduzir brincadeiras e jogos que envolvam atividades como equilibrar nos dois pés, equilibrar num pé só, girar, rastejar, andar, correr, saltitar, escalar, pular, arremessar, lançar, quicar e segurar, entre outras;
- As atividades físicas devem ser alegres, seguras, supervisionadas pelos pais ou responsáveis e adequadas à idade da criança;
- A partir do **24º mês**: incentive a criança a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinha. Procure acompanhar essas atividades e demonstre interesse e satisfação por seu aprendizado e amadurecimento nessas habilidades;
- Orientar os cuidadores a ajudarem as crianças a desenvolver a autonomia e independência. Ajudar os cuidadores a encontrar o equilíbrio entre a flexibilidade necessária para a exploração da autonomia e a colocação de limites claros e consistentes, também necessários para que a criança aprenda a se autocontrolar;
- Orientar que estimulem a criança a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la;
- Estimular a criança a brincar com outras crianças para aprender a se relacionar e compartilhar os brinquedos;
- Orientar os cuidadores que: não corrija eventuais erros de linguagem e apenas repita o que a criança 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 a ela que fale sobre o que desenhou e construiu, continue incentivando a criança a brincar com outras pessoas;
- O bebê de até dois anos não deve passar nenhum tempo na utilização de dispositivos eletrônicos (TV, tablet, celular, etc). Prefira a utilização de jogos educativos, contação de histórias e outras atividades que estimulem o desenhar, o cantar e o dançar;

<p>➤ A partir dos dois anos limitar o uso de equipamentos eletrônicos (TV, <i>tablet</i>, celular, etc) no máximo 1 hora por dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/ responsáveis.</p>	
---	--

6.2.8. Imunização

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientar quanto à importância da imunização e das doenças imunopreveníveis; ❖ Verificar e adequar os dados de identificação e do registro vacinal realizado ao nascer, no Sistema Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI); ❖ Verificar a Caderneta de Saúde da Criança ❖ Verificar se há indicação de uso de vacinas especiais ou imunobiológicos conforme Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – Ministério da Saúde; https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais-6a-edicao (Brasil,2023) ❖ Orientar quanto a possíveis eventos adversos supostamente atribuíveis a vacinação e imunização (ESAVI), e em caso de evento adverso realizar manejo conforme <u>Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) – Ministério da Saúde.</u> 	<p>Médico (a) e/ou Enfermeiro(a) e/ou Técnico/ Auxiliar de enfermagem</p>

VACINA	IDADE	VIA	VOLUME	DOSE	INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO
BCG	Administrar o mais precocemente possível.	ID	FAP: 0,1 ml Sérum Institute of India: 0,05 ml	Única	Previne formas graves de tuberculose principalmente miliar e meníngea	Criança >5 anos de idade; Peso <2Kg; Portadores de imunodeficiência primária e adquirida, Neoplasia maligna; Tratamento com corticosteróides em dose elevada por período superior a duas semanas; RN de mães que utilizaram durante os dois últimos trimestres da gestação drogas imunomoduladoras que atravessam a barreira placentária.
Hepatite B	Ao nascer	IM	0,5 ml	1 dose	Previne a infecção pelo vírus da hepatite B	Hipersensibilidade aos componentes da vacina.
Pentavalente (DTP+HIB+HB)	2,4,6 meses	IM	0,5 ml	3 doses	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e <i>Haemophilus influenzae</i> B	Crianças ≥ 7 anos, RN prematuros extremos (abaixo de 31 semanas e/ou 1000 gr); Após eventos adversos graves em dose anterior, como episódio hipotônico-hiporresponsivo nas primeiras 48 horas, convulsões nas primeiras 72h, reação anafilática nas primeiras 2h e encefalopatia aguda nos primeiros sete dias após a vacinação.
VIP	2,4,6 meses	IM	0,5 ml	3 doses	Previne a poliomielite tipos I, II e III	Criança >5 anos de idade. História de reação alérgica grave (anafilaxia) a dose anterior da vacina, ou a algum componente dela.

Pneumocócica 10V	2 e 4 meses, 1 reforço aos 12 meses	IM	0,5 ml	2 doses 1 reforço	Previne contra doenças causadas por pneumococo: pneumonia, otites e meningites	Criança >5 anos de idade; Crianças com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina.
Rotavírus	2 e 4 meses	VO	1,5 ml	2 doses	Previne a diarreia por rotavírus	A 1º dose da vacina pode ser administrada até 11 meses e 29 dias, e a 2ª dose da vacina pode ser administrada até 23 meses e 29 dias; Crianças com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina, Doença do aparelho gastrointestinal (crônica, malformação congenita do trato digestivo ou história prévia de invaginação intestinal).
Meningocócica C	3 e 5 meses, 1 reforço aos 12 meses	IM	0,5 ml	2 doses 1 reforço	Previne doenças invasivas causadas pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.	Criança >5 anos de idade; Hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina (toxóide diftérico).
Influenza	A partir de 6 meses	IM	Primo- vacinação: 2 doses de 0,25 ml com intervalo de 30 dias, Vacinação subsequente com 1 dose de 0,25ml para menores de 2 anos de idade.	Uma ou duas doses a depender da vacinação do ano anterior.	Previne o vírus da gripe	Crianças menores de 6 meses de idade; História de anafilaxia a doses anteriores contra indica doses subsequentes.

COVID-19	6, 7 e 9 meses (a depender do laboratório)	IM	0,5ml	2 ou 3 doses (a depender do laboratório)	Proteção contra as formas graves e complicações pela covid-19	Crianças menores de 6 meses de idade; História de anafilaxia a doses anteriores contra indica dose subsequentes.
Febre Amarela	9 meses	SC	0,5 ml	1 dose	Previne febre amarela	Crianças menores de 6 meses; Crianças menores de 13 anos vivendo com HIV com alteração imunológica grave, Imunossupressão de qualquer natureza; Tratamento com drogas imunossupressoras e tratamento com medicamentos modificadores da resposta imune; História de anafilaxia a doses anteriores contra indica doses subsequentes, Doenças do timo; Portadores de doenças falciforme em uso de hidroxiureia e contagem de neutrófilos menor de 1500 céls/mm ³ ; Pacientes submetidos a transplante de órgãos sólidos.
Hepatite A	15 meses	IM	0,5 ml	1 dose	Previne a hepatite A	Criança > 5 anos de idade; Hipersensibilidade a qualquer componente da vacina.
Tríplice Viral (SCR)	12 meses	SC	0,5 ml	1 dose	Previne o sarampo, caxumba e rubéola	Anafilaxia a dose anterior da vacina; Crianças com neoplasias malignas e sob efeito de corticosteroide, imunossupressores e/ou radioterapia.
Tetraviral (SCRV)	15 meses	SC	0,5 ml	1 dose	Previne o sarampo, caxumba,	Criança >5 anos de idade; Anafilaxia a quaisquer componentes

					rubéola e varicela	da vacina, incluindo gelatina e neomicina; Imunodeficiência primária ou secundária em que haja comprometimento grave do componente celular do sistema imune.
Tríplice Bacteriana (DTP)	15 meses	IM	0,5 ml	1° Reforço	Previne difteria, tétano, coqueluche	Criança >7 anos de idade; Após eventos adversos graves em dose anterior, como episódio hipotônico-hiporresponsivo nas primeiras 48 horas, convulsões nas primeiras 72h, reação anafilática nas primeiras 2h e encefalopatia aguda nos primeiros sete dias após a vacinação.

BCG = Bacilo Calmette-Guerin
ID = intradérmica
IM= intramuscular
SC = subcutânea
VIP = vacina inativada poliomielite

6.2.9. Orientações Gerais

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manter orientações da visita domiciliar do 5º dia vida; ❖ Orientar quanto aos cuidados com o bebê: eliminações, sono, choro, cólica, higiene pessoal e ambiental; ❖ O ritmo intestinal no primeiro ano de vida, sobretudo nos primeiros meses, é diferenciado. A criança pode evacuar todas as vezes que mamar, devido à presença do reflexo gastrocólico, ou evacuar com intervalo muito longo, até de 7 dias; isso é considerado normal nos primeiros 2 a 3 meses de vida, desde que as fezes estejam amolecidas, não apresentem sangue e o aumento de peso seja adequado; ❖ Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê, evitar uso passivo do tabaco, manutenção da higiene do coto umbilical; ❖ Orientar quanto ao risco de morte súbita de crianças no 1º ano de vida, sobretudo nos primeiros 6 meses (ver mais informações na seção Prevenção de acidentes e violência); 	Equipe Multiprofissional

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientar sobre o momento de transição da dieta e de fim de licenças-maternidade e de possível ansiedade para a mãe; ❖ A exposição direta da pele à luz solar, não é recomendada devido aos riscos dos raios ultravioletas. Deve-se usar fatores de proteção (roupas) para expor a criança ao sol. 	
--	--

6.2.10. Abordagem Familiar

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Possibilitar e fortalecer o vínculo das famílias com a APS; ❖ Observar as relações familiares; ❖ Escutar e oferecer suporte emocional nesta etapa de mudança de vida da família; ❖ Observar sinais e sintomas de depressão pós-parto; ❖ Estimular o desenvolvimento dos laços afetivos entre a criança e os responsáveis pelo cuidado; ❖ Abordar situações familiares específicas relacionadas aos fatores de risco individual; ❖ Abordar a relação entre a família e a criança e adaptação aos novos papéis; ❖ Incentivar parceiro para os cuidados do bebê/criança e incentivar apoio de amigos e familiares; ❖ Orientar a mãe/responsável para procurar ter tempo para si e para sua parceria; ❖ Atentar para o momento do fim de licenças-maternidade (aos 4 ou 6 meses), e de possível ansiedade para a mãe e/ou cuidador. Acolher a expectativa do cuidador sobre o retorno precoce ao trabalho e propor alternativas dentro da dinâmica familiar; ❖ Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança; ❖ Recomendar que a família observe a evolução do desenvolvimento da criança; ❖ Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza) da criança; ❖ Orientar sobre a higiene do domicílio e das vestimentas da criança; ❖ Orientar sobre os direitos das crianças e dos pais ou responsáveis; ❖ <u>Caderneta de Saúde da Criança Menino</u> ❖ <u>Caderneta de Saúde da Criança Menina</u> ❖ <u>Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)</u> 	<p style="text-align: center;">Equipe Multiprofissional</p>

6.2.11. Prevenção de acidentes e violências

COMO FAZER	QUEM FAZ
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prevenir acidentes e lesões não intencionais: atentar para o risco com materiais pérfuro cortante, contra indicar uso de talco em pó, evitando aspiração acidental, evitar medicamentos sem prescrição médica, atentar à administração correta dos medicamentos prescritos, cuidados no banho e temperatura da água (36 a 38°C), asfixia, aspiração e quedas; ❖ Orientar sobre utilização do dispositivo de retenção infantil apropriado e de forma correta, conforme a massa da criança (peso e altura) e seu desenvolvimento neurológico (prematureo ou necessidades especiais), sempre que estiver no automóvel o equipamento deve ser utilizado, a criança não deve ser transportada no colo; ❖ Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência, tais como manifestação de tristeza, agressividade, agitação, apatia, distúrbios do sono e/ou alimentares que a criança possa apresentar, ausência de cuidados, lesões sem justificativa aparente, Síndrome do Bebê Sacudido que pode ser causada intencionalmente por meio de violenta movimentação da criança por outra pessoa, segurada pelos braços ou tronco; ❖ Atentar para a suspeita ou confirmação de violência e diante de um caso, a equipe de saúde deverá proceder a seguinte conduta quanto a vigilância de violência e cuidado integral: acolher a criança e promover atendimento de acordo com a classificação de risco; proceder a investigação epidemiológica, ou seja, preencher a Ficha de Notificação Individual (FNI) de Violência Interpessoal e Autoprovocada em duas vias, sendo que uma cópia deverá ser arquivada no prontuário de saúde da criança e outra encaminhada ao serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) de referência local, para posterior inserção no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Preencher corretamente todos os campos da FNI para assegurar a completitude e consistência dos dados, e encaminhar ao serviço de VE de referência pactuado formalmente, e por meios de canais seguros, a fim de resguardar o sigilo e a 	<p>Equipe Multiprofissional</p>

<p>confidencialidade das informações, bem como garantir que o documento chegue ao destino certo em tempo oportuno;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunicar as situações de violência ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes da respectiva localidade, encaminhar/compartilhar o caso com outros serviços da rede de proteção para seguimento do cuidado. Ter o entendimento que a FNI possui fins epidemiológicos e não deve ser usado como instrumento de denúncia; ❖ Atentar para as situações de acidente por intoxicação exógena envolvendo crianças, nestas situações o profissional deverá preencher também a ficha de intoxicação exógena, encaminhar ao serviço de referência de VE, conforme fluxo estabelecido localmente, compreender que são situações distintas; ❖ Orientar quanto a manobra do desengasgo; ❖ Orientar quanto ao sono seguro: posição correta para dormir, “de barriga para cima” (posição supina), o bebê deve dormir de preferência em berço próprio, sozinho, não utilizar cobertores, travesseiros, protetores ou enfeites/brinquedos no berço, manter o berço no quarto dos pais no mínimo até 6 meses de idade; ❖ A partir dos 6 meses deve-se colocar protetores nas tomadas e fios elétricos, redes de proteção nas janelas, barreiras de proteção nas escadas e certificar se o tanque de lavar roupa está instalado adequadamente bem fixo; ❖ Guardar em local seguro sacos plásticos, cordões e fios; ❖ Não deixar as crianças sozinhas perto de banheiras, baldes, tanques, poços e piscinas; ❖ Manter produtos de limpeza longe das crianças em local seguro; ❖ Não deixar a criança sozinha com o animal doméstico, sempre supervisionar; ❖ Orientar a usar as bocas de trás do fogão e posicionar os cabos das panelas voltados para o centro do fogão. Manter as crianças longe do fogo, de aquecedores e ferros elétricos e passadores a vapor; ❖ Orientar a não cozinhar, manipular líquidos ou substâncias quentes e fumar com o bebê no colo; ❖ Orientar a não deixar a criança sem supervisão em cima da cama 	
---	--

<p>ou móveis, e nem dentro da banheira no momento do banho;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A partir dos 9 meses: Nessa faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha, está mais ativa e curiosa e, portanto, propensa a acidentes. Orientar quanto: ❖ Às quedas: colocar barreiras de proteção nas escadas e janelas; proteger os cantos dos móveis; não utilizar andadores ou qualquer apoio que facilite a locomoção da criança sozinha; ❖ À segurança em casa: colocar obstáculo na porta da cozinha e manter fechada a porta do banheiro; não deixar à vista e ao alcance das crianças armas de fogo, objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos, objetos que quebrem facilmente, detergentes, produtos inflamáveis, medicamentos, venenos e substâncias corrosivas, pois elas gostam de explorar o ambiente em que vivem. Para prevenir queimaduras: as crianças não devem brincar com fogo. Evitar que manipulem fósforo e álcool; ❖ Para prevenir afogamentos: a criança não deve nadar sozinha ou permanecer desacompanhada em piscinas, lagos, rios ou mar, mesmo que saiba nadar; ❖ Não permitir que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e próximo à rodovia), escolha lugares seguros (parques, praças e outros); ❖ A partir dos 12 meses além dos cuidados anteriores, ao sair de casa, segure a criança pelo punho, evitando, assim, que ela se solte e corra em direção à rua e locais com circulação de veículos. <p>Links:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Caderneta de Saúde da Criança Menino</u> ❖ <u>Caderneta de Saúde da Criança Menina</u> ❖ <u>Caderno de Atenção Básica 33.</u> ❖ <u>Manual Proteção e Cuidados para crianças e suas famílias em situações de</u> <p>Violência.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Formulário de comunicação e/ou encaminhamento intra/intersectorial - saúde.</u> 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Protocolo de atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência</u> <p>Sexual: abordagem multidisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Formulário de comunicação e/ou encaminhamento intra/intersectorial - saúde</u> 	
---	--

6.2.12. Suplementação de Micronutrientes e Prescrição Medicamentosa

COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Suplementação de Ferro</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Para RN a termo, com peso adequado à idade gestacional, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) preconiza esquema de suplementação oral profilática com a oferta diária de sulfato ferroso por três meses consecutivos, seguida de uma pausa de três meses no recebimento do suplemento. No final do terceiro mês, inicia-se um novo ciclo de três meses de suplementação diária. No total, a criança de 6 a 24 meses de idade deve receber dois ciclos de suplementação. Os ciclos devem ser realizados preferencialmente aos 6 e 12 meses de idade da criança, considerando a maior vulnerabilidade para a ingestão insuficiente de ferro e a alta demanda do mineral para o crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil,2013); ❖ Dose: 10,0 – 12,5 mg de ferro elementar/dia; ❖ Observação: A data da dispensação bem como a data da próxima dispensação deverão ser anotadas na Caderneta da Criança. A dispensação de sulfato ferroso do PNSF deve também ser registrada na ficha de procedimentos do e-SUS, em “procedimentos administrativos”, por meio do código SIGTAP (01.01.04.011-3). ❖ Quadro 5 - Recomendações quanto à Suplementação de Ferro; ❖ Link: <u>Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes.</u> ❖ Para crianças pré-termo (< 37 semanas) ou nascidas com baixo peso (< 2.500 g), a conduta de suplementação segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (QUADRO 6). 	<p>Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)</p>

Suplementação de Vitamina A

❖ A partir do 6º até o 24º mês de idade, as crianças dos municípios contemplados pelo Programa Nacional de Suplementação de vitamina A deverão receber, semestralmente, uma cápsula via oral da megadose de vitamina A, conforme público prioritário estabelecido pelo Ministério da Saúde;

❖ Dose:

- 6 a 11 meses – 1 cápsula de vitamina A de 100.000 UI;
- 12 a 59 meses - 1 cápsula de vitamina A de 200.000 UI a cada 6 meses

❖ Observação: A data da administração e a dose da vitamina A administrada, bem como a data da próxima administração deverão ser anotadas na Caderneta da Criança. A administração da megadose de vitamina A também deve ser registrada na ficha de procedimentos do e-SUS, em “procedimentos clínicos” por meio do código SIGTAP (01.01.04.005-9). O intervalo seguro entre uma administração e outra é de, no mínimo, quatro meses.

Suplementação de Vitamina D

❖ A Sociedade Brasileira de Pediatria preconiza o uso da Vitamina D via oral desde a primeira semana de vida até o segundo ano de vida, independente de aleitamento materno exclusivo ou fórmula infantil.

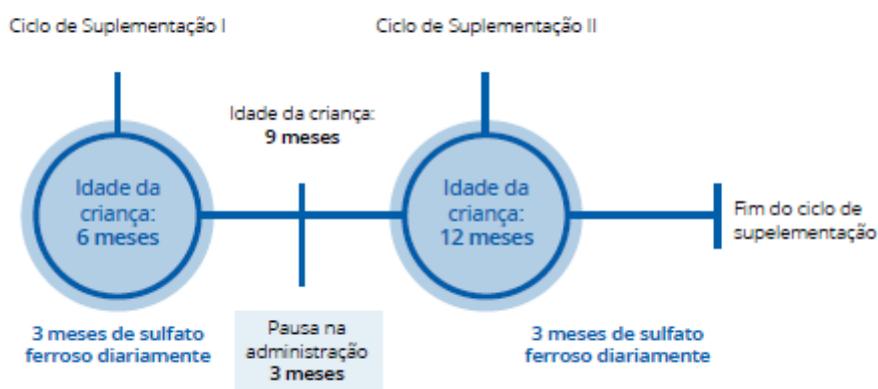
❖ Dose: 0 a 12 meses 400UI e de 1 a 2 anos de idade 600UI (SBP, 2018).

Palivizumabe:

- ❖ Anticorpo monoclonal, que apresenta ação neutralizante contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). É indicado para a prevenção de doença grave do trato respiratório inferior, causada pelo VSR, em pacientes pediátricos de alto risco, menores de dois anos de idade, que inclui crianças prematuras, crianças portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade e portadores de cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa;
- ❖ Na região sul do Brasil a sazonalidade da ocorrência do vírus se dá entre os meses de Abril e Agosto;
- ❖ Devido às características de meia vida da medicação a mesma deve

<p>ter sua administração iniciada um mês antes do período sazonal do vírus, ou seja, a partir do mês de março de cada ano, o intervalo entre as doses deve ser de 1 mês e são administradas no máximo 5 doses;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Os critérios de inclusão para recebimento da medicação, e orientações quanto a administração constam no Quadro 7 (BRASIL,2018). 	
--	--

Quadro 5: Recomendações quanto à Suplementação de Ferro



PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Crianças de 6 a 24 meses	10,0 – 12,5 mg de ferro elementar	2 ciclos intermitentes de suplementação no período: 3 meses de suplementação diária seguidos de 3 meses de intervalo e reinício de novo ciclo.

Fonte: Adaptado de Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes, 2022.

Quadro 6: Suplementação de Ferro para RN Pré-termo e com baixo peso ao nascer

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
RN a termo com peso inferior a 2.500 g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuros com peso superior a 1.500 g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuros com peso entre	3 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias

1.500 e 1.000 g	de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuros com peso inferior a 1.000 g	4 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN prematuros que receberam mais de 100 mL de concentrado de hemácias durante a internação	Devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente

Fonte Adaptado: CONSENSO SOBRE ANEMIA FERROPRIVA: ATUALIZAÇÃO: DESTAQUES 2021 SBP.

Quadro 7: Palivizumabe

Critérios de Inclusão do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crianças prematuras nascidas com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas e 6 dias e com idade inferior a 1 ano (até 11m e 29 dias) ou; ➤ Crianças portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade, independente da idade gestacional, até o segundo ano de vida ou; ➤ Crianças portadoras de cardiopatia congênita, com repercussão hemodinâmica demonstrada, independente da idade gestacional até o segundo ano de vida.
Critério da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR)	Crianças prematuras nascidas com idade gestacional entre 29 e 31 semanas e 6 dias, nascidas a partir de janeiro do ano vigente da aplicação do medicamento.
Dose de aplicação	15mg/kg/dose, administrado por via intramuscular, somente por pessoa capacitada, preferencialmente na face anterolateral da coxa. Os volumes das injeções superiores a 1 ml deverão ser administrados em doses separadas.
Apresentação	<p>Concentração final de 100 mg/ml em ambas apresentações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Frasco-ampola com 0,5ml de solução injetável, equivalente a 50 mg de palivizumabe ➤ Frasco-ampola com 1ml de solução injetável equivalente a 100mg de palivizumabe

Fonte: NT SESA 01/2024; SBP 2011,2017.

6.2.13. Exames complementares

COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Na dependência da avaliação clínica.</p> <p>Aos 12 meses: Solicitar o hemograma completo, contagem de reticulócitos e ferritina sérica, como triagem de deficiência de ferro/anemia ferropriva.</p>	<p>Médico(a)</p>

ANEXOS

Anexo 1 – Plano de Cuidados

PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA		
1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome da criança:		
Data de nascimento:	Nº DNV:	Cartão SUS:
Endereço	Município:	Prontuário:
Nome do responsável pela criança/parentesco:		Telefone:
UBS de origem:	ESF	
ACS (nome):	Apoio comunitário (nome)	Telefone:
2. AUTOCUIDADO		
Letramento Funcional em SAÚDE (LFS) do responsável: () Inadequado () Limitado () Adequado	Suporte Familiar: Suporte Social: () Suficiente () Insuficiente () Suficiente () Insuficiente	
3. DADOS NASCIMENTO		
Idade gestacional (sem):	Perímetro Cefálico:	Sexo:
Peso ao nascer:	Apgar 1º min:	Tipagem sanguínea:
Comprimento ao nascer:	Apgar 5º min:	Alimentação na alta:

4. TRIAGEM NEONATAL				
EXAME		DATA		SITUAÇÃO/RESULTADO
Teste do pezinho				
Teste do coraçãozinho				
Teste da orelhinha				
Teste do olhinho				
Sinal de Ortolani				
5. LISTA DE PROBLEMAS			Estratificação de risco:	
Problemas identificados pela equipe (outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, saúde bucal, outros problemas):				
Problemas identificados pelo responsável da criança:				
6. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO				DATA: __/__/__
Peso: _____ g	Comprimento cm/Estatura:	IMC: _____ kg/m ²	Glicemia (se necessário):	
FC bpm	FR irpm	Perímetro cefálico:	Alimentação:	
TAX °C	PA:	Dor:	DNPM:	
Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):				

EXAMES		DATA		RESULTADO	
7. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES					
PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS/ DIFICULDADES	PRIORIZAÇÃO Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)	RECOMENDAÇÕES	
8. SUPLEMENTAÇÃO / MEDICAMENTOS					
Alergia medicamentosa:					
SUPLEMENTO / MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P Aquisição gratuita (G) ou particular (P)	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras):

VACINAS					
Data		Situação			
9. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)					
10. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES					
11. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS					
PROBLEMA		AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE *da família	GRAU (1 a 10) CONFIANÇA *da família
P1					
P2					
P3					
12. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA					
SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES		

13. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS	
APS Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____	AAE Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____
ASSINATURAS E CARIMBOS	
Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados	Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados

Anexo 2 - Instrumento de Visita Domiciliar

INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR - ESTRATÉGIA DE SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA - PUERICULTURA
Identificação
Nome do RN:
Nome da mãe:
História Prévia
Comorbidades / Anomalias congênitas:
Medicações em uso:
Alergias:
Avaliação do Contexto em que vive
Ambiente
Alguma observação que não tenha sido informada no questionário de VISITA DOMICILIAR PUERPERAL?
Aspectos sociais e econômicos
Alguma observação que não tenha sido informada no questionário de VISITA DOMICILIAR PUERPERAL?
Constituição familiar
Alguma observação que não tenha sido informada no questionário de VISITA DOMICILIAR PUERPERAL?
Dinâmica familiar
Interação entre criança e mãe: () Adequada () Inadequada () Não observada
Interação entre Criança e Ambiente: () Adequada () Inadequada
A criança foi registrada em cartório? () Sim () Não

Observações: _____

História Clínica

Local do Nascimento:

Idade gestacional ao nascer (semanas + dias) - Capurro:

Apgar

Peso atual _____ g

Peso ao nascer _____ g

Estatura atual _____ cm

Estatura ao nascer _____ cm

Perímetro torácico atual (PT) _____ cm

Perímetro cefálico (PC)
_____ cm

Perímetro cefálico atual (PC) _____ cm

Via de Nascimento () Parto normal () Cesárea

Estratificação de risco ao nascer: () Risco Habitual () Risco Intermediário
() Alto Risco

Triagem neonatal

- () Teste do coraçãozinho - Resultado () normal () alterado () não realizado
() Teste do orelhinha - Resultado () normal () alterado () não realizado
() Teste do olhinho - Resultado () normal () alterado () não realizado
() Teste do pezinho - Resultado () normal () alterado () não realizado

Observação sobre a Triagem Neonatal:

Necessitou internamento UTI neo / UCIN? Se sim, por qual motivo?

Caderneta da Criança

Carteira vacinal:

() Atualizada () Vacinas pendentes | Se pendências de vacinas, motivo:

Curva de crescimento:

() Adequado () Inadequado

Marcos de desenvolvimento / Reflexos primitivos:

() Adequado () Inadequado

ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL

Sono do RN

Onde a criança dorme?

() No berço, sozinha () Divide o berço com uma ou mais crianças
() Na cama com um ou mais familiares () Outro:

Como a criança dorme?

() decúbito dorsal () decúbito lateral () decúbito ventral

Amamentação

() AM Exclusivo () LM + complemento () Complementado

Em caso de uso de complementos: qual complemento está sendo utilizado? Qual quantidade (mL) ?

Você oferece algo que não seja leite materno? () Sim () Não

Se sim, o que?

O bebê usa mamadeira? () Sim () Não

O bebê usa chupeta? () Sim () Não

Pega para amamentação: () Correta () Incorreta

Como você reconhece que a criança está com fome?

() Leva a mão a boca () Chora () Estala a boca simulando sucção
() Faz movimentos de busca com a cabeça e boca () Outro(s) sinal(is)

Exame Físico do RN

- **Coloração da Pele**

Icterícia

() cabeça e pescoço () Tronco até umbigo () Hipogástrico e coxas () Joelhos e cotovelos até punhos e tornozelos () mãos e pés, inclusive palmas e plantas

() Corado () Hipocorado () Cianose

- **Padrão respiratório**

Dificuldade para respirar: () sim () não

- **Temperatura**

Febre acima de 37,5: () sim () não

Hipotermia abaixo de 35: () sim () não

Qual o aspecto do coto umbilical?

() Gelatinoso () Mumificado () Com sinais flogísticos
() Em processo de mumificação () Com secreção purulenta

Como é realizada a higiene do coto umbilical?

() Uso de água e sabão () Uso de água oxigenada
() Não realiza
() Uso de álcool 70% () Uso de medicamentos, como pomadas
() Outros

Com qual frequência é realizada a higiene do coto umbilical?

() A cada troca de fraldas () Uma vez por semana () Não realiza
() Uma vez ao dia () Duas ou mais vezes por dia

Diurese

() Habitual/ Clara () Amarelo escuro () Anúria
() Laranja-avermelhado

Evacuação

() Líquida () Meconial () Pastosa () Ausente há ____ dias

Coloração:

Qual a frequência da troca de fraldas?

É utilizado algum produto na higiene íntima da criança na troca de fraldas (como pomadas, talco entre outros)?

() Não () Sim.

Quais?

Percebida alguma evidência de maus tratos? (marcações arroxeadas no corpo, criança chorosa, interação estressora com algum familiar, emagrecida, entre outros)? Se sim, quais?

Alguma queixa ou dúvidas acerca dos cuidados com a criança ou questões clínicas da mesma?

Estratificação de Risco na visita

- () Alto Risco
- () Risco Intermediário
- () Risco Habitual

Orientações e Cuidados de Enfermagem realizados:

- () Orientado sobre importância da amamentação, pega e posicionamentos adequados e aleitamento materno exclusivo até os 06 meses
- () Orientado sobre prevenção de acidentes, quedas, sufocamento e manobra de Heimlich em RN
- () Orientado e agendado próxima consulta de Puericultura conforme calendário e estratificação de risco
- () Orientado sinais de alerta para procura de unidade de saúde

Consulta Domiciliar realizada na data _____ de _____ de 20_____
Nome e carimbo profissional:

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de; GUINSBURG, Ruth. **Recomendações sobre o clampeamento do cordão umbilical**. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23396c-Diretrizes-Recom_Clamp_CordUmb.pdf. Acesso em: 22 jan. 2025.

BARICATI, C. C. A. **A longitudinalidade do cuidado na atenção básica à luz da experiência dos usuários com hipertensão arterial**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2016. Disponível em:

<https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2021/08/Crisconsulo.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. **Lei nº 14.791, de 29 de dezembro de 2023**. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2024 e dá outras providências. Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO (2024). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 dez. 2023. Seção 1, p.

BRASIL. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 maio 2014. Seção 1, p. 27.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHosp). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 maio 2012. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 52/2023** - Caciad/Cgaci/Dgci/Saps/Ms e Cgsb/Desco/Saps/Ms. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 16/2014**. Estabelece orientações para a atenção à saúde materno-infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHosp)**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde da criança**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 307 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 23, de 3 de outubro de 2018**. Aprova o Protocolo de Uso do Palivizumabe para a Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 45/2019-CGAFME/DAF/SCTIE/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

CFM. **Medicina de trânsito: Transporte seguro de crianças em veículos automotores**. Disponível em: <https://www.abramet.com.br/a-abramet/espaco-cientifico/publicacoes/cartilhas/>. Brasília: CFM, 2019. Acesso em: 29 mar. 2021.

IPARDES. **Caderno Estatístico Estado do Paraná - 2024**. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Caderno-Estatistico-Municipal>. Acesso em: 12 mar. 2024.

INGRAM, Jenny *et al.* **The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification**. Arch Dis Child Fetal Neonatal, v. 100, n. 4, p. 344-348, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25877288/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

Knox, I. **Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn**. NeoReviews, v. 11, n. 9, e513-e519, 2010. Disponível em: <https://publications.aap.org/neoreviews/article-abstract/11/9/e513/88360/Tongue-Tie->

and-Frenotomy-in-the-Breastfeeding?redirectedfrom=Fulltext. Acesso em: 20 jan. 2025.

MACG, Gama. *et al.* **Os acidentes são evitáveis e na maioria das vezes, o perigo está dentro de casa.** Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 9, p. 1-8, 2020.

OPAS. **Módulos em Cuidados Paliativos Pediátricos.** Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/modulos-em-cuidados-paliativos-pediatricos>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. **Linha de Cuidado Criança: Manual de Acompanhamento da Criança.** Organizado por Renata Pinheiro de Almeida e Sandra Pedutti. 3. ed. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2018.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência.** São Paulo: Secretaria da Saúde, 2015. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf). Acesso em: 22 jan. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. **Atenção à saúde da criança, 2017.** Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Caderno de atenção à saúde da criança – primeiro ano de vida, 2014.** Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf4.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Nota Técnica Conjunta SESA nº 05/2024.** Paraná: Curitiba, 2024.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Linha de cuidado em saúde bucal.** 3. ed. 2021. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/607651798/linha-de-cuidado-em-saude-bucal-3-edicao-II>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SBP. **Recomendações para alta hospitalar do recém-nascido termo potencialmente saudável. nº 7.** Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22649c-DC_-_Recom_Alta_hospitalar_RN_TermoPotenc_Saudavel.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

SBP. **Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório.** Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/diretrizes_manejo_infec_vsr_versao_final1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

SBP. **Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR)**. São Paulo: SBP, 2011. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2017.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

SBP. **Manual de alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar**. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nutrologia. 4. ed. São Paulo: SBP, 2018. 172 p.

SBP. **Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica**. Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 2, jun. 2018. Acesso em: 26 ago. 2021.

SBP. **Promoção da atividade física na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: SBP, nº 1, jul. 2017.

VITAL, Carlos; VINAGRE, José Fernando. **Transporte seguro de crianças: um item nobre na medicina de trânsito**. Revista ABRAMET, v. 39, n. 1, 2019, p. 51-59.

WHITEHEAD, Margaret ; DAHLGREN, Göran. **Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy Paper for Europe**. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

World Health Organization. **Violence Prevention Alliance. Definition and typology of violence** [Internet]. Geneva: WHO, 2014 [citado em 26 mar. 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/index.html>. Acesso em: 20 jan. 2025.



LINHA DE CUIDADO
**SAÚDE DA
CRIANÇA**
DE 0 A 2 ANOS