

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE CRIANÇAS NO PARANÁ

Aprovada na CIB/PR em 28.04.2021

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia Materno Infantil, estabelece critérios para garantir o cuidado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer. A identificação dos Recém-nascido (RN) de risco habitual, intermediário e de alto risco ao nascer possibilita oferecer cuidados diferenciados para essas crianças.

Os critérios da estratificação devem ser reavaliados **de forma contínua e dinâmica**, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, porque as crianças podem ter evolução que permita mudança de risco.

Os riscos ao nascer identificados de cada criança devem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos RN, sendo estratificada em **Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco** na dependência de dados maternos (idade, raça/cor, escolaridade, condições sociodemográficas), antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais.

O acompanhamento da criança é realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), onde pode ser mantido exclusivamente ou de forma compartilhada com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), quando for necessário esse tipo de acompanhamento. 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.

A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à criança. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe. Ou seja, deverão manter objetivo e conduta comum com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da criança.

Diante disso, a equipe da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da SESA realizou a revisão da estratificação de risco da criança de 0 a 2 anos, bem como consultou técnicos das Regionais de Saúde, SESA central e Conselho Regional de Medicina. A revisão, que hora se apresenta, passou ainda por consulta do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR).

Secretaria da Saúde do Paraná

Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde
Rua Piquiri, 170 – Curitiba-Paraná | CEP: 80230-140
Fone (41) 3330-4418 | e-mail: sas.sesa@sesa.pr.gov.br

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AO NASCER

RISCO HABITUAL

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
APS - (Unidade de Saúde)	<p>Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.</p> <ul style="list-style-type: none">• Critérios: APGAR > 7 no 5º minuto;• Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g;• Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas.

Para as crianças classificadas 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 reclassificados como Alto Risco e encaminhados para a AAE.

RISCO INTERMEDIÁRIO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p>APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendário de puericultura Risco Intermediário)</p>	<p><u>Características individuais e socioeconômicas materna:</u> Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com infecção intrauterina (STORCHZ¹) + HIV. • Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; • Negras; • Com menos de 4 consultas de pré-natal; • Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; • Com menos de 20 anos e mais de 3 partos; • Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; • Que apresentaram exantema durante a gestação; • Com gravidez indesejada²; • Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto³ e/ou natimorto⁴); • Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; • Com histórico de violência interpessoal; • Que morreram no parto. <p style="text-align: center;">E/OU</p> <p><u>Características do nascimento:</u></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 menores⁵;

¹ Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.

² Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.

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

⁴ 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.

⁵ São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. **Exemplos:** fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

Para as crianças classificadas como 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 seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

ALTO RISCO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p>APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendário de puericultura Alto Risco)</p> <p style="text-align: center;"><u>COMPARTILHADO</u></p> <p>AAE - (Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório) (interconsultas agendadas)</p>	<p><u>Características do nascimento:</u></p> <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 exsanguinotransfusão; • Malformações congênitas grave (com repercussão clínica)⁶; • Doenças genéticas, cromossomopatias⁷.

⁶ Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

⁷ Como por exemplo, a síndrome de Down.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ENTRE 1 MÊS E 2 ANOS

Visando a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança até os dois anos, período importante e sensível da primeira infância, durante o acompanhamento de puericultura do lactente na APS, a estratificação de risco deve ser **atualizada a cada consulta**. Deve-se priorizar as crianças de risco para desenvolvimentos de ações em vigilância em saúde com busca ativa para manutenção do calendário de puericultura para crianças de risco intermediário e alto risco, bem como para o encaminhamento a AAE, quando necessário.

RISCO HABITUAL

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
APS - (Unidade de Saúde)	<p>Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triagem neonatal com resultado normal⁸; • Vacinação em dia; • Adequado crescimento⁹; • Adequado desenvolvimento¹⁰.

Para as crianças classificadas 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 reclassificados como Alto Risco e encaminhados para a AAE.

⁸ Teste da orelhinha, olho, coraçãozinho e pezinho.

⁹ Conforme gráficos de dispostos na caderneta da criança.

¹⁰ Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

RISCO INTERMEDIÁRIO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p>APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendário de puericultura Risco Intermediário)</p>	<p>Características individuais e socioeconômicas materna: Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com infecção intrauterina (STORCHZ¹¹) + HIV. • Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; • Negras; • Com menos de 4 consultas de pré-natal; • Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; • Com menos de 20 anos e mais de 3 partos; • Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; • Que apresentaram exantema durante a gestação; • Com gravidez indesejada¹²; • Com gravidez decorrente de violência sexual; • Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto¹³ e/ou natimorto¹⁴); • Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; • Mãe sem suporte familiar¹⁵; • Chefe da família sem fonte de renda; • Depressão pós-parto e/ou baby blues¹⁶; • Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica; • Pais com dependência de álcool e outras drogas¹⁷;

¹¹ Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.

¹² Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.

¹³ Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).

¹⁴ 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.

¹⁵ Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.

¹⁶ Diagnóstico atual ou pregresso.

¹⁷ Pode-se utilizar a classificação T-ACE ad gestante, que consta na estratificação de risco da gestante.

	<ul style="list-style-type: none">• Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;• Com histórico de violência interpessoal;• Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN¹⁸;• Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável. <p style="text-align: center;">E/OU</p> <ul style="list-style-type: none">• Peso ao nascer $\geq 2.000\text{g}$ e $< 2.500\text{g}$;• Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas;• Anomalias congênitas menores¹⁹;• Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;• Criança sem realização de triagem neonatal²⁰;• Desmame precoce (antes do 6º mês de vida);• Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou Sobrepeso;²¹• Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado²²;• Cárie²³;• Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro e um período de 3 meses.
--	--

¹⁸ Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.

¹⁹ São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. **Exemplos:** fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

²⁰ Diz respeito sobre o teste da orelhinha, olhinha, coraçãozinho e do pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais teste já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes, mas possuem agendamento também se enquadram no critério.

²¹ De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade** $>$ $\text{escore-z} + 2$ | **Peso adequado para a idade** \geq $\text{escore-z} 2$ e \leq $\text{escore-z} + 2$ | **Baixo peso para idade** \geq $\text{escore-z} - 3$ e < 2 | **Muito baixo peso para a idade** $<$ $\text{escore-z} - 3$.

²² Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contra-indicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.

²³ Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

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

ALTO RISCO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p>APS - (Unidade de Saúde) (com maior cuidado – calendário de puericultura Alto Risco)</p> <p><u>COMPARTILHADO</u></p> <p>AAE - (Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório) (interconsultas agendadas)</p>	<p><u>Afecções perinatais e malformações congênitas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; • Prematuridade ≤ 34 semanas; • Asfixia perinatal e/ou APGAR < 7 no 5º minuto; • Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão, Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação; • Doença genética, malformações congênitas graves²⁴ (com repercussão clínica), cromossomopatias²⁵ e doenças metabólicas com repercussão clínica; • Testes de triagem neonatal alterados²⁶; • Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária²⁷; • Sinais de violência / maus tratos; • Desnutrição grave e/ou obesidade²⁸; • Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.

²⁴ Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

²⁵ Como por exemplo, a síndrome de Down.

²⁶ Diz respeito sobre os testes da orelhinha, olinha, coraçãozinho e do pezinho. A identificação de um único teste alterado já caracteriza como alto risco.

²⁷ Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

²⁸ 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.

OBSERVAÇÕES:

1. A **estratificação de risco ao nascer** deve ser realizada na maternidade ou no primeiro atendimento do RN na APS;
2. A **estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos de vida** deve ser realizada em todas as consultas;
3. A **identificação de um único critério** define o estrato 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 anexará 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 e 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 direcionará 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 2 anos de vida ou mais.

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 vulnerabilidade. Assim, a atenção da criança deve ser diferenciada se for detectada a **vulnerabilidade sociofamiliar**, onde se destaca:

- Mães com deficiências física/mental;
- Pais ou responsáveis dependentes de álcool e outras drogas;
- Pais ou responsáveis sem renda;
- Famílias em situações de violência;
- Condições socioambientais desfavoráveis.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 3º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do 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 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 seguir o calendário de consultas conforme a Estratificação de Risco (ER).

Tabela 1: Calendário de consultas de puericultura na APS.

ER	1 ^a sem	1 ^o m	2 ^o m	3 ^o m	4 ^o m	5 ^o m	6 ^o m	7 ^o m	8 ^o m	9 ^o m	10 ^o m	11 ^o m	12 ^o m	15 ^o m	18 ^o m	21 ^o m	24 ^o m
RH	X	X	X		X		X			X			X		X		X
RI	X	X	X	X	X	X	X		X		X		X	X	X	X	X
AR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabela 2: 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 1^o ano de vida • 1 entre 15 e 18 meses; e • 1 aos 24 meses de vida.

Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescentes:

Gisella Sanches Henle Piassetta (Pediatra)

Iolanda Maria Novadzki (Pediatra e Médica do Adolescente)

Jéssica Luiz Dinardi – Chefe da Divisão (Enfermeira)

Letícia Santos Corrêa Foltran (Fonoaudióloga)

Marisa da Costa (Psicóloga)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Diário Oficial da União, 08 mar 2016.

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. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasília- DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança : 2 meses a 5 anos / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 74 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 agosto 2015c. Seção 1, p 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. : il. ISBN 978-85-334-2596-5

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde. – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 10 mai 2012.

PARANÁ. Linha Guia Rede Mãe paranaense 7ªed. Curitiba, 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo – Manual de Anomalias Congênitas. 2ª ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 97p.

Secretaria da Saúde do Paraná
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde
Rua Piquiri, 170 – Curitiba-Paraná | CEP: 80230-140
Fone (41) 3330-4418 | e-mail: sas.sesa@sesa.pr.gov.br