



PIRAQUARA
PREFEITURA

Secretaria Municipal
de **Saúde**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DIVISÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Protocolo de Atendimento e Acompanhamento da Saúde da Criança na Atenção Básica



PIRAQUARA
PREFEITURA

Secretaria Municipal
de **Saúde**

Prefeitura Municipal de Piraquara

CNPJ 76.105.675/0001-67

Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara

Rod. Deputado João Leopoldo Jacomel, 4675 – Jardim Primavera

Piraquara - PR

CEP: 83310-170

Prefeito Municipal de Piraquara

Josimar Aparecido Knupp Froes

Secretário Municipal de Saúde

Raniere Geovane Marques Simões

Elaboração

Carla Cristina Brandalize

Elis Marina Campos

Fernanda Daher Sabatin Machado

Francesca Asinelli de Macedo Lopes

Gislaine Aparecida Fritz Pierin

Isabela Maria Probst

José Vitor Molin

Josiane de Freitas

Julieanne Reid Arcain

Luísa Helena Francisco Sanches

Lyandra Franco Carneiro

Mônica dos Santos Dias

Ramony Filippini Martins

Sacha Testoni Lange

Vivian Portz Menegatti de Paula



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFECE	Associação Franciscana de Educação ao Cidadão Especial
APLV	Alergia a proteína do leite de vaca
CAIF	Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal
CAPS	Centro Atenção Psicossocial
CESP	Centro de Especialidades de Piraquara
COMESP	Consórcio Metropolitano e Serviços do Paraná
CRAID	Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EMULTI	Equipes Multiprofissionais em Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
PSE	Programa Saúde na Escola
RN	Recém-nascido
SAD	Serviço Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde



APRESENTAÇÃO

Sabe-se que o público infantil é considerado um grupo prioritário para os cuidados em saúde. Cada período da infância possui uma característica específica que deve ser levada em consideração para garantia do pleno crescimento e desenvolvimento de sua faixa etária. É a Atenção Primária à Saúde que garante o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Este protocolo visa nortear os acompanhamentos de crianças na Atenção Básica do Município de Piraquara/PR, visto que ela é a ordenadora do cuidado da população. Além disso, o foco deste acompanhamento é a promoção e prevenção do cuidado, objetivando o alcance dos marcos de desenvolvimento de nossas crianças.

Este documento foi elaborado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara e contou com a parceria de profissionais da E-multi e de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da UFPR, sendo utilizados documentos oficiais norteadores do Estado do Paraná e do Ministério da Saúde para sua confecção.

Por fim, agradecemos a todos que participaram deste momento de construção do Protocolo e esperamos que o mesmo seja de grande valia na execução dos atendimentos de puericultura e demais acompanhamentos.



Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Garantia de Direitos e Promoção da Equidade em Saúde da Criança e do Adolescente	7
1.2 Mortalidade Infantil	11
2 INFÂNCIA	12
2.1 Consultas de Puericultura	12
2.1 Estratificação de Risco.....	13
2.2 Encaminhamentos para Pediatria	20
2.3 Calendário Vacinal.....	26
2.4 Triagem Neonatal	30
2.5 Teste do Pezinho	31
2.6 Teste do Olhinho.....	32
2.7 Teste da Orelhinha	32
2.8 Teste do Coraçãozinho.....	32
2.9 Suplementação	33
2.10 Monitorização do Crescimento	35
2.11 Monitoramento do Desenvolvimento	41
2.12 Testes importantes a serem aplicados na infância	52
2.13 Saúde Bucal	54
2.14 Prevenção de Acidentes e Agravos.....	56
2.15 Saúde Mental	59
2.16 Hábitos de Vida.....	60
2.17 Situações de violências e negligências relacionadas à faixa etária	78
2.18 Atendimentos conforme calendário de Puericultura	79
2.19 Solicitações de Exames.....	82
2.20 Registro dos Acompanhamentos	82
2.21 Ações coletivas	83
3 PROGRAMAS VINCULADOS AO PROTOCOLO	85
3.1 Programa Pequeno Piraquarense.....	85
3.2 Rede de Apoio Municipal de Aleitamento Materno	85
3.3 Programa Municipal de Dietas Especiais.....	85
3.4 Programa Estadual do Leite.....	86
3.5 Programa Bolsa Família	86



3.6 Programa Saúde na Escola – PSE.....	86
3.7 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.....	87
3.8 Programa Nacional de Micronutrientes	87
4 ENCAMINHAMENTOS.....	88
4.1 Pediatra do Município.....	88
4.2 Saúde bucal.....	88
4.3 Centro de Especialidades de Piraquara – CESP	89
4.4 Centro de Reabilitação em Saúde – CRES.....	89
4.5 Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD.....	89
4.6 Rede de Pediatria – COMESP	90
4.7 Rede de Pediatria APLV – COMESP	90
4.8 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	91
4.9 Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente – CRAID	91
4.10 Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal - CAIF.....	91
4.11 Reabilitação Intelectual – AFECE	92
4.12 Reabilitação Física – CHR	92
4.13 Outras especialidades	93



1. INTRODUÇÃO

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, toda criança tem o direito de vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, garantindo o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Quanto à saúde, a infância é um período de extrema importância devido às diversas modificações fisiológicas, estabelecimento de hábitos de vida e, ainda, devido ao crescimento e desenvolvimento pleno. Ainda, atualmente muito se fala sobre os “Primeiros 1000 dias de vida do bebê”, isto porque este é um momento de programação metabólica, sendo uma janela de oportunidades para a qualidade de vida da criança e que irá influenciar a vida adulta. Diante do exposto, é essencial que ações de saúde sejam voltadas a elas, como forma de prevenção e promoção de saúde.

Assim, o protocolo municipal de acompanhamento da Saúde da Criança na atenção básica foi desenvolvido com vistas a traçar fluxos, rotinas e processos de trabalho de Piraquara. Ele foi construído baseado em documentos oficiais a nível federal, estadual e municipal, bem como da Sociedade Brasileira de Pediatria sempre buscando as melhores referências quanto ao assunto. O objetivo deste documento é nortear e respaldar os profissionais de saúde quanto aos atendimentos e acompanhamentos do público infantil.

1.1 Garantia de Direitos e Promoção da Equidade em Saúde da Criança e do Adolescente

A proteção integral à saúde da criança e do adolescente está garantida por meio tanto da Constituição Federal de 1988, quanto pelas políticas de Saúde Integral da Criança e pelas Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 2018; BRASIL, 2010). Dessa forma, respeitando os princípios estabelecidos para o Sistema Único de Saúde, em especial, a equidade, devemos pensar na atenção à saúde e promoção da saúde de crianças e adolescentes de populações vulneráveis.



Dentro dessas, incluímos as populações de adolescentes em conflitos com a lei, institucionalizadas, indígenas, estrangeiros, refugiados, apátridas, com doenças raras, com deficiência, LGBTQIAP+ e em outras situações de vulnerabilidade social, como o trabalho infantil. Pensando que todas essas populações têm particularidades relevantes no cuidado à saúde, seu atendimento deve ser priorizado e diferenciado.

Citamos algumas legislações que devem servir de referência para o atendimento à essas populações:

- Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Estatuto da Pessoa com Deficiência;
- Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI);
- Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais;
- Lei da Migração;
- Saúde e Sexualidade de Adolescentes (Organização Pan-Americana da Saúde);
- Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras.

Dentro da política de atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, estão descritas diversas ações que garantem ao usuário acesso e cuidado à saúde. Além disso, reforça que:

(...) a compreensão de que ações de saúde isoladas, que desconsiderem os determinantes sociais envolvidos – estruturas insalubres de unidades socioeducativas, contextos de violência interpessoal e institucional, dificuldades das famílias em entender os problemas enfrentados pelos adolescentes, o contexto socioeconômico em que estão inseridos –, podem ser inócuas e com baixa efetividade.

Ou seja, todas as ações envolvidas com essa população, devem levar em consideração suas particularidades, como contexto social. Esse preceito se aplica a todas as populações em vulnerabilidade social. Devemos ter em mente



que crianças e adolescentes pertencentes a essas populações estão inseridas em contextos culturais que estão diretamente relacionados à saúde.

Dentro do contexto de saúde da criança indígena, temos um grande desafio, considerando que os indicadores de morbimortalidade da criança indígena no Brasil se mantêm superiores à média nacional. As crianças indígenas no Brasil, têm duas a três vezes mais chances de ocorrência de óbito no 1º ano de vida em relação às crianças brancas (BRASIL, 2019; BRASIL).

A população indígena apresenta especificidades tanto de organização social, quanto política e econômica, devido a forma como se relacionam com o meio ambiente, como estão inseridos na sociedade, enfrentando situações de risco e vulnerabilidade distintas da população não indígena. Essas características são reconhecidas tanto na Constituição Federal de 1988 quanto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002). Hoje são mais de 800 mil indígenas no país, grande parte vivendo em áreas isoladas, com mais de 300 línguas, formas de organização social e cultural. Deve-se atentar especificamente ao processo de crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes indígenas, além do acometimento por outras doenças, em especial, pneumonias.

O Estatuto da Criança e Adolescente traz que o abrigamento é uma medida de proteção à criança e adolescente sempre que os seus direitos são ameaçados ou violados. Durante o acolhimento, devem ser garantidos os direitos das crianças e adolescentes, inclusive a saúde. A garantia à saúde está prevista nos princípios norteadores do SUS, e além disso, deve-se compreender a saúde como direito universal a ser garantido. Além dos cuidados em saúde, ações de promoção de saúde também devem ser realizadas, sempre levando em conta os contextos de vida da pessoa acolhida, seu ambiente familiar e institucional. Sendo assim, deve haver uma articulação intersetorial para garantir os direitos a essa população (JULIÃO, 2020).

A Política Nacional de Saúde Integral da Criança e Adolescente (2018) traz que é necessário o respeito às iniquidades em saúde, tanto em relação às populações já mencionadas, quanto às crianças e adolescentes com deficiências. Dados mostram que grande parte das sequelas em



desenvolvimento podem ser evitadas ou minimizadas por procedimentos simples e de baixo custo.

As deficiências podem ter natureza diversa, podendo ser intelectuais, físicas, auditiva, múltipla ou visual. O atendimento ao usuário portador de deficiência deve ser priorizado e não deve ser relativizado como “maior deficiência ou menor deficiência”. Os profissionais devem compreender que a deficiência sempre estará diretamente relacionada à promoção da qualidade de vida do usuário. É extremamente necessário a ação de inclusão nos serviços de saúde, as ações intersetoriais para maior ganho funcional nos primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2018). Além disso, a Portaria nº 199, de 30 de Janeiro de 2014, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com doenças raras, com consequente redução da morbidade e mortalidade.

A Lei nº 13.445 de 24 de Maio de 2017, institui a Lei da Migração e traz dentro disso, como princípio e garantia fundamental a proteção integral à criança migrante. Dessa forma, o atendimento e atenção à saúde desse público é garantido pelos princípios da universalidade do SUS. Deve-se sempre respeitar as particularidades de cada indivíduo, seu contexto social e cultural, lembrando sempre que o atendimento deve ser garantido sem preconceitos ou qualquer tipo de discriminação perante ao usuário (BRASIL, 2017).

A adolescência é marcada por períodos de transformações e busca de autonomia em decisões, desenvolvimento de habilidades e vivências. Nesse período, os indivíduos exploram mais sua identidade sexual e de gênero, podendo até mesmo se envolver em comportamentos de risco, com risco de gravidez indesejada, contaminação por IST's (infecções sexualmente transmissíveis), além de problemas de saúde mental como depressão e ansiedade. Deve-se compreender que o atendimento a essa população deve acontecer não só no cuidado à saúde, mas principalmente no quesito de promoção à saúde. Deve-se levar em consideração o contexto ao qual o adolescente está inserido e suas dificuldades no acesso à saúde, muitas vezes marcadas por estigmas e preconceitos que afastam essa população. A abordagem da sexualidade, educação nutricional, prevenção de doenças,



discussões acerca de conflitos sociais e direitos humanos deve ser realizada de modo a incluir o adolescente no processo e sua família, sempre levando em consideração a dificuldade que pode existir de acessar os profissionais de saúde (OPAS, 2017).

1.2 Mortalidade Infantil

A preocupação com a mortalidade infantil tem sido foco de importantes estudos na área da Saúde Coletiva que buscam avaliar a associação dos determinantes do processo saúde-doença da criança e da mulher. A garantia de políticas públicas eficientes na diminuição da mortalidade infantil não implica apenas uma obrigação governamental, mas também ética, pois os óbitos infantis podem ser evitados, quando se há uma reestruturação na qualidade dos serviços de saúde. A mortalidade infantil não está apenas associada aos fatores biológicos, mas principalmente às condições socioeconômicas das famílias da gestante e do recém-nascido, sendo um fator passível de mudança, por meio de políticas públicas (MARIA, SOUZA, MENDES, 2012).

Controlar e combater a mortalidade infantil é um dos principais objetivos das equipes de saúde, para isso o fortalecimento das políticas públicas são a grande arma nestas ações e o comitê de mortalidade infantil é uma dessas importantes estratégias em saúde.

O comitê de mortalidade infantil e fetal consiste em discussões de casos para melhoria da qualidade dos cuidados durante a gestação, parto e puerpério, com propósito de reduzir as mortes evitáveis, identificar circunstâncias e determinantes de mortalidade, propondo medidas para melhoria da qualidade da assistência à saúde visando a prevenção e redução da mortalidade nesta população.



2 INFÂNCIA

Segundo a Lei nº 8.069/1990, a infância é o período compreendido do nascimento ao início da adolescência, ou seja, dos 0 aos 12 anos incompletos. Este momento da vida, pode ser dividido em: primeira infância (até os três anos), fase pré-escolar (dos três aos seis anos de idade) e período de latência (dos seis aos doze anos de idade). É importante ressaltar que cada etapa da infância possui características que devem ser identificadas, monitorando assim o crescimento e desenvolvimento deste público.

2.1 Consultas de Puericultura

As consultas de puericultura consistem em um acompanhamento periódico visando a promoção e proteção da saúde das crianças, por meio dela acompanha-se integralmente a criança, sendo possível identificar precocemente qualquer distúrbio de crescimento, desenvolvimento físico e mental, nutricional, dentre outros, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento com suas particularidades. A partir dessas identificações, é possível estratificar as crianças conforme a necessidade e realizar os encaminhamentos pertinentes à busca pela saúde deste público.

O Quadro 01 apresenta, conforme Linha Guia Materno Infantil, as idades preconizadas para as consultas de puericultura.

Quadro 01 – Calendário de Puericultura do Município de Piraquara

Idade	Consulta/Profissional
5 dias	Visita Domiciliar ACS e profissional de enfermagem
0 a 10 dias	Consulta de enfermagem
30 dias	Médica
2 meses	Médica
4 meses	Enfermagem
6 meses	Médica/Odontologia
9 meses	Enfermagem
1 ano (12 meses)	Médica/Odontologia



1 ano e 3 meses (15 meses)	Enfermagem
1 ano e 6 meses (18 meses)	Médica/Odontologia
1 ano e 9 meses (21 meses)	Enfermagem
2 anos (24 meses)	Médica/ Odontologia
2 anos e 6 meses (30 meses)	Enfermagem/Odontologia
3 anos (36 meses)	Médica/Odontologia
4 anos (48 meses)	Médica/Odontologia
5 anos (60 meses)	Médica/Odontologia

Fonte: Paraná, 2021

Dos 5 aos 12 anos, recomenda-se que as consultas de puericultura ou eletivas sejam realizadas **anualmente**, sendo observadas as condições de cada faixa etária, crescimento e desenvolvimento, aspectos socioambientais, questões de saúde mental, alimentação e entre outros.

2.1 Estratificação de Risco

2.1.1 Estratificação de Risco ao Nascer

O Protocolo da Criança e do Adolescente do município de Piraquara segue a Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná, assim a estratificação de risco ao nascer está descrita no Quadro 02:

Quadro 02 – Estratificação de Risco ao Nascer

Estratificação	Critérios
Risco Habitual	Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. Critérios: APGAR > 7 no 5º minuto; Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g; Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas.
Risco Intermediário	Características individuais e socioeconômicas materna: Filhos de mães: 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 indesejada; • Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto e/ou natimorto); • Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; • Com histórico de violência interpessoal; • Que morreram no parto. E/OU Características do nascimento: • Peso ao nascer $\geq 2.000\text{g}$ e $< 2.500\text{g}$; • Idade gestacional entre ≥ 35 e < 37 semanas; • Anomalias congênitas menores;
Alto Risco	Características do nascimento: • Peso ao nascer $< 2.000\text{g}$ e $\geq 4.000\text{g}$; • Idade gestacional ≤ 34 semanas; • Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto); • Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; • Malformações congênitas grave (com repercussão clínica); • Doenças genéticas, cromossomopatias.

Fonte: Paraná, 2022

Reitera-se que esta estratificação deve ser preenchida na Carteirinha da Criança na alta da maternidade. É de extrema importância que durante a consulta de pós-parto seja verificada a estratificação do recém-nascido para possíveis alertas e encaminhamentos.

2.1.2 Estratificação de Risco entre 01 mês e 02 anos de vida

A estratificação de risco nesta faixa etária também é baseada na Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná, de modo que a estratificação de risco ao nascer está descrita no quadro 03:

Quadro 03 – Estratificação de Risco entre 01 e 24 meses

Estratificação	Critérios
----------------	-----------



Risco Habitual	Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. • Triagem neonatal com resultado normal; • Vacinação em dia; • Adequado crescimento; • Adequado desenvolvimento.
Risco Intermediário	Características individuais e socioeconômicas materna: Filhos de mães: • Com infecção intrauterina (STORCHZ11) + HIV; • Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas, negras ou migrantes; • 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 indesejada*; • Com gravidez decorrente de violência sexual; • Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto e/ou natimorto); • Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; • Mãe sem suporte familiar*; • Chefe da família sem fonte de renda*; • Depressão pós-parto e/ou baby blues (instabilidade emocional passageira); • Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica; • Pais com dependência de álcool e outras drogas; • Mãe ausente por doença, abandono ou óbito*; • Com histórico de violência interpessoal; • Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN*; • Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável*. E/OU Características do nascimento: • Peso ao nascer $\geq 2.000\text{g}$ e $< 2.500\text{g}$; • Idade gestacional entre ≥ 35 e < 37 semanas; • Anomalias congênitas menores;
Risco alto	Características do nascimento: • Peso ao nascer $< 2.000\text{g}$ e $\geq 4.000\text{g}$; • Idade gestacional ≤ 34 semanas; • Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto); • Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; • Malformações congênitas grave (com repercussão clínica); • Doenças genéticas, cromossomopatias. • Doenças de transmissão vertical (STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação); • Triagem neonatal positiva; • Internamento em UTI/UCI neonatal ou pediátrica por 72 horas no período neonatal; • Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária; • Sinais de violência / maus tratos;



- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Desnutrição grave e/ou obesidade;• Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação |
|--|---|

***Critérios de risco relacionados às condições socioeconômicas e de vulnerabilidade não serão considerados para o encaminhamento ao pediatra do município, mas devem ser observadas e acompanhadas de perto pela ESF.**

Fonte: Paraná, 2022

É através da estratificação, que será norteado o protocolo de consultas de puericultura. Segundo a Linha Guia Materno Infantil do Estado do Paraná, crianças estratificadas como risco habitual devem seguir o calendário normal de puericultura na atenção básica; as consideradas com risco intermediário, realizam o acompanhamento de puericultura na UBS, conforme necessidade e com apoio do especialista; e as crianças estratificadas como alto risco, além de realizar a puericultura na sua UBS, devem ser encaminhadas para o ambulatório de alto risco - no caso de Piraquara, consideramos a Rede de Pediatria como sendo o Alto Risco.

É imprescindível que em **todas as consultas de puericultura**, seja realizada a estratificação de risco e anotado em prontuário e na carteirinha de saúde da criança. Este instrumento é importante, uma vez que norteia as ações e encaminhamentos necessários para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança.

2.1.3 Estratificação de risco dos 2 aos 5 anos de vida

A estratificação de risco nesta faixa etária é baseada e adaptada utilizando a Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Criança (Hospital Albert Einstein) e a Matriz de Estratificação de Risco - Crianças de 0 a 5 anos do Governo do Estado do Paraná, sendo descritas no quadro 04:

Quadro 04 – Estratificação de Risco dos 02 aos 05 anos

Estratificação	Critérios
Risco Habitual	Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.
Risco Intermediário	Fatores relacionados à nutrição:



Estratificação	Critérios
	• ***Desmame do aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de vida; • ***Desmame do aleitamento materno antes de 24 meses de vida; • Distanciamento do canal de crescimento da criança, em fase inicial, com relação ao peso comprimento/altura e perímetro craniano; E/OU Fatores relacionados ao cuidado: • Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; • Não comparecimento à agenda de acompanhamento (inclusive triagens neonatais); • *Higiene oral e corporal inadequados; • *Mãe ou cuidador não habilitado; • Uma internação no último ano; E/OU Fatores sociofamiliares • *Gravidez não aceita; • *Mãe adolescente; • *Mãe com baixa escolaridade (<5 anos de estudo); • *Pai com baixa escolaridade (<5 anos de estudo); • *Mãe com pré-natal não realizado ou incompleto (<6 consultas, não realização de exames e tratamentos indicados não realizados ou incompletos); • Mãe antecedentes de um filho nascido morto; • Irmãos <5 anos com internação de repetição ou óbito por causas evitáveis; • Mãe e/ou pai que comprometem o cuidado da criança; • *Mãe ausente por doenças, abandona ou óbito; • *Filhos de mãe em regime prisional; E/OU Fatores relacionados ao ambiente: • *Condições de moradia desfavoráveis; • *Vulnerabilidade socioeconômica; • Indícios de violência física, sexual ou psicológica; • Negligência com relação às necessidades da criança; • *Dificuldades de acesso aos serviços de saúde e sociais; E/OU Doenças próprias do ciclo de vida: • Doenças transitórias; • Doenças agudizadas; • **Doenças bucais de menor complexidade, como lesão de mancha branca, cárie dentária, doenças periodontais.
Alto Risco	Condições perinatais e neonatais: • Baixo peso (<2.500g); • Prematuridade (IG<37 semanas ao nascer); • PIG (Pequeno para a idade gestacional); • GIG (grande para a idade gestacional); • Apgar < ou = 6 no quinto minuto; • Hiperbilirrubinemia indireta grave; • Hiperbilirrubinemia direta; • Infecções crônicas do grupo Ztorchs, confirmadas ou em investigação; • Asfixia perinatal;



Estratificação	Critérios
	• Malformações congênitas graves; • Cromossomopatias; • Doenças metabólicas; • Egressos de UCI/UTI Neonatal; Complicações da prematuridade: • Doença pulmonar crônica; • Retinopatia e cegueira; • Surdez; • Outras; Fatores maternos: • Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas; • Depressão materna; • Doenças maternas graves e/ou não controlados; Fatores evolutivos: • Crescimento fora dos limites padronizados para a idade; • Desenvolvimento insatisfatório para a idade; • Desnutrição grave; • Espectro de doença do autismo; • Sinais de violência física, sexual ou psicológica; • Obesidade; • Infecções do trato respiratório inferior de repetição; • Asma moderada ou grave; • Doenças diarreicas crônica ou de repetição; • Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica; • Infecção urinária; • Complicações de infecções do sistema nervoso central; • Doenças cardiovasculares e circulatórias, como: cardiomiopatias, miocardite e outras; • Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e imunes; • HIV/Aids confirmado ou em investigação; • Mãe soropositiva para HIV, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hepatite B ou Herpes, com criança negativa para estas patologias; • Leucemia e outras neoplasias; • Doenças diagnosticadas na triagem neonatal; • Outras doenças evolutivas graves; • Intercorrências repetidas com repercussão clínica; • 1 ou mais internações no último ano; E/OU Condições especiais: • Peso ao nascer <2.000g ou IG <34 semanas; • Malformações congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica; • 2 ou mais internações no último ano.

***Critérios de risco relacionados às condições socioeconômicas e de vulnerabilidade não serão considerados para o encaminhamento ao pediatra do município, mas devem ser observadas e acompanhadas de perto pela ESF.**

****Condições relacionadas à saúde bucal devem ser encaminhadas ao dentista da ESF.**

***** Condições relacionadas ao aleitamento materno devem ser discutidos com a Rede de Apoio ao Aleitamento Materno do Município**

FONTE: SBIBAE, 2021 (Adaptado)



As crianças de 05 a 12 anos podem ser estratificadas utilizando os mesmos critérios e devem ser acompanhadas, conforme Quadro 05:

Quadro 05 – Estratificação de Risco dos 05 aos 12 anos

Estratificação	Crítérios
Risco Habitual	Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.
Risco Intermediário	Fatores relacionados ao cuidado: • Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; • Não comparecimento à agenda de acompanhamento; • *Higiene oral e corporal inadequados; • *Mãe ou cuidador não habilitado; • Uma internação no último ano; E/OU Fatores relacionados ao ambiente: • *Condições de moradia desfavoráveis; • *Vulnerabilidade socioeconômica; • Indícios de violência física, sexual ou psicológica; • Negligência com relação às necessidades da criança; • *Dificuldades de acesso aos serviços de saúde e sociais; E/OU Doenças próprias do ciclo de vida: • Doenças transitórias; • Doenças agudizadas; • **Doenças bucais de menor complexidade, como lesão de mancha branca, cárie dentária, doenças periodontais.
Alto Risco	Condições perinatais e neonatais: • Doenças metabólicas; Fatores maternos: • Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas; Fatores evolutivos: • Crescimento fora dos limites padronizados para a idade; • Desenvolvimento insatisfatório para a idade; • Desnutrição grave; • Espectro de doença do autismo; • Sinais de violência física, sexual ou psicológica; • Obesidade; • Infecções do trato respiratório inferior de repetição; • Asma moderada ou grave; • Doenças diarreicas crônica ou de repetição; • Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica; • Infecção urinária; • Complicações de infecções do sistema nervoso central; • Doenças cardiovasculares e circulatórias, como: cardiomiopatias, miocardite e outras; • Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e imunes; • HIV/Aids confirmado ou em investigação;



	• Mãe soropositiva para HIV, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hepatite B ou Herpes, com criança negativa para estas patologias; • Leucemia e outras neoplasias; • Doenças diagnosticadas na triagem neonatal; • Outras doenças evolutivas graves; • Intercorrências repetidas com repercussão clínica; • 1 ou mais internações no último ano.
--	---

FONTE: SBIBAE, 2021 (Adaptado)

Deste modo, os acompanhamentos devem basear-se na estratificação de risco de 0 a 12 anos, de acordo com o Quadro 06:

Quadro 06 – Acompanhamentos conforme Estratificação de Risco

Estratificação	Acompanhamento
Risco Habitual	Acompanhamento exclusivo na atenção básica.
Risco Intermediário	Acompanhamento na atenção básica de acordo com as diretrizes clínicas, porém com maior vigilância e intensidade de cuidados e encaminhamentos para a equipe especializada, se necessário.
Alto Risco	Acompanhamento na atenção básica de acordo com as diretrizes clínicas, acompanhamento e monitoramento com a atenção especializada. Para crianças até 5 anos, possibilidade de encaminhar à Rede de Pediatria

Fonte: Piraquara, 2024

2.2 Encaminhamentos para Pediatria

2.2.1 Pediatra do Município

O Quadro 07, apresenta os motivos de encaminhamentos para os Médicos Pediatra do Município, conforme disposto no Protocolo de Encaminhamentos:

Quadro 07 – Encaminhamentos Possíveis para Pediatria do Município

Indicações	Informações Necessárias para o Encaminhamento
-------------------	--



Dificuldade ou seletividade alimentar	- História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico incluindo alimentação, além de escore Z peso/idade; estatura/idade e IMC/idade, sem melhora com orientações do médico ESF. - Realizar Exame Físico detalhado. - Encaminhar para consulta com nutricionista, sem melhora com orientações do médico ESF e conforme POP de encaminhamento da profissão.
Baixo ganho de peso	- História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico incluindo alimentação, sem melhora com orientações do médico ESF. - IMC <3 percentil ou Z score abaixo de -2. - Encaminhar para consulta com nutricionista, sem melhora com orientações do médico ESF e conforme POP de encaminhamento da profissão.
Obesidade Infantil e Juvenil	Crianças e adolescentes com obesidade: IMC > 97 percentil ou Z score acima de +2 em crianças acima de 5 anos IMC>99,9 percentil ou Z score acima de +3 em crianças abaixo de 5 anos - História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. - Exame físico descrito detalhado. - Exames laboratoriais: Colesterol LDL, triglicerídeos, HDL colesterol, glicemia de jejum, TSH e T4 livre. - Encaminhar para consulta com nutricionista, sem melhora com orientações do médico ESF e conforme POP de encaminhamento da profissão.
Infecção respiratória de repetição	Internamento em UTI ou mais que 2 internamentos em enfermaria devido quadro respiratório ou Duas Pneumonias no último ano ou 4 ou mais Otites no último ano **Otite média aguda de repetição (3 ou mais episódios em 6 meses ou 4 episódios em 1 ano) e amigdalite de repetição (>5 amigdalites bacterianas em 2 anos ou >7 episódios em 1 ano) devem ser encaminhados diretamente para Otorrino.
Hipotireoidismo Infantil e Juvenil	- Encaminhar se: TSH elevado (>10 mU/l); TSH elevado porém < 10mU/l (limítrofe) = repetir. - Encaminhar se houver 2 ou mais exames alterados. T4 livre abaixo do limite de referência para a idade; - Histórico prévio de tratamento para hipotireoidismo.
Episódio de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia)	História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico



Asma moderada a grave	• Pacientes com histórico de episódios de dispnéia, tosse, sibilos e desconforto torácico, que não estão respondendo à terapia oferecida. • Requisito obrigatório: Detalhar história clínica: início dos sintomas, histórico de exacerbações e tratamento em uso (medicações inalatórias de alívio e manutenção) e Exames de imagem, se disponíveis.
Puberdade Precoce	• Encaminhar se: Presença de mamas, pelos pubianos/axilares ou acne em meninas antes dos 8 anos, ou menarca antes dos 10 anos; • Aumento do pênis, presença de pelos pubianos/axilares, aumento testicular ou acne em meninos < 9 anos. • História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. • Exame Físico descrito detalhado (descrever estágio de Tanner) • Exames: LH, FSH, Estradiol; RX de mãos e punhos para idade óssea.
Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor	• Provável ADNPM (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior) ou possível ADNPM (ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária) em crianças com: história familiar de consanguinidade ou doenças rara ou ADNPM; ou alterações fenotípicas; ou perímetro cefálico menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90; ou Episódio de convulsão (exceto se convulsão febril) ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia. • História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. • Exame físico descrito detalhado (escala de Denver).
Dificuldade escolar	• História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. • Exame físico descrito detalhado. • Pré-requisito: Relatório escolar com descrição de queixas.
Doenças de pele	• História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. • Exame físico descrito detalhado. História familiar de doenças de pele ou auto-imunes. • Pré-requisito: encaminhamento para dermatologista
Alterações nos testes de triagem neonatal	• História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. Exame físico descrito detalhado. • Pré-requisito: se o teste do pezinho for alterado, solicitar a coleta urgente. Se o teste do olhinho for alterado, encaminhar para oftalmologista; Se o teste da orelhinha for alterado, encaminhar para o otorrinolaringologista.



Alergia a Proteína do Leite Refluxo Gastroesofágico	• História clínica com justificativa, alimentação que está recebendo e descrição do quadro clínico. • Exame físico descrito detalhado (incluindo ganho de peso diário e escore Z). • Encaminhar para nutricionista com prioridade, conforme POP de encaminhamento para Nutrição. Encaminhar para a Rede de Pediatria - APLV.
Infecção do Trato Urinário	• Encaminhar se: Histórico de infecções prévias (dois ou mais episódios de ITU em seis meses ou três ou mais episódios ao ano após a cura da primeira infecção); Histórico de cateterização vesical e/ou cirurgia urológica prévia ; Obstrução de trato urinário; Bexiga neurogênica. • História clínica com justificativa e descrição do quadro clínico. • Exame físico descrito detalhado. • Exame de Imagem: USG RINS e vias urinárias. • Exame laboratorial: função renal, cultura de urina.

Fonte: Piraquara, 2024

2.2.2 Regulação dos Encaminhamentos para a Pediatria

O município de Piraquara adota a regulação dos Encaminhamentos para os profissionais pediatras que estão lotadas nas UBS, com a finalidade de garantir a universalidade e a equidade das crianças. Sabe-se que os encaminhamentos devem acontecer a partir da identificação de risco, atraso no desenvolvimento, nas consultas de puericultura que acontecem pela Estratégia Saúde da Família.

Após a avaliação da ESF e o encaminhamento ao médico pediatra, o responsável pela criança deve entregar a guia na recepção da UBS de referência.

As guias serão estratificadas pelos pediatras do município, a partir da gravidade da situação e serão agendados conforme priorização.

2.2.3 Pediatra do COMESP – Redes

O COMESP (Consórcio Metropolitano de Serviço do Paraná) possui a Rede de Pediatria e a Rede de APLV para pacientes estratificados com alto risco e com APLV, respectivamente. Esta Rede possui atendimento multiprofissional até os 05 anos ou até alta clínica. No encaminhamento da ESF, é necessária a estratificação de risco na história clínica.



Na atenção primária podemos considerar dois tipos de visitas domiciliares, a de rotina (realizada pelo Agente Comunitário de Saúde - ACS) e as realizadas pelos demais membros da equipe de estratégia saúde da família, conforme necessidade.

Neste tópico, ressaltamos a importância das visitas domiciliares para o acompanhamento adequado das crianças, visto que são os ACS que são a ponte entre a UBS e a área de abrangência. Deve acompanhar todas as famílias e pessoas do seu território através da visita domiciliar onde irá desenvolver ações de educação em saúde, porém sua atuação não está restrita ao domicílio, e deve ocorrer também nos diversos espaços comunitários. Nela é possível identificar atrasos no calendário vacinal, dificuldades quanto ao aleitamento materno e alimentação complementar, marcos de desenvolvimento não alcançados, atrasos no desenvolvimento, problemas bucais, possíveis negligências e violências, riscos de acidentes e entre outros. Por isso, os ACSs devem visitar as famílias da sua área de abrangência regularmente, priorizando a frequência das crianças consideradas de alto e médio risco e/ou com alguma questão de vulnerabilidade, estando sempre atento ao que acontece com as famílias do território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde.

Após o momento da alta no hospital/maternidade em que foi realizado o parto é necessário que a família do recém-nascido comunique a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência sobre as condições de saúde da criança e a partir desse comunicado, a equipe da UBS deverá programar uma visita domiciliar até o 5º dia após o parto para a avaliação do bebê. A Secretaria Municipal de Saúde também envia, semanalmente, os nascidos vivos de cada UBS.

O Quadro 08 apresenta as visitas mínimas que devem ser realizadas até os 05 anos de idade. Após esta faixa etária, as visitas devem ser periódicas, com priorização as crianças e adolescentes que apresentam mais riscos de saúde e socioambientais.

Quadro 08 – Abordagem durante as visitas domiciliares

Período	Abordagem
---------	-----------



Até o 5º dia	• Atualizar o Cadastro Familiar; • Verificar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: gemido, vômito, sinais de dor à manipulação, fontanela abaulada, secreção no ouvido ou no umbigo, letargia, febre (temperatura axilar > 37,5º), hipotermia (temperatura axilar < 35,5º), frequência respiratória, convulsões, eliminação de fezes e urina, higiene do bebê, sono, choro, frequência de troca de fraldas e perda de peso; • Observar o estado geral da mãe; • Orientar sobre o aleitamento materno (conforme preconizado pela OMS), cuidado com o coto umbilical e cuidado de higiene; • Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na UBS; • Agendamento da consulta de acompanhamento na UBS; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Incentivar a realização de puericultura; • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação.
1 mês	• Verificar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: gemido, vômito, sinais de dor à manipulação, fontanela abaulada, secreção no ouvido ou no umbigo, letargia, febre (temperatura axilar > 37,5º), hipotermia (temperatura axilar < 35,5º), frequência respiratória, convulsões, eliminação de fezes e urina, higiene do bebê, sono, choro, frequência de troca de fraldas e perda de peso; • Observar o estado geral da mãe; • Orientar sobre o aleitamento materno (conforme preconizado pela OMS); • Agendar da consulta de acompanhamento na UBS; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Incentivar a realização de puericultura; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação; • Acompanhar curvas de crescimento.
3 meses	• Verificar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: gemido, vômito, sinais de dor à manipulação, fontanela abaulada, secreção no ouvido ou no umbigo, letargia, febre (temperatura axilar > 37,5º), hipotermia (temperatura axilar < 35,5º), frequência respiratória, convulsões, eliminação de fezes e urina, higiene do bebê, sono, choro, frequência de troca de fraldas e perda de peso; • Observar o estado geral da mãe; • Orientar sobre o aleitamento materno (conforme preconizado pela OMS); • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Incentivar a realização de puericultura; • Acompanhar as curvas de crescimento.
6 meses	• Observar sinais de risco; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Incentivar a realização de puericultura; • Orientações básicas sobre a alimentação complementar; • Acompanhar das curvas de crescimento; • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação.
12 meses	• Atualizar o Cadastro Familiar; • Observar sinais de risco;



	• Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Incentivar a realização de puericultura; • Orientações básicas sobre a alimentação complementar; • Acompanhamento das curvas de crescimento; • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação.
18 meses	• Observar sinais de risco; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Incentivar a realização de puericultura; • Acompanhar as curvas de crescimento; • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação.
24 meses	• Observar sinais de risco; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Incentivar a realização de puericultura; • Acompanhar as curvas de crescimento; • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação.
36 meses	• Observar sinais de risco; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Incentivar a realização de puericultura; • Acompanhar as curvas de crescimento; • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação.
48 meses	• Observar sinais de risco; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Incentivar a realização de puericultura; • Acompanhar as curvas de crescimento; • Avaliar a carteira da criança, quanto a vacinação.
60 meses	• Observar sinais de risco; • Observar sinais indicativos de violência/negligência; • Reforçar as orientações feitas pela UBS; • Incentivar a realização de puericultura; • Acompanhar as curvas de crescimento; • Avaliar a carteira de vacina da criança.

Fonte: Paraná, 2019

Além disso, outras visitas podem ser necessárias, como da equipe de enfermagem, médicos e da equipe multiprofissional. Estas devem ser realizadas sempre que necessário.

2.3 Calendário Vacinal

A vacinação de crianças é uma das estratégias de saúde mais importantes na prevenção de doenças. As recomendações das práticas de imunização



devem ser baseadas em evidências científicas atualizadas, nas características das vacinas, epidemiologia das doenças específicas e características do hospedeiro.

Os profissionais de saúde devem atentar-se às constantes atualizações do Programa Nacional de Imunização (PNI), na qual padroniza a administração de vacinas por faixa etária.

As vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização são direito de todos e estão disponíveis gratuitamente na Rede Municipal de Saúde de Piraquara.

No Quadro 09, é apresentado o calendário vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde:

Quadro 09 – Calendário Vacinal

IDADE	VACINA	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao Nacer	BCG	Única	Formas graves de tuberculose (miliar e meníngea)
	Hepatite B	Única	Hepatite B
2 meses	Adsorvida difteria, tétano, coqueluche (pertussis), Haemophilus influenzae b – Hib (conjugada) e hepatite B (recombinante) - PENTA	1ª Dose	Difteria, o tétano e a coqueluche (ou pertussis), as doenças invasivas pela bactéria Haemophilus influenzae tipo B e A Hepatite B
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP	1ª Dose	Poliomielite
	Pneumocócicas 10-Valente (conjugada) - Pneumo 10	1ª Dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causada pelos 10 sorotipos Streptococcus pneumoniae
	Rotavírus humano G1P1 (atenuada) - VRH	1ª Dose	Diarreia por Rotavírus (gastroenterites)
3 meses	Meningocócica C (conjugada) - Meningo C	1ª Dose	Doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C



4 meses	Adsorvida difteria, tétano, coqueluche (pertussis), Haemophilus influenzae b – Hib (conjugada) e hepatite B (recombinante) - PENTA	2ª Dose	Difteria, o tétano e a coqueluche (ou pertussis), as doenças invasivas pela bactéria Haemophilus influenzae tipo B e A Hepatite B
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP	2ª Dose	Poliomielite
	Pneumocócicas 10-Valente (conjugada) - Pneumo 10	2ª Dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumomia) e otite média aguda, causada pelos 10 sorotipos Streptococcus pneumoniae
	Rotavírus humano G1P1 (atenuada) - VRH	2ª Dose	Diarreia por Rotavírus (gastroenterites)
5 meses	Meningocócica C (conjugada) - Meningo C	2ª Dose	Doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C
6 meses	Adsorvida difteria, tétano, coqueluche (pertussis), Haemophilus influenzae b – Hib (conjugada) e hepatite B (recombinante) - PENTA	3ª Dose	Difteria, o tétano e a coqueluche (ou pertussis), as doenças invasivas pela bactéria Haemophilus influenzae tipo B e A Hepatite B
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP	3ª Dose	Poliomielite
	Influenza (1 ou 2 doses (anual))	(1 ou 2 doses (anual))	Infecção pelo vírus Influenza
	Vacina COVID-19	1ª Dose*	Proteção contra as formas graves e complicações pela COVID-19
7 meses	Vacina COVID-19	2ª Dose*	Proteção contra as formas graves e complicações pela COVID-19
9 meses	Febre Amarela atenuada - FA	Única	Febre Amarela
	Vacina COVID-19	3ª Dose*	Proteção contra as formas graves e complicações pela COVID-19
12 meses	Pneumocócicas 10-Valente (conjugada) - Pneumo 10	Reforço	Infecções inva-sivas (como meningite e pneumomia) e otite média aguda, causada pelos 10 sorotipos Streptococcus pneumoniae
	Meningocócica C (conjugada) - Meningo C	Reforço	Doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C
	Sarampo, caxumba, rubéola - TRÍPLICE VIRAL	1ª Dose	Sarampo, caxumba, rubéola



15 meses	Adsorvida difteria, tétano e pertussis - DTP	1º Reforço	Difteria, o tétano e a coqueluche
	Poliomielite 1 e 3 (atenuada) - VOPb	1º Reforço	Poliomielite
	Adsorvida Hepatite A (inativada)	1ª Dose	Hepatite A
	Tetraviral	1ª Dose	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela
4 anos	Adsorvida difteria, tétano e pertussis - DTP	2º Reforço	Difteria, o tétano e a coqueluche
	Febre Amarela atenuada - FA	Reforço	Febre Amarela
	Poliomielite 1 e 3 (atenuada) - VOPb	2º Reforço	Poliomielite
	Varicela monovalente - VARICELA	Única	Varicela
5 anos	Poliomielite 1 e 3 (atenuada) - VOPb	1º Reforço**	Poliomielite
	Pneumocócicas 23-Valente- Pneumo 23	Única	Para a proteção contra infecções invasivas pelo pneumococo na população indígena
9 e 10 anos	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 - HPV4 - recombinante	2 doses***	Proteção contra Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18

* Caso a criança não tenha iniciado e/ou completado o esquema vacinal com 9 meses, a vacina poderá ser administrada até 4 anos, 9 meses e 29 dias, conforme calendário vacinal, respeitando os intervalos mínimos recomendados.

** Caso a criança não tenha recebido as duas doses antes de completar 5 anos

*** Iniciar e completar o esquema de Duas Doses

Fonte: BRASIL, 2023

Deve-se ter atenção às crianças que possuem alergias graves, verificando se a mesma é alérgica a algum componente da vacina ou, caso não saiba, é necessária uma triagem prévia médica. Nos casos de vacinas especiais (como as utilizadas em Síndrome de Down, Síndromes Raras, APLV severas) estas são solicitadas aos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, (CRIES) e serão oferecidas conforme critérios estabelecidos no âmbito federal, geralmente atingindo ao público infantil quando a criança possuir alguma deficiência e/ou comorbidade grave. Ainda, em relação as aplicações de vacina,



é importante que o profissional de saúde tenha manejo adequado e empático as diferentes situações, como exemplo as crises de crianças com autismo.

Quando a criança estiver com o calendário vacinal em atraso, a enfermeira da equipe de estratégia de saúde da Família deverá solicitar a busca ativa da criança e dos responsáveis. Caso as vacinas não sejam colocadas em dia, deverá ser considerada a notificação de negligência para o NUPREVI.

Com relação às declarações vacinais, estas podem ser feitas como ação do PSE (sendo necessário o registro da atividade). Neste caso, as crianças com vacinas em atraso não irão receber a declaração. Além disso, para facilitar o processo de trabalho, e diminuir a demanda da UBS devido às declarações, esta deverá ter um prazo de validade. Ex. Criança com 4 anos e todas as vacinas em dia (colocar que próxima vacina só ocorrerá com 9 anos).

2.4 Triagem Neonatal

Todo bebê que nasce no Brasil tem direito a realizar gratuitamente quatro exames muito importantes para a sua saúde. Estes identificam diversas doenças precocemente, com a finalidade do tratamento adequado ao recém-nascido e por toda sua vida.

A SESA monitora todos os exames de triagem neonatal alterados. Este monitoramento é realizado a partir do envio pelas maternidades e pela FEPE para a 2ª Regional. Esta realiza um compilamento das informações do recém-nascido e solicita o acompanhamento e as novas atualizações da triagem para o município, através de uma planilha no Google Drive. O Setor da Criança e do Adolescente recebe as informações de alteração, realiza busca da UBS e solicita que a equipe faça o acompanhamento e atualize os questionamentos realizados pelo Estado, através de uma planilha disponibilizada no Arquivo I de cada UBS.

Ressalta-se que o recém-nascido com os exames de triagem neonatal alterados é considerado, segundo estratificação, de risco, devendo os encaminhamentos ocorrerem o mais breve possível. Além disso, na primeira consulta de puericultura é indispensável que se verifique possíveis alterações e façam os encaminhamentos necessários.



2.5 Teste do Pezinho

O teste do pezinho é uma das principais formas de diagnosticar seis doenças que, quanto mais cedo forem identificadas, melhores são as chances de tratamento. São elas fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita.

O teste é feito no pezinho por ser uma região bastante irrigada do corpo, o que facilita o acesso ao sangue para a coleta da amostra. Apesar de muitos bebês chorarem durante o exame, a picadinha no calcanhar é muito importante para dar as melhores condições de desenvolvimento para as crianças brasileiras.

Este exame é realizado na alta da maternidade, após 48h do nascimento. Em alguns casos pode ser solicitada a re-coleta do Teste do Pezinho na primeira semana de vida. As doenças que podem ser identificadas por este teste são: Deficiência de Biotinidase, Fenilcetonúria, Fibrose Cística, Hemoglobinopatias, Hiperplasia Adrenal Congênita, Hipotireoidismo Congênito, Deficiência de Acil-CoA Desidrogenase de Cadeia Curta (SCAD), Deficiência de Acil-CoA Desidrogenase de Cadeia Média (MCAD), Deficiência de Acil-CoA Desidrogenase de Cadeia Muito Longa (VLCAD), Deficiência de Hidroxiacil-CoA Desidrogenase de Cadeia Longa (LCHAD) e Deficiência da Proteína Mitocondrial Trifuncional e Toxoplasmose Congênita.

É importante ressaltar que o teste é realizado em 48h do nascimento para o diagnóstico do maior número de patologias, porém alguns hospitais realizam a alta hospitalar antes deste período - o que não é recomendado, portanto, caso o teste do pezinho tenha sido coletado antes de 48h deverá ser repetido na primeira semana de vida na Unidade Básica de Saúde.

Todos os resultados dos testes são analisados pela FEPE. Além disso, a SMSA de Piraquara realiza uma averiguação para identificação de alterações e realização dos encaminhamentos necessários.



2.6 Teste do Olhinho

É um exame simples, rápido e indolor, que consiste na identificação de um reflexo vermelho, que aparece quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê. O fenômeno é semelhante ao observado nas fotografias.

O Teste do Olhinho pode detectar qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma congênito e outros problemas, cuja identificação precoce pode possibilitar o tratamento no tempo certo e o desenvolvimento normal da visão.

O exame é realizado nas maternidades públicas até a alta do recém-nascido. A recomendação é que o Teste do Olhinho seja feito pelo pediatra logo que o bebê nasce. Se isto não ocorrer, o exame deve ser feito logo na primeira consulta de acompanhamento. Depois disto, continua sendo importante, nas consultas regulares de avaliação da criança, com a periodicidade definida pelo médico. Se o pediatra encontrar algum problema, a criança é encaminhada para avaliação do oftalmologista.

2.7 Teste da Orelhinha

Entre os procedimentos realizados ainda na maternidade, logo após o nascimento do bebê, está a triagem neonatal auditiva ou o teste da orelhinha. O exame é feito, geralmente, no segundo ou terceiro dia de vida do bebê e identifica problemas auditivos no recém-nascido. Desde 2010 é determinado por lei que nenhuma criança saia da maternidade sem ter feito o teste, que é gratuito. As crianças nascidas fora do ambiente hospitalar devem fazê-lo antes de completarem 3 meses de vida.

O Teste da Orelhinha é realizado com o bebê dormindo, em sono natural, é indolor, não precisa de picadas ou sangue do bebê, não tem contraindicações e dura em torno de 10 minutos.

2.8 Teste do Coraçãozinho

Todo bebê tem direito de realizar o teste de coraçãozinho ainda na maternidade, entre 24h a 48h após o nascimento. O teste é simples, gratuito e indolor. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro, no pulso e no pé do bebê. Caso



algum problema seja detectado, o bebê é encaminhado para fazer um ecocardiograma. Se alterado, é encaminhado para um centro de referência em cardiopatia para tratamento. Problemas no coração são a terceira maior causa de morte em recém-nascidos. Por isso, quanto mais cedo for diagnosticado, melhores são as chances do tratamento.

2.9 Suplementação

2.9.1 Vitamina D

É recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria a suplementação de Vitamina D até os dois anos de idade. Esta prescrição deve ser feita nas consultas de puericultura.

A recomendação é baseada no fato do aporte de vitaminas ser garantido pelo leite materno. Para isso, é necessário que a lactante seja bem orientada quanto a sua alimentação a fim de garantir o aporte necessário ao bebê. Contudo, as fontes alimentares não conseguem suprir as necessidades e o leite materno possui quantidade insuficiente para suprir as necessidades do lactente com relação a Vitamina D (1 litro = 20 a 40 UI), visto que a principal fonte ocorre através da exposição solar (SBP, 2021). Ressalta-se que o município de Piraquara está em uma região em que muitos dias o sol não aparece.

Assim, com a finalidade de garantir o aporte adequado desta vitamina e evitar sua deficiência, Piraquara segue as orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria que recomenda a suplementação nos primeiros 2 anos de vida, mesmo para crianças em aleitamento materno exclusivo (SBP, 2021), sendo a prescrição:

- 400 UI por dia a partir da 1ª semana de vida até completar um ano de idade.
- 600 UI por dia de 1 (um) ano até completar 2 (dois) anos de idade.

2.9.2 Ferro

O sulfato ferroso está preconizado dentro do Programa Nacional de Micronutrientes para suplementação profilática, com a finalidade de prevenir a anemia por deficiência de ferro, devendo ser planejada com a priorização da suplementação medicamentosa de ferro. Ainda, outras estratégias são realizadas para diminuir a incidência dos casos de anemia, como: ações de



educação alimentar, controle de infecções e parasitoses e acesso à água e esgoto sanitariamente adequado. Embora, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomende dois ciclos de suplementação diária de sulfato ferroso para crianças entre 6 e 24 meses, intercalados por pausa de três meses, a Secretaria de Saúde optou por seguir as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), tendo em vista as fragilidades municipais em relação à segurança alimentar, bem como a adesão da população quanto à prática de suplementação.

Nos primeiros seis meses, o aleitamento materno exclusivo previne os casos de anemia e, por isso, não precisa ser suplementado. Porém, na presença de fatores de risco, como por exemplo, prematuridade e baixo peso ao nascer, a suplementação deve ser iniciada aos 3 meses. Os Quadros 10 e 11 apresentam o esquema de suplementação profilática de ferro proposto pela SBP em crianças em diferentes situações.

Quadro 10 - Recomendação de suplementação de ferro em lactentes SEM fator de risco

Situação	Recomendação
RN a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.	1mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando aos 180 dias de vida até o 24º mês de vida.

Fonte: SBP, 2018

Quadro 11 - Recomendação de suplementação de ferro em lactentes COM fator de risco

Situação	Recomendação
RN a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo.	1mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida.
RN a termo, peso adequado para a idade gestacional, independentemente do tipo de alimentação	1mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida.
RN a termo, com peso inferior a 2500g	2mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando aos 30 dias, durante um ano. Após este prazo, 1mg de ferro elementar/kg/dia por mais um ano.
RN prematuro, com peso superior a 1500g	2mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando aos 30 dias, durante um ano. Após este prazo, 1mg de ferro elementar/kg/dia por mais um ano.
RN prematuro, com peso entre 1500g e 1000g	3mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando aos 30 dias, durante um ano. Após este prazo, 1mg de ferro elementar/kg/dia por mais um ano.
RN prematuro, com peso inferior a 1000g	4mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando aos 30 dias, durante um ano. Após este



	prazo, 1mg de ferro elementar/kg/dia por mais um ano.
RN prematuro que receberam mais de 100mL 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: SBP, 2019

Em virtude de a suplementação profilática de sulfato ferroso estar contemplada em um Programa do governo federal é necessário que o registro seja feito conforme preconizado por eles no Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes. Este registro é feito pela Ficha de Procedimentos do E-sus, através do **SIGTAP 01.01.04.011-3**. Ressalta-se que este registro é apenas para os casos profiláticos e devem ser feitos pelo enfermeiro da UBS.

2.10 Monitorização do Crescimento

Para que a monitorização do crescimento seja efetiva, faz-se necessário a aferição adequada dos dados antropométricos e a pontuação exata nas referidas curvas:

- **Peso (P): Até 24 meses:** orienta-se que a criança seja pesada, preferencialmente no mesmo período do dia, na balança pediátrica mecânica ou eletrônica (capacidade máxima 16 Kg). A criança deve estar totalmente despida, inclusive sem fraldas, mantida o mais imóvel possível. **A partir dos 2 anos:** orienta-se que a criança seja pesada, preferencialmente no mesmo período do dia, na balança mecânica ou eletrônica. A criança deve estar totalmente despida, inclusive sem fraldas, posicionada ao centro da balança e estando o mais imóvel possível.
- **Comprimento (C):** termo utilizado para a medida de crianças menores de 24 meses, em que se utiliza o estadiômetro infantil (infantômetro). A criança deve ser medida na posição deitada com as pernas relaxadas, apoia-se a cabeça na haste fixa e a peça móvel é deslocada até tocar os pés da criança, que devem estar descalços e alinhados.
- **Altura (A):** para crianças maiores de dois anos, utiliza-se o antropômetro vertical, encostado numa parede. A criança deve estar na posição de pé, descalça, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento,



com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

- **Perímetro Cefálico (PC):** o crescimento cerebral se completa quase que totalmente nos dois primeiros anos de vida, sendo acelerado no primeiro ano (83,6% em relação ao total do adulto). Para se aferir o PC utiliza-se uma fita métrica, preferencialmente inextensível, que deve ser passada ao redor da cabeça, da esquerda para a direita, cruzando no zero à frente do observador, o bordo inferior da fita tocando no topo das sobrancelhas e passando por cima da porção mais anterior do osso frontal, dos pavilhões auriculares (não incluir os mesmos) e sobre a proeminência occipital (parte posterior do crânio). Esta medida deve ser efetuada na posição deitada em recém-nascidos e na posição semi-sentada, no colo da mãe/ cuidador, no lactente ou na criança maior.

- **Índice de massa corporal (IMC):** recentemente tem se recomendado a utilização do Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso em kg} / \text{estatura}^2 \text{ em metros}$) para interpretar a relação peso/altura e permitir o diagnóstico de déficit de peso (desnutrição aguda/magreza) ou o excesso de peso (sobrepeso/obesidade).

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico dos dados antropométricos: peso (P), comprimento (C) ou altura (A), perímetro cefálico (PC) e índice de massa corporal (IMC) da criança na Carteira de Saúde da Criança, na qual encontram-se as curvas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

No Brasil, com o objetivo de consolidar os dados referentes às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios com a finalidade de realizar um diagnóstico situacional, bem como, o planejamento de ações, existe um sistema nacional para esta compilação de dado, o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Ainda, segundo a OMS, existem parâmetros pactuados para o acompanhamento do crescimento da criança, desde o seu nascimento, estes estão descritos no quadro 12.

Quadro 12 - Índices preconizados para avaliação do Crescimento na infância



FASE DA VIDA	ÍNDICES E PARÂMETROS
INFÂNCIA	Peso por idade Estatura por idade Peso por estatura (até os 05 anos) IMC por idade

Fonte: BRASIL, 2011

Os pontos de corte da Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil são determinados pelo Ministério da Saúde e estão dispostos nos Quadros 13 e 14. Com relação a estes quadros, os profissionais de saúde devem basear suas orientações, conforme diagnóstico nutricional.

Quadro 13: Resumo: Peso para Idade, Peso para Estatura, IMC para Idade e Estatura para idade - Crianças menores de 5 anos

VALORES CRÍTICOS		P/I	P/E	IMC/I	E/I	CONDUTA
< Percentil 0,1	< Escore -z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade	Investigar possíveis causas de desmame, alimentação, intercorrência, higiene, vínculo. Tratar intercorrências clínicas. Verificar IAN ENCAMINHAR PARA INVESTIGAR DESNUTRIÇÃO.
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore -z -3 e < Escore -z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa Estatura para Idade	Menores de 2 anos: orientar sobre alimentação adequada; avaliar e tratar intercorrências infecciosas; investigar vínculo afetivo, cuidados gerais e de higiene. Verificar IAN Maiores de 2 anos: investigar possíveis causas de desmame, alimentação, intercorrência, vínculo. Verificar IAN RETORNO MAIS PRÓXIMO PARA ACOMPANHAMENTO.



$\geq$ Percentil 13 e $\leq$ Percentil 85	$\geq$ Escore -z -2 e $\leq$ Escore -z +1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Parabenizar a mãe, orientar hábitos saudáveis.
$>$ Percentil 85 e $\leq$ Percentil 97	$>$ Escore -z +1 e $\leq$ Escore -z +2	Peso adequado para a idade	Risco de Sobrepeso	Risco de Sobrepeso	Estatura adequada para a idade	Parabenizar a mãe, verificar possíveis erros alimentares, orientar hábitos saudáveis, estimular atividade física.
$>$ Percentil 97 e $\leq$ Percentil 99,9	$>$ Escore -z +2 e $\leq$ Escore -z +3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso	Estatura adequada para a idade	Verificar erro alimentar, orientação de alimentação saudável; estimular atividade física. Verificar IAN. VERIFICAR NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO.
$>$ Percentil 99,9	$>$ Escore -z +3	Peso elevado para a idade	Obesidade	Obesidade	Estatura adequada para a idade	Verificar erro alimentar, orientação de alimentação saudável; estimular atividade física. Verificar IAN. VERIFICAR NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO

Fonte: BRASIL, 2011

Quadro 14: Resumo: Peso para Idade, IMC para Idade e Estatura para idade - Crianças de 5 a 10 anos

VALORES CRÍTICOS		P/I	IMC/I	E/I	CONDUTA
$<$ Percentil 0,1	$<$ Escore -z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade	Investigar possíveis causas de desmame, alimentação, intercorrência, higiene, vínculo. Tratar intercorrências clínicas. Verificar IAN. ENCAMINHAR PARA INVESTIGAR DESNUTRIÇÃO.
$\geq$ Percentil 0,1 e $<$ Percentil 3	$\geq$ Escore -z -3 e $<$ Escore -z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa Estatura para Idade	Menores de 2 anos: orientar sobre alimentação adequada; avaliar e tratar intercorrências infecciosas; investigar vínculo afetivo, cuidados gerais e de higiene. Verificar IAN



					Maiores de 2 anos: investigar possíveis causas de desmame, alimentação, intercorrência, vínculo. Verificar IAN. RETORNO MAIS PRÓXIMO PARA ACOMPANHAMENTO.
$\geq$ Percentil 3 e $\leq$ Percentil 85	$\geq$ Escore- z -2 e $\leq$ Escore- z +1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para idade	Parabenizar a mãe, orientar hábitos saudáveis
$>$ Percentil 85 e $\leq$ Percentil 97	$>$ Escore- z +1 e $\leq$ Escore- z +2	Peso adequado para a idade	Sobrepeso	Estatura adequada para idade	Parabenizar a mãe, verificar possíveis erros alimentares, orientar hábitos saudáveis, estimular atividade física
$>$ Percentil 97 e $\leq$ Percentil 99,9	$>$ Escore- z +2 e $\leq$ Escore- z +3	Peso elevado para a idade	Obesidade	Estatura adequada para idade	Verificar erro alimentar, orientação de alimentação saudável; estimular atividade física. Verificar IAN VERIFICAR NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO
$>$ Percentil 99,9	$>$ Escore- z +3	Peso elevado para a idade	Obesidade grave	Estatura adequada para idade	Verificar erro alimentar, orientação de alimentação saudável; estimular atividade física. Verificar IAN VERIFICAR NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO

Fonte: BRASIL, 2011

A avaliação periódica do crescimento permite o acompanhamento do progresso individual da saúde de cada criança identificando aquelas de maior risco, sinalizando precocemente os agravos nutricionais que necessitarão de intervenção. As possibilidades de curva de crescimento são apresentadas abaixo, sendo reiterado que são necessários pelo menos 3 pontos para realização da curva. Neste caso, tão importante quanto o indicador do diagnóstico nutricional, a condição de crescimento também deve ser verificada (ascendente, horizontal, descendente), conforme disposto no Quadro 15. Caso haja alteração da curva, o profissional deve atentar-se para possíveis alterações na rotina da criança que desencadearam este alerta.

Quadro 15 – Curva dos Gráficos de Crescimento



CURVA DE CRESCIMENTO	ALERTA
Ascendente	Normal
Horizontal	Atenção
Descendente	Perigo

Fonte: BRASIL, 2011

Outro alerta importante para o acompanhamento adequado do crescimento, principalmente no primeiro ano de vida, é a velocidade de crescimento, disposto no Quadro 16. Ressalta-se que apesar de ser um indicativo de atenção, há a necessidade de observar o contexto familiar, social e de saúde da criança, para que não se prescreva e/ou oriente uma fórmula infantil sem necessidade.

Quadro 16 – Velocidade de Crescimento

Idade	Evolução do Peso	Evolução do Comprimento	Evolução do Perímetro Cefálico
1º Trimestre	25-40 g/dia	3 cm/mês	2 cm/mês
2º Trimestre	20 g/dia	2 cm/mês	1 cm/mês
3º Trimestre	15 g/dia	1 cm/mês	0,5 cm/mês
4º Trimestre	10 g/dia	1 cm/mês	0,3 cm/mês

Fonte: BRASIL, 2011

Além disso, outras observações são importantes quanto às questões relacionadas ao crescimento das crianças:

- **Crianças prematuras:** Para o acompanhamento de crianças prematuras (<37 semanas IG) por meio das curvas padrão, é necessário que se corrija a idade cronológica das mesmas até que completem 2 anos de idade = Idade Corrigida (IC), utilizando-se como parâmetro ideal para nascer com 40 sem IG. Exemplo: recém-nascido com 32 semanas IG $IC = 40 - 32 = 8$ semanas (2 meses), assim os dados antropométricos aos 2 meses serão registrados na idade do nascimento = ponto zero da curva. Esta correção deve ser feita até os dois anos



de idade ou até que o prematuro consiga atingir os dados antropométricos cronológicos;

- **Velocidade de crescimento:** crescimento compensatório (catch up) é caracterizado por uma velocidade acelerada no crescimento, que ocorre após um período de crescimento lento ou ausente. Em geral, ocorre primeiro com o perímetro cefálico, seguido pelo comprimento e depois pelo peso;

- **Baixo peso ao nascer:** As crianças com história de muito baixo ao nascer (peso < 1.500g) e baixo peso ao nascer (peso < 2.500g) deve ser considerada de risco nutricional e devem ser acompanhadas com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida. Além do risco ampliado de internações e maior mortalidade infantil, ocorre maior chance de desenvolver doenças crônico-degenerativas na vida adulta, tais como hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e diabetes, quando ao longo da vida há um ganho excessivo de peso.

2.11 Monitoramento do Desenvolvimento

O objetivo de acompanhar os marcos de desenvolvimento é a promoção, proteção e detecção precoce de alterações passíveis e seus devidos encaminhamentos a fim de possibilitar os estímulos e tratamentos adequados, para que ocorram repercussões positivas ao longo da vida.

O desenvolvimento neuropsicomotor infantil envolve quatro áreas: motora, cognitiva, linguagem e emocional. Estas são influenciadas por questões sociais, ambientais, biológicas, genéticas e são capazes de refletir na saúde do indivíduo por toda a vida. Por isso, o acompanhamento na atenção básica é primordial na detecção precoce de possíveis atrasos no desenvolvimento para que ocorra uma intervenção precoce.

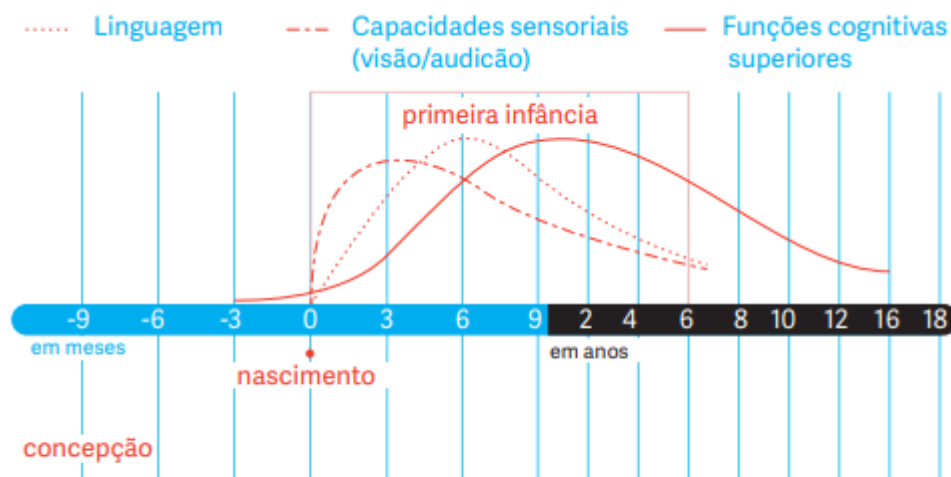
O desenvolvimento depende da maturação (mielinização) do sistema nervoso. A aprendizagem neuropsicomotora se estabelecerá principalmente ao longo da infância, podendo sofrer a influência de fatores nutricionais, genéticos e ambientais. Se houver dificuldade de aquisição de determinada habilidade, os pais ou cuidador(a) deverão ser orientados quanto à necessidade de estimulação; na persistência e evolução progressiva do déficit de



desenvolvimento, a criança deverá ser encaminhada à referência de risco, quando necessário.

A Figura 01 detalha os picos de desenvolvimento com relação aos aspectos sensoriais, cognitivos e de linguagem, apresentando seu pico nos primeiros 1000 dias, estendendo-se pela primeira infância, sendo este período uma janela de oportunidades para o desenvolvimento infantil. Assim, além da identificação de possíveis atrasos, já mencionados, a consulta de puericultura tem o papel de orientar a mãe quanto aos estímulos necessários para que a criança se desenvolva conforme o esperado. O Ministério da Saúde, em 2023, desenvolveu um guia para profissionais de saúde para nortear as equipes de saúde quanto às questões relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor, sendo este um documento importante para que profissionais de saúde conheçam.

Figura 01 – Picos de Desenvolvimento



Fonte: Modificado de Charles A. Nelson, From Neurons to Neighborhoods, 2000.

Fonte: Brasil, 2023

Para a vigilância do desenvolvimento da criança é importante atentar para a faixa etária e verificar a presença dos marcos do desenvolvimento ou habilidades. Ao final de cada fase, a criança deve ter atingido os marcos previstos. Caso ainda não tenha alcançado algum marco, os profissionais de saúde devem ficar alertas quanto ao desenvolvimento desta criança. É possível, neste momento, verificar se a criança cumpre os marcos da faixa etária anterior. Deve-se levar em conta a idade gestacional do nascimento, a rotina e os



estímulos realizados. Por isso, as orientações quanto à estimulação adequada a cada faixa etária são muito importantes.

O Quadro 17 apresenta os principais marcos do desenvolvimento do nascimento até os 36 meses, bem como, como o profissional de saúde pode investigar estes marcos durante as visitas domiciliares e/ou atendimentos de puericultura.

Quadro 17 – Marcos de Desenvolvimento

IDADE	MARCOS DE DESENVOLVIMENTO	COMO INVESTIGAR
0 a 1 mês	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada
	Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30cm acima do rosto da criança e observe se a criança olha para você, de forma evidente
	Reage ao som	Bata palmas ou balance um chocalho a cada 30cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimento dos olhos ou mudança da expressão facial
	Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruços e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem virar-se para um dos lados.
1 a 2 meses	Sorriso social quando estimulada	Sorria e converse com a criança; sem fazer cócegas ou tocar sua face. Observe se ela responde com um sorriso.
	Abre as mãos	Observe se, em alguns momentos, a criança abre as mãos espontaneamente.
	Emite sons	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se faz em casa.
	Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.
2 a 4 meses	Resposta ativa ao contato social	Fique em frente ao bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe/ cuidador o faça.
	Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.



	Emite sons	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc.).
	De bruços levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção com objetos e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.
4 a 6 meses	Busca alcançar objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.
	Leva objetos à boca	Coloque um objeto na mão da criança e observe se ela leva-o à boca.
	Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto. Repita no lado oposto.
	Muda ativamente de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a virar para a posição de bruços.
6 a 9 meses	Brinca de esconde – achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.
	Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela transfere-o de sua mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.
	Duplica sílabas	Observe se a criança fala “papa”, “dada”, “mama”. Se não o fizer pergunte à mãe/cuidador se o faz em casa.
	Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para ela segurar e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.
9 a 12 meses	Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para estimulá-la.
	Faz pinça	Coloque próximo à criança uma jujuba ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela a pegue. Observe se ao pegá-la ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.
	Produz “jargão”	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou



		com a mãe/cuidador (jargão). Caso não for possível observar, pergunte se ela o faz em casa.
	Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.
12 a 15 meses	Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.
	Colocar blocos na caneca	Coloque 3 blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.
	Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
	Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.
15 a 18 meses	Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.
	Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão
	Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante
	Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se dá dois passos para trás sem cair.
18 a 24 meses	Tira roupa	Observe se a criança é capaz de remover alguma peça do vestuário, tais como: sapatos que exijam esforço para sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considere informação do acompanhante.
	Constrói torre de 3 cubos	Observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão
	Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar dois de um grupo de cinco figuras
	Chuta bola	Observe se a criança chuta a bola sem apoiar-se em objetos
24 a 30 meses	Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça do vestuário tais como: cueca, meias, sapatos, casaco, etc.



	Constrói torres de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar seis cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.
	Frases com 2 palavras	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado, que indique uma ação. Considere a informação do acompanhante.
	Pula com ambos os pés	Observe se a criança pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar
30 a 36 meses	Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.
	Imita linha vertical	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos cinco cm de comprimento.
	Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, por exemplo: “quem mia?” “quem late?”, “quem fala?”, “quem galopa?”
	Arremessa bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.

Fonte: BRASIL, 2016

Caso sejam identificados atrasos, os profissionais que realizaram a consulta de puericultura podem realizar encaminhamento para a Pediatra do município, Rede de Pediatria, CRES, E-multi e especialidades (via marcação de consultas pelo Estado).

Durante as consultas de puericultura, os profissionais devem orientar os responsáveis da importância do estímulo precoce, O Quadro 18 apresenta os principais estímulos a serem orientados nos dois primeiros anos de vida.

Faixa Etária	Objetivo	Estímulo
Primeiro Trimestre	Estimulação visual, auditiva; aquisição de habilidades manuais e linha média	Posicione o bebê de barriga para cima e, com o auxílio de brinquedo sonoro suave e colorido, chame a atenção para que o bebê consiga tocá-lo, enquanto se mantém olhando para o brinquedo; Movimente o objeto de um lado para o outro, aproxime o objeto até as mãos do bebê e o auxilie para que consiga tocar no objeto e senti-lo.
	Estimular o controle cervical, o rolar, a audição, a visão e as habilidades manuais.	Colocar o bebê em decúbito lateral, os braços ficam livres para manuseio de brinquedos.
	Estimular a coordenação visomotora, a audição; ajudar o	Coloque o bebê de lado e vá levando o brinquedo ora para o lado direito, ora para o lado esquerdo.



	bebê a levar o brinquedo/objeto até a boca e facilitar o rolar para o próximo trimestre.	
	Estimular a interação social, o vínculo afetivo e o contato visual.	De frente para o bebê, chame sua atenção para que olhe para seu rosto (especialmente os movimentos de sua boca), fazendo com que a cabeça do bebê se mantenha reta. Converse com o bebê, sorria, cante músicas, conte histórias para que o bebê continue olhando reto para você. Mude o tom de voz para estimulá-lo e deixá-lo mais esperto/alerta.
	Estimulação visual, auditiva e de habilidades manuais.	Use sempre brinquedos coloridos e que façam barulho. Troque de brinquedos para manter a atenção da criança.
	Estimulação tátil.	Faça estimulação tátil com bolinha, escova e diferentes texturas. Sempre no sentido de baixo para cima.
	Controle cervical; promove o desenvolvimento oculomotor, o alcance, a orientação espacial.	Coloque o bebê de barriga para baixo, em uma almofadinha com brinquedinhos à frente.
	Estimular linha média, visão e interação social.	Ajude o bebê a levar as mãos até o brinquedo e, em seguida, levar o brinquedo até a boca. Mostre um brinquedo/objeto por vez, de preferência coloridos, para que ele fixe o olhar.
	Utilizar massagens para aumentar o vínculo entre o cuidador e o bebê. Faz com que o bebê se sinta amado, alivia as cólicas, proporciona consciência corporal, transmite segurança e estimulação tátil, além de ajudá-lo a relaxar e dormir melhor.	Utilizando óleo ou creme infantil, passe, de maneira suave, no corpo do bebê, começando dos pés.
	Estimular o controle cervical e de tronco, as habilidades manuais, a visão e a audição.	Quando o bebê ainda não tem controle de tronco, sentá-lo dentro de uma boia, com travesseiro/almofada nas costas, para ele se sentir seguro.
	Estimular habilidades manuais, visão, audição e fortalecimento de tronco para a transição do sentar.	Posicione o bebê em decúbito lateral no triângulo ou use suas pernas para apoiá-lo. Na frente da criança, coloque brinquedos para que ela possa explorar.
	Estimular contato visual, imitação, interação social e comunicação gestual.	Incentive a imitação gestual (estimulação dos neurônios espelhos, responsáveis pela nossa capacidade de imitar).
Segundo Trimestre	Estimular o controle cervical, o contato visual e a atenção auditiva. Ajuda a fortalecer os músculos do pescoço e do abdômen do bebê.	Com o bebê deitado de barriga para cima, segure suas mãos e puxe-o até ficar sentado. Depois de ficar cerca de 6 segundos sentado, voltar a deitar e repetir.
	Estimular o alcance, as habilidades manuais e visuais e a atenção auditiva.	Com o bebê posicionado de barriga para baixo, estimule-o com algum objeto/brinquedo para que ele levante a cabeça e desenvolva a coordenação visual.
	Estimular o rolar para alcançar os brinquedos, estimulação visual e auditiva.	Posicione o bebê de bruços ou de barriga para cima e coloque brinquedos fora do alcance. Movimente os objetos (brinquedos) de um lado para o outro para que o bebê, inicialmente, tente acompanhar o objeto e depois tente pegá-lo, se deslocando lateralmente.



	Estimular a postura mais alta e favorecer o controle de tronco.	Utilize objetos/acessórios ou qualquer outra coisa que sirva de objeto para apoiá-lo, como: uma boia, um pneu ou uma calça de posicionamento. A partir desse momento, o bebê já pode ser colocado na posição sentado por alguns minutos, durante o dia. Quando o bebê ainda não tem controle de tronco, sentá-lo dentro de uma boia para que ele apoie com as mãos favorece o ganho do controle de tronco e o bebê se sente seguro. O bumbo (cadeira/assento infantil) é outra opção para favorecer o sentar, quando o bebê ainda não tem controle de tronco. O ideal é que seja feito com uma mesinha para que possamos colocar um brinquedinho para estimular o brincar e as habilidades manuais.
	Estimular o alcance anterior, as habilidades manuais, visuais e auditivas, o equilíbrio e a reação de proteção.	Como, a partir do quinto para o sexto mês, o bebê já tem reação de proteção anterior, é importante, para desafiá-lo, colocar brinquedos/objetos à frente dele para estimulá-lo e desafiá-lo. Aproveite para estimular a linguagem: nomeie os brinquedos, utilize sons onomatopaicos, faça movimentos com os lábios.
	Aprimorar a percepção visual, ação/reação do bebê, estimular o sorriso social, favorecer a imitação, a interação e a localização de sons e pessoas.	Segure um pano ou coloque as mãos na frente do bebê, não deixe que veja sua face e pergunte: "Cadê o bebê? Cadê a mamãe? Cadê o papai?". Em seguida, mostre seu rosto e fale: "Achou!".
	Aprimorar a percepção visual e estimular os sentidos.	Cole texturas diferentes (grãos, algodão, isopor, tampinhas, pedrinhas, retalhos de panos, esponja, macarrão...) em um TNT ou EVA. Coloque a criança para poder realizar exploração das diversas texturas.
	Estimular a função bimanual e a coordenação motora grossa/fina, visual e auditiva.	Utilize brinquedos coloridos, podendo também ser sonoros. Coloque uma caixa para que a criança possa colocar e retirar os brinquedos/objetos.
	Estimular a descarga de peso nos quatro membros, por meio da postura de quatro apoios; fortalecimento do tronco e preparação para o engatinhar.	Sente-se ou ajoelhe-se no chão e coloque o bebê de bruços, em cima de uma das suas pernas. Dobre os joelhos do bebê com uma mão e utilize a outra mão para estender os braços da criança e colocar suas mãos apoiadas e abertas no chão e com os dedos para frente. As mãos do bebê devem estar alinhadas com os ombros.
	Estimular o contato visual, a imagem e a vocalização.	Coloque o bebê em frente ao espelho, faça expressões faciais e converse com o bebê.
Terceiro Trimestre	Estimular o arrastar e também a passagem de deitado para de gato.	Coloque seu bebê de bruço e coloque sua mão na sola de cada pé da criança. Inicie empurrando para frente a perna que está esticada. A outra perna irá se dobrar.
	Estimular a autonomia do bebê para sentar sem auxílio.	O ideal para a criança se sentar, quando está deitada de barriga para cima, é que ela role, se apoie nos braços e eleve o corpo, até chegar à posição. Enquanto ela não conseguir passar por todas as etapas sozinha, pode-se oferecer ajuda com as mãos, bem como apoiando o quadril.
	Aperfeiçoar o controle de tronco, estimular a coordenação motora grossa e habilidades manuais.	Sentado num banquinho com apoio, dentro da caixa de hortifruti (também pode ser utilizada uma caixa de papelão, bacia funda ou uma caixa de madeira). Podem ser realizadas várias atividades sensório-motoras dentro da caixa, desde explorar



		um brinquedo ou objeto, explorar texturas, abaixar para pegar objetos etc...
	Estimular o bebê a fazer a transição de gato para sentado. Criar autonomia para o bebê trocar de posição.	Tracione o bebê para trás e transfira o peso para um dos lados até sentar.
	Estimular o bebê a explorar/brincar com as duas mãos, aprimorar o controle de tronco e o equilíbrio.	Coloque o bebê sentado em um local seguro e alguns brinquedos para que ele utilize as duas mãos para brincar.
	Trabalhar o alcance anterior em três posturas: deitado, sentado e de gato. Estimulação visual, auditiva e de habilidades manuais.	Colocar o bebê nas três posturas: deitado, sentado e na transição de sentado para o gato e adicionar brinquedos (podendo ser sonoros) para estimular a criança a realizar o alcance anterior.
	Trabalhar o alcance anterior, a transferência de peso e a rotação do tronco.	Coloque a criança sentada, de frente ou de lado para uma caixa de papelão. Fure buracos na caixa e pendure fitas coloridas. Para trabalhar o alcance anterior, coloque a criança de frente para a caixa e, para trabalhar rotação de tronco, coloque a criança sentada do lado da caixa.
	Estimular o engatinhar com ajuda ou assistência	Sente-se ou ajoelhe-se no chão de preferência atrás do bebê. Posicione o bebê de barriga para baixo e espere que o bebê use as mãos para tentar levantar o tronco. O cuidador ajudará colocando a mão embaixo da barriga dele, para ajudar/dar assistência, enquanto observamos se o bebê dobra/flexiona o quadril e joelhos, montando a posição de gato. Quando o bebê estiver na posição de gato, segure no quadril e o balance suavemente em direção aos pés dele, para frente e para trás, mantendo o alinhamento do corpo.
	Estimular o sistema proprioceptivo, o visual e o engatinhar.	Nesta brincadeira, vamos utilizar uma caixa de papelão e uma bolinha. Faça um túnel com a caixa de papelão e coloque a bolinha no final da caixa. Basta você colocar o bebê em frente ao túnel de um lado e você o chama do outro lado.
	Trabalhar habilidade motora (passagem de sentado para posição de gato), habilidades manuais (preensão/pinça) e autonomia.	Colar/grudar, com fita crepe, alguns objetos/ formas no chão, fazendo um percurso. Para estimular o engatinhar, é necessário motivar o bebê a se deslocar.
	Treinar a marcha lateral.	Posicione o bebê de frente para uma cama ou sofá e coloque um objeto distante dele, de maneira que ele precise se deslocar lateralmente para alcançar esse objeto.
	Trabalhar coordenação olho-mão, coordenação motora grossa e habilidades manuais e auditivas.	Separe potes e duas colheres; os potes vão virar bateria e as colheres serão as baquetas.
	Passar da postura sentado para o engatinhar	O estímulo para que o movimento ocorra é a bola ou qualquer brinquedo ou objeto que se mova.
	Estimulação tátil.	Utilize uma vasilha. Dentro você poderá colocar: gelatina, grãos diversos (milho, arroz, feijão), pedrinhas, entre outros. Deixe a criança explorar um de cada vez. Depois, misture alguns itens para que ela comece a diferenciar as texturas.



	Estimular a transição de sentado para em pé e de pé para sentado.	Posicionar a criança sentada em um banquinho e utilizar um brinquedo para motivá-la a passar para de pé.
	Trabalhar noção corporal, imitação, interação social e o apontar.	Posicione o bebê em frente ao espelho, nomeie as partes do corpo e incentive-o a apontar; faça expressões faciais (franzir o nariz, mostrar a língua...) e motive o bebê a imitar.
Quarto Trimestre	Oferecer à criança a noção de que toda ação gera uma reação. Estimular o desenvolvimento da fala, a concentração, a memória, o aprendizado, além de trabalhar a coordenação motora grossa e fina.	Utilize brinquedos musicais e toque junto com a criança. Pode-se, também, utilizar materiais diversos como, por exemplo, bater a colher em uma latinha.
	Estimular a imitação das expressões faciais e os movimentos orais, visuais, auditivos e de linguagem.	Brinque na altura do rosto do bebê, tampando o seu rosto com um pano ou as mãos e diga: "Cadê - dizer o nome da criança?".
	Trabalhar habilidades manuais e criatividade por meio de diferentes texturas.	Utilize uma vasilha. Dentro dela, você poderá colocar arroz e alguns brinquedos. Deixe a criança explorar.
	Estimular o desenvolvimento motor e aprimorar a transição de sentado de lado para de pé, com apoio das mãos.	Coloque o bebê sentado em frente a uma mesinha ou sofá. Utilize um brinquedo em cima desse local plano, porém em uma distância em que o bebê não alcance. Motive o bebê a alcançar o brinquedo, apoiando as mãos na mesinha/sofá, estimulando-o a passar para ajoelhado, semi-ajoelhado e de pé.
	Trabalhar raciocínio, equilíbrio, preensão, coordenação motora fina, coordenação olho-mão, cores, conceito de tamanhos e seguimento de comandos simples.	Posicione o bebê sentado em um local confortável e seguro. Deixe a criança explorar o jogo. Depois, mostre como deve ser realizado e nomeie as cores. Peça para a criança tirar e depois colocar.
	Estimular o desenvolvimento cognitivo, da linguagem e da comunicação, o reconhecimento de imagem e as habilidades manuais.	Realize atividades com livros; leia para o bebê. Mostre os desenhos do livro, utilize sons onomatopaicos ("au au", "muu"...) durante a leitura.
	Treinar a marcha com auxílio.	Há várias possibilidades para realizar esta atividade: Pode-se utilizar cabo de vassoura ou rodo. Coloque o cabo na posição horizontal, na frente da criança. Coloque-a para segurar no cabo e, com auxílio, motive a criança a andar. Outra possibilidade é utilizar o cabo de vassoura na vertical, com o adulto auxiliando e deslocando o bebê, segurando o cabo com uma das mãos. Outra forma de estimular a marcha é com uma cadeira; coloque-o de frente para a cadeira estável, assim, logo ele descobre que pode andar empurrando a cadeira. Uma terceira forma de estimular a marcha do bebê é segurando nas mãos dele e auxiliando-o no andar.
	Trabalhar a coordenação motora grossa, as habilidades manuais e o reconhecimento de cores e textura.	Realize a atividade com bolinhas, fita adesiva (colorida ou durex) e bambolê. Caso não tenha bambolê, cole na parede ou no chão.



	Aprimorar a marcha lateral com mais velocidade e noção de lateralidade	Faça uma atividade que estimule o bebê a andar lateralmente, com o apoio das mãos (parede, sofá, cama, portão).
	Transição de sentado para de pé.	Colocar a criança sentada em uma cadeirinha ou banquinho, com o pé encostado no chão. Para incentivar a criança, coloque um brinquedo para chamar a atenção dela e a convide para vir buscar.
	Estimular a transferência de peso para o membro superior e trabalhar a dissociação das cinturas (escapular e pélvica).	Auxilie o bebê a subir escada com apoio.
Quinto Trimestre	Estimular o desenvolvimento cognitivo.	Você pode se esconder atrás de uma cortina, pilastra ou mesa e o bebê vai procurar. Assim, ele começa a entender que o que some reaparece, o que vai volta e que as pessoas existem mesmo quando não estão na sua frente.
	Estimular a percepção e a discriminação de eventos sonoros, a repetição dos sons, o desenvolvimento cognitivo e as habilidades manuais.	Realize a atividade utilizando brinquedos sonoros, de animais fazendo sons onomatopaicos, ou qualquer objeto que possua som, como instrumentos musicais.
	Estimular o sistema proprioceptivo, o equilíbrio estático, o fortalecimento global do corpo, o seguimento de comando e a imitação.	Você deve fazer a posição de vivo ou morto (agachar e levantar) para a criança realizar por meio de imitação e/ou comando verbal.
	Ensinar a relação entre ação e reação. Estimular a coordenação olho-mão, as habilidades manuais e a imitação.	Empilhe vários blocos diante do bebê e o estimule a jogar tudo no chão, e depois motive-o a empilhar novamente os blocos.
Sexto Trimestre	Estimular coordenação motora, lateralidade, percepção de noção espacial e visual, força, ação e reação.	Utilize pinos, garrafas pets ou brinquedos diversos (que fiquem em pé) e uma bola.
	Fortalecimento global do corpo, percepção de noção espacial, corporal e visual e transferência de peso.	Estimule a criança a subir e a descer as escadas, apoiando as mãos na parede ou no corrimão. Acompanhe a criança nessa atividade.
	Aprimorar a marcha, a noção corporal e a coordenação global.	Subir escada sem apoio.
	Estimular a coordenação motora fina e o reconhecimento/nomeação das cores (primárias).	Utilize lata com furos na tampa e canudos/fios de cores primárias. A criança irá puxar os canudos/fios/palitos da lata.
	Estimular: desenvolvimento da linguagem, ritmo, entonação, imitação, ampliação do vocabulário e interação social.	Utilize cantigas para esta atividade. Inicie a música e deixe a última palavra para a criança falar - técnica de closed (ex.: "O sapo não lava o..." e a criança diz "pé").
Sétimo e Oitavo Trimestre	Trabalhar resolução de problemas, habilidade motora fina, percepção, nomeação de cores e formas geométricas.	Monte quebra-cabeça de duas peças com a criança. A imagem do quebra-cabeça deve ser educativa, por exemplo, pode ser de figuras geométricas, cores, partes do corpo humano, animais. Com isso, você pode aproveitar para nomear e descrever o que tem na imagem e, se for desenho de animas, fazer o som onomatopaico.



	Estimular habilidades manuais, equilíbrio, percepção visual e espacial.	Deixe a criança abrir e fechar a gaveta
	Estimular o desenvolvimento cognitivo e a autonomia.	Monte um quadro de rotina da criança, com as atividades de seu dia-a-dia. O quadro de rotina é um recurso visual para auxiliar a criança a se organizar e entender as atividades que irá realizar.
	Estimular coordenação global, lateralidade, equilíbrio, noção corporal, percepção visual e espacial.	Leve sua criança em um parquinho; incentive-a a brincar e a interagir com as outras crianças.
	Estimular preensão, concentração, coordenação motora fina, visomotora e seguir comandos.	Utilize massinha/isopor e macarrão grosso. Coloque os canudos na massinha ou no isopor e peça para a criança colocar o macarrão.
	Estimular o desenvolvimento da aquisição motora fina, a sensação tátil e o reconhecimento e a nomeação das cores.	Utilize a tinta guache para pintar na cartolina, folha de caderno ou folha A4. Pinte as mãos e carimbe na folha. Durante a atividade, nomeie as cores e solicite que a criança escolha a cor que ela deseja.
	Estimular coordenação visomotora, coordenação motora fina, noção espacial, reconhecimento e nomeação de cores e figuras.	Utilize brinquedos de encaixe; pinte de cores diferentes. Peça à criança para fazer o encaixe e nomear a cor. Pode-se fazer com materiais diversos, como caixa de papelão, caixa de sapato e bolinhas de papel.
	Estimular noção de tamanho, forma geométrica, cores, concentração e habilidades manuais.	Utilize potes de plásticos, de diferentes tamanhos e cores (se possível). Separe os potes das tampas e solicite que a criança ache a tampa correspondente a cada pote. Ao finalizar, peça que ela abra os potes e encaixe um dentro do outro. Mostre qual é o grande e o pequeno; nomeie as cores.
	Estimulação cognitiva e de linguagem.	Utilize figuras/objetos diversos (animais, objetos do dia-a-dia). Fale o nome e peça para a criança pegar. Pode-se também dizer a função do objeto (ex.: serve para pentear o cabelo). Sempre alterne com a criança a vez de quem vai pedir a figura/objeto.

Fonte: BRASIL, 2023

2.12 Testes importantes a serem aplicados na infância

- M-CHAT: Nas consultas de puericultura na faixa etária de 16 a 30 deve-se aplicar o Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas (M-CHAT-R/F). Este questionário é uma triagem para rastreio de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e, caso o instrumento pontue de forma moderada (3 a 7 pontos) pode-se encaminhar para o pediatra do município para maiores investigações; se pontuar de forma grave (acima

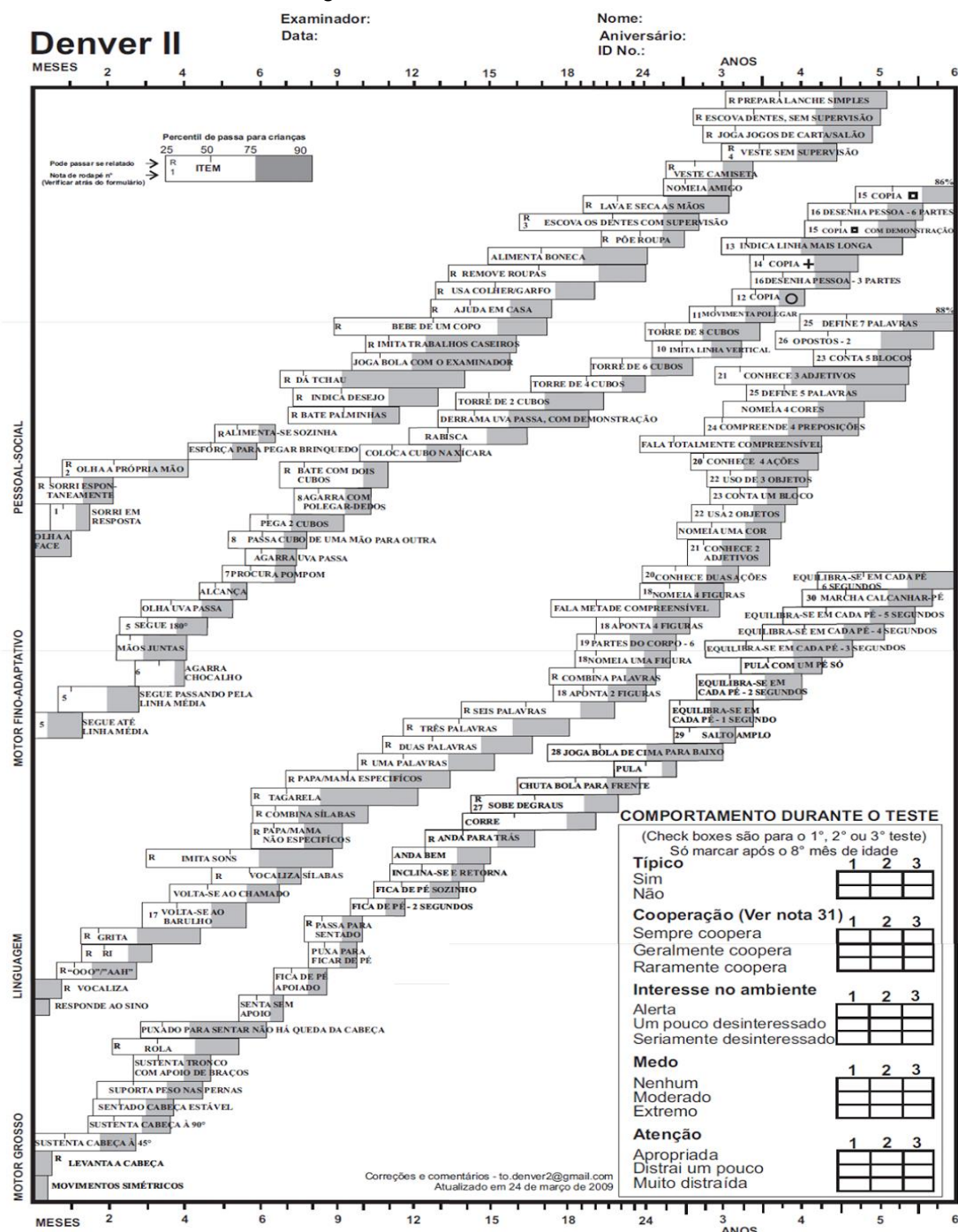


de 8 ponto), o encaminhamento pode ser feito já para o pediatra, especialista e terapias necessárias.

- **DENVER:** Um método para se identificar atrasos dos marcos de desenvolvimento é a aplicação da Escala Denver. Este instrumento é de fácil utilização, no qual abrange quatro áreas: pessoal-social, motricidade fina, linguagem e motricidade ampla. Nele, o profissional de saúde de posse da escala irá utilizar uma régua na idade da criança acompanhada e verificar quais os marcos de desenvolvimento a criança já alcançou, podendo identificar possíveis atrasos, conforme pode ser observado na Figura 02.



Figura 02- Método DENVER



Fonte: FRANKENBURG, W.K., 2018

2.13 Saúde Bucal

A puericultura odontológica também se inicia nos primeiros meses de vida do bebê, orientando já durante o pré-natal que a primeira consulta odontológica da criança seja realizada no mesmo dia da vacina dos 6 meses de vida. Nesta consulta, o profissional também deve orientar quanto aos temas:



- **Aleitamento materno:** O profissional deve estimular o aleitamento, pois é o melhor alimento para o bebê, lembrando que a criança que mama no peito, tem uma possibilidade menor de adquirir hábitos de sucção não nutritivos (sucção do dedo ou da chupeta) em relação àqueles que são amamentados com mamadeira. Ressaltar a importância para o melhor desenvolvimento craniofacial (músculos relacionados aos maxilares e língua, envolvidos na fala, deglutição e oclusão) e na prevenção de uma possível respiração bucal, além de conferir imunidade natural ao bebê.

- **Cárie na primeira infância (cárie de mamadeira):** Esta é uma doença silenciosa, porém aguda que afeta a criança ainda no primeiro ano de vida. A falta de escovação e limpeza dos dentes, o substrato do leite fica aderido. O hábito de adoçar mamadeiras e as chupetas são fatores de risco para o aparecimento desse tipo de cárie. Lembrar que durante a noite há diminuição do fluxo salivar o que favorece a retenção dos alimentos ao dente, por isso a higiene da boca antes de dormir. Importante orientar sobre a transmissibilidade da doença cárie.

- **Realizar o exame clínico da cavidade oral do bebê e a Limpeza da boca e dos dentes:** O Cirurgião dentista realizará o exame clínico prestando atenção no desenvolvimento da cavidade oral, alterações de desenvolvimento, irrupção dos dentes quando e como acontece sempre orientando os pais ou responsáveis das possíveis situações diferentes que possam surgir ou gerar dúvidas e a equipe de saúde bucal orientará sobre a limpeza da cavidade bucal do bebê, que deve ser iniciada antes mesmo da erupção dos dentes, com gaze ou fraldas de pano, ambas embebidas de soro fisiológico ou água potável ou mineral, desde os primeiros dias de vida da criança. Com a higiene remove-se o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumando o bebê à manipulação da boca. Os rodets gengivais devem ser limpos após cada mamada com o auxílio de uma gaze ou fralda embebida em água filtrada. A escovação deve ser iniciada após a erupção dos primeiros dentes, por volta dos 6 meses, com a utilização de uma escova de cerdas macias e incluído o uso de dentífrico somente com a irrupção dos primeiros molares decíduos. Toda escovação, até



os 10 anos de idade, deve ser acompanhada e supervisionada pelos pais ou responsáveis.

- **Chupetas e hábitos deletérios:** Os hábitos de sucção da chupeta ou do dedo podem se manifestar na fase oral do desenvolvimento, nos primeiros 2 anos de vida. Entretanto, os profissionais devem desestimular os hábitos deletérios. Pois em períodos prolongados eles podem causar alterações no desenvolvimento facial da criança, como mordida aberta, mordida cruzada, inclinação inadequada dos dentes, diastemas e alteração no padrão de deglutição.

- **Uso de fluoretos:** Não há necessidade de suplementação de flúor, se na área onde a família reside houver água de abastecimento fluoretada. Deve-se orientar o uso de dentifrício na higienização dos dentes da criança a partir da irrupção dos primeiros molares decíduos, sempre salientando que os responsáveis estimulem a criança a cuspir a espuma da escovação. Usar quantidade mínima de creme dental (apenas sujar a escova, com a quantidade equivalente ao tamanho de um grão de arroz para bebês e crianças menores de 5 anos, e de um grão de ervilha para as maiores).

2.14 Prevenção de Acidentes e Agravos

Medidas são necessárias para evitar acidentes com crianças no domicílio e seus entornos. A prevenção é efetiva quando transpassa três níveis: prevenção primária, que elimina fatores de risco associados; secundária, minimizando o agravamento de lesões, quando essas não podem ser evitadas; e terciária, que com a reabilitação provém apoio às vítimas para que retornem com seu completo potencial.

As estratégias para a prevenção de acidentes podem ser classificadas como ativas ou passivas. A primeira requer o envolvimento direto do cuidador, com orientação feita na sala de espera por profissionais de saúde utilizando recursos diversos para um melhor entendimento. Já a passiva inclui campanhas e políticas públicas direcionadas a segurança infantil e ao empoderamento dos cuidadores com treinamento em primeiros socorros.

Existem alguns fatores de risco que podem influenciar na ocorrência de acidentes, entre eles: particularidades anatômicas, doenças associadas, classes



sociais desfavorecidas economicamente, idade do principal cuidador da criança e residência com infraestrutura precária. Nesse contexto, é importante que os profissionais da UBS conheçam todas as condições em que o menor se encontra.

Abaixo estão citados os principais acidentes que os familiares devem ser orientados quanto a prevenção:

- **Quedas:** A maioria das quedas está associada a fatores de risco como cama, berços, sofás, trocadores ou tapetes. Não deixar o bebê sozinho, ajustar a altura do berço, colocar grades na cama, bloquear acesso a áreas perigosas da casa, manter o chão sem objetos que possam provocar deslizos e manter os móveis afastados das janelas são modificações que podem ser feitas para evitar quedas.

- **Queimaduras:** É umas das principais causas de mortalidade infantil. Quando não levam ao óbito, podem deixar lesões e gerar outras complicações. Observa-se que as queimaduras se relacionam com escaldaduras, contato com fogo, objetos quentes, ou produtos químicos, exposição à eletricidade ou ao sol de maneira excessiva. Entre os cuidados a serem tomados estão: colocar barreiras físicas na entrada da cozinha, deixar as panelas nas bocas de trás do fogão, cuidar com a tampa do forno, não dar líquidos quentes para a criança, deixar fora do alcance produtos inflamáveis, proteger as tomadas e evitar longos períodos de exposição ao sol.

- **Intoxicações exógenas:** São um conjunto de sinais e sintomas tóxicos ou bioquímicos ocasionados pela interação entre um agente químico com o sistema biológico. A maioria das vezes esses casos acontecem na própria residência, onde as crianças são expostas a substâncias tóxicas armazenadas de maneira inadequada.

- **Aspiração de corpo estranho:** Um corpo estranho é qualquer objeto, material ou substância que inadvertidamente penetra o corpo ou suas cavidades, podendo ser ingerido ou colocado pela criança mais comumente na boca, nas narinas ou no conduto auditivo, tendo um risco maior quando é aspirado e chega até as vias aéreas inferiores. Além de objetos, alguns tipos de alimentos, dependendo da faixa etária da criança, também podem se tornar causadores de acidentes. Para prevenir esses casos, é importante evitar



alimentar a criança enquanto anda, corre, brinca ou dá risada, não oferecer alimentos sem amassar, supervisionar a alimentação de crianças menores e não deixar deitar-se com alimentos na boca. Tosse persistente, rouquidão, chiado no peito, dispneia súbita e cianose são sinais de que pode ter ocorrido a aspiração e o quadro deve ser manejado pela equipe de saúde.

- **Acidentes com brinquedos:** Os brinquedos podem ser perigosos com lesões relacionadas ao uso desses objetos, como quedas, engasgamentos, sufocação e queimaduras. Pode-se evitar esse tipo de acidente seguindo as recomendações da embalagem do brinquedo, sempre respeitando a idade descrita pelo fabricante, observar se os materiais de composição são seguros, evitar peças que geram o risco de engasgamento e assegurar que a criança brinque em um ambiente seguro.

- **Acidentes envolvendo andadores:** A menos que o cuidador realmente não possa ficar o tempo todo ao lado da criança, é mais seguro colocá-la em um cercado com brinquedos do que num andador. Lactentes que usaram andadores engatinham menos, levam mais tempo para ficar em pé e caminhar sem apoio. O andador pode provocar lesões graves, como fraturas ou traumatismos cranianos, necessitando de hospitalização. Na maioria das vezes, as lesões relacionadas aos andadores são quedas, sendo 80% em escadas. No que tange às medidas preventivas, deve-se desencorajar o uso do andador e fornecer estímulos mais seguros e lúdicos à criança.

- **Acidentes com animais domésticos:** Os acidentes com animais domésticos - como arranhaduras ou mordeduras - de modo geral são causados por animais da própria família ou de vizinhos, sendo as crianças mais comumente agredidas do que os adultos. Para evitar esses casos é preciso respeitar as atitudes do animal, orientar a criança sobre como agir e sempre supervisionar momentos de interação entre os dois.

- **Acidentes por submersão:** Os acidentes por submersão ou afogamento em crianças de até 4 anos, a maioria ocorre no domicílio, e, na medida em que a criança cresce, o local de ocorrência passa a ser fora do domicílio. Dentre os sobreviventes, por cada criança que morre afogada, pelo menos 2 são afetadas por sequelas neurológicas graves e irreversíveis. Por isso, é importante que a criança esteja sempre supervisionada por um adulto.



- **Acidentes de trânsito:** Os acidentes de trânsito destacam-se nos atendimentos de urgência/emergência pediátrica e levam à uma das principais causas de morbimortalidade infantil no Brasil. Os atropelamentos decorrem da dificuldade das crianças em calcular a localização dos sons, o tempo/velocidade do veículo e de tomar decisões rápidas, além de sua baixa estatura, visão periférica parcial e comportamento com tendência a distrações. Por isso, devem-se evitar brincadeiras em áreas de trânsito urbano e sempre utilizar os equipamentos de segurança da forma correta, como o cinto do carro e as cadeirinhas.

2.15 Saúde Mental

O desenvolvimento humano ocorre em todos os ciclos de vida, sendo influenciado pelo biológico, ambiental, individual e coletivo.

Tem como conceitos chaves a plasticidade que corresponde a possibilidade de mudança e adaptação, o contexto em que se está inserido: cultural, comunitário - territorial e familiar com seus diversos arranjos, assim como os aspectos físicos e emocionais. É fundamental considerar esses aspectos a fim de evitar classificações diagnósticas precoces, considerando o caso a caso.

Em relação a comportamentos **DISRUPTIVOS OU DESAFIADORES APROPRIADOS** para a idade, segundo Opas (2018) destaca-se:

- Crianças de 18 meses a 5 anos, estão em idade pré-escolar, podem recusar em fazer coisas que lhe pedem, ter atitudes de desobedecer a regras, exageram, negam coisas que tenham feito, podem falar inverdades, podem ficar agressivas fisicamente e culpar os outros. Geralmente se acalmam sozinhas.
- Dos 6 aos 12 anos: evitam ou atrasam no cumprimento de instruções, as vezes perdem a calma e discutem com outras crianças e adultos.

OBS.: atenção em relação a intensidade e duração, autoagressão e hetero agressões frequentes.

IMPORTANTE FICAR ATENTOS:



1. Lactantes e crianças pequenas, abaixo de 5 anos: atrasos no crescimento, motricidade, nos marcos do desenvolvimento (sorrir, sentar, andar, falar, controle do esfíncteres), choro excessivo, dificuldade para ficar longe do cuidador, ataques de raiva, timidez excessiva, regressões como voltar a chupar o dedo, incontinência urinária e ou fecal, dificuldade para dormir e comer, diminuição das brincadeiras e na interação como os outros.

2. De 6 a 12 anos: atraso no autocuidado sozinho (banho, escovar os dentes, trocar de roupa), atraso na leitura e escrita, recusa para ir a escola, dores e queixas físicas constantes (cefaleia, estômago) , timidez extrema e mudanças no funcionamento (novos comportamentos de incontinência).

3. Dos 4 aos 18 anos: dificuldade extrema em ficar sentado, fala excessiva, excesso de movimentação, desatenção, distração e mudança de tarefas com frequência, impulsividade, comportamento repetitivo, ataques de raiva com frequência, crueldade, desobediência grave e persistente, mudança súbita de comportamento, inclusive com os colegas e outros.

4. Para todas as idades: Dificuldade de compreensão e realizar as atividades diárias de acordo com a idade, dificuldade na interação social, padrões repetitivos e restritivos de em relação de comportamento e interesses, dificuldade em mudanças e comunicação na comunicação.

Para CHIAVERINI,(PARANÁ, 2022) os **FATORES DE RISCO** para as crianças: desnutrição, abuso sexual, fraco suporte social.

2.16 Hábitos de Vida

Os hábitos de vida saudáveis devem ser estimulados durante toda a infância e adolescência, bem como, durante o período gestacional. Estes hábitos tornam-se ainda mais relevantes quando falamos dos “Primeiros 1000 dias de vida”, pois esta fase tem o poder de formar costumes que podem perdurar a vida toda, impactando na saúde de forma positiva ou negativa, a depender do hábito da família. Abaixo apresentamos alguns hábitos que devem ser estimulados durante as visitas e consultas de rotina na atenção primária do município.

2.16.1 Criação de Rotina



A rotina na vida da criança, a repetição de atividades nos mesmos horários a cada dia (na alimentação, no banho, na hora do sono, de ir dormir com o anoitecer e de acordar com o nascer do sol), o brincar livre e solto em ambientes abertos, alternando tais atividades com o brincar mais recolhido e tranquilo, num ambiente acolhedor, fortalecem o organismo e dão segurança para a criança.

2.16.2 Sono

O período ininterrupto de sono sofre mudanças no primeiro ano de vida da criança, um recém-nascido de duas semanas dorme em média 4 horas ininterruptas, já um lactente de 5 a 12 meses dorme em torno de 7 horas. Com 6 a 9 meses o sono noturno se consolida fazendo com que lactentes durmam de 10 a 12 horas. O total de redução de sono se reduz no final do primeiro ano de vida, porém, uma criança de 1 ano ainda dorme 50% do tempo nas 24 horas.

Durante a idade escolar é recomendado entre 9 a 11 horas de duração total do sono. As práticas diárias de higiene do sono devem ser iniciadas durante o dia e prolongadas para o período da noite, promovendo um sono de qualidade para a criança em conjunto com um melhor comportamento diurno e redução de níveis de estresse maternos.

As medidas de higiene do sono podem ser iniciadas ao redor dos 6 meses do bebê, respeitando o estágio de maturação do sono, sem interferir no processo de amamentação sob livre demanda. De acordo com a Academia Americana de Pediatria, a criança deve ser posicionada de barriga para cima, deitado em superfície firme, coberto com lençol ajustado. Não deve haver objetos no berço, como protetores de berço, travesseiros, brinquedos ou almofadas, com o objetivo de evitar o sufocamento. Devem ser evitados o uso de cobertores e roupas quentes, pois podem causar hiper-aquecimento, o qual é associado ao risco de morte.

O recomendado para crianças menores é que as rotinas de higiene iniciem 20 a 30 minutos antes da criança ir para a cama, constituindo de atividades calmas, como leitura, escutar ou cantar músicas tranquilas, ou conversar sobre o dia da criança. Para crianças maiores inicia-se entre 30 a 60 minutos antes de ir para a cama. Neste período, deve-se evitar envolver a



criança em atividades barulhentas como assistir televisão, jogar, manipular eletrônicos ou estudar.

2.16.3 Alimentação

2.16.3.1 Aleitamento Materno

O Ministério da Saúde recomenda a amamentação até os dois anos de idade ou mais, e de forma exclusiva nos primeiros 6 meses, ou seja, sem necessidade de sucos, chás, água ou outros alimentos. Quanto mais tempo o bebê mamar no peito da mãe, melhor para ambos, uma vez que o leite materno possui todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento adequados do recém-nascido, além dos aspectos sociais, psicológicos e econômicos.

Os motivos da excelência deste alimento são inúmeros, como: a fácil digestibilidade; a presença de anticorpos que protegem a criança de muitas doenças como diarreia, infecções respiratórias, alergias, além de diminuir o risco de hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade na vida adulta; a praticidade; o vínculo; o desenvolvimento dos músculos da face entre outros.

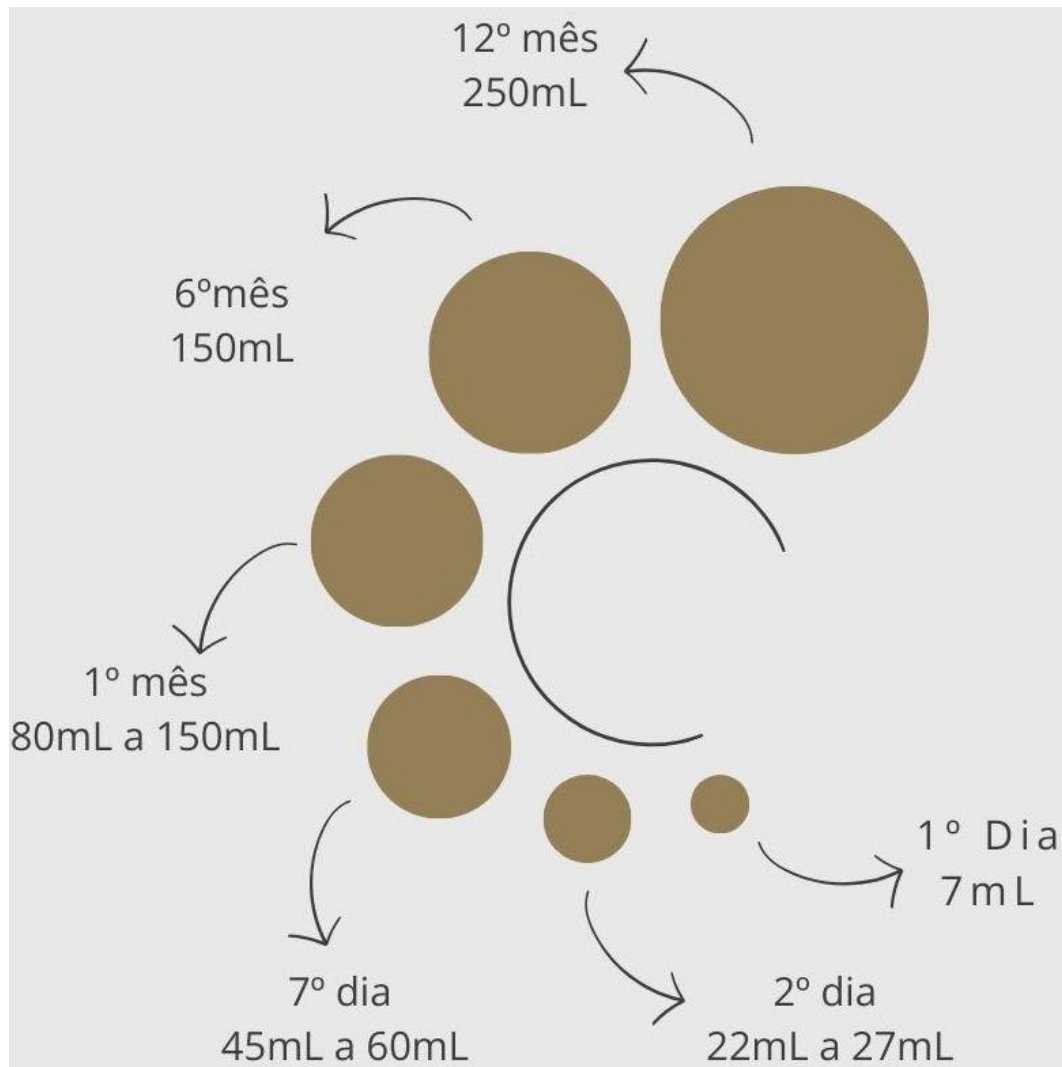
É sabido que o ato de amamentar deve ser incentivado e estimulado durante todo o pré-natal e nas consultas de puericultura, pois as dificuldades que resultam no desmame precoce estão presentes no dia a dia, podendo citar: manejo inadequado, intercorrências e, inclusive, questões culturais e psicológicas. Portanto, é essencial que em **todos os momentos em que a mãe, pai e/ou os familiares estiverem presentes na unidade de saúde, sejam empoderados quanto à importância deste alimento**. Ressalta-se ainda, que o município dispõe de uma Rede Municipal de Apoio ao Aleitamento Materno, cujo objetivo é articular as ações municipais em prol do aumento das taxas de aleitamento materno.

Atualmente, recomenda-se que a criança seja amamentada sob livre demanda, ou seja, sem horário determinado e conforme a necessidade dela. Nos primeiros meses é normal que o recém-nascido tenha mais necessidade de sugar e de ser amamentado, visto que o tamanho do estômago é reduzido. A Figura 03 exemplifica a capacidade gástrica destes bebês. **Neste caso, é**



importante que o profissional de saúde esteja ciente e desmistifique o mito de que o leite da mãe é fraco.

Figura 03: Capacidade Gástrica do RN



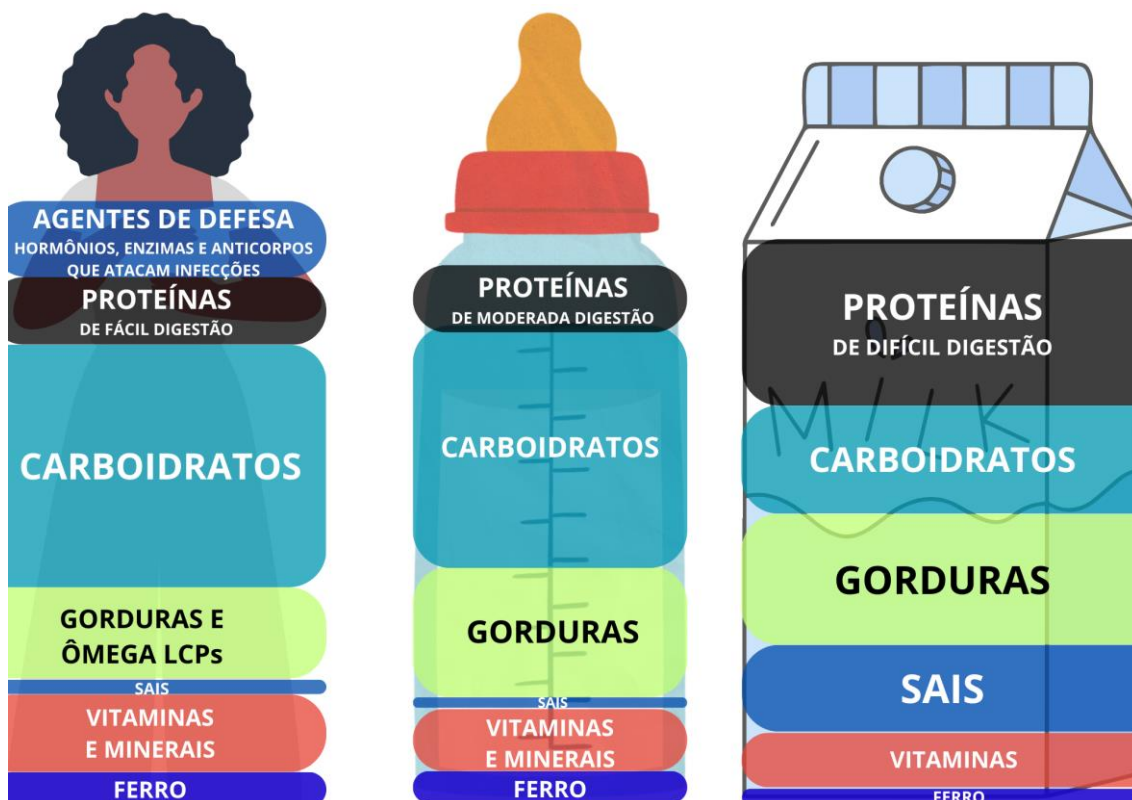
Fonte: SBP, 2022 (Adaptado)

Diante do exposto, também é popularmente difundido erroneamente que a fórmula infantil é um leite mais “forte”, através de frases como estas: “dá leite de lata para essa criança, que ele para de chorar” ou “ele tá chorando porque está com fome”. Muitas vezes, dizeres como estes são ditos pelas redes de apoio de puérperas, fazendo com que esta mulher, que já está em um momento de fragilidade, se enfraqueça ainda mais. Nós, profissionais de saúde, devemos estar atentos a estes fatos e informados para conduzir da melhor maneira possível. Ainda com relação a isto, ressalta-se que o leite materno é adaptado à realidade de cada criança, ou seja, ele pode ser mais calórico para bebês com



baixo peso ou apresentar mais anticorpos quando a criança estiver doente, por exemplo. Já a fórmula infantil é padronizada e tenta se aproximar das infinitas qualidades do leite materno, porém a Figura 04 esclarece as diferenças explícitas entre o leite materno, a fórmula infantil e o leite de vaca.

Figura 04 – Diferenças entre Leite Materno, Fórmula Infantil e Leite de Vaca



Fonte: SBP, 2022 (Adaptado)

O intuito de abordar esta temática neste protocolo é abordar a importância do aleitamento materno, bem como, estimulá-lo e combater as possíveis causas de desmame precoce. Porém, quanto ao manejo e as intercorrências relacionadas à amamentação. Caso sejam necessárias mais informações, sugere-se os seguintes documentos: Caderno de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná - Aleitamento Materno; o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos do Ministério da Saúde; e, de forma mais objetiva, o E-book: Pais Tirem Suas Dúvidas sobre aleitamento materno da Sociedade Brasileira de Pediatria.

2.16.3.2 Alimentação Saudável



Uma alimentação saudável desde a introdução alimentar, a partir dos 6 meses, é parte fundamental para criar hábitos saudáveis durante toda a infância e vida adulta. Com isso, o crescimento e desenvolvimento das crianças é garantido de forma plena, bem como a diminuição dos riscos de sobrepeso, obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis. Assim como quando falado sobre o aleitamento materno, este tópico abordará de forma resumida este aspecto. Caso seja necessário, sugere-se aos seguintes documentos: Guia Alimentar para População Brasileira do Ministério da Saúde; o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos do Ministério da Saúde; e o Manual de orientação do departamento de nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar da Sociedade Brasileira de Pediatria.

É com base nestes documentos que as orientações de alimentação saudável devem ser norteadas, principalmente quanto ao processamento de alimentos, embasando a qualidade alimentar:

- **Alimentos *in natura*:** são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem alterações após deixar a natureza. Ex: Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos, ovos.

- **Alimentos minimamente processados:** são alimentos *in natura* que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis, moagem, refrigeração entre outros, sem adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias. Ex: arroz; milho na espiga; feijão; sucos de frutas sem adição de açúcar ou outras substâncias; amendoim sem sal ou açúcar; ervas frescas ou secas; farinhas e macarrão ou massas; carnes; leite, iogurte (sem adição de açúcar).

- **Alimentos processados:** são produtos derivados diretamente de alimentos *in natura* com adição de sal ou açúcar ou óleos ou gordura para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. Ex: Conservas de legumes; extrato ou concentrados de tomate (com sal e ou açúcar); frutas em calda ou cristalizadas; carne seca e toucinho; sardinha e atum enlatados; queijos; pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal.



- **Alimentos ultraprocessados:** formulações industriais envolvendo diversas etapas e técnicas de processamento e muitos ingredientes, incluindo sal, açúcar, óleos e gorduras e substâncias de uso exclusivamente industrial (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor entre outros). Ex: biscoitos; sorvetes; balas; cereais açucarados; bolos e misturas para bolo; macarrão e temperos 'instantâneos'; salgadinhos "de pacote", refrescos e refrigerantes; iogurtes adoçados e aromatizados; produtos congelados e prontos para aquecimento como pizzas, hambúrgueres e *nuggets* de frango; salsichas e outros embutidos; pães de forma, hambúrguer e doces.

Esta classificação deve ser disseminada, uma vez que a recomendação é que a base da alimentação seja de alimentos *in natura* e minimamente processados, limitando o consumo de alimentos processados e evitando o consumo de ultraprocessados devido às altas quantidades de açúcar, sal, gordura, bem como densidade calórica.

2.16.3.3 Introdução alimentar

Na introdução alimentar, é importante informar a mãe ou responsável que este momento é essencial para a construção de hábitos alimentares da criança, refletindo inclusive na vida adulta. Além disso, é também um momento de aprendizado e desenvolvimento. Por isso, é importante deixar a mãe bem orientada quanto aos grupos alimentares (todos devem ser ofertados), variedade, consistência (não deve ser liquidificado ou batido), modo de preparo, número de refeições, além dos sinais de fome e saciedade. Outra questão importante é orientar a mãe quanto aos sinais de prontidão, pois a alimentação só deve ser iniciada após o bebê ter desenvolvidos, sendo estes: interesse e curiosidade pelos alimentos; sustento de cabeça, tronco e sentar sem apoio; segurar objetos pelas mãos; diminuição ou eliminação do reflexo de protrusão. A orientação deve basear-se nos 12 passos para uma alimentação saudável.

- Amamentar até os 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.
- Oferecer alimentos *in natura* ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses.



- Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
- Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.
- Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar a criança até os 2 anos de idade.
- Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.
- Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.
- Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.
- Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.
- Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.
- Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.
- Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Cada criança é única, por isso, é importante lembrar aos responsáveis que a aceitação dos alimentos, a evolução da consistência, bem como a quantidade ingerida irá variar conforme individualidade. De forma geral, o Quadro 19 irá apresentar um exemplo de “cardápio” ao longo do dia para as diferentes faixas etárias durante a introdução alimentar e a quantidade média consumida. Ressalta-se que este é apenas um modelo e pode ser modificado por condições da criança (por exemplo, se ela não é amamentada), além disso, o leite materno continua sendo sob livre demanda. Já a Figura 05 demonstra a evolução da consistência conforme idade.

Quadro 19 – Exemplo de Cardápio na Introdução Alimentar

Refeição	6 meses	7 e 8 meses	9 a 11 meses	12 a 24 meses
Café da manhã	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Fruta OU Cereal + Leite Materno



Lanche da manhã	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno
Almoço	1 alimento do grupo dos cereais, tubérculos ou raízes + 1 alimento do grupo dos feijões + 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras + 1 alimento do grupo das carnes ou ovos Quantidade aproximada consumida: 2 a 3 colheres de sopa	1 alimento do grupo dos cereais, tubérculos ou raízes + 1 alimento do grupo dos feijões + 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras + 1 alimento do grupo das carnes ou ovos Quantidade aproximada consumida: 3 a 4 colheres de sopa	1 alimento do grupo dos cereais, tubérculos ou raízes + 1 alimento do grupo dos feijões + 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras + 1 alimento do grupo das carnes ou ovos Quantidade aproximada consumida: 4 a 5 colheres de sopa	1 alimento do grupo dos cereais, tubérculos ou raízes + 1 alimento do grupo dos feijões + 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras + 1 alimento do grupo das carnes ou ovos Quantidade aproximada consumida: 5 a 5 colheres de sopa
Lanche da Tarde	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Fruta + leite materno	Fruta OU Cereal OU Raízes e Tubérculos + Leite Materno
Jantar	Leite materno	1 alimento do grupo dos cereais, tubérculos ou raízes + 1 alimento do grupo dos feijões + 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras + 1 alimento do grupo das carnes ou ovos Quantidade aproximada consumida: 3 a 4 colheres de sopa	1 alimento do grupo dos cereais, tubérculos ou raízes + 1 alimento do grupo dos feijões + 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras + 1 alimento do grupo das carnes ou ovos Quantidade aproximada consumida: 4 a 5 colheres de sopa	1 alimento do grupo dos cereais, tubérculos ou raízes + 1 alimento do grupo dos feijões + 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras + 1 alimento do grupo das carnes ou ovos Quantidade aproximada consumida: 5 a 5 colheres de sopa
Ceia	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Leite materno

Fonte: BRASIL, 2021

Figura 05 – Evolução da Consistência na Introdução Alimentar



Fonte: BRASIL, 2021

2.16.3.4 Alimentação pré-escolar e escolar

Após o período de introdução alimentar, a recomendação de priorizar alimentos *in natura* e evitar os ultraprocessados deve ser mantida, promovendo hábitos saudáveis e evitando possíveis doenças crônicas não transmissíveis. Neste momento, a criança começa a ter mais convivência social, diversos estímulos ambientais e mais autonomia para algumas atividades, o que pode interferir na alimentação.

É comum a recusa a alguns alimentos, principalmente frutas e verduras, após os dois anos. Deste modo, é importante que a família mantenha o estímulo a uma alimentação saudável para que esta fase seja transitória. Uma estratégia é estimular a criança nos preparos alimentares e dar mais autonomia durante a refeição (deixar ela alimentar-se sozinha, por exemplo).

Esta recusa por determinados alimentos e predição por outros pode ser diretamente influenciada pela rotina da família, pelo acesso aos produtos ultraprocessados, o modo de preparo, o exemplo da família, o sentar à mesa entre outros. Por isso, é importante que os responsáveis sejam orientados a não brigar, castigar, obrigar ou oferecer recompensas para que a criança aceite alimentos mais saudáveis, de tal modo que é importante que toda a família possua hábitos alimentares saudáveis e que os alimentos mais palatáveis (ultraprocessados) não sejam associados às emoções (exemplo: para comemorar alguma coisa oferecer doces ou pela criança estar chateada compensar com uma guloseima).



As recomendações para condições como alterações do estado nutricional ou de exames laboratoriais, seletividade alimentar grave a moderada, disfagia, entre outras, também são norteadas pelo processamento dos alimentos ao mesmo tempo que se aplicam orientações dietoterápicas específicas.

2.16.3.5 Lanches da escola

Os lanches realizados nas instituições de ensino municipal e estadual seguem as recomendações do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), ou seja, devem propiciar refeições de qualidade e garantir um percentual das necessidades energéticas dos matriculados. Assim, os lanches são baseados em “comida de verdade”, não sendo permitido o fornecimento de alimentos ultraprocessados, adição de açúcar e outros alimentos não saudáveis. Porém, muitos pais chegam às consultas de puericultura relatando que “meu filho não come na escola”, “meu filho passa fome durante o período da aula”. Isso acontece por diversos contextos (alimentação baseada em alimentos ultraprocessados em casa, criança não aceitar uma refeição completa em horário que não é o almoço/jantar e, até mesmo, situações de seletividade alimentar). Em relação a estas queixas, os profissionais de saúde devem explicar à mãe ou responsável sobre a qualidade da alimentação. Em situações específicas, como intolerâncias, alergias ou a própria seletividade alimentar diagnosticada, o médico da estratégia de saúde da família pode fazer um laudo explicando as restrições e solicitando alimentação diferenciada ao setor de alimentação escolar.

Nos casos de instituições particulares, o profissional de saúde deve orientar quanto a esta refeição, visto que ela é importante para a rotina alimentar da criança, auxiliando no processo de desenvolvimento e aprendizagem.

2.16.3.6 Sobrepeso e obesidade infantil

Atualmente, o Brasil e o mundo vivem uma epidemia de sobrepeso e obesidade para a população geral. No que tange às crianças, segundo o VIGITEL de 2019, 12,9% das crianças brasileiras de 5 a 9 possuem algum grau de obesidade. A causa desta situação é multifatorial e, em decorrência disto, a solução também. Políticas públicas que promovam um ambiente dito anti-



obesogênico, ou seja, adequado e saudável para as crianças devem ser criadas. Para tanto, cada município precisa possuir dados concretos e fidedignos que irão embasar as necessidades destas políticas. Assim, é papel da atenção primária à saúde identificar e registrar adequadamente crianças que estejam com o estado nutricional alterado. Além disso, é essencial que as unidades de saúde promovam hábitos alimentares saudáveis, sejam durante as consultas individuais, nos grupos, nas educações em saúde, bem como, acompanhem crianças com sobrepeso e obesidade, visto que a melhora do estado nutricional, associado aos hábitos de vida saudáveis, irá diminuir o risco de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta.

2.16.3.7 Seletividade alimentar

Atualmente, uma das principais queixas dos responsáveis nas consultas de puericultura é a preocupação de ingesta alimentar reduzida, seletividade alimentar e outras dificuldades alimentares. Por isso, é importante que os profissionais de saúde saibam diferenciar os tipos de intercorrências alimentares e orientá-las, conforme necessidade. O Quadro 20 classifica os tipos de dificuldade alimentar e a conduta a ser tomada. Para maiores informações, os profissionais de saúde podem ler os documentos que embasaram a construção deste quadro.

Quadro 20 – Classificação das dificuldades alimentares

Grupos de dificuldades	Tipos de dificuldade	Avaliação	Conduta
Criança com apetite limitado	Interpretação equivocada dos pais	Avaliar quantidade consumida, conforme idade da criança (recordatório alimentar), avaliar crescimento e desenvolvimento.	Tranquilizar os pais e explicar sobre o padrão alimentar da criança.
	A criança enérgica e ativa com apetite limitado	Avaliar quantidade consumida, conforme idade da criança (recordatório alimentar), avaliar crescimento e desenvolvimento.	Orientar rotina alimentar (ambiente tranquilo, sem discussões e brigas), desligar TV e outras telas. Entender que criança se satisfaz mais rápido.



	A criança apática e retraída	Avaliar quantidade consumida, conforme idade da criança (recordatório alimentar), avaliar crescimento e desenvolvimento. Verificar outras questões de comportamento (tanto da criança como da família)	Orientar rotina alimentar (ambiente tranquilo, sem discussões e brigas), desligar TV e outras telas. Verificar necessidade de encaminhamentos. Verificar necessidade de notificação por negligência ou violência.
	A criança com doença orgânica	Avaliar quantidade consumida, conforme idade da criança (recordatório alimentar), avaliar crescimento e desenvolvimento. Verificar outros sinais e sintomas (Doenças agudas, doenças gastrointestinais, neurológicas, cardíacas e etc).	Orientar conforme patologia identificada. Verificar possibilidade de encaminhamento.
Crianças com ingestão seletiva	A criança com seletividade leve	Avaliar quantidade consumida, conforme idade da criança (recordatório alimentar), avaliar crescimento e desenvolvimento. Verificar a possibilidade de seletividade alimentar em decorrência da idade. Geralmente não aceitam apenas alguns alimentos, mas crescem e se desenvolvem adequadamente.	Orientar quanto às mudanças de rotina e padrões alimentares para toda a família; Oferecer pelo menos 10 vezes o alimentos de diferentes modos; Estimular preparações entre família; Não brigar, gritar, castigar por recusar; Não realizar substituições de alimentos (refeição por alimentos ultraprocessados, por ex.); Não premiar a criança com guloseimas, caso a criança faça a refeição completa; Realizar o reforço positivo.
	A criança altamente seletiva	Avaliar quantidade consumida, conforme idade da criança (recordatório alimentar), avaliar crescimento e desenvolvimento. Muitas vezes apresentam peso adequado ou até mesmo elevado devido à oferta	Orientar quanto às estratégias para seletividade. Explicar sobre a importância dos responsáveis terem paciência, persistência e tranquilidade.



		excessiva dos alimentos que aceitam. Aversão sensorial aos alimentos, recusa consistente de alimentos específicos, que têm um sabor, textura, cheiro ou aparência particulares. Resistência mais grave. Compromete o estado nutricional e o desenvolvimento. Investigar autismo.	Introdução gradual dos alimentos. Associar os alimentos recusados com os que aceita. Trabalhar com os passos: Tolerar, Interagir, Cheirar, Tocar, Provar e Comer. Reconhecer pequenos avanços e não desistir. Necessidade de encaminhamento para equipe multiprofissional.
	A criança com doença orgânica	Algumas condições orgânicas podem gerar ingestão altamente seletiva, especialmente em pacientes com neuropatias crônicas com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor secundárias a doenças genéticas, erros inatos do metabolismo ou diversas afecções neurológicas. Nesses casos a seletividade pode estar relacionada a respostas hipersensíveis ou hipossensíveis às propriedades sensoriais de alimentação e/ou ao atraso da motricidade oral.	Orientar conforme patologia identificada. Necessidade de encaminhamento para equipe multiprofissional.
Criança com fobia alimentar	Eventos traumáticos agudos ou crônicos	Qualquer experiência intensamente aversiva relacionada à alimentação pode causar medo e recusa alimentar. São descritos três padrões principais de fobia alimentar: o medo de se alimentar após um único evento traumático intenso, como a asfixia; o medo da alimentação da criança pequena que foi submetida a procedimentos orais invasivos e/ou dolorosos; e o medo de alimentação em crianças que usaram sonda enteral ou que perderam os marcos de alimentação, falta de experiência e/ou se sentem ameaçadas quando o	Orientar os pais quanto ao processo de paciência e persistência. Trabalhar com diferentes consistências, a depender do evento. Associar os alimentos recusados com os que aceita. Necessidade de encaminhamento para equipe multiprofissional.



		alimento é introduzido por via oral.	
	Alterações comportamentais	Normalmente alterações comportamentais em lactentes como choro excessivo podem estar relacionadas a uma irritabilidade por alterações de padrões comportamentais (sono ou desorganização de rotina). Nesses casos a recusa alimentar ocorre pela ausência de fome no momento da oferta ou por outros motivos.	Não espaçar as refeições para evitar a irritabilidade da criança. Criar e manter uma rotina diária.
	A criança com doença orgânica	Qualquer condição orgânica que resulte em dor significativa durante a alimentação tem o potencial de causar fobia alimentar. Estomatites, úlceras orais, esofagite de refluxo, esofagite eosinofílica e até alterações mais sutis, como gastroparesia e dismotilidade do intestino delgado, podem estar associadas a dificuldades alimentares.	Orientar conforme patologia identificada. Verificar possibilidade de encaminhamento.

Fonte: SBP, 2022

2.16.3.8 Uso de chupetas, mamadeiras e bicos artificiais

São muitos os malefícios causados pelas chupetas, mamadeiras e bicos artificiais, tais como: desmame precoce, problemas na fala e na dentição, infecções devido à má higienização, dentre outros. Assim, cabe aos profissionais de saúde não promover ou estimular o uso destes, além de orientar quanto aos riscos de sua utilização.

2.16.3.9 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)

Trata-se de um conjunto de normativas que regulamentam a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos, com objetivo de assegurar o uso apropriado desses produtos de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno. É importante que todos os profissionais de saúde saibam desta legislação e da



sua importância, mas no que tange as responsabilidades da atenção primária ficam contempladas:

- É responsabilidade de todos os profissionais de saúde conhecer, divulgar e cumprir a NBCAL;
- É proibido às unidades prestadoras de serviço de saúde promover os produtos abrangidos por esta Legislação (fórmulas infantis, compostos lácteos, mamadeiras, chupetas, bicos artificiais e outros);
- Representantes comerciais não podem atuar nas unidades de saúde;
- É proibido a distribuição/doação de fórmulas infantis nas unidades básicas de saúde. Assim, para os casos que atendam aos critérios e são incluídos no Programa Municipal de Dietas, a dispensação ocorre nas farmácias municipais;
- Os profissionais de saúde devem estimular a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até 2 anos de idade ou mais;
- Somente Médico ou Nutricionista podem prescrever fórmulas infantis de partida e de seguimento para lactentes. Estes profissionais devem avaliar criteriosamente a criança e a amamentação para que seja prescrito.

2.16.4 Convívio social e o lazer

Atualmente, com as altas demandas dos pais, a falta de tempo, o aumento do uso das telas, a própria falta de espaços públicos para convivência, é percebido uma diminuição no convívio social e o próprio brincar entre as crianças. Conforme a Base Nacional Comum Curricular Brasileira, são pilares para o desenvolvimento infantil o convívio familiar, comunitário e social, bem como, o lazer a fim de proporcionar um melhor aprendizado.

Para a saúde, o estímulo ao lazer ao ar livre irá promover e prevenir as doenças crônicas não transmissíveis, um estado nutricional adequado, o aprimoramento da coordenação motora além de prevenir questões relacionadas ao emocional. Pode-se comprovar a importância do convívio social com a Pandemia do COVID-19, em que crianças e suas famílias ficaram reclusas em suas residências, ocorrendo um aumento de doenças de natureza mental, principalmente em crianças e adolescentes.



Por isso, é importante que os profissionais de saúde estimulem o hábito de brincar com vizinhos, na escola, em parques e locais públicos que garantam segurança à criança e à família.

2.16.5 Atividades físicas

A atividade física durante a infância irá auxiliar no enfrentamento da obesidade pois equilibra o balanço energético e consequentemente, a prevenção e tratamento da obesidade e de doenças relacionadas à obesidade nesta fase de vida, bem como aumento do volume de ejeção cardíaca, dos parâmetros ventilatórios funcionais e do consumo de oxigênio, redução da pressão arterial, aumento da sensibilidade à insulina e da tolerância à glicose, melhora do perfil lipídico, aumento da mineralização óssea, melhora da cognição, autoestima, sentimento de bem-estar e socialização.

Profissionais de saúde podem ser fundamentais para promover a prática de atividade física na população infantil e o enfrentamento da epidemia da obesidade. A orientação periódica de profissionais de saúde sobre a importância da atividade física, tanto ao paciente quanto aos pais, pode ser uma estratégia promissora para o aumento da adesão dessa prática na fase da infância, resultando também na mudança de hábitos dos familiares.

A Sociedade Brasileira de Pediatria apresenta diretrizes sobre a prática de atividade física por faixa etária:

- **Crianças de 0 a 2 anos de idade:**

1. Bebês devem ser incentivados a serem ativos, mesmo que por curtos períodos, várias vezes ao dia.

2. Bebês que ainda não começaram a se arrastar/engatinhar devem ser encorajados a serem fisicamente ativos alcançando, segurando, puxando e empurrando, movendo a cabeça, corpo e membros durante as rotinas diárias e durante atividades supervisionadas no chão, incluindo tempo em decúbito frontal.

3. Bebês que conseguem se arrastar/engatinhar devem ser encorajados a serem tão ativos quanto possível em um ambiente seguro, supervisionado e estimulante.



4. Crianças que conseguem andar sozinhas devem ser fisicamente ativas todos os dias durante pelo menos 180 minutos em atividades que podem ser fracionadas durante o dia e ocorrerem em ambientes fechados ou ao ar livre. Os 180 minutos podem incluir atividades leves, como ficar de pé, movendo-se, rolando e brincando, além de atividades mais energéticas como saltar, pular e correr.

5. Crianças dessa faixa etária não devem permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos, exceto quando estão dormindo. O comportamento sedentário representa o tempo em que as crianças estão fazendo muito pouco movimento físico, como passear de carro ou ficar no carrinho de bebê. Permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos não é benéfico para a saúde e para o desenvolvimento da criança e deve ser evitado.

6. Até os dois anos de vida recomenda-se que o tempo de tela (TV, tablet, celular, jogos eletrônicos) seja ZERO.

- **Crianças de 3 a 5 anos de idade:**

1. Crianças dessa faixa etária devem acumular pelo menos 180 minutos de atividade física de qualquer intensidade distribuída ao longo do dia, incluindo uma variedade de atividades em diferentes ambientes e que desenvolvam a coordenação motora.

2. Brincadeiras ativas, andar de bicicleta, atividades na água, jogos de perseguir e jogos com bola são as melhores maneiras para essa faixa etária se movimentar.

3. A partir dos três anos de idade, atividades físicas estruturadas, como natação, danças, lutas, esportes coletivos, entre outras, também podem ser paulatinamente incluídas.

4. Comportamentos sedentários devem ser fortemente evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado em 2 horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor.

- **Crianças e adolescentes de 6 a 19 anos de idade:**

1. Crianças e adolescentes dessa faixa etária devem acumular pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa. Atividades de intensidade moderada a vigorosa são aquelas que fazem



a respiração acelerar e o coração bater mais rápido, tais como pedalar, nadar, brincar em um playground, correr, saltar e outras atividades que tenham, no mínimo, a intensidade de uma caminhada.

2. A prática de atividade física superior a 60 minutos fornece inúmeros benefícios adicionais para a saúde.

3. Atividades de intensidade vigorosa, incluindo aquelas que são capazes de fortalecer músculos e ossos, devem ser realizadas em, pelo menos, três dias por semana. Para a população pediátrica essas atividades podem ser não estruturadas, como brincadeiras que incluem saltos, atividades de empurrar, puxar e apoiando/suportando o peso corporal.

4. Atividades de flexibilidade envolvendo os principais movimentos articulares devem ser realizadas pelo menos três vezes por semana.

5. Crianças e adolescentes devem ser encorajados a participar de uma variedade de atividades físicas agradáveis e seguras que contribuam para o desenvolvimento natural, tais como, caminhadas, andar de bicicleta, praticar esportes diversos, se envolver em jogos e brincadeiras tradicionais da comunidade em que estão inseridas. Estas atividades melhoram os aspectos físico, emocional e social.

6. Assim como para crianças de 3 a 5 anos de idade, comportamentos sedentários devem ser evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado em 2 horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor. Porém, este limite não deve levar em consideração o tempo destinado ao uso de computador para realização de tarefas escolares.

2.17 Situações de violências e negligências relacionadas à faixa etária

A atenção primária deve ficar atenta quanto às situações de violência e negligência que podem aparecer nas UBS, tanto em consultas de rotina, acolhimentos, bem como, durante as visitas domiciliares.

Quanto às crianças menores, os profissionais de saúde devem observar possíveis violências, como:

1. Violência Patrimonial e Financeira



2. Violência Psicológica / Moral / *Bullying* / *Cyberbullying* / Alienação Parental;
3. Violência Autoprovocada / Auto Infligida
4. Violência Física
5. Violência Sexual / Pornografia Infantil / Aliciamento sexual infantil on-line / Exposição de nudez sem consentimento (sexting) / Abuso Sexual / Exploração Sexual
6. Violência Institucional / Revitimização
7. Violência Interpessoal / Doméstica / Intrafamiliar
8. Violência Coletiva
9. Violência Extrafamiliar / Comunitária
10. Trabalho Infantil
11. Negligência
12. Abandono de Incapaz

O município possui um Protocolo próprio para identificação, encaminhamentos e notificações necessárias, conforme a violência, intitulado de **Protocolo Municipal da Rede de Proteção às Pessoas em situação de Vulnerabilidade Social, Violação de Direitos, Abandono/Evasão Escolar e Risco para Violência do Município de Piraquara/Pr**, sendo importante que todos os profissionais de saúde devem possuir o conhecimento para quando for necessário.

2.18 Atendimentos conforme calendário de Puericultura

A visita domiciliar do 5º dia deve ser realizada a fim de identificar possíveis intercorrências. Nos casos de situações graves de risco do binômio mãe/bebê, o responsável deve ser orientado quanto a buscar a maternidade/hospital de referência. Já para intercorrências relacionadas a orientações, manejo e dificuldades do puerpério estas devem ser sanadas durante a visita e, se for necessário, a ACS pode matriciar o caso com a enfermeira da área para adiantar a primeira consulta do RN. Importante também, orientar a mãe que o município possui a Rede de Apoio ao Aleitamento Materno e caso possua quaisquer dúvidas, pode procurar a UBS para orientação.



Já a primeira consulta de puericultura na UBS, é preconizada que seja com o profissional de enfermagem da área do RN, porém caso este profissional, por algum motivo, não esteja com agenda para aquele momento, a consulta pode ser feita pelo médico da área.

Nesta consulta o foco deve ser dado para as seguintes questões:

1. Escuta qualificada, para o acolhimento das dificuldades e inseguranças da mãe, pai/cuidador, família;
2. Coleta de dados/anamnese, com foco na identificação de vulnerabilidades e/ou situações de risco para a saúde do recém-nascido;
3. Exame físico da mãe e da criança. Destaca-se a importância desta avaliação para a vigilância do crescimento e desenvolvimento. Ao aferir o peso do recém-nascido, deve-se comparar o peso ao nascer. Considera-se fisiológica a perda de até 10% do peso em relação ao peso do nascimento, bem como a sua recuperação até o 15º. dia de vida;
4. Incentivo ao aleitamento materno exclusivo e apoio para o seu manejo;
5. Orientação a respeito da importância da imunização e programar o calendário vacinal, incluindo o encaminhamento à sala de vacina, para a aplicação da BCG, se não tiver sido aplicada;
6. Enfatizar a importância do acompanhamento de saúde, lembrando as datas das demais consultas agendadas para a puérpera e para o RN.

Também deve-se considerar as condições do nascimento, que devem incluir o tipo de parto, local de parto, peso ao nascer, idade gestacional (IG), índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e os tratamentos realizados e os antecedentes familiares relevantes, ou seja, as condições de saúde dos pais.

As demais consultas de puericulturas devem ser manejadas de forma técnica pelos profissionais, baseando os sinais e sintomas clínicos da criança, bem como, a partir da avaliação dos marcos de crescimento e desenvolvimento. Porém, alguns temas prioritários devem ser abordados em cada consulta, conforme o Quadro 21.

Quadro 21 – Temas Prioritários para o Atendimento de Puericultura



Idade	Consulta/Profissional	Temas Prioritários
5 dias	Visita Domiciliar ACS e profissional de enfermagem	Conforme exposto em Tabela de Visitas Domiciliares
0 a 10 dias	Consulta de enfermagem	Aleitamento materno exclusivo/ Presença de icterícia neonatal/ Higienização do coto umbilical/Manejo de Cólicas/Posição segura do bebê para dormir (barriga pra cima, no berço), vacinação. Prescrição de Vitamina D.
30 dias	Médica	Aleitamento materno exclusivo/Higiene bucal (gaze umedecida)/ Uso da chupeta/ Meio ambiente (cigarro, higiene)/ Reflexos neuromotores, vacinação.
2 meses	Médica	Aleitamento materno exclusivo/ Sono/ Uso da chupeta/ Reflexos neuromotores, vacinação.
4 meses	Enfermagem	Aleitamento materno exclusivo ou introdução da alimentação complementar caso necessário/ Desenvolvimento motor, vacinação.
6 meses	Médica/Odontologia	Introdução da alimentação complementar/ Aleitamento materno/ Higiene bucal. Prescrição de Sulfato Ferroso, conforme Protocolo do Programa Nacional de Suplementação, vacinação.
9 meses	Enfermagem	Alimentação complementar e aleitamento materno/ Prevenção de acidentes, vacinação.
1 ano (12 meses)	Médica/Odontologia	Alimentação saudável/Higiene bucal/ Desenvolvimento motor e da fala/ Prevenção de Acidentes. Prescrição de Sulfato Ferroso conforme Protocolo do Programa Nacional de Suplementação, vacinação.
1 ano e 3 meses (15 meses)	Enfermagem	Alimentação saudável/ Desenvolvimento de fala, vacinação.



1 ano e 6 meses (18 meses)	Médica/Odontologia	Alimentação saudável/ Prevenção da violência contra a criança/Erupção dentária/Higiene Bucal, vacinação.
1 ano e 9 meses (21 meses)	Enfermagem	Alimentação saudável/ Prevenção da violência contra a criança, vacinação.
2 anos (24 meses)	Médica/ Odontologia	Higiene bucal/ Alimentação saudável, vacinação.
2 anos e 6 meses (30 meses)	Enfermagem/Odontologia	Higiene bucal/ Alimentação saudável, vacinação.
3 anos (36 meses)	Médica/Odontologia	Higiene bucal/ Alimentação saudável / Desenvolvimento da fala/ Investigar pediculose e escabiose/ Treinar o controle de esfíncter da criança, vacinação.
4 anos (48 meses)	Médica/Odontologia	Higiene bucal/ Alimentação saudável/ Desenvolvimento da fala/ Investigar pediculose e escabiose, vacinação.
5 anos (60 meses)	Médica/Odontologia	Higiene bucal/ Alimentação Saudável/ Desenvolvimento da fala/ Investigar pediculose e escabiose, vacinação.

Fonte: Piraquara, 2024

2.19 Solicitações de Exames

A solicitação de exames será baseada no Protocolo de Exames Laboratoriais do município e a necessidade do exame deve ser embasado e justificado com critérios clínicos, sinais e sintomas, bem como pelo exame físico.

2.20 Registro dos Acompanhamentos

Todas as UBS devem conhecer suas crianças e adolescentes, através da territorialização da área de abrangência; bem como acompanhar seu crescimento e desenvolvimento por consultas de puericultura, atualização de vacinas, bem como pelas visitas domiciliares. Tão importante quanto o acompanhamento são os registros realizados pelas equipes, com informações claras, fidedignas e pertinentes ao período de vida da criança. No quadro abaixo são mencionados dados essenciais para constarem nos prontuários dos usuários do sistema único de saúde. O Quadro 22 especifica as principais informações que devem constar em prontuário.



Quadro 22 – Informações que devem constar em prontuário

Informações do Prontuário	Não Esquecer de Registrar
Anamnese	Resultado Teste e reteste do Pezinho e Triagens Neonatais. Tipo de Alimentação. Intercorrências. Hábito intestinal. Uso de medicação. Desenvolvimento da criança
Avaliação antropométrica	Peso ao nascer; Peso atual; Comprimento ao nascer; Comprimento atual; IMC; Curvas de crescimento da OMS.
Marcador Alimentar	Conforme faixa etária
Saúde Bucal - caso seja consulta odontológica	Identificar: Anormalidades dentofaciais, índice de má-oclusão; índice de estética dental; cárie dentária e necessidade de tratamento; doença periodontal.
Encaminhamentos	Descrever e Realizar os encaminhamentos necessários com as justificativas necessárias.

Fonte: Piraquara, 2024

Além dos prontuários, cada unidade de saúde tem sua planilha de crianças própria - com informações relevantes para a equipe -, esta planilha é disponibilizada pela SMS. A planilha do EBIA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar), apesar de ser um instrumento da gestante, também faz parte deste protocolo, uma vez que interfere na saúde e mortalidade infantil. Por isso, em toda abertura de pré-natal é obrigatório a aplicação da Escala, preenchimento da planilha e, se necessário, o encaminhamento ao CRAS.

Por fim, a Secretaria de Saúde do Estado também solicita recorrentemente informações através de planilhas e sistemas. No primeiro caso, um exemplo é a planilha de monitoramento dos exames de triagem neonatal alterados, para tanto, quando solicitada esta planilha também deve ser preenchida. Já no caso do sistema, existe o sistema de monitoramento de estratificação materno infantil em que devem ser preenchidos no final de todo mês com a quantidade de gestantes e crianças até os 2 anos, bem como as suas respectivas estratificações.

2.21 Ações coletivas

O Programa Saúde na Escola foi instituído pelo Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007 com o intuito de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de



prevenção, promoção e atenção à saúde. Este deve acontecer com regularidade e abordar os temas instituídos em decreto.

Além disso, outras ações coletivas multiprofissionais devem acontecer, como forma de agilizar o atendimento, cobrir um grande público e abordar temas que podem não serem abordados em atendimentos individuais.

Lembrando que todas essas ações devem ser realizadas de forma multiprofissional e intersetorial, para assim abranger maior completude de ações e integração entre equipes.

Sugerimos alguns grupos temáticos para serem realizados pelas equipes de saúde:

- Grupo de Introdução alimentar;
- Grupo de pais de crianças com necessidades especiais;
- Grupo de pais de primeira viagem;
- Grupo de atividade físicas para pais e filhos;
- Grupo de gestantes, com diferentes temáticas relacionadas ao puerpério;

Outros grupos podem ser realizados de acordo com a demanda de cada território.



3 PROGRAMAS VINCULADOS AO PROTOCOLO

3.1 Programa Pequeno Piraquarense

Consiste em ações voltadas ao público materno infantil, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil no município. São ações deste Programa: a disponibilização do transporte as Redes de Gestante e de Pediatria; o fornecimento de cesta básica às gestantes, até o terceiro mês pós-parto, classificadas com insegurança alimentar moderada e grave, o fornecimento do kit maternidade as gestantes que cumpriram o pré-natal corretamente.

Em 2024, com a ampliação do Pequeno Piraquarense, o programa será ampliado para contemplar os primeiros 1000 dias de vida, sendo dispensado um kit de higiene (com fralda e hastes flexíveis) a cada duas consultas de puericultura. O critério para o fornecimento será a adesão as consultas de rotina, bem como a atualização da vacinação, conforme o cronograma.

3.2 Rede de Apoio Municipal de Aleitamento Materno

Esta rede é uma estratégia para promover integralmente o aleitamento materno e a alimentação complementar no município, visto que estes aspectos são essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança. Através de seus membros, ocorre a articulação e planejamento de ações e estratégias de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar. Cada UBS conta com, pelo menos, três profissionais atuantes na rede, porém é importante destacar que é responsabilidade de todos os servidores a preocupação com este tema.

3.3 Programa Municipal de Dietas Especiais

Este Programa atende pacientes com necessidades alimentares especiais, dentro de critérios estipulados pelo Protocolo Municipal de Dispensação de Dietas Alimentares Especiais. Como possibilidade, pode-se dispensar fórmulas infantis de partida, seguimento, para intolerâncias e alergias, suplementos alimentares e dietas enterais completas. Como o município preza



pela importância ao aleitamento materno só é dispensado a fórmula infantil em condições patológicas específicas.

3.4 Programa Estadual do Leite

Programa do governo estadual, de natureza intersetorial em que atuam as Secretarias de Assistência Social, Saúde e Educação. Nele crianças em vulnerabilidade social, de seis meses a três anos, têm acesso a 1L/dia de leite de vaca fortificado. Fica sob responsabilidade da Secretaria de Saúde o acompanhamento do estado nutricional dessas crianças atendidas e a alimentação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

3.5 Programa Bolsa Família

Programa do governo federal, é de natureza intersetorial em que atuam as Secretarias de Assistência Social, Saúde e Educação. Nele, famílias em situação de vulnerabilidade social recebem um benefício de transferência de renda. Fica sob responsabilidade da Secretaria de Saúde o acompanhamento do estado nutricional dessas crianças atendidas pelo Programa Bolsa Família, bem como sua situação vacinal.

3.6 Programa Saúde na Escola – PSE

O Programa Saúde na Escola é um programa intersetorial (envolvendo as secretarias de saúde e de educação) do governo federal, em que os municípios que aderem devem realizar ações voltadas à prevenção e promoção de saúde nas instituições de ensino. O município de Piraquara tem como prática realizar a adesão ao Programa e, por isso, as equipes de saúde devem planejar suas ações, com base nas necessidades das escolas. São temas do PSE: 1) Saúde ambiental; 2) Promoção da atividade física; 3) Alimentação saudável e prevenção da obesidade; 4) Promoção da cultura de paz e direitos humanos; 5) Prevenção das violências e dos acidentes; 6) Prevenção de doenças negligenciadas; 7) Verificação da situação vacinal; 8. Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; 9) Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; 10) Saúde bucal; 11) Saúde auditiva; 12. Saúde ocular; 13. Prevenção à Covid-19.



3.7 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A EAAB é uma estratégia do governo federal para fomentar ações de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. No município de Piraquara, todas as UBS têm a estratégia implantada. Além disso, esta ação caminha junto à Rede de Apoio ao Aleitamento Materno.

3.8 Programa Nacional de Micronutrientes

No município de Piraquara, o Programa Nacional de Micronutrientes dispensa como forma de prevenção a possíveis deficiências nutricionais, conforme recomendação nacional, ácido fólico e sulfato ferroso às gestantes e sulfato ferroso para crianças de 06 a 24 meses. Ressalta-se que o Programa foi reformulado no ano de 2022, alterando, principalmente, as prescrições e a forma de registro para monitoramento.



4 ENCAMINHAMENTOS

Os encaminhamentos acontecem, conforme a seguir:

4.1 Pediatra do Município

Os profissionais pediatras do município NÃO são porta aberta para atendimentos, bem como a livre demanda. Assim, os encaminhamentos serão feitos pelo médico ESF, do qual acompanha a criança. Os critérios estabelecidos para a possibilidade de encaminhamento estão descritos no Tópico 4.3 deste Protocolo. Os médicos pediatras irão realizar a regulação das guias e serão agendados conforme gravidade. Para tanto, os encaminhamentos deverão ficar em uma pasta na recepção para que os pediatras possam ter acesso às guias e façam esta regulação. Além disso, ressalta-se que INDEPENDENTE do acompanhamento dos pediatras, as consultas de puericultura são uma rotina da atenção básica, ou seja, DEVEM ser mantidas pelos médicos e enfermeiros da ESF.

4.2 Saúde bucal

Todas as crianças vinculadas às UBS devem passar pelos atendimentos odontológicos, conforme calendário de puericultura. Porém, caso ocorram situações específicas em relação a saúde bucal da criança, os responsáveis deverão procurar a UBS para o acolhimento em demanda espontânea.

4.3 Equipe eMulti

O eMulti é uma equipe multiprofissional que atua dentro da UBS, através de diversos processos de trabalho, como educação permanente e em saúde, matriciamentos, visitas domiciliares, atendimentos coletivos, atendimentos compartilhados e individuais. Por esta equipe ter uma gama de processos de trabalho, o atendimento às crianças e aos adolescentes podem surgir por diversas opções: através da solicitação de educação permanente à equipe da UBS; em ações de educação em saúde para o público e suas famílias; das discussões de caso e do plano de cuidado nos matriciamentos; através da solicitação da equipe para uma visita domiciliar, seja por impossibilidade da criança ou adolescente ir até a UBS ou por necessidade de conhecer o ambiente



familiar; por encaminhamentos que se encaixem em atendimentos em grupos; por encaminhamentos para atendimento compartilhado com outro profissional; ou através de consultas individuais, também havendo a necessidade de encaminhamento.

4.3 Centro de Especialidades de Piraquara – CESP

No contexto do atendimento à criança e ao adolescente podem ser encaminhados para as seguintes especialidades no Centro de Especialidades: psiquiatria e psicologia, fonoaudiologia, cirurgião dentista. Destaca-se que este equipamento de saúde é considerado um atendimento de nível secundário (ou ainda, especializado), ou seja, este equipamento não é considerado porta de entrada do SUS. Os atendimentos têm como foco os atendimentos ambulatoriais e possuem critérios para serem encaminhados.

4.4 Centro de Reabilitação em Saúde – CRES

Este equipamento de saúde é localizado em Piraquara, sendo parte da Rede de Atendimento à Criança, em especial as crianças com atrasos no desenvolvimento. O atendimento deste Centro é para crianças de até quatro anos e conta com uma equipe multiprofissional (fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta). O meio de entrada para este equipamento é através do encaminhamento da Equipe de Estratégia em Saúde da Família que identifica o atraso. A partir deste encaminhamento, a criança entra em uma lista de espera para uma avaliação das necessidades e, posteriormente, iniciam-se as terapias necessárias.

4.5 Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD

Este serviço será importante para o atendimento de crianças e adolescentes que estão acamados - com necessidades de saúde graves agudizadas, crônico-degenerativas, pacientes paliativos e entre outros. O encaminhamento deve ser feito pelo médico da ESF, via 1DOC para o Setor do SAD, após identificação de critério. O serviço realiza uma primeira visita para avaliar a necessidade do acompanhamento e após deferido os atendimentos domiciliares são realizados, conforme necessidade.



4.6 Rede de Pediatria – COMESP

A possibilidade de encaminhamento para o COMESP (Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná) pode acontecer após avaliação do médico da equipe de Estratégia em Saúde da Família, na qual verifica que a criança em questão é estratificada como alto risco dentro da Estratificação feita pela Linha Guia Materno Infantil do Estado.

Ressalta-se que esta Rede é para crianças até cinco anos de idade, não podendo ser realizado o encaminhamento fora desta faixa etária. A Rede de Pediatria é composta por uma equipe multiprofissional, tais como: médico pediatra, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e farmacêutico. Além disso, o COMESP pode realizar o encaminhamento para endocrinologista, pneumologista, neurologista, oftalmologista e gastroenterologista.

Para realizar o encaminhamento, a guia deve estar ESTRATIFICADA como alto risco e deve ser encaminhada à Seção da Criança e do Adolescente da Secretaria de Saúde. Este setor é responsável por colocar em uma lista de espera e realizar os agendamentos. Os agendamentos são realizados conforme liberação de vagas do consórcio. Para diminuir o absenteísmo dessa população, nesta Rede é disponibilizado o transporte. Além disso, após o atendimento o COMESP disponibiliza um plano de cuidado, com as evoluções necessárias para o tratamento.

4.7 Rede de Pediatria APLV – COMESP

A possibilidade de encaminhamento para o COMESP (Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná) pode acontecer após avaliação do médico da equipe de Estratégia em Saúde da Família em conjunto com a nutricionista da equipe eMulti, na qual verifica que a criança tem suspeita ou é diagnosticada com Alergia à Proteína do Leite de Vaca. Esta Rede é composta por uma equipe multiprofissional, tais como: médico pediatra, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e farmacêutico. Além disso, o COMESP pode realizar o encaminhamento para gastroenterologista.



Para realizar o encaminhamento, a guia deve ser encaminhada à Seção da Criança e do Adolescente da Secretaria de Saúde e deve anexar um documento na carteirinha de vacinação da criança com a finalidade de ser um elo de comunicação entre os serviços. Este setor é responsável por colocar em uma lista de espera e realizar os agendamentos. Os agendamentos são realizados conforme liberação de vagas do consórcio. Para diminuir o absenteísmo dessa população, nesta Rede é disponibilizado o transporte. Além disso, após o atendimento o COMESP disponibiliza um plano de cuidado, com as evoluções necessárias para o tratamento.

4.8 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Atualmente, o município de Piraquara possui em seu território dois CAPS, sendo um para Transtorno Mentais e outro para Dependência de Álcool e outras Drogas. Estes equipamentos de saúde, podem vir a atender situações relacionadas aos adolescentes, desde que matriciadas com as equipes de saúde da família da UBS. Ressalta-se que, apesar dos CAPS serem equipamentos de porta aberta (ou seja, não há a necessidade de encaminhamentos), é importante que estes casos sejam discutidos em rede, devido à gravidade da situação.

4.9 Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente – CRAID

Atendimento de pacientes com Transtornos do Espectro Autista (TEA) já diagnosticados e com laudo neurológico anexo, entre 0 (zero) a 12 (doze) anos.

4.10 Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal - CAIF

O CAIF é especializado no atendimento e cirurgia de crianças com fissuras labiopalatais. Nele ocorrem consultas ambulatoriais multiprofissionais, bem como, o pré-operatório, a cirurgia e o seu pós-operatório. Geralmente, este encaminhamento é feito pelo próprio hospital/maternidade de nascimento da criança.



4.11 Reabilitação Intelectual – AFECE

A Reabilitação Intelectual realiza ações voltadas à funcionalidade, cognição, linguagem, sociabilidade e ao desempenho de habilidades necessárias para pessoas com deficiência intelectual e/ou Transtornos do Espectro Autista (TEA) já diagnosticados:

- Quando a deficiência intelectual e/ou Transtorno do Espectro Autista é predominante;
- Déficit de funções cognitivas, em seus aspectos sensoriais, motores, visuais, de orientação de tempo e espaço;
- Déficits persistentes na comunicação social, com alterações qualitativas e quantitativas, seja na linguagem verbal e/ou não verbal e na interação social em múltiplos contextos;
- Presença de comportamentos estereotipados, repetitivos e com gama restritiva de interesses;
- Déficit na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos;
- Dificuldade na aquisição de novas habilidades;
- Risco de hetero ou autoagressão;
- Alteração no desempenho de atividades básicas de vida diária, instrumentais e cinético-ocupacionais;
- Atraso/déficit no desenvolvimento da linguagem oral repercutindo em grande dificuldade na comunicação (vocabulário restrito, fala às vezes incompreensível, etc);
- Atraso/déficit no desenvolvimento da linguagem oral necessitando de uma comunicação alternativa;
-

4.12 Reabilitação Física – CHR

Devem ser encaminhados para essa oferta aqueles pacientes com lesões neurológicas recentes, pacientes que nunca passaram por processo terapêutico de reabilitação ou pacientes com lesões neurológicas crônicas apresentando regressão do status funcional:



- Alteração físico-funcional por amputação parcial ou total, uni ou bilateral de membros superiores e/ou inferiores de origem congênita ou adquirida;
- Alteração físico-funcional parcial ou total de correntes de patologias ou traumas secundários de lesões neurológicas, apresentando ou não alterações na linguagem, fala, deglutição e/ou cognição;
- Alteração no desempenho de atividades básicas de vida diária, instrumentais e cinético-ocupacionais de patologias ou traumas secundários de lesões neurológicas;
- Ausência ou atraso nos marcos do desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM).

4.13 Outras especialidades

Caso haja necessidade de encaminhamentos de outras especialidades, que não se enquadrem nos itens acima, a ESF deve realizar o encaminhamento com a necessidade para o setor de regulação/marcação de consultas, conforme protocolo estabelecido pelo Setor da Média e Alta Complexidade. Estas filas são reguladas pelo Estado e as vagas saem conforme liberação dos mesmos.



REFERÊNCIAS

BRASIL, Presidência da República. **Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto 6.286, de 5 de Dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde**. Brasília, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientação para a coleta e análise de dados antropométricos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**.

Brasília, 2012 BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para população brasileira**. Brasília, 2014

BRASIL, Presidência da República. **Lei 13.146, de 6 de Julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília, 2016

BRASIL, Presidência da República. **Lei 13.445 de 24 de Maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Brasília, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Agente Comunitário da Saúde**. Brasília, 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2019**. Brasília, 2020



BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - Saúde da criança.** Sociedade Brasileira Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Albert Einstein, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes.** Brasília, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para pais e cuidadores primários.** Brasília, 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para profissionais de saúde e educação.** Brasília, 2023

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Calendário de Vacinação.** Brasília, 2024.

CARVALHO, A.P.; FARIA S.M. **Artigo de Revisão: Vacinação da Criança e do Adolescente.** Revista Residência Pediátrica: 2014, n. 3, s. 1.

DÉA BRAGA, Patrícia et al. **Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 5, 2007.

FUNASA, Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira. Promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. 239 p

HALAL CSE, NUNES ML. Organização e higiene do sono na infância e adolescência. Residência Pediátrica – Sociedade Brasileira de Pediatria. v.8 (supl. 1), p. 45-48, 2018

IBFAN. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. **NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.** Cartilha. Belo Horizonte, 2021

JULIÃO, CH. A promoção da saúde de crianças e adolescentes em acolhimento institucional: desafios e perspectivas. REFACS (online) Out/Dez 2020; 8(Supl. 3):1033-1041. Doi: 10.18554/refacs.v8i0.5020

MOURA, D.M., *et al.* **Alimentação Infantil e Seletividade Alimentar – Orientações e Esclarecimentos.** Campinas, 2023

OPAS. **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI.** Washington, 2005



OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de Adolescentes. Construindo equidade no SUS**. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017.

PARANÁ, Secretaria do Estado da Saúde. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida**. Curitiba, 2015

PARANÁ, Secretaria do Estado da Saúde. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança – Aleitamento Materno**. Curitiba, 2015

PARANÁ, Secretaria do Estado da Saúde. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança – Agente Comunitário de Saúde**. Curitiba, 2015

PARANÁ, Escola de Saúde Pública. **Caderno do Curso Aperfeiçoamento em Saúde Mental para a Atenção Primária**. Unidade de Aprendizagem 3. Saúde mental e ciclos de vida. Livro 3.2, 2022

PIRAQUARA. **Protocolo Municipal da Rede de Proteção às Pessoas em situação de Vulnerabilidade Social, Violação de Direitos, Abandono/Evasão Escolar e Risco para Violência do Município de Piraquara/PR**. Piraquara, 2024

SÃO PAULO. Atenção Básica. **Manual de Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente**. São Paulo, 2ª ed., 2016

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Deficiência de Vitamina D em crianças e adolescentes**. São Paulo, 2014

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência**. São Paulo, 2017

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes**. São Paulo, 2019

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Consenso sobre Anemia Ferropriva: Atualização: Destaques 2021**. São Paulo, 2021

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Pais, tirem suas dúvidas sobre aleitamento materno**. São Paulo, 2022

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Guia Prático de Alimentação – Crianças de 0 a 5 anos**. São Paulo, 2022

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Guia de Orientações – Dificuldades Alimentares**. São Paulo, 2022

SECRETARIA DA SAÚDE DO MARANHÃO. **Matriz de estratificação de risco - Crianças de 0 a 5 anos**. Maranhão.



PIRAQUARA
PREFEITURA

Secretaria Municipal
de **Saúde**

UNICEF-Brasil. Impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a 'ponta do iceberg'.
Brasília, 2021