

Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Primária



É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA PUBLICAÇÃO,
DESDE QUE CITADA A FONTE

Secretária de Estado da Saúde

Lisiane Wasem Fagundes

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Marilise Fraga de Souza

Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida

Rosangela Machado Moreira

**Chefe de Seção da Política de Saúde da Criança e da Política de Saúde
do Adolescente**

Beatriz Raffi Lerm

**Chefe Adjunta de Seção da Política de Saúde da Criança e da Política
de Saúde do Adolescente**

Andrea Leusin de Carvalho

Organização e Edição:

Política de Saúde da Criança:

Alexandra de Lima Diniz

Andrea Leusin de Carvalho

Carine Teresa Zambonato Ecco

Cíntia Wyzykowski

Katia Ronise Rospide

Marília Ache Carlotto Brum Santos

Colaboração:

Divisão de Atenção Primária à Saúde

Carla Daiane Silva Rodrigues

Carol Cardoso

Diego Silveira Siqueira

Janilce Dorneles de Quadros

Marcela Teixeira Ferreira da Silva

Priscila Helena Miranda Soares

Tainá Nicola

Seção de Doenças de Condições Crônicas Transmissíveis

Aline Coletto Sortica

Política Estadual de Saúde Bucal

Tatiana Damiani Lafin

Política de Saúde da Pessoa com Deficiência

Andressa Carvalho Prestes

Beatriz de Arruda Pereira Galvão

Mariana Viana da Silva

Natália Borges Martins

Thales Preissler

Política de Saúde da Mulher

Ana Lucia Galbarino Amaral

Célia Adriana Nicolotti

Camila Bonalume Dall Aqua

Política de Alimentação e Nutrição

Deise Valerio Vetromilla

Maisa Beltrame Pedroso

Maria Alice Vieira Lantmann

Programa Primeira Infância Melhor (PIM)

Leticia Ratkiewicz Boeira

Política de Saúde de Adolescentes

Ana Luiza Tonietto Lovato

Caroline da Rosa Pavlak

Políticas de Promoção da Equidade

Gisele Cristina Tertuliano

Guilherme de Souza Müller

Rafaela Oliveira da Vitória

Área Técnica da Saúde da População LGBT

Iuday Gonçalves Motta

Maria Cláudia Leal de Mello

Júlia Bittencourt Oliveira

1ª Coordenadoria Regional de Saúde

Camila Rodrigues de Oliveira

Karina Alida Guisso Vitoria

Patrícia Ligocki Silva

17ª Coordenadoria Regional de Saúde

Jessica Chagas

**Centro Estadual de Vigilância em Saúde -
CEVS/Imunizações:**

Eliese Denardi Cesar

Isabela Alves da Silva Guimarães de Castro

Revisão Técnica:

Marília Ache Carlotto Brum Santos

Revisão Textual e Normatização:

Ana Luiza Tonietto Lovato

Fernanda Barbosa Riboni

Design e Diagramação:

Alexandra de Lima Diniz

FICHA CATALOGRÁFICA

R585g

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão da Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde da Criança.

Guia Nota Técnica N° 7/2025 Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Primária / Alexandra de Lima Diniz, Andrea Leusin de Carvalho, Carine Teresa Zambonato Ecco, Cíntia Wyzykowski, Katia Ronise Rospide, Marília Ache Carlotto Brum Santos (organizadores) – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2025.
89p. il.

1. Atenção Primária à Saúde 2. Assistência à Saúde da Criança. I. Diniz, Alexandra de Lima (org.). II. Carvalho, Andrea Leusin (org.). III. Ecco, Carine Teresa Zambonato (org.). IV. Wyzykowski, Cíntia (org.). V. Rospide, Katia Ronise (org.). VI. Santos, Marília Ache Carlotto Brum (org.). Título

NLM WA 318

Catálogo na fonte.

LISTA DE QUADROS E DIAGRAMA

Lista de quadros

Quadro 1: Critérios para estratificar o risco em crianças de 0 a 3 anos.	12
Quadro 2: Periodicidade mínima de consultas na atenção primária.	17
Quadro 3: Orientações gerais para a primeira consulta do recém-nascido.	22
Quadro 4: Orientações para a visita domiciliar da primeira semana.	27
Quadro 5: Pontos-chave do apoio à amamentação.	32
Quadro 6: Situações em que há restrições à amamentação	34
Quadro 7: Esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade em amamentação.	37
Quadro 8: Orientações para reconstituição do leite de vaca líquido e em pó para crianças com menos de 4 meses de idade.	40
Quadro 9: Guia alimentar para crianças menores de dois anos.	41
Quadro 10: Suplementação de ferro.	44
Quadro 11: Suplementação de vitamina A.	44
Quadro 12: Faixa etária do PNSVA de acordo com as regiões do Brasil.	46
Quadro 13: Esquema para administração de vitamina A em crianças.	46
Quadro 14: Esquema de administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico.	48
Quadro 15: Grupos de risco e principais causas de hipovitaminose.	50
Quadro 16: Recomendações para prevenção da hipovitaminose D em crianças e adolescentes (400 UI = 10 mcg).	51
Quadro 17: Critérios para definição de sífilis congênita.	60
Quadro 18: Sinais e sintomas de alerta aos profissionais de saúde de crianças em situações de violência.	70

Diagrama

Diagrama de Venn 1: Cronograma de consultas.	18
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo Calmette-Guérin (vacina contra tuberculose)
CAPS-AD / CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (EUA)
CD4	Linfócito T CD4+
CIB/RS	Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul
CGAN	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DEPROS	Departamento de Promoção da Saúde
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
EAPV	Evento Adverso Pós-Vacinação
e-Multi	Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV-I e HTLV-II	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas tipos I e II
IgHVZ	Imunoglobulina Humana Antivírus da Varicela-Zoster
IMC	Índice de Massa Corporal
M-CHAT-R	Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Perímetro Cefálico
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSVA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PSA	Plano Singular de Atendimento
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RBC	Rede Bem Cuidar
RCPcD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RN	Recém-Nascido
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SasiSUS	Subsistema de Assistência à Saúde Indígena do SUS
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIAPS	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STORCH	Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidade Internacional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VD	Visitas Domiciliares
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VSR	Vírus Sincicial Respiratório

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO	8
1. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	10
1.1. Critérios para Estratificação de Risco da Criança	12
1.2. Frequência de Consultas	17
1.3. Primeira Consulta do Recém-Nascido	20
1.4. Consultas Subsequentes	24
1.5. Visitas Domiciliares (VD)	26
2. IMUNIZAÇÕES	30
3. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	32
3.1. Apoio à Amamentação	32
3.2. Amamentação e o Uso de Medicamentos e Outras Substâncias	34
3.3. Alimentação para Crianças Amamentadas	36
3.4. Alimentação para Crianças não Amamentadas	39
4. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS	44
5. TRANSMISSÃO VERTICAL	53
5.1. Lactantes e Lactentes Expostos ao HIV	57
5.2. Sífilis Congênita	59
5.2.1. Acompanhamento de Crianças Expostas à Sífilis	61
5.2.2. Acompanhamento de Crianças com Sífilis Congênita	62
6. CRIANÇA EGRESSA DE UTI NEONATAL	63
7. SAÚDE DA CRIANÇA NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA ..	64
8. REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL	67
8.1. Crianças e Suas Famílias em Situações de Violência	68
9. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA INTERSEXO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	74
10. ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA	76
REFERÊNCIAS	77

APRESENTAÇÃO

O Governo do Estado do Rio Grande do Sul, por meio da Secretaria Estadual da Saúde (SES), reafirma seu compromisso com a garantia do cuidado integral das crianças gaúchas, desde o nascimento até os primeiros anos de vida.

Para isso incentiva, através das equipes, a promoção do cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde (APS) desde o nascimento, através da avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, estado nutricional, situação vacinal, condição social, vulnerabilidades e estratificação de risco.

As famílias são orientadas pelas equipes quanto à importância da realização da primeira consulta do recém-nascido, preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida, viabilizando a realização do Teste do Pezinho, e a verificação da realização das demais triagens. Cabe destacar que a primeira consulta do recém-nascido é um momento oportuno para avaliar as condições de saúde da mãe e do bebê, orientar quanto aos primeiros cuidados e desenvolver ações qualificadas de apoio à amamentação.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, as crianças permanecem em acompanhamento pelos profissionais da APS, por meio de consultas com uma periodicidade mínima. O propósito é garantir a realização de imunizações, orientações quanto à promoção de saúde, prevenção de agravos e alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, de acordo com a Caderneta da Criança.

Este Guia origina-se da atualização da Nota Técnica N° 7/2025: Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Primária, tendo como objetivo subsidiar as equipes de Atenção Primária do Estado do Rio Grande do Sul e contribuir para a qualificação da assistência à criança, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

Por fim, este Guia se insere também no contexto da Rede Bem Cuidar (RBC), como estratégia estadual de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, reafirmando o compromisso com a qualificação do cuidado materno-paterno-infantil, que no ciclo de 2026 contemplará a puericultura.

Marilise Fraga de Souza

Diretora do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Lisiane Wasem Fagundes

Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde materna, paterna e infantil tem por objetivo fomentar a implementação de um modelo de atenção à Saúde da Mulher e à Saúde da Criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança (0 - 2 anos), bem como a organização dos pontos de atenção para a garantia do acesso, com acolhimento e resolutividade, buscando reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2018a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, fortalecendo o planejamento ascendente (BRASIL, 2017a). Para isso, torna-se essencial integrar a rede de atenção perinatal, a partir da definição de responsabilidades em todos os níveis de atenção e integração do cuidado entre a Atenção Primária e a Atenção Hospitalar (BRASIL, 2018a).

Portanto, a APS deve realizar ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos, além de estratégias para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância, incluindo-se as doenças raras, bem como, ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção domiciliar, sempre que possível. Além disso, é essencial que ocorra a articulação entre os três níveis de atenção, visto que existem benefícios de um seguimento do cuidado compartilhado entre a APS e os serviços especializados (BRASIL, 2018a).

Nessa perspectiva, cabe às equipes de saúde organizar seu processo de trabalho, visando à qualificação da assistência infantil, por meio do acompanhamento e monitoramento das crianças de sua área de abrangência, garantindo a atenção integral à saúde.

Ressalta-se que a equipe da APS deve acolher de maneira satisfatória, respeitando a diversidade étnico-racial, as especificidades territoriais, as práticas e concepções culturais e religiosas, as atividades laborais, as condições socioeconômicas, a diversidade sexual e de gênero e as condições específicas das pessoas privadas de liberdade, entre outras, a fim de manter vínculo com as pessoas, fortalecendo, deste modo, a eficácia e a continuidade das ações de saúde. Além disso, é importante favorecer a participação familiar, considerando as pluralidades das formas de organização familiares durante a oferta de cuidado e a tomada de decisão.

O Guia Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Primária é um documento que se propõe a contribuir com os profissionais quanto às condutas clínicas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral das crianças, reuniões de equipe e educação permanente das equipes. Diante disso, aborda os critérios de estratificação de risco das crianças, frequência das consultas, primeira consulta do recém-nascido e visitas domiciliares.

Além disso, também reitera a importância das imunizações, apoio à amamentação e alimentação complementar saudável, suplementação de vitaminas e minerais e transmissão vertical (lactantes e lactentes expostos ao HIV e sífilis congênita). Adicionalmente, foram destacadas temáticas referentes à criança egressa de UTI Neonatal, saúde da criança na rede de cuidados da pessoa com deficiência, rede de cuidados e proteção social, acompanhamento da criança intersexo na APS e acompanhamento de indicadores de saúde da criança.

1. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

É de responsabilidade dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, especialmente os da APS, prever o montante de consultas compatível com a base de nascidos vivos do território e garantir o acompanhamento das crianças, abrangendo o recém-nascido, o primeiro ano de vida e os períodos pré-escolar e escolar

Nesse sentido, torna-se fundamental o acompanhamento sistemático do crescimento e a vigilância do desenvolvimento por meio dos marcos estabelecidos na Caderneta da Criança. Esse instrumento tem como propósito incentivar e fortalecer o monitoramento integral da saúde da criança, contribuindo para a identificação precoce de agravos e a promoção do desenvolvimento saudável.

Cabe salientar que os registros adequados na Caderneta da Criança, realizados pelas equipes de saúde, são essenciais, tendo em vista a relevância do cuidado compartilhado em rede, bem como a garantia da continuidade da atenção à saúde, conforme preconizado nas consultas previstas pelo Ministério da Saúde.

Além disso, é importante enfatizar a importância do uso do M-CHAT-R para rastreio do TEA em todas as crianças de 16 a 30 meses, como parte da rotina dos profissionais da APS.

Também é fundamental assegurar o acompanhamento puerperal e incentivar a participação da mãe, do pai e/ou acompanhantes em grupos e atividades da UBS que contribuam para o desenvolvimento do bebê (ex. grupos de amamentação) ou para a saúde dos familiares, conforme avaliação da equipe e definição do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para saber mais sobre a realização do PTS, acesse o material “Processos Fundamentais da APS”.

DISPONÍVEL EM:



Durante o acompanhamento do período gestacional, puerperal e consultas de puericultura, podem ser ofertados à parceria cuidados em saúde, se for identificada alguma necessidade ou se solicitado (RIO GRANDE DO SUL, 2023).

IMPORTANTE

A presença e participação da parceria deve ser sempre estimulada nas consultas e atendimentos à criança.

Cabe destacar a importância do acompanhamento **longitudinal**: nas situações onde a criança é encaminhada para a Atenção Especializada ou ocorrer internação, a equipe de Atenção Primária e serviços de média e alta complexidade, devem ser corresponsáveis em manter a referência e contrarreferência, assegurando o cuidado integral.

Diante disso, preconiza-se que o planejamento das consultas seja realizado de acordo com a estratificação de risco, conforme será detalhado no próximo capítulo.

1.1 CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA

Embora este Guia seja direcionado à assistência para crianças de 0 a 2 anos completos (24 meses), optamos por ampliar os critérios quanto à estratificação de risco para crianças até 3 anos completos (36 meses), conforme o Quadro 1, com o objetivo de qualificar a atenção e o cuidado com as crianças nessa faixa etária, o que não interfere nas condutas clínicas das equipes propostas na Nota Técnica nº 07/2025 e no Guia.

Desse modo, destaca-se que a identificação e a avaliação das condições de risco da criança devem ocorrer desde a alta da maternidade e ser continuamente reavaliadas em todos os contatos com os serviços de saúde. Os riscos podem ser reconhecidos na maternidade, nas visitas domiciliares e ao longo do acompanhamento da criança na Rede de Atenção à Saúde.

Sugere-se os seguintes critérios para estratificar o risco em crianças de 0 a 3 anos completos (ESPIRÍTO SANTO, 2017; BRASIL, 2021a):

Quadro 1: Critérios para estratificar o risco em crianças de 0 a 3 anos completos.

RISCO	FATORES		PONTOS DA REDE
Risco Habitual	Risco inerente ao ciclo de vida da criança.		Cuidado na Atenção Primária
Risco Médio (um ou mais fatores)	- Baixo peso ao nascer (2.000 a 2.500g); - Peso excessivo ao nascer (>4.500g); - Prematuridade tardia: 35-36 semanas; - Criança sem realização de triagem neonatal; - Desmame antes do 6º mês de vida; - Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais;	- Mãe com menos de 4 consultas de pré-natal; - Mãe com antecedente de natimorto; - Mãe com história de exantema durante a gestação; - Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; - Gravidez e/ou criança manifestadamente indesejada;	Cuidado na Atenção Primária compartilhado com outros serviços da rede (e-Multi, PIM, CRAS, CREAS, etc.)

	• Sobrepeso; • Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; • Não comparecimento às consultas de acompanhamento; • Doenças transitórias, sem complicações. Doenças bucais de menor complexidade, como: • Lesão de mancha branca; • Cárie dentária; • Doença periodontal. Fatores sociofamiliares, como: • Mãe adolescente (menor de 18 anos); • Baixa escolaridade (<5 anos de estudo); • Mãe sem suporte familiar; • Família em situação de rua, comunidades indígenas, imigrantes, comunidades quilombolas, povos ciganos, outros povos e comunidades tradicionais; • Família sem fonte de renda.	• Gestação resultante de estupro; • Atraso no desenvolvimento integral ou na comunicação e interação social; • Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica; • Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica; • Pais/responsáveis com dependência de álcool e outras drogas; • Mãe ou pai com condições ou comportamentos que comprometam o cuidado da criança; • Suspeita de violência física, sexual ou psicológica; • Mãe e/ou pai/parceria privados de liberdade; • Negligência com relação às necessidades da criança.	Cuidado na Atenção Primária, compartilhado com outros serviços da rede (e-Multi, PIM, CRAS, CREAS, etc.)
--	--	---	---

**Risco Alto
(dois ou
mais
fatores)**

- Afecções perinatais e malformações congênitas;
- Baixo peso ao nascer (<2.000g);
- Prematuridade (≤34 semanas);
- RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: alterações de reflexos e do tônus muscular; asfixia perinatal e/ou apgar ≤6 no 5º minuto;
- Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão;
- Infecções do grupo TORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus)+ HIV + Zika confirmadas ou em investigação;
- Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;
- Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;
- Atraso no desenvolvimento integral ou na comunicação e interação social;
- Transtorno do Espectro Autista;
- Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas;
- Suspeita ou sinais de violência física, sexual ou psicológica;
- Desnutrição grave;
- Obesidade;
- Intercorrências repetidas com repercussão clínica ou doenças evolutivas graves;
- Malformações congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;
- Negligência com relação às necessidades da criança;
- Três ou mais internações nos últimos 12 meses.

Cuidado na Atenção Primária, compartilhado com a Atenção Especializada, o PIM e outros serviços da rede (e-Multi, CRAS, CREAS, etc.)

Gestão de caso

A gestão de caso é uma tecnologia da gestão da clínica indicada aos usuários com condições de saúde de alta complexidade. Trata-se de um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, o usuário, sua família e a rede de suporte social. O processo da gestão de caso envolve as etapas: seleção do caso, identificação do problema, elaboração e implantação do plano de cuidado e monitoramento do plano de cuidado (MENDES, 2015).

Sugere-se, assim, que para os casos complexos, o cuidado seja compartilhado com diversos pontos da Rede de Atenção, conforme necessidade, além da elaboração de Projeto Terapêutico Singular. A elaboração de um PTS compartilhado contribui para que o trabalho se dê articulado entre diferentes profissionais em torno de objetivos comuns, de modo a potencializar as estratégias de cuidado junto às pessoas usuárias (SES, 2024a).

Fonte: Adaptado Espírito Santo (2017); Brasil (2018a); Secretaria Estadual da Saúde (2024a); Brasil (2021a)

O recém-nascido de alto risco merece mais atenção, pois além da necessidade de cuidados pela equipe de Atenção Primária, demanda com frequência atendimento especializado. O acompanhamento dessas crianças deve ser compartilhado entre APS, equipes multiprofissionais, visitantes do PIM e Ambulatórios de Egressos de UTIN (Programa Assistir, Portaria SES/RS nº 537/2021 e suas atualizações).

As crianças expostas ao HIV ou em risco de exposição pela amamentação (quando a parceria tem HIV) devem ter acompanhamento compartilhado entre APS e o Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O acompanhamento das crianças com sífilis congênita pode ser feito na Atenção Primária durante a puericultura, com atenção mais cuidadosa no monitoramento laboratorial e de sinais e sintomas sugestivos da doença. Recomenda-se consultas odontológicas, oftalmológicas e avaliações audiológicas semestralmente, por 2 anos. A APS deve avaliar a necessidade de atendimento por outros especialistas de acordo com as manifestações clínicas da criança. O cuidado deve ser garantido tanto na Atenção Primária como nos serviços especializados e hospitalares, quando for o caso.

Ressalta-se que a criança exposta à sífilis também necessita de acompanhamento clínico e laboratorial que deve ser realizado na APS. Consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais”.

DISPONÍVEL EM:



VOCÊ SABIA QUE

Para abranger as necessidades próprias da maternidade na adolescência e fortalecer o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes no RS, foram implementadas as estratégias Vidas Alerta e a Ficha de Identificação e Acompanhamento de Mães e Pais Adolescentes Abaixo de 15 Anos? Lançadas em 2023, essas iniciativas têm apoiado as equipes de saúde no aprimoramento da atenção integral e na proteção de mães e pais adolescentes e seus filhos.

Além de possibilitar a identificação precoce de bebês nascidos de mães adolescentes nos territórios, as estratégias favorecem o reconhecimento das necessidades específicas das(os) adolescentes, orientando o planejamento de ações intersetoriais. Essas ações visam garantir a permanência e continuidade da trajetória escolar, o acesso a programas sociais, a prevenção de uma nova gestação na adolescência, a construção de projetos de vida e o cuidado integral em todas as fases do desenvolvimento, tanto da mãe/pai adolescente quanto do bebê. O monitoramento desde o nascimento contribui para o fortalecimento de vínculos, a ampliação da proteção social e a vigilância de possíveis situações de vulnerabilidade.

Para maiores informações quanto ao Instrutivo Gravidez na Adolescência no RS - Desafios e Potencialidades de Intervenção e Prevenção, acesse:



1.2 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

A periodicidade mínima das consultas na Atenção Primária tem como base a estratificação de risco da criança. As consultas devem ser realizadas pelo médico e/ou enfermeiro da Unidade de Saúde, de forma intercalada, com atendimento mensal por um dos profissionais ou, quando indicado, por ambos em interconsulta. (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012, CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL, 2020).

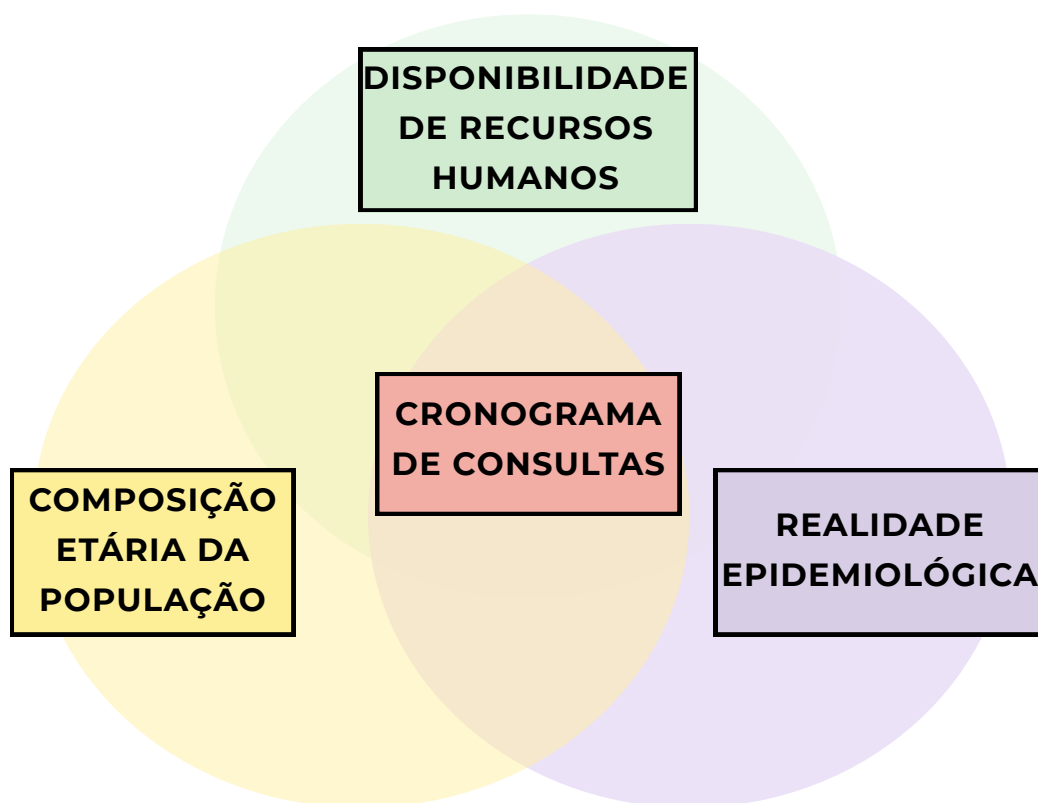
Quadro 2: Periodicidade mínima de consultas na Atenção Primária.

Risco	Faixa etária	Nº de consultas	Quando?
Risco Habitual	1º ano de vida	7	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês.
	2º ano de vida	2	18º e 24º mês.
	A partir do 2º ano de vida	1	Consultas anuais próximas ao mês do aniversário.
Médio e Alto Risco	1º ano de vida	12	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 3º mês, 4º mês, 5º mês, 6º mês, 7º mês, 8º mês, 9º mês, 10º mês e 12º mês.
	2º ano de vida	4	15º mês, 18º mês, 21º mês e 24º mês.
	A partir do 2º ano de vida	2	Consultas semestrais.

Fonte: Adaptado Brasil (2012); Sociedade Brasileira de Pediatria (2012); Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (2020).

Esta é uma proposta mínima de acompanhamento da criança a ser realizada pelo médico e enfermeiro da Unidade. Os municípios devem definir seu cronograma de acordo com:

Diagrama de Venn 1: Cronograma de consultas.



Fonte: BRASIL, 2015.

Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme as necessidades de saúde.

As equipes da APS, em conjunto com visitantes do PIM e outras equipes multiprofissionais, devem organizar o cuidado das crianças do território com base na estratificação de risco, ofertando, além das consultas individuais, atividades educativas, imunizações, incentivo e apoio à amamentação e orientações quanto ao crescimento e desenvolvimento integral infantil, entre outros.

Cabe destacar que as crianças que apresentam médio ou alto risco necessitam de maior atenção e devem ser avaliadas com maior frequência (BRASIL, 2014a). Nas primeiras 24 a 48 horas pós-alta, deve ser programada pelo menos uma visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde - ACS.

Quando há sinalização de algum fator de risco ao nascer, o enfermeiro deve realizar o atendimento domiciliar, acompanhado pelo ACS, nas primeiras 24 horas pós-alta (BRASIL, 2021a).

A PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional prevê a implantação de UBS nas unidades prisionais. Nesse contexto, as equipes multiprofissionais se propõem a desenvolver ações de promoção de saúde, como:



**ACESSO AO PRÉ-NATAL
QUALIFICADO**



**DESENVOLVIMENTO DE
ATIVIDADES LÚDICAS**



**ORIENTAÇÕES SOBRE O
PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO**



**FORTALECIMENTO DO
VÍNCULO AFETIVO**



**INCENTIVO E APOIO À
AMAMENTAÇÃO**



**ACOMPANHAMENTO DO
CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO
INFANTIL ATRAVÉS DA
CADERNETA DA CRIANÇA**

As equipes das unidades prisionais também devem seguir as recomendações para a assistência à criança descritas neste guia (BRASIL, 2018a).

1.3 PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

A primeira consulta do recém-nascido oportuniza a oferta de um conjunto de ações de saúde essenciais na Atenção Primária, sendo o primeiro contato após a alta da maternidade. Essas ações constituem a estratégia “5º Dia de Saúde Integral”, prevista na PNAISC (BRASIL, 2018a), e visam garantir a vinculação precoce da família à equipe, permitindo a detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê e de riscos e vulnerabilidades familiares.

Dessa forma, a primeira consulta na UBS deve ser realizada preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido e agendada antes da alta da maternidade, através do contato com a Unidade de Saúde de referência, com o propósito de garantir a realização do Teste do Pezinho. A primeira visita domiciliar também deve ser realizada nesse período, mas caso o recém-nascido tenha sido classificado de risco, a visita deverá ocorrer em até 3 dias após a alta.

Na primeira consulta de vida do recém-nascido, o profissional deve (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018a; BRASIL, 2024a; CURITIBA, 2012):

- * Acolher o recém-nascido e os cuidadores na Unidade de Saúde;
- * Ouvir as demandas referidas pela família e orientar cuidados;
- * Solicitar a nota de alta e/ou documentos fornecidos pela maternidade para subsidiar o acompanhamento (histórico completo de internação, diagnósticos, exames, medidas preventivas e terapêuticas);
- * Avaliar as condições perinatais e verificar registros na Caderneta da Criança (“dados sobre gravidez, parto e puerpério” e “dados do recém-nascido”);
- * Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B;
- * Se a mãe for HBsAG positivo, verificar registro de imunoglobulina humana anti-Hepatite B;
- * Registrar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Caderneta da Criança e nos Sistemas de Informação da Atenção Primária;
- * Avaliar os resultados das triagens neonatais (teste do pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho), encaminhar ao especialista quando necessário e orientar o agendamento quando não realizadas;

- * Acolher e apoiar a puérpera em dúvidas e dificuldades, principalmente sobre amamentação;
- * Observar ao menos uma mamada, avaliando posição, pega e orientando sobre livre demanda, alimentação da puérpera e leis de proteção à amamentação;
- * Ao observar a amamentação, identificar alterações e queixas de dor, esclarecer dúvidas sobre aparência e quantidade de leite e identificar possíveis situações familiares adversas;
- * Orientar mães impedidas de amamentar (HIV, HTLV, abuso de drogas, condições psiquiátricas) a respeito do uso de fórmula láctea até 12 meses, conforme prescrição (Rio Grande do Sul, NI 02/2022);
- * Ouvir mães que expressam intenção de não amamentar, entender seus motivos e orientar sobre substituição por fórmula;
- * Apoiar mães que introduziram alimentação artificial e desejam retomar a amamentação, oferecendo acompanhamento técnico frequente;
- * Realizar exame físico completo na primeira consulta de puericultura (peso, comprimento, perímetro cefálico, sinais vitais, coloração da pele, fontanelas, olhos, orelhas, boca, pescoço, tórax, abdômen, genitália, membros, pulsos, reflexos, sinais de Ortolani e Barlow);
- * Avaliar o vínculo mãe/parceria/bebê e identificar sinais de depressão pós-parto, encaminhando para acompanhamento, quando necessário;
- * Considerar a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) para garantir acolhimento e acompanhamento contínuo;
- * Avaliar a participação da parceria, cuidadores e familiares como rede de apoio, propondo intervenções e articulação intersetorial, se necessário;
- * Identificar sinais de violência física, psicológica e/ou sexual e dar seguimento conforme protocolo (item 9.1: crianças e suas famílias em situações de violência);
- * Identificar na puérpera sinais e sintomas que possam indicar complicações no puerpério;
- * Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas.

Quadro 3: Orientações Gerais para a Primeira Consulta do Recém-Nascido

Técnica correta do banho diário e cuidados de higiene.	
Evitar uso de talcos e perfumes.	
Higiene do coto umbilical:	• Higienizar as mãos antes de proceder à limpeza do coto umbilical; • Realizar a limpeza, no mínimo, 1x/dia, lavando-o com água e sabão neutro e secando suavemente; • Posicionar a fralda abaixo do umbigo, para evitar o contato do coto com a urina e as fezes do bebê; • Não puxar o cordão umbilical, deixando-o se desprender sozinho; • Evitar a utilização de faixas ou outras substâncias que possam interferir no processo de cicatrização e aumentar o risco de infecção; • Manter os cuidados de higiene por, no mínimo, 10 dias ou até a completa cicatrização após a queda do coto.
Prevenção de acidentes (RIO GRANDE DO SUL,2024b):	• Cuidar para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis e cobertores; • Evitar o contato da criança com peças e/ou objetos pequenos; • Nunca deixar próximo da criança sacos plásticos, cordões e fios; • Nunca usar talco e/ou outros produtos em pó na criança; • Jamais deixar a criança sozinha na banheira durante o banho, sobre o trocador e em qualquer outro local, mesmo por alguns segundos, sem supervisão de um adulto; • Evitar cama compartilhada; • Posição supina para dormir (barriga para cima); • Atenção ao aquecedor, tomadas e aos fios elétricos soltos e ao alcance da criança.
Evitar contato com fumantes, inclusive de cigarros eletrônicos.	
Evitar levar o recém-nascido a locais com aglomerados de pessoas.	

Amamentação sob livre demanda (guiada pelo bebê).

Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação, favorecendo, assim, a amamentação exclusiva.

Imunizações: seguir o Calendário Nacional de Imunizações vigente, disponível no site do Ministério da Saúde.

Coletar o Teste do Pezinho entre o 3º e o 5º dia de vida da criança.

Medidas preventivas como a suplementação de Vitaminas e Ferro, conforme o item específico correspondente.

Orientar a família sobre os seguintes sinais de alerta: a icterícia que atinge braços e pernas em crianças com mais de duas semanas de vida e a presença de urina escura e fezes claras conforme o item “Cuidando da Saúde da Criança: sinais de perigo”, da Caderneta da Criança. Diante disso, recomenda-se o retorno imediato à UBS.

Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2024b.

Cabe ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e, a partir desse período, iniciada a introdução da alimentação complementar saudável, adequada e segura, mantendo a amamentação até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2015).

1.4 CONSULTAS SUBSEQUENTES

É fundamental que o profissional e a família estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento. Através das consultas de seguimento preconizadas pelo Ministério da Saúde, e outros contatos da família com a equipe de saúde, são oportunizadas a oferta de imunizações e orientações de promoção de saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012).

Em cada consulta subsequente, o profissional deve (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018a; BRASIL, 2024a; CURITIBA, 2012):

- * Ouvir as demandas e intercorrências referidas pelos familiares, além de orientar cuidados;
- * Acolher e apoiar a puérpera em suas dúvidas, dificuldades e decisões, principalmente em relação à amamentação: observar posição e pega, realizar intervenção quando necessário, esclarecer sobre a amamentação sob livre demanda e alimentação da nutriz e informar sobre as leis que protegem a mulher que amamenta, no retorno ao trabalho (Brasil, 2015);
- * Realizar exame físico completo;
- * Coletar dados antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico);
- * Preencher os gráficos de peso, comprimento, Índice de Massa Corporal (IMC) e perímetro cefálico que constam na Caderneta da Criança;
- * Prescrever a suplementação profilática de ferro oral (até 24º mês) e a vitamina D de acordo com os fatores de risco e análise individualizada da necessidade de suplementação de cada criança;
- * Verificar o registro vacinal, conforme Calendário Nacional de Imunização vigente;
- * Consultar os marcos do desenvolvimento para cada faixa etária, presentes na Caderneta da Criança, preenchendo o instrumento de acordo com a idade da criança (em meses ou anos);
- * Registrar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Caderneta da Criança;

- * Orientar pais/parceria e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta da Criança;
- * Orientar que, a partir da erupção do primeiro dente decíduo, deve-se utilizar escova de dente de cabeça pequena e arredondada, com cerdas macias e uso de dentifrício fluoretado, com no mínimo 1000 ppm de flúor (pasta de dente) na quantidade correspondente a um grão de arroz (0,1 g). Recomenda-se a realização da higiene bucal duas vezes ao dia para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças (Brasil, 2024b);
- * Ofertar consultas de acompanhamento odontológico e realizar o registro conforme especificado na Caderneta da Criança;
- * Orientar sobre sintomatologia da irrupção dentária;
- * Verificar se a criança faz uso regular de medicamentos;
- * Verificar e orientar quanto à alimentação da criança conforme faixa etária;
- * Estimular a amamentação até os 2 anos ou mais;
- * Orientar os cuidadores para que seja evitado o consumo de alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros;
- * Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária, segundo o item da Caderneta da Criança: “Prevenindo Acidentes”;
- * Orientar quanto aos direitos fundamentais, conforme o item da Caderneta da Criança: “Protegendo a Criança da Violência”;
- * Orientar sobre a não exposição às telas de aparelhos eletrônicos;
- * Sugere-se a leitura da Caderneta junto à família, aproveitando o momento para esclarecer as dúvidas;
- * Estratificar o risco e avaliar a necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas;
- * Agendar a próxima consulta.

1.5 VISITAS DOMICILIARES (VD)

A Visita Domiciliar (VD) é uma estratégia das equipes de APS para possibilitar um acompanhamento da situação de saúde da criança e sua família, sendo muito relevante para a identificação e vinculação destas ao serviço de referência. A VD oportuniza o reconhecimento de situações de risco e o encaminhamento da criança em tempo adequado para a promoção da saúde, prevenção de agravos e consequente redução da morbimortalidade, além da promoção da parentalidade.



A articulação da maternidade com a Atenção Primária é essencial, sendo recomendada uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê.



Nas primeiras 24 a 48 horas pós-alta, deve ser programada pelo menos uma visita domiciliar pelo ACS. Quando há fator de risco ao nascer, um profissional de saúde deve realizar o atendimento domiciliar, acompanhado pelo ACS, nas primeiras 24 horas pós-alta. Após, a periodicidade das visitas domiciliares deve ser pactuada com a família a partir das necessidades, dos fatores de risco e de proteção e se houver alguma perda de seguimento da criança, por exemplo, pode ser realizada busca ativa para crianças com vacinas em atraso. Em todas as visitas, é fundamental que o profissional de saúde mantenha um olhar atento e abrangente, identificando sinais de perigo à saúde da criança (BRASIL, 2021a e b).

A visita domiciliar não é uma atribuição apenas do Agente Comunitário de Saúde, visto que toda a equipe pode fazer uso desta prática e, além disso, não exige a necessidade do comparecimento da família à Unidade de Saúde para a realização das consultas de seguimento posteriores, conforme preconizado. Essas ações visam garantir a vinculação da família com a equipe, abordando a detecção de dificuldades e necessidades, riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2021b).

A visita deve ser baseada em roteiros que permitam a vigilância de fatores de risco, o reforço dos fatores protetivos e a orientação para o cuidado do recém-nascido. Algumas diretrizes para a visita domiciliar da primeira semana são (BRASIL, 2021a; PARANÁ, 2020):

Quadro 4: Diretrizes para a visita domiciliar da primeira semana.

Verificar o estado geral da criança, principalmente os sinais de alerta que indicam perigo à saúde da criança e, portanto, a necessidade de encaminhamento ao serviço de saúde com urgência:	• Cianose ou palidez importante; • Recusa alimentar; • Gemidos; • Vômitos importantes; • Irritabilidade ou dor à manipulação; • Tiragem subcostal; • Batimentos de asas do nariz; • Fontanela abaulada; • Secreção purulenta no ouvido ou no umbigo; • Letargia ou inconsciência; • Febre (temperatura axilar > 37,5°C); • Hipotermia (temperatura axilar < 35,5°C); • Frequência cardíaca <100 bpm; • Frequência respiratória >60 mpm; • Pústulas extensas na pele; • Convulsões; • Apneia.
Observar o estado geral da mãe e verificar se ela está triste, desanimada e/ou deprimida.	
Relação pais/parceria-criança: observar se os pais mostram interesse pela criança.	
Conversar sobre choro e padrão de sono da criança.	
Amamentação: observar o padrão de sucção, pega e posicionamento se amamentada; caso a mãe seja soropositiva é contraindicada a amamentação.	
Icterícia: observar a cor amarelada da pele, e, se presente, orientar consulta médica ou de enfermagem.	
Condições higiênicas: verificar as condições de higiene e de cuidado com a criança.	
Segurança: verificar situações familiares e no ambiente que alertem para o risco de quedas, queimaduras, afogamento, morte súbita, intoxicação, entre outras.	

Violência: verificar situações familiares ou ambientais que indiquem violência ou sinais físicos sugestivos de agressão.

Verificar fatores de risco conforme capítulo 2.1. Prestar atenção especial às crianças para as quais as condições ambientais, sociais e familiares sejam desfavoráveis, com história de internação anterior, história de óbito de crianças menores de 5 anos na família, recém-nascido de mãe adolescente ou com baixo grau de instrução.

Verificar a Caderneta da Criança, quanto: a) realização dos Testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçãozinho; b) aplicação de vacinas hepatite B e BCG. Caso não tenham sido aplicadas no hospital, orientar a realização na Unidade de Saúde.

Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto, estimulando a participação da parceria.

Orientar sobre a periodicidade mínima de consultas na APS, conforme a estratificação de risco da criança e as consultas de rotina previstas pelo Ministério da Saúde.

Fonte: BRASIL, 2021a ; PARANÁ, 2020.

As visitas domiciliares também são realizadas pelos visitantes do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), dentro do escopo de suas ações, em municípios com o Programa implantado (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Nos municípios com PIM, as visitas domiciliares para as famílias com bebês de 0 a 2 anos são realizadas de forma semanal, podendo uma das visitas ser substituída por atividade grupal, desenvolvida em conjunto com demais serviços da rede. A atuação tem como eixos estruturantes a vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil, o fortalecimento da interação parental positiva e a articulação em rede. Em alguns casos, é possível que a família já esteja sendo acompanhada desde o período da gestação e, em outros, encaminhada para o programa após o nascimento. O atendimento será orientado pelo Plano Singular de Atendimento (PSA), construído em conjunto com a família e com a rede de serviços que a acompanha, conforme Caderno do PIM nº 02 - O PIM como estratégia intersetorial da Atenção Primária à saúde.

A adesão ao PIM e sua execução em articulação com a APS contribui no acompanhamento da criança menor de 2 anos, indo ao encontro do preconizado na PNAISC no que se refere à vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) pela Atenção Primária, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares.

Uma importante estratégia da APS para o cuidado das crianças e suas famílias é a **busca ativa**. Tal ação é importante para a identificação de necessidades de saúde, socioeconômicas e para vigilância epidemiológica.

É fundamental realizar busca ativa das crianças, sempre que houver necessidade, a fim de identificar sinais de risco e condutas necessárias para dar seguimento ao atendimento em saúde. Desta forma, realizar esta ação contribui para o planejamento da atuação da APS e para propiciar ações de educação para proteção e promoção de saúde e prevenção de doenças (RIO GRANDE DO SUL, 2024a).

2. IMUNIZAÇÕES

A vacinação é um dos pilares da prevenção em saúde pública, constituindo-se como a principal medida para o controle de doenças imunopreveníveis. Sua efetividade é evidenciada na redução da incidência de enfermidades, como poliomielite e sarampo, e no controle de surtos que ameaçam populações vulneráveis.

Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) são a principal porta de entrada para o acesso à imunização, conforme o “Calendário Nacional de Vacinação vigente”.



DISPONÍVEL EM:



As equipes devem incorporar a verificação do status vacinal como rotina nos atendimentos, considerando cada contato com a criança como uma oportunidade de atualização do esquema vacinal.

Para ampliar a cobertura vacinal, recomenda-se a adoção das seguintes ações:

- * Busca ativa de crianças com esquemas atrasados;
- * Convocações específicas (via telefone, agentes comunitários, canais oficiais);
- * Realização de campanhas e eventos voltados à mobilização social para vacinação;
- * Parcerias intersetoriais para alcançar populações de difícil acesso.

Sugere-se consultar o calendário vacinal para crianças expostas e crianças e adolescentes que vivem com HIV, disponível no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Essas crianças devem receber as vacinas recomendadas para crianças vivendo com HIV até os 18 meses, passando, após esse período, a seguir o esquema vacinal básico da criança e do adolescente recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), incluindo a vacina contra poliomielite inativada em todo o esquema.

O monitoramento sistemático dos dados de imunização é imprescindível para:

- * Avaliação da cobertura por território e faixa etária;
- * Identificação de bolsões de baixa cobertura;
- * Redirecionamento estratégico das ações;
- * Fortalecimento da vigilância de eventos adversos pós-vacinação (ESAVI - Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização).

Para apoio ao registro e gestão dos dados no sistema e-SUS APS, recomenda-se a consulta aos materiais técnicos disponíveis na plataforma: **e-SUS APS - Atenção Primária do RS**.

3. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

3.1 APOIO À AMAMENTAÇÃO

Os profissionais da equipe de saúde devem observar a mamada e auxiliar quando necessário, observando inicialmente se as roupas da mãe e do bebê não restringem os movimentos e se a mãe está confortavelmente posicionada. Dor no momento da amamentação é um sinal de pega ou posicionamento inadequado. **Os pontos-chave a serem observados são:**

Quadro 5: Pontos-chave do Apoio à Amamentação.

Pontos-chave do posicionamento adequado	• Rosto do bebê posicionado de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; • Corpo do bebê próximo ao da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga, cabeça e tronco alinhados; • Bebê bem apoiado, braço inferior posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe.
Pontos-chave da pega adequada	• A boca do bebê deve estar bem aberta, pois deve abocanhar, além do mamilo, parte da aréola; • Lábios virados para fora; • O queixo do bebê deve tocar a mama; a aréola fica mais visível acima da boca do bebê.
Importante	Quando a mama estiver muito cheia, a aréola poderá estar tensa, endurecida, dificultando a pega adequada. Nesses casos, antes da mamada, é recomendado que se retire manualmente um pouco de leite. Para esta retirada orienta-se: 1. Massagear delicadamente a mama como um todo, com movimentos circulares da base em direção à aréola; 2. Com os dedos da mão em forma de “C”, colocar o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréola mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos; 3. Pressionar suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à parede torácica. 4. Pressionar e soltar, pressionar e soltar. A manobra não deve doer se a técnica estiver correta. A princípio o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes o leite começará a pingar. Poderá fluir em jorros se o reflexo de ocitocina estiver ativo.

Fonte: BRASIL, 2015.

A prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação encontram-se na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

DISPONÍVEL EM:



IMPORTANTE

A prática da amamentação por pessoas trans e não binárias deve ser reconhecida e apoiada, a partir da compreensão de que pessoas trans masculinas, homens trans e indivíduos não binários podem produzir leite e desejar amamentar, enquanto mulheres trans podem, em situações específicas, induzir lactação. Esse cuidado exige avaliação individualizada, manejo clínico adequado, atenção aos efeitos do uso de hormônios no processo de lactação e articulação da APS com serviços especializados e equipes multidisciplinares.

VOCÊ SABIA QUE

Conforme dados do Ministério da Saúde (2022), mulheres negras desmamam seus filhos, em média, dois meses antes que mulheres brancas? Esse indicador aponta que existe uma desigualdade racial na saúde materno-infantil, impactando diretamente no acesso ao apoio e a continuidade da amamentação.

Além disso, apenas 23% das mulheres negras relatam ter recebido orientações individualizadas sobre amamentação durante o pré-natal.

Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (2020), as mulheres negras têm 1,8 vezes mais chances de ter sua dor ignorada durante a amamentação em comparação com mulheres brancas.

Desse modo, cabe salientar a necessidade de maior atenção por parte das equipes da APS a essa população, para que sejam incentivadas a amamentar e recebam as orientações que favoreçam a continuidade da amamentação e o acolhimento quanto as suas necessidades, visando evitar as desigualdades no cuidado.

3.2 AMAMENTAÇÃO E O USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Em geral, as pessoas que amamentam devem evitar o uso de quaisquer medicamentos. No entanto, se isto for imperativo, deve-se fazer opção por uma droga já estudada, que seja pouco excretada no leite materno, e que não tenha risco aparente para a saúde da criança. Drogas de uso prolongado, em geral, oferecem um maior risco para o lactente pelos níveis que podem atingir no leite materno (BRASIL, 2014b).

A utilização de álcool e outras drogas devem ser desencorajados desde a gestação e tal recomendação deve ser mantida após o nascimento da criança, pois a exposição ao álcool e às drogas psicoativas como cocaína, crack, maconha, anfetaminas, ecstasy, LSD e heroína podem prejudicar o julgamento da pessoa que amamenta e interferir no cuidado com o seu filho, além do risco de toxicidade para o lactente amamentado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

As equipes de saúde da Atenção Primária, articuladas com o CAPS-AD (Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas), devem orientar as pessoas usuárias regulares de drogas a não amamentarem seus filhos e as usuárias ocasionais devem suspender a amamentação por um período variável após o consumo da droga em questão. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta que poderá ser utilizada em casos prioritários (BRASIL, 2013).

Há algumas situações em que há restrições à amamentação, são elas:

Quadro 6: Situações em que há restrições à Amamentação.

CONTRAINDICAÇÕES:
Mãe infectada por HIV;
Mãe infectada pelo HTLV1 e HTLV2;
Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (antineoplásicos, radiofármacos, etc);
Criança com galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.

RECOMENDAÇÃO DE INTERRUPÇÃO TEMPORÁRIA:

Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;

Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões apresentem a forma de crosta;*

Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;

Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;

Vacina contra febre amarela em mães de crianças menores de 6 meses: suspender a amamentação por 10 dias após a vacinação;

Uso abusivo de drogas, que contraindicam a amamentação;**

Mãe com HIV negativo no parto, com risco de soroconversão por parceiro com HIV não tratado e ou Carga Viral detectável ou desconhecida;***

Mães submetidas a exame com radiofármacos.

Fonte: Adaptado BRASIL, 2015. TelessaúdeRS, 2020. Brasil, 2024a.

*Nesses casos a criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (IgHAVZ), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.

**Deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação. Para maiores informações, acesse o Caderno de AB nº23.

***Até resultado de Carga Viral para HIV da mãe e o início do uso da Profilaxia Pré-exposição. Para maiores informações acesse o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (Rio Grande do Sul, Nota Técnica 02/2021.)

3.3 ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS AMAMENTADAS

A nutrição adequada durante a infância é essencial para a saúde e bem-estar ao longo da vida. A recomendação da OMS é de que a amamentação seja oferecida de forma exclusiva até os seis meses de idade e complementada até os dois anos ou mais. Recomenda-se orientar a mãe e familiares a identificar os sinais de que o bebê quer mamar, uma vez que o choro é um sinal de fome tardio. É importante que a amamentação seja guiada pelas necessidades do bebê, ou seja, a criança é amamentada na hora que quiser e quantas vezes quiser. Assim, a oferta de chás, sucos e água é desnecessária e contraindicada nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2019).

A equipe da APS deve acompanhar a introdução da alimentação complementar, ao longo das consultas periódicas da criança e em outras ações desenvolvidas junto à família, propondo estratégias de qualificação da alimentação, bem como a solução de problemas enfrentados pela família (BRASIL, 2019).

A partir de seis meses, recomenda-se a introdução de alimentos complementares, pois antes deste período a amamentação é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê. Assim, a alimentação complementar deve ser introduzida de forma lenta e gradual, para que aos doze meses de idade a alimentação da criança esteja integrada à da família. A alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança (BRASIL, 2019).

Recomenda-se o esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade em amamentação, conforme o “Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos”.

DISPONÍVEL EM:



Quadro 7: Esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade em amamentação.

	Ao completar 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos de idade
CAFÉ DA MANHÃ	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Fruta e leite materno ou cereal e leite materno ou raízes e tubérculos e leite materno
LANCHE DA MANHÃ	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno
ALMOÇO	É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; - 1 alimento do grupo dos feijões; - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; - 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 3 a 4 colheres de sopa no total.	É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; - 1 alimento do grupo dos feijões; - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; - 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 3 a 4 colheres de sopa no total.	É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; - 1 alimento do grupo dos feijões; - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; - 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 4 a 5 colheres de sopa no total.	É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; - 1 alimento do grupo dos feijões; - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; - 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 5 a 6 colheres de sopa no total.

LANCHE DA TARDE	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno ou leite materno e cereal ou raízes e tubérculos
JANTAR	Leite materno	Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 3 a 4 colheres de sopa no total	Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 4 a 5 colheres de sopa no total.	Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 5 a 6 colheres de sopa no total
ANTES DE DORMIR	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Leite materno

Fonte: Brasil, 2019.

*Nas crianças com alguma deficiência ou doença que acometa o sistema gastrointestinal, é importante considerar a sua maturidade fisiológica e neuromuscular, bem como suas necessidades nutricionais, para definir o período adequado ao início da introdução dos alimentos.

3.4 ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS

Fórmula Infantil

As fórmulas infantis representam a melhor alternativa para a alimentação de crianças não amamentadas ou parcialmente amamentadas, visto que as são compatíveis com a maturidade do organismo de crianças pequenas e atendem às suas necessidades nutricionais. É importante que a equipe da APS oriente quanto às recomendações de quantidades de pó e água para a reconstituição indicada no rótulo do produto, pois leites muito concentrados ou muito diluídos podem ser prejudiciais para a saúde da criança, visto que podem resultar, respectivamente, em uma sobrecarga renal de sais e proteína ou desnutrição. É importante destacar a necessidade do consumo de água (tratada, fervida e filtrada) nos intervalos das refeições para crianças menores de seis meses, não amamentadas (BRASIL, 2015).



Se a criança é alimentada com fórmula infantil, novos alimentos deverão ser oferecidos a partir dos 6 meses, inclusive água. A partir dos 9 meses, a fórmula infantil pode ser substituída pelo leite de vaca integral (BRASIL, 2015; BRASIL 2019).



É importante ressaltar que as crianças expostas ao HIV e ao HTLV têm direito a receber a fórmula láctea em substituição à amamentação até 1 ano de vida. A fórmula é fornecida pela SES aos municípios do Estado. As UBS devem verificar com a Secretaria Municipal de Saúde de seu município o fluxo para o recebimento da fórmula. Do nascimento até o 6º mês de vida o RN receberá a fórmula tipo 1, de 8 a 12 latas/mês, e do 6º ao 12º mês de vida a fórmula tipo 2, até 9 latas/mês, sendo que o quantitativo será definido pelas necessidades nutricionais da criança e avaliado por médico ou nutricionista. Para maiores informações consultar “Nota Informativa 01/2022”.

DISPONÍVEL EM:



Leite de vaca integral

Diante da necessidade de uso do leite de vaca integral, em situações em que o mesmo é a única opção disponível devido ao seu baixo custo, recomenda-se que ele seja diluído, conforme o quadro descrito a seguir, para crianças com menos de 4 meses de idade. Após os 4 meses, a diluição não é mais necessária.

O leite de vaca não fornece todos os nutrientes necessários para a criança, pois pode conter quantidades excessivas de proteínas, sódio, potássio e cloro, e suas proteínas são mais difíceis de digerir. O leite desnatado e o semidesnatado não são recomendados para crianças menores de dois anos, pois contêm menos gordura, que é crucial para o desenvolvimento neurológico infantil (BRASIL, 2019).

Não é necessário adicionar açúcares ou farinhas, pois além de adição de óleo corrigir o déficit energético do leite de vaca, o uso de açúcar e farinhas não é recomendado para crianças menores de dois anos (TelessaúdeRS- UFRGS, 2020).

Quadro 8: Orientações para Reconstituição do Leite de Vaca Líquido e em Pó para crianças com menos de 4 meses de idade.

Reconstituição do leite de vaca líquido
2/3 de leite + 1/3 de água fervida: 70 ml de leite + 30 ml de água = 100 ml; 100 ml de leite + 50 ml de água = 150 ml; 130 ml de leite + 70 ml de água = 200 ml. <i>Acrescentar 01 colher de chá de óleo vegetal para cada 100 ml de leite.</i>
Diluição do leite em pó (a 10%)
1 colher de sobremesa rasa para 100 ml de água fervida ou filtrada; 1 ½ colher de sobremesa rasa para 150 ml de água fervida ou filtrada; 2 colheres de sobremesa rasas para 200 ml de água fervida ou filtrada. Preparo do leite em pó: diluir o leite em pó em um pouco de água fervida ou filtrada e, em seguida, adicionar a água restante. <i>Acrescentar 01 colher de chá de óleo vegetal para cada 100 ml de leite.</i>

Fonte: TelessaúdeRS - UFRGS, 2020.

Após completar quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e o leite em pó deverá ser reconstituído a 15% (1 colher de sopa em pó cheia para 100 ml de água fervida ou filtrada). Nesses casos, não se deve acrescentar óleo vegetal, considerando que, nessa idade, a criança não amamentada receberá outros alimentos, e o consumo de leite não deverá ultrapassar 500 ml por dia (BRASIL, 2019). Também é importante a oferta de água adicional: 400 a 600 ml em locais de clima temperado e 800 a 1200 ml em locais de clima quente. Água limpa (fervida, se necessário) deve ser oferecida à criança alimentada com leite de vaca várias vezes ao dia, assegurando que a sua sede seja saciada (UFRGS/TelessaúdeRS, 2020).

Se a criança não estiver sendo amamentada e nem em uso de fórmula infantil, a partir dos quatro meses de vida deve-se iniciar a introdução de outros alimentos para suprir suas necessidades nutricionais. A composição das refeições, forma de introdução e consistência devem seguir as mesmas orientações contidas no Guia alimentar para crianças menores de dois anos:

Quadro 9: Guia alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas e que não recebem fórmula infantil.

	Nascimento até completar 4 meses	Aos 4 meses de Idade	Entre 5 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
CAFÉ DA MANHÃ	Alimentação láctea	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos
LANCHE DA MANHÃ	Alimentação láctea	Fruta	Fruta	Fruta

ALMOÇO	Alimenta ção láctea	É recomendado que o prato da criança tenha: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; 1 alimento do grupo dos feijões; 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 2 a 3 colheres de sopa no total.	É recomendado que o prato da criança tenha: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; 1 alimento do grupo dos feijões; 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: Entre 5 e 6 meses: 2 a 3 colheres de sopa no total; entre 7 e 8 meses: 3 a 4 colheres de sopa no total; entre 9 e 11 meses: 4 a 5 colheres de sopa no total.	É recomendado que o prato da criança tenha: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; 1 alimento do grupo dos feijões; 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada: 5 a 6 colheres de sopa no total.
---------------	------------------------	--	--	--

LANCHE DA TARDE	Alimentação láctea	Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos
JANTAR	Alimentação láctea	Leite de vaca integral	<i>Igual ao almoço</i>	Fruta
ANTES DE DORMIR	Alimentação láctea	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

Fonte: Brasil, 2019.

O esquema apresentado acima é apenas um exemplo para alimentação de crianças que não são amamentadas e também não recebem fórmulas infantis. Essas recomendações precisam ser adaptadas a cada caso e a cada criança, sendo que a introdução deve respeitar a aceitação da criança. Mesmo após a introdução dos alimentos, o consumo de leite continua sendo uma importante fonte de vitaminas e minerais. Crianças menores de dois anos devem receber leite integral, no volume máximo de 500 ml/dia, não sendo recomendado o uso de leite desnatado.

IMPORTANTE

Os alimentos utilizados para as refeições da criança poderão ser os mesmos da família. Importante oferecer água à criança nos intervalos das refeições e não oferecer alimentos ricos em açúcar, sal, gorduras, bebidas açucaradas, adoçantes e alimentos ultraprocessados para crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2019).

4. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS

Para atender às necessidades nutricionais de minerais da criança, é preciso oferecer uma variedade de alimentos complementares com alta densidade de nutrientes, assim como a suplementação de vitaminas.

Os quadros a seguir descrevem a suplementação de ferro e vitamina A de acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA):

Quadro 10: Suplementação de ferro

SUPLEMENTAÇÃO FERRO
Crianças 6 – 24 meses • 10,0 - 12,5 mg de ferro elementar/dia seguindo a conduta; • 2 ciclos intermitentes de suplementação no período • 3 meses de suplementação diária seguidos de 3 meses de intervalo e reinício de novo ciclo; • No total, a criança de 6 a 24 meses de idade deve receber dois ciclos de suplementação.

Fonte: Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA).

Quadro 11: Suplementação de vitamina A

SUPLEMENTAÇÃO VITAMINA A
Crianças de 6 a 11 meses: uma dose de 100.000 UI;
Crianças de 12 a 59 meses: 1 dose de 200.000 UI semestralmente;
Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste: todos os municípios. Manutenção da faixa etária, com considerações: • 6 a 24 meses de idade: Público Universal • 25 a 59 meses de idade: Público CadÚnico
Regiões Sul e Sudeste: Redução da faixa etária: • 6 a 24 meses, nos municípios que já estão participando • Público CadÚnico

Fonte: Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA).

As condutas do PNSVA e PNSF foram atualizadas e estão fundamentadas em critérios rigorosamente baseados e avaliados a partir das melhores experiências científicas disponíveis, conforme NT 15/2022 - CGAN/DEPROS/SAPS/MS, referente à retificação sobre a operacionalização dos Programas de Suplementação de Micronutrientes.

Segundo o atual cenário epidemiológico, evidenciado pelo Estudo Nacional Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI 2019, as prevalências para anemia e deficiência de vitamina A entre crianças de 6 a 23 meses são 18,9% e 6,4% respectivamente.

Estes dados mostram importantes avanços de melhoria do cenário no Brasil, sendo possível sair do público-alvo universal para público focalizado, para estes programas, com suas condutas atualizadas, considerando as populações mais vulneráveis, e a atual situação da insegurança alimentar e nutricional que se relaciona ao maior risco para deficiências de micronutrientes em crianças menores de 2 anos de idade.

O “Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes” apresenta todas as atualizações dos Programas de Micronutrientes e suas justificativas, bem como informações para apoiar na implementação das ações e na organização do cuidado.

DISPONÍVEL EM:



Suplementação de Vitamina A

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) foi instituído oficialmente por meio da Portaria n.º 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e a morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade, por meio da suplementação profilática medicamentosa (megadoses) de vitamina A. A OMS recomenda a suplementação de vitamina A em altas doses (megadose) para lactentes e crianças de 6 a 59 meses de idade em locais onde a deficiência de vitamina A é um problema de saúde pública (acima de 20%).

Quadro 12: Faixa etária do PNSVA de acordo com as regiões do Brasil

REGIÃO	FAIXA ETÁRIA
Norte, Nordeste e Centro-Oeste	6 a 59 meses
Sul e Sudeste	6 a 24 meses
Crianças assistidas pelo SasiSUS	6 a 59 meses

Fonte: CGAN/Depros/Saps/MS.

Quadro 13: Esquema para administração de vitamina A em crianças

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
6 a 11 meses	100.000 UI	Uma dose
12 a 24 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses
25 a 59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: CGAN/Depros/Saps/MS.

A suplementação de vitamina A reduz o risco de mortalidade infantil em 24%, sendo observada uma redução de 28% na mortalidade por diarreia. Entre crianças HIV-positivas, a mortalidade por todas as causas é reduzida em 45%. A deficiência de vitamina A, quando severa, pode provocar comprometimento visual, como a cegueira noturna, além de aumentar o risco de morbidades, mortalidade e de desenvolvimento de anemia na infância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Diante desse cenário, a adequação do consumo de vitamina A é essencial para garantir o crescimento e o desenvolvimento saudáveis na primeira infância.

Além do suplemento de vitamina A, é importante que a alimentação habitual das crianças forneça alimentos fontes de vitamina A, tais como: fígado, ovo, legumes de cor alaranjada, como abóbora, cenoura, verduras de cor verde-escuro, como couve, taioba, chicória, espinafre e algumas frutas, como mamão e manga (BRASIL, 2019).

Os suplementos de vitamina A devem ser oferecidos às crianças de seis em seis meses, dentro da faixa etária preconizada. O intervalo seguro entre uma administração e outra é de, no mínimo, quatro meses.



Os suplementos de vitamina A são administrados por via oral e não devem ser administrados por via intramuscular ou endovenosa.



A megadose é composta de vitamina A na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E. O PNSVA distribui cápsulas em duas dosagens: de 100.000 UI e de 200.000 UI, acondicionadas em frascos, contendo, cada um, 50 cápsulas gelatinosas moles. O rótulo dos frascos que contêm os suplementos indica qual a concentração da vitamina: 100.000 UI (cor amarela) ou 200.000 UI (cor vermelha).

A vitamina A é bem tolerada. Geralmente, não há efeitos colaterais para as dosagens recomendadas pelo programa, mas é possível que a criança coma menos durante o dia da administração, vomite ou sinta dor de cabeça. É preciso orientar aos cuidadores da criança que esses sintomas são normais e que não necessitam de tratamento específico. Ressalta-se que na falta de qualquer megadose na UBS, não se deve dobrar a dose de 100.000 UI para 200.000 UI ou dar parcialmente a cápsula de 200.000 UI, em substituição à dose de 100.000 UI. Consulte o “Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A”.

DISPONÍVEL EM:



Suplementação de Ferro

O PNSF contempla todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes e mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto atendidas na APS.

Quadro 14: Esquema de administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico.

Público	Conduta	Periodicidade
Crianças de 6 a 24 meses	10,0 - 12,5 mg de ferro elementar	2 ciclos intermitentes de suplementação no período: 3 meses de suplementação diária seguidos de 3 meses de intervalo e reinício de novo ciclo.
Gestantes	40 mg de ferro elementar	Diariamente, após a confirmação da gravidez, até o final da gestação.
	0,4 mg de ácido fólico	Diariamente, pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar, até a 12ª semana de gestação.
Mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto	40 mg de ferro elementar	Diariamente até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto.

Fonte: CGAN/Depros/Saps/MS.

A partir de 2022, o esquema de suplementação para a criança prevê a oferta diária de sulfato ferroso por três meses consecutivos, seguida de uma pausa de três meses no recebimento do suplemento. Ao final do terceiro mês, inicia-se um novo ciclo de três meses de suplementação diária. No total, a criança de 6 a 24 meses de idade deve receber dois ciclos de suplementação, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2026).

DISPONÍVEL EM:



Quanto às crianças pré-termo (< 37 semanas) ou nascidas com baixo peso (< 2.500 g), a conduta de suplementação de ferro segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2026) e do Ministério da Saúde:

- Início: com 30 dias de vida
- Até 12 meses - dose: 2 a 4 mg/kg/dia
- De 12 a 24 meses - dose: 1 mg/kg/dia
- Esquema contínuo

DISPONÍVEL EM:



É fundamental que as famílias sejam orientadas quanto à importância da suplementação, bem como sejam informadas sobre dosagem, periodicidade, efeitos colaterais, tempo de intervenção e formas de conservação, para que a adesão seja efetiva, garantindo a continuidade e o impacto positivo na diminuição do risco da deficiência de ferro e de anemia entre crianças.

Suplementação de Vitamina D

A deficiência de Vitamina D caracteriza-se como um dos distúrbios nutricionais mais frequentes em todo o mundo e no Brasil é um problema comum que afeta, além de idosos, crianças e adolescentes (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

Desse modo, o quadro a seguir detalha os principais grupos de risco, bem como as principais causas de hipovitaminose D.

Quadro 15: Grupos de risco e principais causas de hipovitaminose.

Principais causas e grupos de risco	Mecanismo da deficiência
- Gestantes com hipovitaminose D - Prematuridade	Diminuição da transferência materno-fetal
- Exposição solar inadequada - Pele escura - Protetor solar - Roupas que cubram quase todo o corpo - Poluição atmosférica - Latitude	Diminuição da síntese cutânea
- Amamentação exclusiva - Lactentes que ingerem menos de 1 litro/dia de fórmula láctea fortificada com vitamina D - Dieta pobre em vitamina D - Dieta vegetariana	Diminuição da ingestão
Síndromes de má absorção (p. ex., doença celíaca, doença inflamatória intestinal, fibrose cística, síndrome do intestino curto, cirurgia bariátrica)	Diminuição da absorção intestinal
- Hepatopatia crônica - Nefropatia crônica	Diminuição da síntese
Obesidade	Sequestro da vitamina D no tecido adiposo
Medicamentos: anticonvulsivantes (p. ex., fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, oxcarbazepina, primidona), corticoides, antifúngicos azólicos (p. ex., cetoconazol), antirretrovirais (ritonavir), colestiramina, orlistate, rifampicina, espironolactona, nifedipina	Mecanismos variados: diminuição da absorção e/ou aumento da degradação

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024.

Sendo assim, é recomendada a suplementação empírica de vitamina D para crianças e adolescentes saudáveis, sem fatores de risco, na faixa etária de 0 a 18 anos, para prevenir o raquitismo nutricional e potencialmente diminuir o risco de infecções respiratórias. Diante disso, de acordo com o quadro abaixo, o colecalciferol, ou vitamina D3, é o suplemento de escolha por ser um metabólito mais ativo do que o ergocalciferol ou vitamina D2 (SBP, 2024).

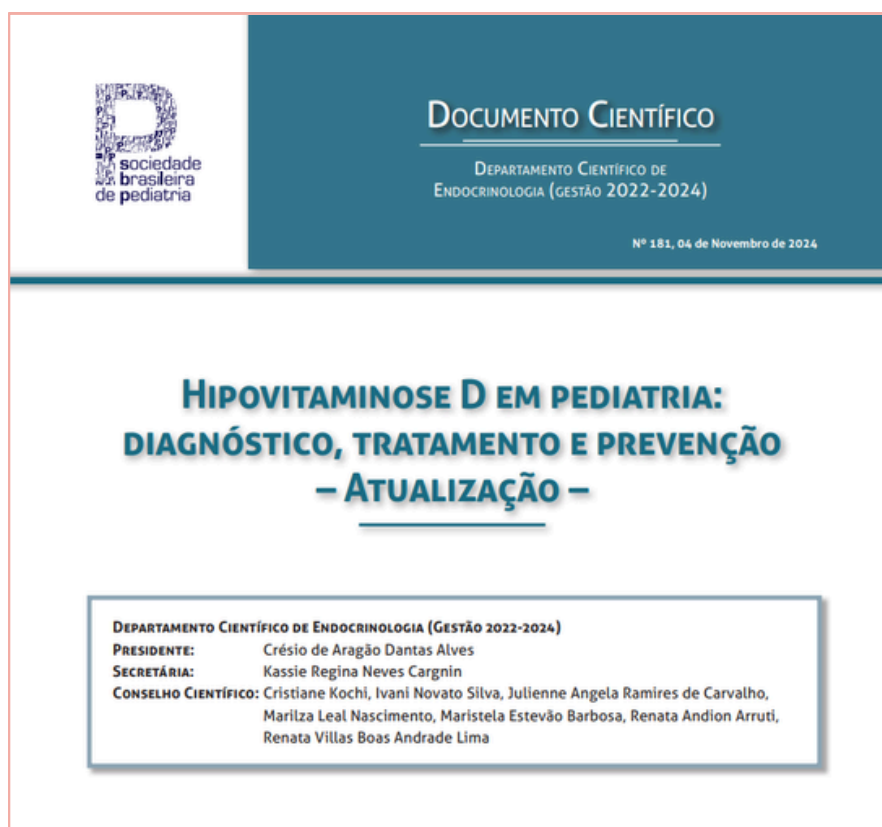
Quadro 16: Recomendações para prevenção da hipovitaminose D em crianças e adolescentes (400 UI = 10 mcg)

Grupos	Colecalciferol (vitamina D3)
Crianças < 1 ano	400 UI/dia
Crianças e adolescentes entre 1-18 anos	600 UI/dia
Crianças que possuam os fatores de risco: – Dieta estritamente vegetariana – Obesidade – Hepatopatia, nefropatia crônica – Má absorção intestinal (p. ex., doença celíaca, doença inflamatória intestinal, fibrose cística) – Medicamentos (p.ex., anticonvulsivantes, corticoides, cetoconazol, rifampicina)	1200 - 1800 UI/dia (ajustar dose de acordo com cada condição)

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024.

Não foram encontradas evidências que sustentam a utilização de formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.0000 UI + D 800 UI/ml. Ressalta-se o risco de toxicidade crônica de vitamina A (Kathleen, M, F et al., 2024).

Cabe destacar que estudos nacionais e internacionais recomendam triagem para Hipovitaminose D somente para grupos de risco, não sendo, portanto, indicada como triagem universal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2024). Maiores orientações encontram-se no Documento Científico de Endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria Hipovitaminose D em Pediatria: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção - Atualização



DISPONÍVEL EM:



5. TRANSMISSÃO VERTICAL

HIV

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, parto ou amamentação. Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é menor que 2%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento já está bem estabelecido que esse risco é de 15% a 45%. Para maiores informações sobre transmissão vertical do HIV, acesse o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”.

DISPONÍVEL EM:



IMPORTANTE

Ressalta-se a importância de instituir medidas preventivas para o HIV durante o período de amamentação, pois no caso de infecção materna aguda durante a lactação, o risco de infecção da criança é maior pelo rápido aumento da carga viral (CV). Por esta razão, deve-se orientar uso de preservativo nas relações sexuais para todas as lactantes e testagens regulares para HIV, além de outras medidas de prevenção combinada que mais se adaptem à realidade da mulher. Nos casos de resultado reagente, suspender imediatamente a amamentação e iniciar Protocolo de Profilaxia Pós-Exposição na criança. (BRASIL, 2024c).

No que se refere à Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, a Linha de Cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis da SES/RS, prevê uma estratégia potente de articulação de recursos e práticas de saúde, através do compartilhamento do cuidado entre os níveis de atenção, sendo a APS a coordenadora do cuidado. Acesse: “Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

DISPONÍVEL EM:



A transmissão do HIV pode ocorrer através da amamentação, portanto está contraindicada a amamentação nos casos de mães com HIV. Desse modo, os profissionais de saúde devem estar cientes desta normativa e orientar sobre a substituição da amamentação por fórmula láctea.

Todas as crianças em situação de exposição ao HIV têm direito a receber a fórmula láctea em substituição à amamentação até 1 ano de vida, conforme descrito no item 3.4 Alimentação para Crianças não Amamentadas.

As crianças expostas ao HIV, em risco de exposição por amamentação e as infectadas pelo HIV devem ter acompanhamento compartilhado entre APS e o Serviço de Atendimento Especializado - SAE em HIV/Aids (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

As crianças expostas ao HIV devem ser acompanhadas de forma compartilhada pela APS e o SAE até a definição do diagnóstico, que pode ocorrer até os 18 meses. Cabe salientar que a possibilidade de diagnóstico do HIV cada vez mais precoce, já nos primeiros dias de vida, possibilita uma melhor qualidade de vida para a criança que vive com HIV/Aids.

O acompanhamento da criança na APS deve seguir as orientações deste Guia Técnico para crianças de médio e alto risco, já o atendimento no SAE deve ser agendado com a maior brevidade possível, para dar continuidade à investigação diagnóstica da criança, que deve ser iniciada ainda na maternidade. A equipe do SAE, considerando as diretrizes do Ministério da Saúde, definirá a periodicidade destas consultas, para coletas dos demais exames e adesão à profilaxia. Crianças infectadas e em risco de infecção serão avaliadas pela equipe do serviço, considerando a adesão ao tratamento, a necessidade de realização de exames, etc.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que estas crianças podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar déficits e maior risco de exposição a outros agentes infecciosos. Maiores informações sobre o cuidado com as crianças expostas e com diagnóstico de HIV, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2024d).

Ressalta-se que os casos de Criança Exposta ao HIV e de Infecção pelo HIV ou Aids são de notificação obrigatória pelos serviços de saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo fundamental que a APS verifique junto ao serviço de vigilância epidemiológica do município o fluxo da informação a ser seguido (BRASIL, 2024e).

Critérios para definição de criança exposta

Criança nascida de pessoa vivendo com HIV (criança exposta ao HIV durante a gestação ou parto).



Criança que tenha sido amamentada por pessoa vivendo com HIV.

Critérios de definição de caso de criança com infecção pelo HIV:

A criança será considerada criança exposta infectada com idade igual ou inferior a 18 meses quando apresentar:

- Uma carga viral detectável (com qualquer valor) + DNA pró-viral detectável

OU

- 1ª carga viral detectável (com qualquer valor) + 2ª carga viral detectável com valor igual ou superior a 100 cópias/mL.

Critérios de definição de caso de aids em menores de 13 anos – Critério CDC adaptado (Revisão 2013):

- A criança (até 13 anos de idade) será considerada criança com aids quando apresentar evidência laboratorial de infecção pelo HIV, conforme critérios normatizados pelo Ministério da Saúde, de acordo com a idade da criança, MAIS a presença de, pelo menos, uma doença indicativa de aids de caráter moderado ou grave,

E/OU

- Contagem de CD4 inferior à esperada para a idade da criança.

Para maiores informações consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes: Módulo 1 (BRASIL, 2024d).

DISPONÍVEL EM:



5.1 LACTANTES E LACTENTES EXPOSTOS AO HIV

Cabe ressaltar que as lactantes também estão suscetíveis à transmissão sexual do HIV, portanto, os profissionais da saúde devem ressaltar medidas de prevenção neste período, recomendando o uso do preservativo em todas as relações sexuais, inclusive nas relações estáveis, principalmente em situações onde se desconhece a sorologia da(s) parceria(s) sexuais da mulher. A lactante deve realizar testagem para o HIV se houver exposição (relações sexuais desprotegidas), com a maior brevidade possível. A infecção materna aguda durante a amamentação aumenta o risco de infecção da criança, devido ao rápido aumento da Carga Viral e queda na contagem de Linfócitos T-CD4+.



Como uma medida importante de prevenção, recomenda-se também a testagem para HIV nas parcerias durante o pré-natal, na maternidade e no período de aleitamento (principalmente se a parceria não tiver sido testada no pré-natal e na maternidade, ou se for uma nova parceria da mulher).



Na situação de exposição materna, está indicada a interrupção imediata da amamentação até o resultado da carga viral para HIV, a fim de confirmar o status sorológico materno.

No caso de soroconversão materna, recomenda-se suspender definitivamente o aleitamento e realizar a investigação diagnóstica da criança, pois o diagnóstico precoce da criança possibilita uma melhor qualidade de vida e reduz a morbimortalidade.

No caso de a criança ter mamado no peito nas últimas 72 horas, realiza-se a investigação diagnóstica da criança e simultaneamente inicia-se a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), até a confirmação do diagnóstico.

Mulheres com sorologia negativa e parceria com resultado reagente para o HIV, que tiveram exposição em até 72 horas, devem realizar a PEP. Para maiores informações, consultar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas PEP MS (BRASIL, 2024c).

Mulheres não reagentes ao HIV, mas com parceria para o diagnóstico de HIV, podem realizar a Profilaxia Pré-Exposição. Neste caso, os profissionais de saúde devem fazer uma avaliação de risco para infecção ao HIV e, em conjunto com a mulher, decidir sobre a manutenção da amamentação.

Para maiores informações consultar

Nota Técnica Estadual 02/2021 (RIO GRANDE DO SUL, 2021)



Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (BRASIL, 2024c)



5.2 SÍFILIS CONGÊNITA

A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença materna. Suas consequências incluem aborto, natimorto, prematuridade e um amplo espectro de manifestações clínicas, sendo que apenas os casos mais graves são clinicamente aparentes ao nascimento.

As ações mais importantes para a prevenção da sífilis congênita consistem em interromper a cadeia de transmissão por meio do diagnóstico e do tratamento adequados e oportunos na população em geral, especialmente entre gestantes e suas parcerias, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Em gestantes, o tratamento adequado da sífilis corresponde ao esquema completo, indicado para o estágio clínico da infecção, realizado com penicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto. Para maiores informações, acesse o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”.

DISPONÍVEL EM:



Cabe às maternidades realizar a avaliação inicial dos recém-nascidos (RN) filhos de mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal, no parto ou no puerpério, levando em consideração o histórico de tratamento e acompanhamento da sífilis na gestação, os sinais e sintomas clínicos apresentados pela criança e a comparação entre os resultados do teste não treponêmico periférico (ex.: VDRL) do RN e da mãe.

Critérios para definição de sífilis congênita:

Quadro 17: Critérios para definição de sífilis congênita

Crianças expostas à Sífilis	Crianças com Sífilis Congênita
RN de mulher diagnosticada com sífilis durante pré-natal e que foi ADEQUADAMENTE TRATADA.	- RN de mulher diagnosticada com sífilis no pré-natal, parto ou puerpério, NÃO TRATADA ou TRATADA DE FORMA NÃO ADEQUADA; - RN com teste não treponêmico maior que o materno em pelo menos 2 diluições (Ex: mãe 1:4 e RN $\geq$ 1:16); - RN com manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente; - Criança com títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta; - Criança com títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal; - Criança com testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

Fonte: Nota Informativa nº 2 - SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS (BRASIL, 2017)

5.2.1 ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS

O acompanhamento pode ser feito na APS durante a puericultura, com atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial (teste não treponêmico - VDRL) no 1º, 3º, 6º, 12º e 18º mês de idade.

Para mais informações consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”.

DISPONÍVEL EM:



5.2.2 ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM SÍFILIS CONGÊNITA

O acompanhamento pode ser feito na APS durante a puericultura, com atenção mais cuidadosa ao monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial (teste não treponêmico - VDRL) no 1º, 3º, 6º, 12º e 18º mês de idade e demais exames de acordo com alterações clínicas.

Recomenda-se consultas odontológica, oftalmológica e avaliação audiológica semestralmente, até os 2 anos de idade, com finalidade de identificar sinais e sintomas de sífilis congênita.

Cabe à Atenção Primária avaliar a necessidade de atendimento por outros especialistas de acordo com as manifestações clínicas da criança. Desse modo, deve ser garantido o cuidado tanto na Atenção Primária como nos serviços especializados e hospitalares, quando for o caso.

Para mais informações, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”.

DISPONÍVEL EM:



Ressalta-se que os casos de criança com sífilis congênita são de notificação obrigatória pelos serviços de saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo fundamental que a APS verifique junto ao serviço de vigilância epidemiológica do município o fluxo da informação a ser seguido (BRASIL, 2024e).

6. CRIANÇA EGRESSA DE UTI NEONATAL

Conforme previsto no Programa Assistir (Portaria SES/RS nº 537/2021 e suas atualizações), os egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN devem ter seguimento em ambulatório especializado em nível hospitalar (Ambulatório de Seguimento de Egressos), durante os primeiros dois anos de vida.

Este acompanhamento deverá ser compartilhado com a Atenção Primária.

Neste ano estamos em um período de transição tecnológica, do uso do Palivizumabe para o Nirsevimabe. As aplicações do Palivizumabe continuarão ocorrendo nos ambulatórios de egressos para crianças que já iniciaram o esquema no ano anterior.

Para novas crianças que atendam aos critérios de elegibilidade para o Nirsevimabe, a aplicação será realizada nas maternidades ou nas salas de vacina das UBS, seguindo o fluxo de solicitação de imunobiológicos especiais, conforme orientações da **Nota Técnica Conjunta DAPPS/DEAF nº 02/2026** e da **Nota do CEVS/SES nº 03/2025**.

DISPONÍVEL EM:



DISPONÍVEL EM:



7. SAÚDE DA CRIANÇA NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nas ações de assistência materna e infantil na APS, as equipes técnicas são importantes para a identificação de sinais de alerta quanto às alterações no desenvolvimento infantil. Dessa forma, em todas as visitas domiciliares e atendimentos da criança, a equipe de saúde deve estar atenta aos atrasos nas aquisições neuropsicomotoras, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente a estímulos do ambiente, dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe e objetos do ambiente, ausência de resposta aos estímulos sonoros, entre outros.

Nos municípios com PIM implantado, os visitantes devem estar integrados à rede de serviços, contribuindo com a APS na identificação de sinais de alerta de alterações no desenvolvimento infantil e no acompanhamento do desenvolvimento de crianças com deficiência, através de visitas semanais.

IMPORTANTE

A identificação precoce desses comprometimentos possibilita o início oportuno de intervenções terapêuticas voltadas à aquisição de habilidades, à redução de agravos e/ou ao controle de fatores de risco. Os resultados das terapias tendem a ser mais significativos quando estas são instituídas precocemente. A avaliação e o cuidado da criança com deficiência ou com suspeita de deficiência devem ser realizados por meio de uma abordagem integral e, preferencialmente, por equipe multiprofissional, de forma articulada entre os serviços da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPcD), considerando as necessidades da criança, o contexto sociofamiliar e as particularidades do território.

Nesse sentido, é responsabilidade da gestão municipal organizar os fluxos de encaminhamento pactuados localmente, enquanto à equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) cabe conhecer os pontos de atenção da rede e apropriar-se da “Nota Técnica nº 11/2024 – Atenção à Pessoa com Deficiência na Atenção Primária à Saúde”, bem como dos protocolos de encaminhamento aos serviços especializados de reabilitação, garantindo o acesso oportuno das crianças com deficiência (BRASIL, 2017a; 2018a).

DISPONÍVEL EM:



A atenção integral à criança com deficiência em toda a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência deve considerar também a inclusão e acolhimento aos familiares e/ou cuidadores. Quando houver suspeita ou confirmação de diagnóstico, recomenda-se uma postura de cuidado na comunicação com a família, uma vez que a forma de receber a notícia tem impacto na adesão ao tratamento.

Além disso, a "Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência" (Lei nº 13.146/2015) reconhece a existência de barreiras que limitam a participação social das pessoas com deficiência. Assim, cabe às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) atuar na redução dessas barreiras, garantindo acolhimento, acesso e cuidado inclusivo à criança e à sua família.

DISPONÍVEL EM:





Cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde identificar precocemente, nas consultas de rotina da criança, sinais de alterações no desenvolvimento e suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA).



Nesse contexto, recomenda-se a aplicação da escala M-CHAT-R, instrumento de rastreamento do risco de Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de 16 a 30 meses, presente na Caderneta da Criança., conforme a Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista.

8. REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL

Os serviços de saúde, assistência social e educação constituem-se em espaços privilegiados para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência. O papel da rede de proteção não é de investigação, mas de acolhimento e cuidado. Conforme o Art. 23 da Lei nº 14.344/2022/Lei Henry Borel (BRASIL, 2022b), *“qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao Disque 100 da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, ao Conselho Tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, tomarão as providências cabíveis”* (SECRETARIA DA IGUALDADE, CIDADANIA, DIREITOS HUMANOS E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2022). Consulte: “Orientações para Profissionais da Assistência Social, Saúde e Educação”.

DISPONÍVEL EM:



Para efetivar o cuidado e a proteção social das crianças, a APS deve estar articulada com uma rede de apoio no território.

Dentro da assistência social destacam-se as seguintes redes:

* Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)

Constitui a porta de entrada da Proteção Social Básica do SUAS, desenvolvendo ações voltadas à prevenção de vulnerabilidades sociais, ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e ao acesso das famílias a benefícios e programas sociais (Ex. Programa Bolsa Família).

* Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

Integra a Proteção Social Especial do SUAS e oferta serviços a indivíduos e famílias em situação de risco pessoal ou social, nas quais já se configurou a violação de direitos.

8.1 CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

São tipos de violência contra crianças e adolescentes, conforme a Lei nº 13.431/2017 (BRASIL, 2017b) e Decreto nº 9.603/2018 (BRASIL, 2018b):

- * a) **Violência física:** qualquer ato que ofenda a integridade física ou a saúde ou que cause sofrimento físico de forma intencional, não acidental;
- * b) **Violência psicológica:** qualquer conduta de discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou ao adolescente mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (bullying/cyberbullying) que possa comprometer seu desenvolvimento psíquico ou emocional;
- * c) **Violência sexual:** qualquer conduta que constranja a praticar ou presenciar ato sexual, além da exposição do corpo, violando os direitos sexuais, de modo presencial ou por meio eletrônico. Engloba o abuso sexual, a exploração sexual, o tráfico de pessoas e o turismo sexual;
- * d) **Violência institucional:** violência praticada por agente público no desempenho de sua função, em instituição de qualquer natureza, por meio de procedimentos desnecessários, repetitivos, invasivos, que levem crianças e adolescentes a reviver a situação de violência ou, ainda, que gerem sofrimento, estigmatização ou exposição de sua imagem;
- * e) **Violência patrimonial:** retenção ou destruição de documentos pessoais, bens e recursos, incluindo os indispensáveis para necessidades básicas.
- * Outras definições importantes de violências contra crianças e adolescentes são:
 - a) **negligência:** definida como a omissão do dever de cuidado;
 - * b) **trabalho infantil:** entendido como qualquer atividade laboral exercida por indivíduos com menos de 16 anos, excetuando-se a condição de aprendiz a partir dos 14 anos, conforme a legislação brasileira (UNICEF, 2022).

Cabe destacar também a diferença entre abuso e exploração sexual:

- * **Abuso sexual:** Toda ação praticada por um adulto ou alguém mais velho, por meio de abuso de confiança e/ou poder, contra criança ou adolescente, para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso como palavras obscenas, exposição dos genitais ou de material pornográfico, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico (produção, exposição, distribuição, divulgação de imagens ou vídeos) expondo a criança e a/o adolescente a uma experiência sexualizada que está além da sua capacidade de consentir ou entender (SECRETARIA DA IGUALDADE, CIDADANIA, DIREITOS HUMANOS E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2022).
- * **Exploração sexual:** Uso da criança ou do adolescente em atividade sexual para obter lucro, troca, vantagem ou qualquer outra forma de compensação, seja de modo presencial ou por meio eletrônico – comercialização de materiais pornográficos, como fotografias e vídeos (SECRETARIA DA IGUALDADE, CIDADANIA, DIREITOS HUMANOS E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2022).

Todos os profissionais de saúde devem estar atentos, durante as consultas e atendimentos a crianças, aos sinais e sintomas de alerta físicos e comportamentais que possam indicar algum tipo de violência, como os listados a seguir:

Quadro 18: Sinais e sintomas de alerta aos profissionais de saúde de crianças em situações de violência.

Sinais de violência psicológica ou demais tipos de violência	As crianças dificilmente exteriorizam o sofrimento e prevalecem as alterações comportamentais que podem estar presentes em qualquer tipo de violência. Entre os fatores comportamentais predominam: • Choro ou irritabilidade sem motivo aparente; • Olhar indiferente; • Apatia; • Falta de limites; • Atraso no desenvolvimento psicomotor, incluindo a fala; • Dificuldades na amamentação; • Enurese e encoprese; • Distúrbios do sono; • Dificuldades de sociabilização; • Agressividade; • Ansiedade; • Desatenção ou desinteresse por atividades e brincadeiras; • Dificuldade de aprendizagem; • Agressividade, irritação ou agressão ao próprio corpo; • Dificuldade na alimentação (comendo pouco ou em excesso); • Desenhos agressivos, que mostrem situações de medo ou cenas envolvendo questões sexuais; • Evitação de alguns lugares ou de contato com determinadas pessoas.
Sinais de violência física	Lesões físicas mais frequentes: • Equimoses; • Hematomas; • Escoriações; Locais do corpo onde as lesões são comumente encontradas: • Costas, nádegas, braços, coxas, peito, face, orelhas, mãos e pés; Outros sinais observados: • Presença de marcas de agressão ou machucados; • Dificuldade de andar ou sentar.

Sinais de violência sexual	Sinais físicos que devem ser observados: • Traumatismos e lesões nas genitálias e/ou ânus; • Infecções urinárias; • Infecções sexualmente transmissíveis; • Doenças psicossomáticas; • Dores abdominais; • Enurese; • Encoprese; • Distúrbios na alimentação. Já os sinais comportamentais mais comuns nessa faixa etária compreendem: • Distúrbios do sono; • Agressividade; • Apatia; • Choro sem motivo aparente; • Conduta regressiva; • Comportamento sexual inapropriado para a idade; • Desenhos agressivos, que mostrem situações de medo ou cenas envolvendo questões sexuais.
--	--

Fonte: Brasil (2012); São Paulo (2015); Secretaria da Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social, 2022.

É fundamental uma postura vigilante por parte dos profissionais da APS para identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência. Os casos de suspeita ou de violência são de notificação compulsória pelos serviços de saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme determinação da Portaria MS/GM nº 104/2011 (BRASIL, 2011). Além disso, a violência sexual é de notificação compulsória imediata, até 24 (vinte e quatro) horas, e deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento à criança ou adolescente, pelo meio mais rápido disponível (Portaria MS/GM nº 1.271/2014).

É importante salientar que esta notificação não tem valor de denúncia, mas é imprescindível para guiar as políticas públicas por meio de dados estatísticos. No caso de crianças e adolescentes, após a notificação compulsória, há a obrigatoriedade da comunicação imediata ao Conselho Tutelar ou à autoridade policial, conforme determina o Art. 42 23 da Lei nº 14.344/2022/Lei Henry Borel, que alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Encaminhamento para Rede de Serviços

O registro para fins de compartilhamento das informações sobre o atendimento prestado à criança ou adolescente vítima deve conter, no mínimo:

- I - Os dados pessoais da criança ou adolescente;
- II - A descrição do atendimento;
- III - O relato espontâneo da criança ou adolescente, quando houver;
- IV - Os encaminhamentos efetuados (Art. 28, Decreto 9.603/2018).

O relato a ser encaminhado poderá conter exclusivamente o carimbo da instituição de saúde, não sendo obrigatória a identificação nominal ou o carimbo de profissional específico. (RIO GRANDE DO SUL, 2024b).

Em casos de violência e/ou maus-tratos contra crianças, os profissionais de saúde devem realizar os seguintes procedimentos:

- I. Acolher a criança ou o adolescente;
- II. Informar à criança ou ao adolescente, bem como ao responsável ou à pessoa de referência, sobre os direitos e os procedimentos de comunicação à autoridade policial e ao Conselho Tutelar;
- III. Encaminhar a criança ou o adolescente, quando couber, para atendimento emergencial em órgão do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência;
- IV. Comunicar o Conselho Tutelar (BRASIL, 2018b, Art. 11).



Atenção! Em situações de violência contra crianças e adolescentes, o dever de proteção prevalece sobre o sigilo profissional. A omissão na comunicação às autoridades contribui para a continuidade da violência e configura crime, nos termos do art. 26 da Lei nº 14.344/2022 (Lei Henry Borel), com pena de detenção de 6 meses a 3 anos.



A Atenção Primária à Saúde deve seguir acompanhando a criança e sua família e acionar a rede de cuidado e de proteção social existente no território, de acordo com a necessidade de cuidados e de proteção, tanto na própria rede de saúde (Hospitais, Unidades de Urgências, CAPS ou CAPSi, CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento e SAE - Serviço de Assistência Especializada) quanto na rede de proteção social e defesa (CRAS, CREAS, Escolas, Ministério Público, Conselho Tutelar e as Varas da Infância e da Juventude, entre outros) (BRASIL, 2010).

9. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA INTERSEXO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A intersexualidade — caracterizada por variações nas características sexuais, como genitália que não se enquadra nos padrões exclusivamente masculino ou feminino, podendo envolver aspectos anatômicos, hormonais ou cromossômicos — não constitui anomalia, mas uma expressão da diversidade humana.

IMPORTANTE

No Brasil, a cada 4,5 mil crianças nascidas, uma apresenta algum tipo de ambiguidade genital. São casos em que o simples exame da genitália não permite identificar o sexo do bebê; na adolescência, quando a puberdade fica atrasada; ou, ainda, no adulto, pela infertilidade (HCPA, 2021).

Entretanto, algumas pessoas intersexo não se identificam com as decisões tomadas pela equipe médica e pelos familiares, sendo que os procedimentos realizados são, muitas vezes, traumáticos, desnecessários e irreversíveis. Soma-se a isso a submissão de crianças a tratamentos hormonais sem a devida informação sobre sua natureza e finalidade. Tais práticas configuram violações ao Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990), especialmente no que se refere aos direitos à saúde, à dignidade, à liberdade de opinião e ao respeito à autonomia progressiva da criança e do adolescente (Brasil, 1990).

Além disso, de acordo com as recomendações do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2016), é essencial que pacientes em tratamento tenham o direito de consentir plenamente sobre seus corpos, compreendendo os riscos e benefícios envolvidos.



Portanto, é imperativo respeitar o direito ao consentimento das pessoas intersexo sobre seus próprios corpos, especialmente em situações que não envolvam risco iminente à vida (CFM, 2016; Oliveira, 2025).



Na APS, o acompanhamento da criança intersexo ocorre do mesmo modo que o dos outros bebês, a diferença está na necessidade de acompanhamento com especialistas (endocrinologista, geneticista, urologista, ginecologista, além do acompanhamento psicopedagógico e psicológico), principalmente durante a puberdade, por questões hormonais (São Paulo, 2020). Quanto à família, cuida-se das expectativas geradas por aquela gravidez e do significado que corpo, sexo e gênero possuem para ela.

Caso seja necessária qualquer outra informação sobre crianças ou adultos intersexo, você pode entrar em contato com a Associação Brasileira Intersexo (ABRAI).

Associação Brasileira Intersexo (ABRAI).



Cartilha da Criança em Situação de Intersexo: Orientações para Família.

Dignidade da Criança em Situação de Intersexo:



Orientações para Família

Ana Karina Canguçu-Campinho · Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima



10. ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA

Ao planejar, monitorar e avaliar as ações e os serviços de saúde, percebe-se um enorme potencial para acompanhar o alcance das medidas implementadas, direcionando as ações das equipes. É importante ressaltar que os resultados alcançados devem ser objeto de acompanhamento de todos os profissionais das equipes, de modo a assegurar a dinamicidade e continuidade do processo, assim como subsidiar a tomada de decisão (CONASS, 2019).

O planejamento local de saúde, assim como o monitoramento e a avaliação das ações em cada equipe, unidade de saúde e município visam à readequação do processo de trabalho e o planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (CONASS, 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB prevê o estabelecimento de mecanismos regulares de autoavaliação para as equipes que atuam na Atenção Primária, além da articulação com a gestão municipal, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação (BRASIL, 2017a).

Nos relatórios obtidos pelas equipes através dos prontuários eletrônicos ou ainda nos relatórios de saúde disponibilizados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde (SIAPS) é possível obter informações da situação de saúde da população do território, além de relatórios de produção das equipes, auxiliando na gestão da informação e na melhoria dos processos de trabalho.

Outra ferramenta para obtenção de indicadores é o “Portal BI Saúde da Secretaria Estadual da Saúde”, que apresenta informações de saúde dos municípios e do Estado do RS, podendo ser acessado pelo QR CODE:

DISPONÍVEL EM:



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERSEXO (ABRAI). Associação Brasileira Intersexo – **ABRAI: missão, ações e recursos**. Disponível em: <https://abrai.org.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Passaporte da Cidadania. Brasília: versão eletrônica, 7. ed. Brasília/ DF, 2024a.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Passaporte da Cidadania. Brasília: versão eletrônica, 7. ed. Brasília/ DF, 2024a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_passaporte_cidadania_7ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Dispõe sobre a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para a implementação/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: amamentação e alimentação complementar/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

Disponível:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento/**Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

Disponível:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde/**Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. vol 1: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

Disponível:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeira consulta do recém-nascido (RN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

Disponível:

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/unidade-de-atencao-primaria/recem-nascido/#pills-anamnese>. Acesso em: 21/01/2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **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 Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021a. 72 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias.** – 2.ed.,1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_outras_substancias_2_edicao.pdf

BRASIL. **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, 2017b.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018.** Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018b.

Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2018/decreto-9603-10-dezembro-2018-787431-publicacaooriginal-156922-pe.html>.

BRASIL. **Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022.** Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2022b.

Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14344-24-maio-2022-792692-publicacaooriginal-165336-pl.html>. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Diretriz para prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde : recomendações para higiene bucal na infância/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária.-Brasília : Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia Alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/Documentos/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf/vie>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micro_nutrientes.pdf

BRASIL. **Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022.** Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2022b.

Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14344-24-maio-2022-792692-publicacaooriginal-165336-pl.html>. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 5.201, de 15 de agosto de 2024**. Altera o Anexo I do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela, 2024e.

Disponível em:

https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5201_19_08_2024.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes: Módulo 1: Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024d.

Disponível em:

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Criana_Modulo_1_2024_e.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e Hepatites Virais. **Nota Informativa nº 2 - SEI/2017 - Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024c.

Disponível em:

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/copy3_of_PCDT_PEP_interativo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf

CANGUÇU-CAMPINHO, Ana Karina; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. **Dignidade da criança em situação de intersexo: orientações para família**. Salvador: Universidade Federal da Bahia; Universidade Católica do Salvador

Disponível:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/CartilhaDireitosDignidade_DDS.pdf

CONASS. **Planificação da Atenção à Saúde**. Oficina 6 - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolos de enfermagem da atenção primária à saúde: saúde da criança e do adolescente/** [organização Conselho Regional de Enfermagem do RS. Porto Alegre, 2020.

Disponível em:

<https://www.portalcoren.rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeCriancaAdolescente042022.pdf>

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana**/coord. e org. Cristiane Maria Leal Verdana Maragon; Autoria: Andrea Bonilha Bordin et al., Colaboração: Antonio Carlos Bagatin Et al., Curitiba Paraná, PR. Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 224p. : il. 30cm.

Disponível em:

<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/DiretrizAtencaoSaudeCrianca.pdf>

ESPIRÍTO SANTO. Secretaria de Estadual da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. **Atenção à Saúde da Criança**. Vitória, 2017.

Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>

FIOCRUZ. **Desigualdades raciais na atenção à saúde materno-infantil no Brasil**. Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Proteção de crianças e adolescentes contra violências**, 2022.

Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/protecao-de-criancas-e-adolescentes-contra-violencias>.

KATHLEEN, M. F. et al. **Vitamin intake and disease prevention**. UpToDate, 2024.

Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/vitamin-intake-and-disease-prevention>.

Acesso em: 24 out. 2025

PARANÁ. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança Primeiro Ano de Vida**. 2020.

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf4.pdf

REZENDE, Lilian Cristina et al. **A prática de enfermeiros no contexto das comunidades quilombolas**. Escola Anna Nery, v. 25, n. 1, e20200151, 2021.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0151>.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 12.544, de 03 de julho de 2006 (atualizada até a Lei nº 14.594, de 28 de agosto de 2014)**. Institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM - e dá outras providências.

Disponível em:

<http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repLegisComp/Lei%20n%C2%BA%2012.544.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Primeira Infância. **Nota Orientativa A Atenção do Programa Primeira Infância Melhor às Puérperas e Recém-Nascidos, em Articulação com a Atenção Primária à Saúde.** Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2023.

Disponível em:

<https://www.pim.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202406/19141245-2023-nota-orientativa-dapps-pim-a-atencao-do-pim-as-puerperas-e-recem-nascidos-1.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Atenção Primária e Políticas de Saúde. **Processos Fundamentais da APS RS.** Porto Alegre, 2024a.

Disponível em:

<https://admin.atencaoprimary.rs.gov.br/upload/arquivos/202410/23162156-processos-final.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. **Linha de Cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.** 2ª ed. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública. 2018.

Disponível em:

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/lancada-a-2-edicao-da-linha-de-cuidado-para-pessoas-vivendo-com-hiv-aids-pvha-e-outras-ist>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Divisão da Atenção Primária em Saúde: **Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS).** Porto Alegre, 2024c.

Disponível em:

<https://atencaoprimary.rs.gov.br/upload/arquivos/202404/25124004-guia-do-pre-natal-2024.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Política de Saúde da Criança. **Orientações para o Cuidados em Saúde de Crianças Abrigadas em Situações de Desastres**, 2024b.

Disponível em:

<https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202406/19153408-orientacao-es-para-o-cuidado-em-sau-de-de-crianc-as-abrigadas-em-situac-o-es-de-desastres1.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Doenças Crônicas Transmissíveis e Não Transmissíveis. Seção de Doenças de Condições Crônicas Transmissíveis. **Nota Informativa 01/2022 - Fórmula Láctea Infantil para crianças expostas ao HIV e ao HTLV: Orientações gerais para municípios e serviços de saúde**, 2022a.

Disponível em:

<https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202410/21101911-ni-01-22-formula-lactea.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenação Estadual de Doenças de Condições Crônicas Transmissíveis. **Nota Informativa 02/2021- Orientações gerais para procedimento diante do resultado positivo para HIV e/ou sífilis em pais/parceiros de gestantes/puérperas soronegativas nas maternidades públicas e privadas do estado do RS**, 2021.

Disponível em:

[14152805-nt-02-2021-parceiro reagente.pdf](https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202105/14152805-nt-02-2021-parceiro-reagente.pdf)

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social. Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes – CEEVSCA. **Enfrentamento ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes: orientações para profissionais da assistência social, saúde e educação. Volume 01**. Porto Alegre: SICDHAS, 2022b

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde de São Paulo. **Manual de Acompanhamento da Criança**. São Paulo, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Neonatologia. **Manual de Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. 1ª edição, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos Científicos de Nutrologia e Hematologia. Diretrizes. **Recomendações para o tratamento e prevenção da deficiência de ferro e anemia ferropriva em lactentes.** Atualização 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Amamentação. **Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante à amamentação.** N°4, agosto 2017

Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Amamenta%C3%A7%C3%A3o_e_uso_de_medicamentos_e_outras_substancias_%20Brasil_%20Min_Sa%C3%BAde.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Endocrinologia. **Hipovitaminose D em Pediatria: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção** - Atualização. N° 181 Novembro 2024.

Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/11/DC_HipovitD_diagn-tratam_prevencao_Atualiz.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. SBP Amamentação. Edição n° 26/2020. Disponível em:

<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/edicao-2020-do-sbp-amamentacao-ja-esta-disponivel/>

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Proteção de crianças e adolescentes contra violências**, 2022.

Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/protecao-de-criancas-e-adolescentes-contra-violencias>. Acesso em: 13 nov. 2024.

UFRGS. **Telecondutas - Amamentação**, 2020.

Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_aleitamento_materno_10.01.20.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: vitamin A supplementation in infants and children 6–59 months of age.** Geneva: WHO, 2011.

Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/58-Vitamin-supplementation-in-infants-and-children6-59-months-age.pdf

ANEXO

Leitura complementar

AMORIM, Ana Paula Andreotti. O papel da atenção primária à saúde (APS) no cuidado integral das pessoas intersexo e de suas famílias. **Revista Direito e Sexualidade**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 55–60, out. 2022.

Disponível: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/57187>.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Busca ativa de usuários na atenção primária à saúde em situações de emergência por desastre: guia rápido**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Disponível:

<https://drive.google.com/file/d/18zqD9NSHFdOOOWmeGEHbwj0a0wrrxFHs/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

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

Disponível:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf.

BRASIL. Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

Disponível

[:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Recomendação CFM nº 1/2016: dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica.** Brasília: CFM, 2016.

disponível:

https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Gibi explica as alterações na formação de órgãos sexuais de crianças. **Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, 12 abr. 2021.

disponível:

<https://www.hcpa.edu.br/2042-gibi-explica-as-alteracoes-na-formacao-de-orgaos-sexuais-de-criancas>.

OLIVEIRA, Bruno Oliveira. **A dignidade da criança intersexo exposta à cirurgia redesignadora de sexo.** COR LGBTQIA+, [s. l.], v. 2, n. 8, p. 10–32, 2025. doi: 10.56579/cor.v2i8.1351.

disponível:

<https://revistas.cceeinter.com.br/CORLGBTI/article/view/1351>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Amamentação e alimentação complementar.**

disponível:

<https://www.paho.org/pt/topicos/aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar>.

SÃO PAULO (Município). **Informativo sobre bebês intersexos** (para responsáveis). São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2020.

disponível:

https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Informativo_sobre_bebes_intersexos.pdf.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Quais são os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido. **TelessaúdeRS**, Postagem em 29/05/2023.

disponível:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/quais-sao-os-cuidados-com-o-coto-umbilical-do-recem-nascido/>.