



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE
DIVISÃO DAS POLÍTICAS DOS CICLOS DE VIDA
DIVISÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº X/2025

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Porto Alegre, X de maio de 2025

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	xx
2. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	xx
2.1 Critérios para Estratificação de Risco da Criança	xx
2.2 Frequência das Consultas	xx
2.3 Primeira Consulta do Recém-Nascido	xx
2.4 Consultas Subsequentes	xx
2.5 Visitas Domiciliares (VD)	xx
3. IMUNIZAÇÕES	xx
4. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	xx
4.1 Apoio ao Aleitamento Materno	xx
4.2 Amamentação e o Uso de Medicamentos e Outras Substâncias	xx
4.3 Alimentação para Crianças Amamentadas	xx
4.4 Alimentação para Crianças Não Amamentadas	xx
5. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS	xx
6. TRANSMISSÃO VERTICAL	xx
6.1 HIV	xx
6.1.1 Lactantes e lactentes expostos ao HIV	xx
6.2 Sífilis Congênita	xx
6.2.1 Acompanhamento de Crianças Expostas a Sífilis	xx
6.2.2 Acompanhamento de Crianças com Sífilis Congênita	xx
7. CRIANÇA EGRESSA DE UTI NEONATAL	xx
8. SAÚDE DA CRIANÇA NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA ...	xx
9. REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL	xx
9.1 Crianças e suas famílias em situações de violência	xx
10. ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA	xx
REFERÊNCIAS	xx

1. INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil tem por objetivo fomentar a implementação de 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).

Cabe às equipes de saúde organizar seu processo de trabalho objetivando o monitoramento das crianças de sua área de abrangência, garantindo a atenção integral à saúde da criança. Esta Nota Técnica visa subsidiar as equipes de Atenção Primária do Estado do Rio Grande do Sul, na perspectiva de qualificar a assistência à criança, a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

2. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS):

É de responsabilidade dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, especialmente, os de APS, garantir o acompanhamento das crianças, através de previsão de agendamento, com base nos nascidos vivos do território. Esse acompanhamento deve abranger todos os ciclos de vida: recém-nascido, primeiro ano de vida, pré-escolar e escolar. Preconiza-se que o planejamento das consultas seja realizado de acordo com a estratificação de risco, conforme detalhado posteriormente.

Ressalta-se que a equipe de APS deve acolher de maneira satisfatória e manter vínculo com as pessoas, fortalecendo deste modo, a eficácia e a continuidade das ações de saúde, além disso é importante favorecer a participação da família durante a oferta de cuidado e a tomada de decisão, para saber mais sobre a organização do acolhimento, acesse o material Processos Fundamentais da APS RS (RIO GRANDE DO SUL, 2024a).

Também é preciso considerar o efetivo acompanhamento puerperal, bem como incentivar a mãe e/ou acompanhantes a frequentarem grupos/atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS), que possam contribuir para o desenvolvimento do bebê e para a saúde familiar (como grupo de amamentação ou mesmo outros destinados especificamente à saúde dos familiares, conforme avaliação da equipe e construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS com a família). Para saber mais sobre a realização do PTS, acesse o material Processos Fundamentais da APS, disponível em: <https://admin.atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202410/23162156-processos-final.pdf>

A presença e participação da parceria deve ser sempre estimulada nas consultas e atendimentos ao bebê e família. O parceiro, durante o acompanhamento do período gestacional, puerperal e consultas de puericultura, pode ter oferta de cuidados em saúde, se for identificado alguma necessidade ou por solicitação da pessoa (RIO GRANDE DO SUL, 2023) .

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

2.1 CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA

As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade, em todos os contatos da criança com o serviço de saúde. Os riscos identificados de cada criança podem ser definidos na maternidade, nas visitas domiciliares e em todos os contatos com o serviço de saúde.

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

RISCO	FATORES	PONTO DA REDE
Risco Habitual	Risco inerente ao ciclo de vida da criança.	Cuidado na Atenção Primária
Médio risco (dois ou mais fatores)	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - Sobrepeso; - Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; - Não comparecimento às consultas de acompanhamento; - Doenças bucais de menor complexidade: lesão de mancha branca, cárie dentária, doença periodontal; - Doenças transitórias, sem complicações. <p>Fatores sócio familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mãe adolescente (menor que 18 anos); - Baixa escolaridade (<5 anos de estudo); - Mãe sem suporte familiar; - Família em situação de rua ou de comunidades indígenas ou migrantes internacionais ou comunidades quilombolas ou povos ciganos ou outros povos e comunidades tradicionais; - Família sem fonte de renda; - Mãe com menos de 4 consultas 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; - 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.)
Alto risco (um ou mais fatores)	<ul style="list-style-type: none"> - 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; 	Cuidado compartilhado entre a APS/PIM, através de consultas e visitas domiciliares, e serviços de Atenção Especializada

	<ul style="list-style-type: none"> - Asfixia perinatal e/ou apgar ≤ 6 no 5º minuto; - Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; - Infecções do grupo STORCH (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;; - Espectro de doenças do autismo; - 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. 	
Gestão de caso	<p>A gestão de caso é uma tecnologia da gestão da clínica que se indica 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).</p> <p>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.</p> <p>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)</p>	

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 (Resolução nº 324/2010 CIB/RS) e Programa Assistir/RS (Portaria SES/RS nº 537/2021 e Portaria SES/RS atualizações).

As crianças expostas ao HIV ou em risco de exposição pelo aleitamento materno

(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 a 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: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf

2.2 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

A periodicidade mínima de consultas na Atenção Primária tem como base a estratificação de risco da criança. Deve ser realizada pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da Unidade de Saúde, de maneira intercalada, por um dos profissionais a cada mês ou pelos dois profissionais em interconsulta (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012, CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL, 2020):

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, 1ºmês, 2ºmês, 3ºmês, 4ºmês, 5ºmês, 6ºmês, 7º mês, 8ºmês, 9º mês, 10ºmês e 12ºmês.
	2º ano de vida	4	15ºmês, 18ºmês, 21ºmês e 24ºmês.
	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).

Essa 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 a disponibilidade de recursos humanos, a composição etária da população e a realidade epidemiológica. 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, a partir da estratificação de risco, ofertando além de consultas individuais, a realização de atividades educativas, imunizações, incentivo e apoio ao aleitamento materno, orientações para crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, entre outros. Cabe ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e, em seguida, a introdução de alimentação complementar saudável, adequada e segura, mantendo a amamentação até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2015).

Cabe destacar que crianças as quais 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. Dessa forma, as equipes multiprofissionais se propõe a desenvolver ações de promoção de saúde, como: acesso ao pré-natal qualificado, orientações sobre o planejamento reprodutivo, incentivo e apoio ao aleitamento materno, desenvolvimento de atividades lúdicas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil através da Caderneta da Criança e fortalecimento do vínculo afetivo. As equipes das unidades prisionais também devem seguir as recomendações para a assistência à criança descritas nesta nota técnica (BRASIL, 2018a).

2.3 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. Tanto a primeira consulta na UBS, quanto a visita domiciliar, devem ocorrer na primeira semana de vida do RN ou na primeira semana após a alta. Essas ações visam garantir a vinculação da família de forma precoce, permitindo a detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê e de riscos e vulnerabilidades familiares, traduzindo-se no **“5º Dia de Saúde Integral”**, estratégia prevista na PNAISC (BRASIL, 2018a).

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 acompanhantes, na Unidade de Saúde;
- Ouvir as demandas referidas pelos acompanhantes, além de orientar cuidados;
- Solicitar a Nota de Alta e/ou documentos fornecidos pela maternidade, para subsidiar o

acompanhamento. O histórico completo de internação (condições perinatais, diagnósticos, principais intercorrências, resultados de exames complementares, medidas preventivas e terapêuticas adotadas), é fundamental para o seguimento ambulatorial;

- Avaliar as condições perinatais e verificar os registros na Caderneta da Criança no item “Dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados do recém-nascido”;
- Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B. Se mãe HBsAg positivo, verificar registro de administração 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 resultados das triagens (Triagem Neonatal Biológica, Triagem Neonatal Auditiva, Triagem Neonatal Ocular e Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênicas Críticas por oximetria de pulso, respectivamente, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçõzinho) e encaminhar ao especialista, quando necessário, e orientar agendamento das triagens quando não realizadas;
- Acolher e apoiar a puérpera em suas dúvidas, dificuldades e decisões, principalmente em relação à amamentação. Observar ao menos uma mamada, com especial atenção à posição e pega, esclarecer sobre a amamentação sob livre demanda, alimentação da puérpera e informar sobre as leis que protegem a mulher que amamenta, no retorno ao trabalho;
- Ao observar a criança sendo amamentada, identificar alterações, averiguar queixa materna de dor durante a amamentação, bem como esclarecer dúvidas sobre a aparência e quantidade de leite produzido e saciedade do bebê. Ainda, se possível, identificar se a família está passando por situações adversas e auxiliar quando necessário (Vide item referente ao Aleitamento Materno);
- As mães impedidas de amamentar por questões de saúde, como HIV e HTLV, abuso de drogas, situações psiquiátricas, necessitam de apoio da equipe de saúde e devem ser orientadas sobre a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea, conforme prescrição, pois nestes casos a criança tem direito a receber a fórmula láctea até 12 meses de vida (RIO GRANDE DO SUL, NI 02/2022);
- As mães que expressam intenção de não amamentar, necessitam ser ouvidas para entender seus motivos. Caso estejam irredutíveis em seu propósito de não amamentar, necessitam orientação e acompanhamento na substituição por fórmula láctea.
- As mães que tenham introduzido alimentação artificial, caso manifestem interesse em retomar a amamentação, necessitam apoio, orientações técnicas e acompanhamento frequente, até que a amamentação se estabeleça completamente;

- Realizar exame físico completo na primeira consulta de puericultura que inclui a verificação do estado geral, o peso, comprimento e perímetro cefálico, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e coloração da pele. Deve-se avaliar também fontanelas e suturas, olhos, implantação das orelhas, otoscopia, exame da cavidade bucal, orofaringe, pescoço, gânglios, tórax, abdome, genitália e períneo, membros, pulsos e perfusão periférica. Da mesma forma, reavaliar os sinais de Ortolani e Barlow e verificação de reflexos próprios do recém-nascido;
- Avaliar o vínculo mãe/parceria/bebê e identificar possíveis sinais de depressão pós-parto realizando, se necessário, acompanhamento da mãe pela equipe de Atenção Primária. Cabe destacar que a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial se propõe a articular e integrar os diferentes pontos de atenção da rede de saúde do território de forma acessível, qualificando o cuidado, de forma a garantir o acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências;
- Avaliar a participação do pai/parceria, cuidadores, familiares e outras pessoas como rede de apoio, e propor intervenção junto aos mesmos, caso seja necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial;
- Identificar sinais de violência física, psicológica e/ou sexual e se necessário dar seguimento ao cuidado conforme descrito no item 9.1: Crianças e suas famílias em situações de violência;
- Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas.

Orientações gerais:

- 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 com a 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, nem por alguns segundos, deve estar sempre sob a 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;
 - 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, o aleitamento materno exclusivo;
 - 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 sobre icterícia e outros sinais de perigo, quando é recomendado o retorno imediato à UBS. São considerados 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.

2.4 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 referidas pelos acompanhantes e intercorrências, 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, 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, com o uso de dentífrico fluoretado, com no mínimo 1000 ppm de flúor (pasta de dente) na quantidade correspondente a um grão de arroz (0,1g). 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 a alimentação da criança conforme faixa etária;
- Estimular o aleitamento materno até os 2 anos ou mais;
- Orientar aos 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 ao respeito 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.

2.5 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.

Inicialmente, 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 realizado 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 apenas uma atribuição do Agente Comunitário de Saúde, visto que toda a equipe pode fazer uso desta prática, 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 orientações para a visita domiciliar da primeira semana são (BRASIL, 2021a; PARANÁ, 2020):

- 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;
 - Aleitamento Materno: observar o padrão de sucção, pega e posicionamento se amamentada; caso mãe seja soropositiva é contra-indicado o aleitamento materno;
 - 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 alertam para o risco de quedas, queimaduras, afogamento, morte súbita, intoxicação, entre outras;
 - Violência: verificar situações familiares ou no ambiente que sugerem violência ou sinais físicos sugestivos de agressão;
 - Verificar fatores de risco conforme capítulo 2.1. Prestar atenção especial às crianças nas 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.

As visitas domiciliares também são realizadas pelos visitadores 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 meses 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. Assim, é fundamental realizar busca ativa das crianças, sempre que houver necessidade, a fim de identificar sinais de risco, 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).

3. IMUNIZAÇÕES

A vacinação é a principal ferramenta para a prevenção de doenças imunopreveníveis, evitando o adoecimento e o ressurgimento de doenças já eliminadas. Ela é eficaz no controle de doenças virais como, por exemplo, a poliomielite e o sarampo. O acesso à imunização ocorre prioritariamente nos serviços da APS, conforme Calendário Nacional de Vacinação vigente preconizado pelo Ministério da Saúde, disponível em [:https://www.gov.br/saude/pt-](https://www.gov.br/saude/pt-)

<br/vacinacao/calendario>. Assim, a verificação do registro vacinal das crianças que chegam às unidades para consulta deve ser uma ação frequente, em todos os contatos da criança com o serviço de saúde, da mesma forma que a busca ativa das crianças com possível atraso em seus esquemas vacinais. A organização de estratégias, como chamamentos diferenciados ou dia de atividades voltadas à mobilização para a vacinação, também podem ser considerados.

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.

Por fim, o monitoramento e a avaliação sistemática dos indicadores do Programa de Imunizações, em nível local, é imprescindível para o alcance das metas e aprimoramento das ações. Para saber sobre registros de vacinação no eSUS APS, acesse os materiais de apoio elaborados pela Divisão de APS, disponível em: e-SUS APS - Atenção Primária do RS.

4. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

4.1 APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

Um profissional da equipe de saúde deverá 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:

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

4.2 AMAMENTAÇÃO E O USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Em geral, as mães 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 pela mãe 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, *ectasy*, LSD e heroína podem prejudicar o julgamento da mãe 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, devem orientar as mães 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 ao aleitamento materno, são elas:

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 o aleitamento materno 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, acessar o Caderno de AB nº23.

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

4.3 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 o aleitamento materno seja oferecido de forma exclusiva até os seis meses de idade e complementado 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 contra indicada nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2019).

A equipe da APS deve acompanhar a introdução de 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 desse período o leite materno 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) .

Recomendamos o esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade em aleitamento materno, conforme o [Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos:](#)

	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			
ALMOÇO	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Quantidade aproximada**: 2 a 3 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Quantidade aproximada**: 3 a 4 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Quantidade aproximada**: 4 a 5 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Quantidade aproximada**: 5 a 6 colheres de sopa no total.</p>
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	Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido	Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode

		oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada**: 3 a 4 colheres de sopa no total	um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada**: 4 a 5 colheres de sopa no total.	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.

4.4 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 fórmulas 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 reconstituição indicadas no rótulo do produto, leites muito concentrados ou muito diluídos podem ser prejudiciais para a saúde da criança, pois 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 ao aleitamento materno 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, o quantitativo será definido pelas necessidades nutricionais da criança, avaliado por médico ou nutricionista. Para maiores informações consultar [Nota Informativa 01/2022](http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/NI-01.22-F%C3%B3rmula-l%C3%A1ctea-1.pdf) disponível em: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/NI-01.22-F%C3%B3rmula-l%C3%A1ctea-1.pdf>

Leite de vaca integral

Diante da necessidade de uso do leite integral de vaca, 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 a 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).

Reconstituição do leite de vaca líquido
<p style="text-align: center;">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.</p> <p>Acrescentar 01 colher de chá de óleo vegetal para cada 100 ml de leite.</p>
Diluição do leite em pó (a 10%)
<p>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.</p> <p>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. Acrescentar 01 colher de chá de óleo vegetal para cada 100 ml de leite.</p>

Fonte: TelessaúdeRS- UFRGS, 2020.

Após completar quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e o leite em pó deve 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 alimentada com leite materno e nem 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 papas, forma de introdução e consistência devem seguir as mesmas orientações contidas no Guia alimentar para crianças menores de dois anos:

	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		Fruta	Fruta	Fruta
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	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	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

		refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada*: 2 a 3 colheres de sopa no total.	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.	oferecido um pedaço pequeno de fruta. Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total.
LANCHE DA TARDE		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		Leite de vaca integral	Igual ao almoço	Igual ao almoço
ANTES DE DORMIR		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 recebem leite materno e não são alimentadas com 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.

Os alimentos utilizados para as refeições da criança poderão ser as mesmas da família. Importante oferecer água à criança nos intervalos das refeições e evitar a oferta de alimentos ricos em açúcar, sal, gorduras, bebidas açucaradas, adoçantes e alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2019).

5. 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):

SUPLEMENTAÇÃO FERRO
<ul style="list-style-type: none">● Crianças 6 – 24 meses● 10,0 - 12,5 mg de ferro elementar/dia seguindo a conduta:<ul style="list-style-type: none">- 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

SUPLEMENTAÇÃO VITAMINA A
<ul style="list-style-type: none">● Crianças de 6 a 11 meses: uma dose de 100.000 UI;
<ul style="list-style-type: none">● Crianças de 12 a 59 meses: 1 dose de 200.000 UI semestralmente;
<ul style="list-style-type: none">● Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste: todos os municípios. Manutenção da faixa etária, com considerações:<ul style="list-style-type: none">- 6 a 24 meses de idade: Público Universal- 25 a 59 meses de idade: Público CadÚnico
<ul style="list-style-type: none">● Regiões Sul e Sudeste: Redução da faixa etária:<ul style="list-style-type: none">- 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 que foram rigorosamente baseados e avaliados nas 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:

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

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%).

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

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 com vitamina A reduz o risco de morte em crianças em 24%, sendo o risco de mortalidade por diarreia reduzido em 28%, já crianças HIV positivo têm a mortalidade reduzida, por todas as causas, em 45%. A deficiência de vitamina A, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), aumenta o risco de morbidades e mortalidade e também aumenta o risco das crianças desenvolverem anemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Diante disso, a adequação do consumo de vitamina A é fundamental para o crescimento saudável de crianças 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 então dar parcialmente a cápsula de 200.000 UI em substituição à dose de 100.000 UI. Para maiores informações acesse: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf

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.

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.

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. No final do terceiro mês, inicia-se um novo ciclo de três meses de suplementação diária. No total, a criança de 6 a 24 meses de idade deve receber dois ciclos de suplementação, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

Além disso, a Sociedade Brasileira de Pediatria também recomenda a suplementação de ferro para as crianças através do Documento Diretrizes dos Departamentos de Nutrologia e Hematologia - Consenso sobre Anemia Ferropriva - Atualização: destaques 2021 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021)

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 xxx: Grupos de risco e principais causas de hipovitaminose D

Principais causas e grupos de risco	Mecanismo da deficiência
<ul style="list-style-type: none">– Gestantes com hipovitaminose D– Prematuridade	Diminuição da transferência materno-fetal
<ul style="list-style-type: none">– Exposição solar inadequada– Pele escura– Protetor solar– Roupas que cubram quase todo o corpo– Poluição atmosférica– Latitude	Diminuição da síntese cutânea
<ul style="list-style-type: none">– Aleitamento materno exclusivo– Lactentes que ingerem menos de 1 litro/dia de fórmula láctea fortificada com vitamina D– Dieta pobre em vitamina D	Diminuição da ingestão

– Dieta vegetariana	
– 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

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

6. TRANSMISSÃO VERTICAL

6.1 HIV

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento materno. 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%. Maiores informações sobre transmissão vertical do HIV, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, disponível em: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, consulte: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf

Ressalta-se a importância de instituir medidas preventivas para o HIV durante o período de aleitamento materno, 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

se deve orientar uso de preservativo nas relações sexuais para todas lactantes e testagens regulares para HIV, além de outras medidas de prevenção combinada que mais se adaptem a realidade da mulher. Casos de resultados reagente, suspender imediatamente aleitamento materno e iniciar Protocolo de Profilaxia Pós Exposição na criança.(BRASIL, 2024c).

No que se refere a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite 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. Para maiores informações consultar [Linha de Cuidado para pessoas Vivendo com HIV/AIDS \(PVHA\) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.](#)

A transmissão do HIV pode ocorrer através da amamentação, portanto está contraindicado o aleitamento materno nos casos de mães com HIV e, desse modo, os profissionais de saúde devem ser orientados e orientar sobre a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea.

Todas as crianças em situação de exposição ao HIV têm direito a receber a fórmula láctea em substituição ao aleitamento materno até 1 ano de vida, conforme descrito no item 4.4 Alimentação para Crianças não Amamentadas.

As crianças expostas ao HIV, em risco de exposição por aleitamento materno e as crianças 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 desta Nota Técnica para crianças de médio e alto risco, já o atendimento no SAE deve ser agendado com maior brevidade possível, para dar continuidade a investigação diagnóstica da criança, que já deve ser iniciada 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 da profilaxia. Para crianças infectadas e em risco de infecção será avaliada pela equipe do serviço, considerando a adesão ao tratamento, a necessidade de realização de exames e 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), ou 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).

6.1.1 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 nos parceiros no pré-natal, na maternidade e no período de aleitamento (principalmente se o parceiro não tiver sido testado no pré-natal e na maternidade, ou se for um novo parceiro da mulher).

Na situação de exposição materna, está orientada a interrupção imediata da amamentação, até resultado de Carga Viral para HIV, confirmando assim 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 da 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, com parceria com 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 do aleitamento materno. Para maiores informações consultar: Nota Técnica Estadual 02/2021 (RIO GRANDE DO SUL, 2021) e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (BRASIL, 2024c).

6.2 SÍFILIS CONGÊNITA

A transmissão vertical da sífilis é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas e apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento.

As ações mais importantes para a prevenção da sífilis congênita são evitar sua transmissão, através do diagnóstico e tratamento adequado e oportuno na população em geral, gestantes e parceiros na Atenção Primária.

Nas gestantes, considera-se tratamento adequado: tratamento completo para o respectivo estágio clínico da sífilis, com penicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto. Para maiores informações, acessar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf

As maternidades devem realizar a avaliação inicial dos Recém-Nascidos - RN filhos de mulher com diagnóstico de sífilis no pré-natal, parto ou puerpério, considerando o histórico de tratamento e seguimento da sífilis na gestação; sinais e sintomas clínicos da criança e resultado de teste não treponêmico (ex: VDRL) periférico da criança comparado com o da mãe.

Critérios para definição de sífilis congênita:

Crianças expostas à sífilis	Crianças com Sífilis Congênita
-----------------------------	--------------------------------

<p>-RN de mulher diagnosticada com sífilis durante pré-natal e que foi ADEQUADAMENTE TRATADA.</p>	<p>-RN de mulher diagnosticada com sífilis no pré- natal, parto ou puerpério, NÃO TRATADA ou TRATADA DE FORMA NÃO ADEQUADA;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)

6.2.1 ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS A 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: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf

6.2.2 ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM SÍFILIS CONGÊNITA

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 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 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.

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).

7. CRIANÇA EGRESSA DE UTI NEONATAL

Conforme a Resolução nº 324/2010 CIB/RS, o Programa Assistir (Portaria SES/RS nº 537/2021 e a Portaria SES Nº 104/2024), 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.

Para crianças que se enquadrem nos critérios, deverá ser indicado o uso de Palivizumabe no período de sazonalidade da circulação do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), que na região sul vai de abril a agosto, com período de aplicação entre março a agosto. A aplicação do anticorpo monoclonal (Palivizumabe) deve ser feita em locais destinados à aplicação de vacinas especiais. Maiores informações consultar a Nota Técnica vigente, que sistematiza o fluxo para solicitação, distribuição e dispensação do Palivizumabe para o tratamento profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), disponível em: <https://admin.atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202503/12115057-nota-tecnica-estadual-palivizumabe-01-2025-1-saude-da-crianca-rs.pdf>

8. 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 na identificação de sinais de alerta de 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(as) visitantes(as) 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.

A identificação precoce desses comprometimentos torna possível a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta às terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. Frente a isso, cabe à gestão municipal organizar os fluxos de encaminhamento em nível local pactuados para melhor orientação à família e a equipe da APS deverá conhecer os pontos de atenção da rede, bem como estar apropriada da Nota Técnica Nº11/2024 Atenção à Pessoa

com Deficiência na Atenção Primária em Saúde, disponível em <https://admin.atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202412/03125845-nt-11-2024-atencao-a-pessoa-com-deficiencia-na-atencao-primaria-a-saude.pdf> e dos protocolos de encaminhamento aos serviços especializados de reabilitação, por área de especialidade, oportunizando o encaminhamento e atendimento da criança com deficiência (BRASIL, 2017a; 2018a).

A atenção integral da 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. Ademais, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) descreve barreiras de acesso da pessoa com deficiência na participação da sociedade. Dessa forma, as equipes da APS devem estar atentas na busca de maneiras para reduzir essas barreiras e, logo, permitir que a criança e sua família sejam acolhidos e exerçam o direito à saúde de forma inclusiva. Para saber mais sobre a Lei de Inclusão, acesse https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm

Cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a tarefa de identificação de sinais iniciais de alterações no desenvolvimento durante as consultas de rotina da criança, buscando identificar sinais precoces de desenvolvimento atípico e suspeita de TEA. Para isso deve ser aplicada a escala, [M-CHAT-R](#) que é o instrumento que auxilia na identificação de risco de TEA em crianças com idade entre 16 e 30 meses.

9. 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). Para saber mais acesse: <https://justica.rs.gov.br/upload/arquivos/202301/31155353-guia-02.pdf>

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 as redes que se destacam são:

- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) - proteção social básica, porta de entrada da assistência social, trabalha na prevenção da ruptura de vínculos familiares e comunitários, promoção de ganhos sociais e materiais das famílias e no acesso a benefícios e programas de transferência de renda (Ex: Programa Bolsa Família)
- Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) - proteção social especializada, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, onde já ocorreu a violação de direitos.

9.1 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 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 levam 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 necessários para necessidades básicas. Outras definições importantes de violências contra crianças e adolescentes são: a) negligência: deixar de cumprir o dever de cuidado para com a criança ou adolescente; e b) trabalho infantil: todo trabalho realizado por crianças e adolescentes abaixo de 16 anos. No Brasil, adolescentes a partir dos 14 anos podem trabalhar apenas na condição de aprendiz (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 da/o 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, por exemplo, fotografias e vídeos (SECRETARIA DA IGUALDADE, CIDADANIA, DIREITOS HUMANOS E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2022).

Todos os profissionais que atendem crianças devem estar atentos, durante as consultas e atendimentos, aos sinais e sintomas físicos e comportamentais que podem indicar algum tipo de violência. A seguir são apresentados alguns sinais e sintomas de alerta para os profissionais de saúde:

<p>Sinais de violência psicológica ou demais tipos de violência</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Choro ou irritabilidade sem motivo aparente; ● Olhar indiferente; ● Apatia; ● Falta de limites; ● Atraso no desenvolvimento psicomotor incluindo a fala; ● Dificuldades de amamentação; ● Enurese e encoprese; ● Distúrbios do sono; ● Dificuldades de sociabilização; ● Agressividade; ● Ansiedade; ● Desatenção ou desinteresse por atividades e brincadeiras; ● Apresenta dificuldade de aprendizagem; ● A criança ou adolescente mostra-se agressiva, irritada ou machuca o próprio corpo; ● Passa a ter dificuldade na alimentação (comendo pouco ou em excesso); ● Faz desenhos agressivos, que mostrem situações de medo ou cenas envolvendo questões sexuais; ● Evita ir a alguns lugares ou encontrar alguma pessoa.
<p>Sinais de violência física</p>	<p>As lesões físicas mais frequentes são:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Equimoses; ● Hematomas; ● Escoriações; ● Em geral encontradas em locais normalmente protegidos, como: costas, nádegas, braços, coxas, peito, face, orelhas, mãos e pés; ● Apresenta marcas de agressão ou machucados; tem dificuldade de andar ou sentar.

Sinais de violência sexual	<p>Os sinais físicos que devem ser observados são:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Traumatismos e lesões nas genitálias e/ou ânus; ● Infecções urinária; ● Infecções sexualmente transmissíveis; ● Doenças psicossomáticas; ● Dores abdominais; ● Enurese; ● Encoprese; ● Distúrbios na alimentação; <p>Já os sinais comportamentais mais comuns nessa faixa etária compreendem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Distúrbios do sono; ● Agressividade; ● Apatia; ● Choro sem motivo aparente; ● Conduta regressiva; ● Comportamento sexual inapropriado para idade. <p>Faz desenhos agressivos, que mostrem situações de medo ou cenas envolvendo questões sexuais.</p>
-----------------------------------	--

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, na 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. 23 da Lei nº 14.344/2022/Lei Henry Borel, que alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente. O registro para o compartilhamento das informações sobre o atendimento realizado com a criança ou adolescente vítima deve conter, no mínimo: I - os dados pessoais da criança ou da adolescente; II - a descrição do atendimento; III - o relato espontâneo da criança ou da adolescente, quando houver; e IV - os encaminhamentos efetuados (Art. 28, Decreto 9.603/2018). O relato a ser enviado pode ter o carimbo apenas da instituição de saúde e não de um 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, ou ao responsável ou à pessoa de referência, sobre direitos, 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; e
- IV. comunicar o Conselho Tutelar (BRASIL, 2018b, Art. 11).

Atenção, no caso de violência contra crianças e adolescentes, o sigilo profissional deve ser quebrado, pois o principal é garantir a sua proteção. Quem se omite e não realiza a comunicação às autoridades contribui para a manutenção da violência. Além disso, configura-se crime, conforme a Lei nº 14.344/2022/Lei Henry Borel, Art. 26, “Deixar de comunicar à autoridade pública a prática de violência, de tratamento cruel ou degradante ou de formas violentas de educação, correção ou disciplina contra criança ou adolescente ou o abandono de incapaz: Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) 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, 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).

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 nos prontuários eletrônicos ou ainda nos relatórios de saúde disponibilizados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) <<https://sisab.saude.gov.br/>> 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 endereço: <<https://bi.saude.rs.gov.br/>>.

REFERÊNCIAS

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. Acesso em: 13 nov. 2024.

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: aleitamento materno 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 em: http://bvsmms.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 em: http://bvsmms.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 em: http://bvsmms.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 em: <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. http://bvsmms.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>. Acesso em: 13 nov. 2024.

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://bvsmms.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,** 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/view>

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micro_nutrientes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 5.201, de 15 de agosto de 2024.**

Altera o Anexo 1 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: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.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>

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: 16 abr. 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

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://atencao basica.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://atencaooprimary.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 Abridadas em Situações de Desastres**, 2024b. Disponível em: <https://atencaooprimary.rs.gov.br/upload/arquivos/202406/19153408-orientac-o-es-para-o-cuidado-em-sau-de-de-crianc-as-abrigadas-em-situac-o-es-de-desastres-1.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://www.rs.gov.br/arquivos/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. Consenso Sobre Anemia Ferropriva: Atualização: Destaques 2021**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação**. Nº4 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*. Nº 181 Novembro 2024. Disponível em : https://www.sbp.com.br/fileadmin/11/DC_HipovitD_diagn-tratam-prevenc_Atualiz.pdf

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 - Aleitamento Materno**. 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 A

Leitura complementar

1. Diretrizes de Estimulação Precoce de Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, consulte:
[/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf)

2. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, consulte:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf

3. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), consulte:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

4. Busca Ativa de Usuários na APS em Situações de Emergência por Desastre acesse o Guia Rápido: <https://drive.google.com/file/d/18zqD9NSHFdOOOWmeGEHbwj0a0wrrxFHs/view>

5. Aleitamento materno e alimentação complementar. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/topicos/aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar>

6. Quais são os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido? Disponível em:
<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/quais-sao-os-cuidados-com-o-coto-umbilical-do-recem-nascido/#:~:text=fezes%20do%20beb%C3%AA,-.%E2%80%93%20N%C3%A3o%20puxar%20o%20cord%C3%A3o%20umbilical%2C%20deixando%20Do%20se%20desprender,ap%C3%B3s%20a%20queda%20do%20coto>