

LINHA DE CUIDADO

CRIANÇA

MANUAL DO GESTOR

1ª EDIÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



São Paulo
2018

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA
Manual do Gestor
1ª edição

SES/SP
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
2018

MANUAL DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA
Orientações aos Gestores, aos Gerentes de Unidades de Saúde
e Profissionais de Saúde dos diversos pontos de atenção

Manuais da Linha de Cuidados da Criança
expediente

MARCO ANTONIO ZAGO
Secretário de Estado da Saúde

SILVANY LEMES CRUVINEL PORTAS
Coordenadoria de Planejamento em Saúde

RENATA PINHEIRO DE ALMEIDA
Assistente Técnica de Coordenação

BENEDITO ACCÁCIO BORGES NETO
Coordenadoria de Regiões de Saúde

ARNALDO SALA
Departamento de Atenção Básica

SANDRA PEDUTTI
ROBERTA RICARDES
Área de Saúde da Criança

INSTITUTO DE SAÚDE

LUÍZA STERMAN HEIMANN
Diretora

SÔNIA ISOYAMA VENÂNCIO
Assistente de Direção

RICARDO TARDELLI
Programa Saúde em Ação

Autoria
SONIA ISOYAMA VENÂNCIO
MARIA JOSÉ LA GUARDIA
CARMEM LAVRAS

Organização
RENATA PINHEIRO DE ALMEIDA
SANDRA PEDUTTI

Projeto gráfico e editoração
Edson Fonseca

Realização
VFR Comunicação

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde.

Linha de cuidado criança: manual do gestor / organizado por Renata Pinheiro de Almeida e Sandra Pedutti. -- São Paulo: SES/SP, 2018.

ISBN: 978-85-85472-14-6

1. Criança. 2. Assistência integral à saúde. 3. Serviços de saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Protocolos.

SES/CCD/CD 62/18

NLM WS440

I^a Parte
CADERNO DO GESTOR

SUMÁRIO

Apresentação	11
A situação da atenção à saúde das crianças no Estado de São Paulo	15
A Linha de Cuidado da Criança.....	23
Orientações ao gestor para a implantação da Linha de Cuidado da Criança ...	31
Passo 1 — Realização do diagnóstico sobre a saúde da criança no território	34
Passo 2 — Identificação das ações e serviços necessários para a atenção integral às crianças	41
Passo 3 — Avaliação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a estruturação da Linha de Cuidado.....	46
Passo 4 — Definição dos ajustes necessários na Atenção Básica	47
Passo 5 — Definição dos ajustes necessários na Atenção Especializada e no Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT)	48
Passo 6 — Formulação e pactuação do Plano de Ação Regional (PAR)	49
Passo 7 — Definição de estratégias para a implantação e monitoramento da Linha de Cuidados da Criança	49

APRESENTAÇÃO

A cada ano, cerca de 600 mil nascimentos são registrados no Estado de São Paulo. Para que tenham os seus direitos garantidos, conforme previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/1990), é preciso que essas crianças sejam consideradas prioridade absoluta em relação às políticas de saúde.

Este material tem como objetivo auxiliar e capacitar gestores e profissionais para a implantação da **Linha de Cuidado da Criança**, visando a modernização e fortalecimento do atendimento primário e com envolvimento das unidades da rede pública de saúde em diferentes regiões do Estado.

Trata-se de uma estratégia de ação que busca a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ao articular a produção do cuidado desde os primeiros atendimentos aos serviços de maior complexidade, no contexto de consolidação das Redes de Atenção à Saúde. Além da articulação entre os diferentes níveis de serviços em saúde, também é fundamental, para a garantia dos direitos das crianças, promover o alinhamento entre outros setores.

A **Linha de Cuidado da Criança** é direcionada especificamente para a Primeira Infância, pois, conforme comprovado por estudos científicos, os primeiros anos de vida dos seres humanos são fundamentais para estabelecer os alicerces de suas aquisições futuras. Pesquisas revelam que um bebê estabelece, em média, 700 conexões cerebrais por segundo, chegando a ter, aos 12 meses, o dobro de conexões de uma pessoa adulta. Porém, este desenvolvimento pode não ocorrer plenamente caso essas conexões não forem utilizadas e estimuladas em seu período mais apropriado.

Os investimentos na Primeira Infância, especialmente nos primeiros três anos de vida, possibilitam a criação de sociedades mais harmônicas, acolhedoras e menos desiguais. Dessa forma, é nosso dever oferecer a todas as crianças a nutrição adequada, ambientes físicos seguros e relacionamentos estáveis e responsivos, pois os mesmos resultam em benefícios permanentes para a aprendizagem, o comportamento e para a saúde física e mental.

Apesar dos avanços no SUS, existem desafios que devem ser enfrentados por impactarem diretamente na saúde das crianças. Este conteúdo foi elaborado como forma de apoiar e superar essas dificuldades, por meio de um conjunto de ações, procedimentos e reorganização dos processos de trabalho com foco na criança. Esperamos que a Linha de Cuidado se torne um instrumento efetivo para o alcance da atenção integral à saúde e do pleno desenvolvimento das crianças paulistas. O sucesso, porém, depende de cada um de nós, gestores, profissionais de saúde, familiares e sociedade.

A SITUAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

São muitos os avanços em relação à saúde da criança no Estado de São Paulo obtidos nos últimos anos. A taxa de mortalidade infantil (MI), que mede o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de vida, sofreu redução de 62% entre 1990 e 2010, passando de 31,2 óbitos de crianças menores de 1 ano a cada mil nascidos vivos, para 11,9 óbitos por mil nascidos vivos. Dessa forma, São Paulo está entre os Estados com menores taxas de MI no país, juntamente com Santa Catarina, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal (*RIPSA. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil, 2010*).

Atualmente, um dos principais desafios enfrentados, dado que a MI sofreu redução expressiva nos últimos anos, consiste na redução das desigualdades regionais. Em 2010, 23% dos municípios paulistas, localizados em sua maioria nas regiões de Barretos, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto, atingiram o nível considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10 mortes a cada mil nascimentos. No entanto, as regiões da Baixada Santista, Sorocaba e Piracicaba reúnem municípios com taxas superiores à média do Estado, com cerca de 19 mortes por mil nascidos vivos (*FSEADE, Relatório de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio, 2012*).

Outro desafio consiste na redução dos óbitos evitáveis pela atenção à saúde, que representaram 70% do total das mortes infantis em 2010, e dos óbitos neonatais (ocorridos entre 0 e 27 dias), que representam mais da metade da mortalidade em menores de 1 ano. A mortalidade neonatal, diferentemente da mortalidade pós-neonatal (ocorrida entre 28 dias e 1 ano), está menos relacionada às condições de vida e reflete principalmente as condições de atenção ao pré-natal, parto e período perinatal. A redução desse componente da MI, portanto, depende não só da qualidade dos serviços na Atenção Básica (responsável pelo atendimento de pré-natal e de puericultura), mas também da estruturação da atenção hospitalar, o que aponta para a necessidade da consolidação das Redes de Atenção à Saúde.

Se analisarmos indicadores relacionados à atenção ao pré-natal, verificaremos que a cobertura no Estado é elevada, sendo que 77% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal em 2010 (*FSEADE, 2012*). Porém, esforços ainda são necessários para melhorar a qualidade do pré-natal, para reduzir potenciais fatores de risco para a prematuridade e mortalidade infantil, como o tabagismo na gravidez, ganho de peso materno insuficiente, hipertensão arterial, sangramento vaginal e infecção do trato geniturinário, entre outros. Chama a atenção o dado referente ao ano de 2011, quando ocorreram 28 óbitos infantis por sífilis congênita, doença que pode ser totalmente evitada se a mãe e seu parceiro sexual forem devidamente diagnosticados e tratados durante o pré-natal (*FSEADE, 2011*).

Em relação à qualidade da atenção ao parto, também se destaca o aumento das taxas de cesárea no Estado tanto em hospitais públicos (onde a taxa aumentou de 31 para 37% entre os anos 2000 e 2009) como em hospitais privados (com aumento de 48 para 57% no mesmo período), sendo a taxa média para o Estado de 59% em 2010.

Esse dado é preocupante, pois pesquisas vêm mostrando a associação entre taxa de cesárea e aumento da mortalidade materna, além de consequências negativas para os bebês, como o aumento da prematuridade e do risco de mortalidade no primeiro ano de vida.

O resultado da baixa qualidade da atenção ao pré-natal e parto reflete ao menos em parte, nas taxas de prematuridade (8,6% das crianças nasceram com menos de 37 semanas de gestação) e baixo peso ao nascer (9,1% das crianças nasceram com peso abaixo de 2.500 g) (*FSEADE, 2011*).

Sobre a atenção hospitalar, podemos citar alguns avanços. O Estado conta atualmente com 39 Hospitais Amigos da Criança (HAC), maternidades que valorizam e incentivam boas práticas para o início e estabelecimento do aleitamento materno através do cumprimento de recomendações da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Apesar de São Paulo ser o Estado com maior número de hospitais com essa certificação, a cobertura de nascimentos em HAC ainda é baixa e precisa ser ampliada. Os paulistas também contam com a maior Rede de Bancos de Leite Humano do País, com 83 unidades que fornecem leite materno com qualidade certificada para recém-nascidos (RN) prematuros, contribuindo assim para a redução da mortalidade neonatal. Vale lembrar também os esforços de vários hospitais paulistas que já implantaram ou estão em processo de implantação do Método Canguru, uma proposta de atenção humanizada ao RN de baixo peso que busca aliar os avanços da tecnologia, boas práticas e incentivo à formação de vínculo entre os bebês e suas famílias. Junto com esses esforços que visam a qualificação da atenção hospitalar, houve uma ampliação significativa dos leitos de UTI neonatal no Estado, com aumento de 30% no período de 1999 a 2009.

Se a adequada atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento é fundamental para a redução da mortalidade neonatal, a melhoria do acompanhamento das crianças na Atenção Básica pode ajudar a promover, para além da sobrevivência, o pleno crescimento e desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida.

Nesse sentido, outros desafios se apresentam. Um deles diz respeito à garantia de acesso universal de nossas crianças à Atenção Básica, que conta com 4.517 Unidades em todo o Estado (*CNES, 2010*). Cerca de um terço da população do Estado está coberta pela Estratégia Saúde da Família, com 3.380 equipes de saúde da família atuando no território estadual (*SES, Plano Estadual de Saúde, 2012*). Espera-se que essa ampla rede de Atenção Básica possa alcançar a meta do Ministério da Saúde (MS) em realizar o mínimo de 10 consultas nos primeiros três anos, com início na primeira semana de vida. O objetivo é um cuidadoso acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições de vida da família, inclusive com articulações intersetoriais no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança e sua respectiva família. (*MS, 2012*).

Com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à criança,

são apresentados a seguir alguns indicadores assistenciais e de saúde, que podem refletir nas práticas da Atenção Básica.

Entre as atividades fundamentais no acompanhamento da criança na Atenção Básica estão as orientações sobre a amamentação e alimentação complementar. O Estado de São Paulo segue, desde 1998, uma estratégia de monitoramento das práticas de alimentação infantil, por meio da realização de inquéritos nas campanhas de vacinação, com envolvimento de mais de 50% dos municípios paulistas (Venancio, 2010). Em 2008, de 77 municípios que realizaram tal inquérito, apenas sete apresentaram prevalência de amamentação exclusiva igual ou superior a 50%, percentual considerado “bom” segundo a OMS. Várias inadequações foram identificadas em relação à introdução de alimentos complementares. Chamou a atenção o fato de que, na capital, 13% das crianças recebiam refrigerantes e 70% recebiam bolachas e/ou salgadinhos no final do primeiro ano de vida (Brasil, 2009). Esses dados reforçam a necessidade de intensificação das orientações sobre alimentação infantil no âmbito da Atenção Básica.

O adequado acompanhamento do crescimento é de extrema importância, dado que os primeiros anos de vida constituem um período de maior vulnerabilidade para a ocorrência de agravos nutricionais. Dados obtidos através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para os municípios paulistas, com crianças na faixa etária de 0 a 2 anos, mostraram prevalências de peso muito baixo para a idade de 1,5%, peso baixo para a idade de 2,2% e peso elevado para a idade de 9,7%. Fica evidente a importância do excesso de peso nessa faixa etária e a necessidade de intervenções que promovam práticas adequadas de alimentação infantil.

Porém, é preciso ressaltar que essas informações abrangem cerca de um quarto dos municípios do Estado que possuíam informações no sistema em 2013. A baixa adesão dos municípios ao SISVAN também é constatada quando se analisam os dados dos beneficiários do Programa Bolsa Família. Em todo o Estado de São Paulo, a cobertura foi de 64% em 2011. Em suma, é fundamental fortalecer a vigilância nutricional no Estado para que intervenções possam ser planejadas e avaliadas no âmbito da Atenção Básica.

As imunizações desempenham papel essencial na prevenção de doenças na infância e é atividade central da Atenção Básica. Ao analisar o indicador de cobertura vacinal tetravalente em menores de 1 ano de idade, verifica-se o ótimo desempenho do Estado de São Paulo nessa ação, com cobertura média de 96% e pouca variação entre as regiões.

Avanços também podem ser verificados no manejo de doenças prevalentes na infância, como as doenças diarreicas e infecções respiratórias. A análise de internações por essas afecções mostra tendência de queda no Estado, chegando a 0,5% e 4,2%, respectivamente, no ano de 2009.

Por fim, faz parte do conjunto de ações prioritárias voltadas às crianças o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Sobre esse tema não existem informações disponíveis que possibilitem avaliar a magnitude do problema e di-

recionar intervenções. A ausência de informações pode revelar, indiretamente, o pouco investimento que vem sendo feito nessa ação no âmbito da Atenção Básica.

Em relação aos avanços na atenção integral à saúde da criança, são grandes os desafios para lidar com questões complexas, como, por exemplo, casos de violência, negligência e acidentes. É importante ressaltar que, no Estado de São Paulo, as causas externas configuram como a 5ª causa de óbitos em crianças menores de 1 ano, mas ganham maior destaque nas faixas etárias subsequentes. Para trabalhar com as questões relacionadas à violência é necessário que os gestores e profissionais de saúde estejam preparados para atuar em rede, visando o melhor acolhimento, atendimento, procedimento de notificação e seguimento das famílias na rede de cuidados e de proteção social, de forma articulada com outros setores e com a sociedade.

A Linha de Cuidado da Criança tem como proposta não só o fortalecimento das ações já desenvolvidas, mas também de promover o desafio de incluir, dentre as principais atividades da Atenção Básica, o monitoramento do desenvolvimento infantil, o aperfeiçoamento do desenvolvimento cognitivo e afetivo das crianças e a definição de estratégias de prevenção e intervenção para as famílias das crianças que estejam em situações de maior risco e vulnerabilidade.

A LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA

Entende-se por Linha de Cuidado um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde. Uma Linha de Cuidado deve se expressar por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde em um dado sistema.

Os Direitos da Criança foram firmados internacionalmente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e na Declaração Universal dos Direitos das Crianças, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em 1959, bem como na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela resolução nº 44/25 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1989, e promulgada pelo decreto nº 99.710, de novembro 1990.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 acolheu tais princípios, conforme o artigo nº 227:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, [...], além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) reitera esses princípios em seu primeiro capítulo, sobre o Direito à Vida e à Saúde:

“Artigo 7º - A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de seus princípios doutrinários e organizativos, dispõe de um conjunto de ações e serviços que visam garantir o acesso de todos à atenção integral de modo equitativo, avançando na consolidação de uma rede de cuidados regionalizada e hierarquizada, na qual a Atenção Básica tem papel fundamental como ordenadora do cuidado. A participação popular e os Conselhos de Saúde são considerados atores importantes na definição e controle social da política. O estabelecimento de ações entre diferentes setores é fundamental para o alcance do desenvolvimento integral das crianças.

Por fim, a humanização e a qualidade da atenção em saúde são tratadas com muita relevância dentro do contexto deste material, diante do conceito de que a qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos e que humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável. A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida, o que se constitui em constante desafio para as equipes de saúde.

As diretrizes que integram a **Linha de Cuidado da Criança** indicam as linhas de ação para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde das crianças, sendo consolidadas em:

- Promoção de adequada atenção ao pré-natal e ao nascimento saudável em hospital resolutivo e qualificado, que assegura ao recém-nascido acesso oportuno à atenção integral qualificada conforme seus riscos e necessidades
- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, exclusivo até os 6 meses e continuado até os dois anos de vida ou mais, juntamente com práticas de alimentação saudável após os seis meses de vida
- Acompanhamento, pelos serviços de saúde, do crescimento e desenvolvimento saudável de todas as crianças do Estado
- Identificação e monitoramento das crianças em situação de risco, visando à atenção integral às suas necessidades
- Promoção da vigilância e da análise crítica do óbito infantil e outros eventos sentinela que permitam a avaliação de medidas necessárias para sua prevenção
- Atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violências
- Estímulo às famílias para aquisição de atitudes, habilidades e competências que possibilitem uma vida com saúde

Quando pensamos em organizar a assistência à criança temos necessariamente que partir do período anterior ao parto, não somente durante a gestação, quando o foco é o cuidado da mãe e do feto, mas numa fase ainda anterior, no período pré-concepcional, por ser esse o momento mais adequado para detectar e prevenir condições que possam afetar a saúde da mãe e do futuro bebê. Consideramos assim que a assistência à criança tem início de fato no planejamento familiar, no aconselhamento e avaliação pré-concepcional e no devido monitoramento da gestação.

Dessa forma, entendemos que não há como implementar a **Linha de Cuidado da Criança** sem investir na melhoria dos processos envolvidos na assistência da mulher em idade fértil e mais especificamente, da gestante. O manual clínico e o detalhamento dos processos de trabalho em saúde relacionados a esses períodos estão descritos em outra Linha de Cuidado da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, voltada ao período gestacional, parto e puerpério. Nesta LC é abordado o período perinatal, que se inicia na 22^a semana completa de gestação (154 dias - época em que o peso de nascimento é normalmente de 500 g) e termina com sete dias completos após o nascimento. Na Linha de Cuidado da Criança esse período é parcialmente retomado, tendo como foco a criança a partir do momento do parto.

O período neonatal corresponde ao período do nascimento ao 28^o dia de vida,

subdividido em período neonatal precoce, a primeira semana completa ou os sete primeiros dias de vida e período neonatal tardio, as três semanas seguintes.

Pela peculiaridade desse período, seja em relação às características específicas do recém-nascido, seja em relação aos processos assistenciais propriamente ditos, o período neonatal será destacado em um documento próprio, garantindo uma abordagem mais condizente com a forma como se dá a assistência e principalmente, como se dão os fluxos de encaminhamento.

Dessa forma, o itinerário do RN será apresentado em dois grandes blocos:

Atenção hospitalar:

- Centro obstétrico
- Alojamento conjunto
- Unidade de cuidados intermediários: convencional e canguru (UCINco e UCINca)
- Unidade de tratamento intensivo (UTI II e III)

Atenção Ambulatorial

- Atenção primária à saúde
- Atenção ambulatorial especializada

Após o período neonatal, consideramos importante destacar duas faixas etárias distintas:

- Criança de 28 dias a 1 mês e 29 dias
- Criança de 2 meses a 3 anos

Essa classificação se justifica pelo cuidado redobrado que é necessário no atendimento da criança até dois meses, uma vez que patologias desenvolvidas nessa faixa etária se expressam globalmente e podem evoluir com uma rapidez e com maior gravidade nas crianças com idade superior. Sendo assim, a identificação de sinais e sintomas de perigo nessa idade é fundamental para uma evolução positiva no tratamento das doenças mais prevalentes.

Nesse intervalo entre 28 dias e 3 anos, o itinerário da criança será apresentado em três grandes blocos:

- Atenção Primária
- Atenção Ambulatorial Especializada
- Atenção Hospitalar

Considerando que o principal objetivo da Linha de Cuidado da Criança é oferecer suporte teórico, de forma objetivo e de fácil acesso aos profissionais das equipes de saúde no seu trabalho cotidiano. Após definidos os grupos etários, o quadro síntese descreve as principais ações a serem desenvolvidas e, em seguida, foca na gestão do cuidado, ou seja, na forma como deve ser organizada a assistência, nos principais recursos de apoio diagnóstico e terapêutico neces-

sários para a execução dos processos e, finalmente, nos principais aspectos logísticos a serem considerados no sentido de oferecer uma atenção contínua, segura e qualificada à criança.

Não temos a intenção de esgotar esse assunto complexo e dinâmico no atual documento, mas esperamos com isso fomentar nas equipes o interesse na revisão dos seus processos de trabalho, na certificação da importância da família na determinação e no cuidar da saúde da criança, no reconhecimento do trabalho de outros profissionais e de outras unidades de serviço, na atualização científica e principalmente, na percepção clara de que a verdadeira atenção à criança se estabelece apenas quando cada profissional e cada serviço se torna consciente de que faz parte de uma rede que se estende ao longo de todo o sistema de saúde e que seu trabalho só se completa com o trabalho do outro.

**ORIENTAÇÕES AO GESTOR PARA A IMPLANTAÇÃO
DA LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA**

A seguir, são apresentadas algumas sugestões para orientar os gestores do SUS-SP no processo de implantação da **Linha de Cuidado da Criança (LCC)**.

É importante ressaltar que a implantação dessas ações depende do esforço de cada um dos 645 municípios do Estado de São Paulo em organizar a atenção à criança no âmbito da Atenção Básica e de esforços conjuntos entre os municípios e a SES para organização do atendimento à criança nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa articulação em rede visa garantir o acesso aos serviços de diferentes complexidades e a integralidade da atenção a todas as crianças. Além disso, é necessário identificar dentro da mesma rede, os parceiros de outros setores, como da Educação e da Assistência Social, para que seja garantido o olhar integral sobre o desenvolvimento das crianças nos territórios.

O processo pode ser iniciado com a elaboração de um Plano de Ação Regional (PAR), envolvendo representantes dos municípios e do Departamento Regional de Saúde (DRS). É interessante que esses representantes integrem um Núcleo de Coordenação do Cuidado que será responsável pela elaboração do PAR-LCC e, posteriormente, pela implantação e monitoramento da LCC. Para orientar a elaboração desse plano, é possível organiza-lo em sete passos, conforme representado pela figura abaixo:



Passo 1. Realização do diagnóstico sobre a saúde da criança no território

• Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce

Alguns indicadores podem auxiliar o Grupo Gestor a realizar um breve diagnóstico da situação de saúde das crianças no território. Indicadores relacionados à mortalidade infantil e seus componentes e à mortalidade perinatal, podem ser priorizados por oferecerem informações importantes para o planejamento de ações de qualificação da atenção à criança. Da mesma forma, é importante incluir as taxas de infecções respiratórias na infância, por representarem a maior causa de mortalidade pós-neonatal no Estado, assim como observar alguns indicadores relacionados a fatores que podem influenciar a mortalidade infantil.

Tais sugestões não esgotam a análise sobre essa temática, uma vez que outras informações seriam de grande valor para um diagnóstico mais abrangente sobre a saúde da criança como as relacionadas ao crescimento e desenvolvimento infantil. Porém, indicadores sobre o estado nutricional e desenvolvimento infantil são de difícil obtenção, seja pela ausência de informações ou mesmo a falta de alimentação dos sistemas de informação existentes. Porém, os indicadores disponíveis podem oferecer subsídios suficientes para a formulação do PAR-LCC.

Indicadores sugeridos:

• Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI)

g Desenvolvido pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), reflete a capacidade dos municípios do Estado de São Paulo de promover o desenvolvimento infantil por meio do acesso aos serviços de saúde e educação voltados às crianças menores de 6 anos. O conteúdo está disponível no link: www.ippi.seade.gov.br/

• Taxa de Mortalidade Infantil

g Os conceitos básicos apresentados abaixo, possuem como referência a publicação da Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (RIPSA), de 2008.

Conceituação:

Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Interpretação:

Esse indicador estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

No Estado de São Paulo, em 2013, a taxa de mortalidade infantil – (TMI) foi de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos, a menor da série que a Fundação Seade acompanha desde o século passado. Em relação a 2012, essa taxa ficou estável.

Em 2013, os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que apresentaram as menores taxas de mortalidade infantil foram o de Piracicaba (8,9 por mil), Campinas (9,5 por mil) e São José do Rio Preto (9,6 por mil). O DRS de Registro foi o que apresentou o índice mais elevado (18,1 por mil), seguido pela Baixada Santista (15,9 por mil) e por Sorocaba (13,2 por mil).

A mortalidade infantil expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade. Por isso, é importante analisar os componentes desse indicador, para detectar os determinantes da mortalidade infantil e possíveis estratégias de ação.

A taxa de mortalidade infantil pode ser dividida em dois subcomponentes: taxa de mortalidade neonatal (0 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias), conforme descrito abaixo:

- **Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce**

Conceituação:

Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos na população residente, em determinado espaço geográfico e no ano considerado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Interpretação:

Estima o risco de um RN morrer na primeira semana de vida e reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe e a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

• Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia**Conceituação:**

Número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos na população residente, em determinado espaço geográfico e no ano considerado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Interpretação:

Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 7 aos 27 dias de vida e reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

• Taxa de Mortalidade Pós-neonatal**Conceituação:**

Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos na população residente, em determinado espaço geográfico e no ano considerado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Interpretação:

Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida. De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções associadas. O

acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado.

No Estado de São Paulo, os óbitos neonatais representam cerca de 2/3 do total de óbitos no primeiro ano de vida, o que impõe um desafio para a qualificação do planejamento reprodutivo, atenção ao pré-natal e parto.

• Taxa de Mortalidade Perinatal

Conceituação:

Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais. Para efeito de comparação internacional, a Organização Mundial da Saúde por meio da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, (OMS/ CID-10) utiliza a taxa de mortalidade fetal tardia, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação.

Método de cálculo:

Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)* e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, ambos de mães residentes

× 1.000

Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais gestação)

*Considerando a subnotificação de óbitos fetais e a precariedade da informação disponível sobre a duração da gestação, recomenda-se somar, tanto ao numerador como ao denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida.

Interpretação:

Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. De maneira geral, reflete a ocorrência de fato-

res vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A sugestão é identificar qual o percentual de óbitos infantis investigados, que pode ser obtido calculando-se o número total de óbitos infantis investigados, dividido pelo total de óbitos infantis na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Essa informação reflete os esforços da Vigilância Epidemiológica, Equipes de Atenção Básica e Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal em analisar e propor ações visando a redução da mortalidade infantil nos territórios.

Dada a sua importância, a portaria nº 72, de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS.

• Taxa de internações por infecção respiratória

Conceituação:

A taxa de internação por infecções respiratórias em menores de 5 anos mede a ocorrência de internações por doenças respiratórias, em determinado local e determinado período de tempo.

Método de cálculo:

Número de internações por IRA, em crianças residentes* < de 5
anos em determinado local e período

x 1.000

Total de crianças menores de 5 anos, no mesmo local e período

Interpretação:

O Indicador permite intervir, por meio do acompanhamento continuado, em uma importante causa de óbitos em menores de 1 ano. Taxas de internações elevadas servem de alertas para a necessidade de qualificar a assistência.

• Proporção de RN de baixo peso

Conceituação:

Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 g, de mães residentes em determinado espaço geográfico e no ano considerado. Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

Interpretação:

Expressa o percentual de nascidos vivos de baixo peso (menos de 2.500 g), em relação ao total de nascidos vivos. O baixo peso ao nascer pode ser decorrente da restrição do crescimento intrauterino, de uma menor duração da gestação ou de uma combinação de ambos. É um indicador da sobrevivência infantil. Quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Em países desenvolvidos, são observados valores em torno de 5 a 6%. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.

• Percentual de partos cesáreos

Conceituação:

Percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico e no ano considerado.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de partos cesáreos}}{\text{Número total de nascidos vivos de partos hospitalares}^*} \times 100$$

Interpretação:

Esse indicador é influenciado pelo modelo da assistência obstétrica adotado,

pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços). Percentuais elevados de cesáreas podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto. Altas taxas de cesárea têm sido associadas ao aumento da prematuridade, influenciando de forma negativa as taxas de mortalidade infantil.

- **Prevalência de aleitamento materno exclusivo**

Conceituação:

Percentual de crianças de 0 a 179 dias que estão sendo amamentadas de forma exclusiva (sem água, chá, suco ou outros alimentos).

Método de cálculo:

Número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada *

$$\frac{\text{Número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada}^*}{\text{Número total de crianças residentes, na idade}} \times 100$$

* crianças de 0 a 179 dias

Interpretação:

Estima a proporção de crianças menores de seis meses em amamentação exclusiva, prática recomendada pela OMS e MS. Sabe-se que a amamentação garante a nutrição adequada aos lactentes e tem efeitos positivos em curto e longo prazo. A amamentação previne contra doenças infecciosas, especialmente diarreia e infecções respiratórias, alergias, doenças crônicas, como obesidade ou diabetes, e tem impacto positivo sobre o desenvolvimento infantil.

Passo 2. Identificação das ações e serviços necessários para a atenção integral às crianças

Inicialmente é importante identificar o número de crianças que nascem a cada ano nos municípios e na Região de Saúde. Com base nessa informação será possível obter vários indicadores de saúde e estimar a necessidade de consultas, leitos e outros procedimentos. É interessante também estimar o percentual da população coberta pela saúde suplementar e que potencialmente não utilizará os serviços do SUS.

É importante lembrar que no conjunto dos nascidos vivos em um determinado território teremos aqueles que foram planejados e desejados por suas famílias, aqueles que nasceram a termo e saudáveis, bem como aqueles que são fruto de uma gestação indesejada, prematuros/de baixo peso e com características que aumentam suas chances de mortalidade no primeiro ano de vida e de não atingirem o pleno desenvolvimento na primeira infância. As equipes de saúde devem estar atentas para identificar situações de risco e preparadas para oferecer assistência qualificada que responda às necessidades de cada criança.

A seguir, sugere-se calcular a quantidade necessária de alguns procedimentos, tendo como referência alguns parâmetros, apresentados a seguir.

• Consultas nas UBS de cada município

Deve-se considerar o número mínimo de consultas preconizadas pelo MS, mas os municípios poderão definir outras estratégias para o acompanhamento das crianças na Atenção Básica, como por exemplo, planejando consultas mensais no primeiro ano de vida.

O MS recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (Brasil, 2012).

A identificação de situações de vulnerabilidade é importante para que as equipes de saúde possam elaborar Projetos Terapêuticos Singulares a fim de atender as necessidades das famílias. Algumas situações de vulnerabilidade são apontadas na literatura:

- Criança residente em área de risco
- Baixo peso ao nascer (inferior a 2.500 g)
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais)
- Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto
- Internações/intercorrências
- Mãe com menos de 18 anos de idade
- Mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo)
- História familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade

Outras situações reconhecidas de vulnerabilidade: aleitamento materno ausente ou não exclusivo, gestação gemelar, malformação congênita, mais do que três filhos morando juntos, ausência de pré-natal, problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança, problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde, não realização de vacinas, identificação de atraso no desenvolvimento e suspeita ou evidência de violência.

Situações familiares consideradas de vulnerabilidade: gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez, separações e lutos na família, mãe em situação de sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, pais com dificuldades de assumir a (tornar-se pai e tornar-se mãe) e famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas).

O que é um Projeto Terapêutico Singular?

- Conjunto de propostas terapêuticas pensadas a partir da avaliação inicial do caso, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar
- A equipe de saúde e os pais ou responsáveis são corresponsáveis na formulação e no monitoramento do plano de cuidado
- Aplicável na atenção básica para os casos mais complexos ou de maior risco e em todos os casos na atenção hospitalar

• **Leitos de UTI Neonatal**

Utilizar os seguintes parâmetros (Rede Cegonha):

g Dois leitos de UTI neonatal para cada mil nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço (Manual de Implantação da Rede Cegonha - portaria MS nº 930/2012).

g Dois leitos de UCIN convencional para cada mil nascidos vivos na região

na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço. (Manual de Implantação da Rede Cegonha/ portaria MS nº 930/2012).

g 1 leito UCIN Canguru para cada mil nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço. (Manual de Implantação da Rede Cegonha/ portaria MS 930/2012).

Um instrumento que poderá ser útil para a definição das necessidades de ações e serviços relacionados à atenção à criança consiste nos parâmetros definidos nas Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, de 2006, apresentados a seguir:

I. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	número de crianças menores de um ano	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Vístia domiciliar ao recém nascido na primeira semana	1 v.d./RN/ano	
a) RN c/ peso <= 2.500g	92% da população alvo (RN)	
Cons. médica	3 cons/pop coberta/ano	
Cons. enfermagem	4 cons/pop coberta/ano	
b) RN c/ peso < 2.500g	8% da população alvo (RN)	
Cons. médica	7 cons/pop coberta/ano	
Cons. enfermagem	6 cons/pop coberta/ano	
População alvo	Crianças com idade maior ou igual a 1 ano e menor que 2 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Cons. médica	1 cons/pop coberta/ano	
Cons. enfermagem	2 cons/pop coberta/ano	
População alvo	Crianças com idade maior ou igual a 2 anos e menor que 10 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/federal	
Cons. médica	1 cons/pop coberta/ano	
Atividades educativas		
Atividade educativa em grupo na unidade para mães de crianças menores de 1 ano	2 a.e./pop coberta/ano	
Atividade educativa em grupo na unidade para mães de crianças de 1 a 12 anos	1 a.e./pop coberta/ano	
Atividade educativa em grupo na comunidade	1 a.e. para 50% da pop alvo	

2. ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVENÍVEIS NA INFÂNCIA

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	Crianças menores de 5 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
2.1 AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS	40% da população menor de 5 anos	
Infecção Respiratória (s/ complicação)	70% dos casos	
Cons.enferm.p/ Infec. Resp. (s/complicação)	1 consulta/caso/ano	
Infecção Respiratória (com complicação)	20% dos casos	
Cons. médicas p/ Infec. Resp. (c/ complic.)	1 consulta/caso/ano	
Adm. de Medicamento	1 consulta/caso/ano	
Visita domiciliar do ACS	1 proced/caso/ano	
Infeção Respiratória grave	10% dos casos	
Cons. Atend. Urgência em Clínica Básica	1 consulta/caso/ano	
Cons. Enf. (de retorno)	1 consulta/caso/ano	
Adm. de Medicamento	1 proced/caso/ano	
Visita domiciliar do ACS	1 visita/caso/ano	
Encaminhamentos	80% dos casos graves	
Inalação/Nebulização (para sibilância)	2 procedimentos para 10% das crianças < 5 anos/ano	
2.2 ASMA	10 a 20% da população menor de 5 anos	
Asma leve (60% dos casos) ou moderada (30% dos casos)	90% dos casos	
Atividade educativa	1 a.e./caso/ano	
Cons. Méd.	1 consulta/caso/ano	
Cons. Enf.	1 consulta/caso/ano	
Adm. Medicamento	1 proced./caso/ano	
Nebulização/Inalação	2 proced./caso/ano	
Asma grave	10% dos casos	
Atividade educativa	2 a.e./caso/ano	
Cons. Méd.	1 consulta/caso/ano	
Cons. Enf.	1 consulta/caso/ano	
Adm Medicamentos	2 proced./caso/ano	
Nebulização/Inalação	2 proced./caso/ano	
Encaminhamentos	Ausência de melhora após tratamento	

Diarréias graves	5% dos casos	Observações
Encaminhamento para internação	100% dos casos graves	
Consulta médica de acomp após internação	1 consulta/caso/ano	
Consulta enfermeiro de acomp pós internação	1 consulta/caso/ano	
Visitas domiciliares de acomp pós internação	2 v.d./criança/ano	
Visitas domic. p/ < de 5 anos	12 v.d./criança/ano	

3. SAÚDE OCULAR

Ações/População alvo População alvo	Parâmetro/% da população 50% das crianças de 4 anos e	Observações
Cobertura	50% das crianças de 7 anos A ser definida pelo gestor	
Atendimento de nível médio para triagem visual	estadual/municipal 1 atend/ população coberta/ ano	
Consulta de oftalmologia	1 consulta para 20% das	
Dispensação de óculos	crianças triadas/ano 1 par de óculos para 10% das crianças triadas/ano	

4. TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

População alvo	Recém nascidos e lactentes com indicador de risco para deficiência auditiva: 10% dos recém natos	O Ministério da Saúde recomenda a implantação da triagem auditiva neonatal (TAN), prioritariamente para neotatos (até 28 dias de vida) e lactentes (29 dias a 2 anos) com risco para deficiência auditiva, devendo se estender gradativamente para outros recém-nascidos, até se tornar um procedimento universal, na medida em que as condições de continuidade da investigação e da terapêutica para todas as crianças estejam garantidas pelos gestores municipais/estaduais, nas Redes Estaduais de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva.
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	

Passo 3. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a estruturação da Linha de Cuidado

Alguns aspectos a ser analisados visando o diagnóstico da Rede de Atenção à Saúde no que tange a Linha de Cuidado da Criança:

ATENÇÃO BÁSICA

Iniciamos o diagnóstico da Rede de Atenção, na perspectiva da construção da LCC, analisando aspectos relacionados à Atenção Básica. É interessante realizar um levantamento sobre o espaço físico, equipamentos, mobiliário e instrumentos existentes em cada UBS para o atendimento à criança. É importante a verificação da existência e as condições de uso de alguns insumos, equipamentos e materiais considerados essenciais para o atendimento na Unidade Básica de Saúde e essenciais para o atendimento pediátrico, como por exemplo: Aparelho de pediátrico ou neonatal; Aparelho de nebulização; Balança infantil; antropômetro infantil, estetoscópio pediátrico ou neonatal, etc.

Sugerimos a utilização do Manual e autoavaliação do Programa da Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica para a avaliação das questões relacionadas à infraestrutura das UBS (Brasil, 2012).

Outro aspecto importante está relacionado à disponibilidade de exames e medicamentos na Atenção Básica. Para tal recomenda-se consultar o Manual de Orientação aos Profissionais de Saúde da LCC e o Anexo 30 deste Manual.

Além disso, após a estimativa das necessidades de ações voltadas à saúde da criança, é importante identificar se há número suficiente de profissionais nas UBS para realizar os atendimentos.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A seguir, recomenda-se identificar as unidades de atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e de urgência e emergência utilizadas como retaguarda para a atenção básica de cada município no atendimento às crianças: maternidades de alto risco (UTI Neonatal/UCI/Unidade Canguru), ambulatórios de especialidades, AME, ambulatórios de seguimento de bebês egressos de UTI neonatal, bancos de leite humano, unidades de urgência/emergência, hospitais com leitos pediátricos e leitos de UTI pediátrica.

É importante identificar quais as unidades de apoio diagnóstico, assistência farmacêutica e a disponibilidade de medicamentos do componente especializado bem como imunobiológicos.

Outros aspectos a serem analisados:

- Existência de referências pactuadas na Região para o encaminhamento das crianças que necessitem de atendimento em serviços especializados

- Centrais de regulação de vagas
- Existência de suporte de informática suficiente nos municípios tais como: cartão de identificação do usuário, prontuário eletrônico, etc.
- Disponibilidade de transporte sanitário

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO CUIDADO

Identificar iniciativas municipais e/ou regionais de utilização de protocolos clínicos voltados à criança nos diferentes pontos de atenção. Analisar se os mesmos são atualizados e baseados na melhor evidência científica disponível. Observar a utilização da Caderneta da criança pelos profissionais da Atenção Básica.

EDUCAÇÃO PERMANENTE/MATRICIAMENTO

Analisar as ofertas de educação permanente e matriciamento disponíveis nos municípios e suas regiões de saúde, sendo o matriciamento um suporte recebido por profissionais de diversas áreas especializadas de forma a ampliar o campo de atuação e qualificação das ações.

Passo 4. Definição dos ajustes necessários na Atenção Básica

Com base nos diagnósticos realizados até aqui, recomenda-se que o Grupo Gestor da Região de Saúde defina os ajustes necessários na Atenção Básica para estruturação da **Linha de Cuidado da Criança**.

O seguinte roteiro pode ser utilizado, inicialmente para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e posteriormente consolidando-se os dados para o conjunto dessas UBS dos municípios:

- Ajustes voltados às alterações de espaço físico
- Ajustes voltados à aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentos
- Ajustes voltados ao quadro de profissionais
- Ajustes voltados à assistência farmacêutica
- Ajustes voltados à qualificação das gerências das UBS
- Ajustes relacionados à qualificação do cuidado na Atenção Básica

Algumas ações são propostas pelo MS para a qualificação do cuidado às crianças na Atenção Básica. São elas:

**Utilização da Caderneta de Saúde da Criança — Passaporte da Cidadania: é um importante instrumento de registro e orientações que auxilia no acompanhamento da criança na Atenção Básica.*

**Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS — Estratégia Ama-*

menta e Alimenta Brasil (Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013): tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância — AIDPI: A estratégia AIDPI se alicerça em três pilares básicos: o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o último é a educação em saúde, na família e na comunidade.*

**Linha de cuidado para atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: traz orientações para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de violências que mais afetam crianças e adolescentes, destacando a importância do trabalho junto às famílias, os fatores de proteção, além de um alerta para as vulnerabilidades, riscos e para a identificação dos sinais e sintomas da violência.*

Passo 5. Definição dos ajustes necessários na Atenção Especializada e no Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT)

O mesmo roteiro pode ser utilizado para apontar os ajustes necessários na Atenção Especializada:

- Ajustes voltados às alterações de espaço físico
- Ajustes voltados à aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentos
- Ajustes voltados ao quadro de profissionais
- Ajustes voltados à assistência farmacêutica
- Ajustes voltados à qualificação das gerências das UBS
- Ajustes relacionados à qualificação do cuidado na Atenção Especializada

Ações são propostas pelo MS para a qualificação do cuidado às crianças nas maternidades:

**Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Portaria 1.153 de 22 de maio de 2014): tem por objetivo implementar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e o cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Bicos,*

Chupetas e mamadeiras, tendo incorporado recentemente o Cuidado Amigo da Mulher.

**Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso— Método Canguru (Portaria nº 1.683 MS/GM, de 12/07/2007): Modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado.*

**Bancos de Leite Humano: responsável pela coleta, processamento e distribuição de leite humano e atividades assistenciais de apoio à amamentação.*

Passo 6. Formulação e pactuação do Plano de Ação Regional (PAR)

Nesta etapa, o Núcleo de Coordenação do Cuidado da linha de cuidados definirá as propostas e ações necessárias à estruturação da linha na Região de Saúde. O PAR deverá ser discutido e pactuado na Comissão de Intergestores Regionais (CIR).

Para cada ação definida, deverão ser especificados:

- Órgão responsável pela implantação
- Coordenador
- Equipe envolvida na implantação
- Data de início e término da ação
- Detalhamento do cronograma de atividades
- Recursos necessários

Passo 7. Definição de estratégias para a implantação e monitoramento da Linha de Cuidados da Criança

Caberá ao Grupo Gestor identificar estratégias para o monitoramento da Linha de Cuidado da Criança e definir indicadores para a avaliação e acompanhamento das mudanças decorrentes de sua implantação. É importante que os indicadores reflitam mudanças nos processos de gestão e do cuidado e também resultados sobre a situação de saúde das crianças no território.

Material para consulta

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de

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

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)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde).

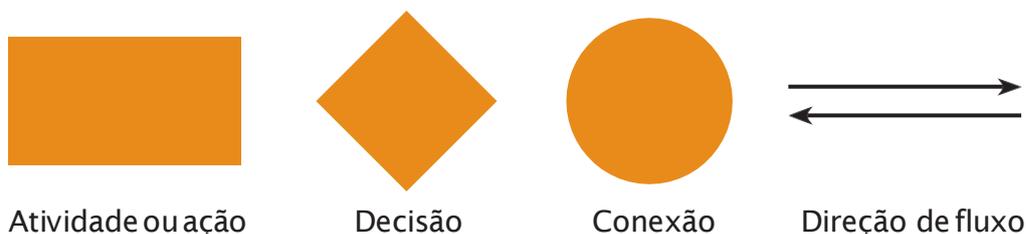
REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 930 de 10 de maio 2012.

Fluxograma

O fluxograma é a representação gráfica de um processo de trabalho, onde são descritas as ações e atividades inter-relacionadas que compõe esse processo. Um fluxograma é uma ferramenta de comunicação útil para identificar os componentes e o comportamento de um dado processo.

Para facilitar a comunicação, o fluxo é apresentado através de símbolos padronizados. Estes símbolos são usados numa sequência lógica construída a partir do próprio funcionamento do processo, garantindo assim, sua expressão de forma visual. Existem diversos tipos de fluxogramas e uma variedade de símbolos para representá-los. Para este trabalho foi escolhido o fluxograma matricial e os símbolos a seguir apresentados:



Fluxogramas da Linha da Criança:

1 . Fluxograma do Recém-Nascido até 28 dias

O fluxograma RN é composto de oito camadas, que representam as diferentes unidades de uma rede de atenção à saúde, envolvidas nesta linha de cuidado e descrevem as atividades que ocorrem em cada uma delas.

A parturiente dá entrada no sistema através do Pronto Atendimento ou de Unidade de Urgência e Emergência (1ª camada do fluxograma). As próximas quatro camadas representam o período de internação e o itinerário da mãe e do RN em ambiente hospitalar. Após alta hospitalar inicia-se o atendimento do RN na Unidade Básica de Saúde exclusivamente ou em acompanhamento paralelo entre a UBS e a Atenção Ambulatorial Especializada, através do Ambulatório de *Follow up* ou de Especialidades quando for necessário esse tipo de seguimento.

2 . Fluxograma da criança de 28 dias a três anos

O fluxograma da criança de 28 dias a três anos é composto de quatro camadas, que representam o atendimento da criança na rede. O atendimento da criança inicia-se na Unidade Básica de Saúde exclusivamente ou em acompanhamento paralelo entre a UBS e a Atenção Ambulatorial Especializada, através do Ambulatório de *Follow up* e de Especialidades quando for necessário esse tipo de seguimento.

Em caso de sinais e sintomas de perigo a criança pode ser encaminhada para a Unidade de Urgência e Emergência para instituir o tratamento de urgência necessário. A última camada se refere à atenção hospitalar nos casos de encaminhamento para internação e/ou cirurgia.

Em ambos os fluxogramas, vê-se a inserção do desenho de duas lupas indicando o efeito zoom sobre o paralelismo entre os acompanhamentos da Unidade básica e Atenção Especializada. O zoom tem o efeito de aproximar ou afastar um objeto, e utilizou-se esta metáfora para detalhar os processos que ocorrem de forma sistêmica no atendimento à criança.



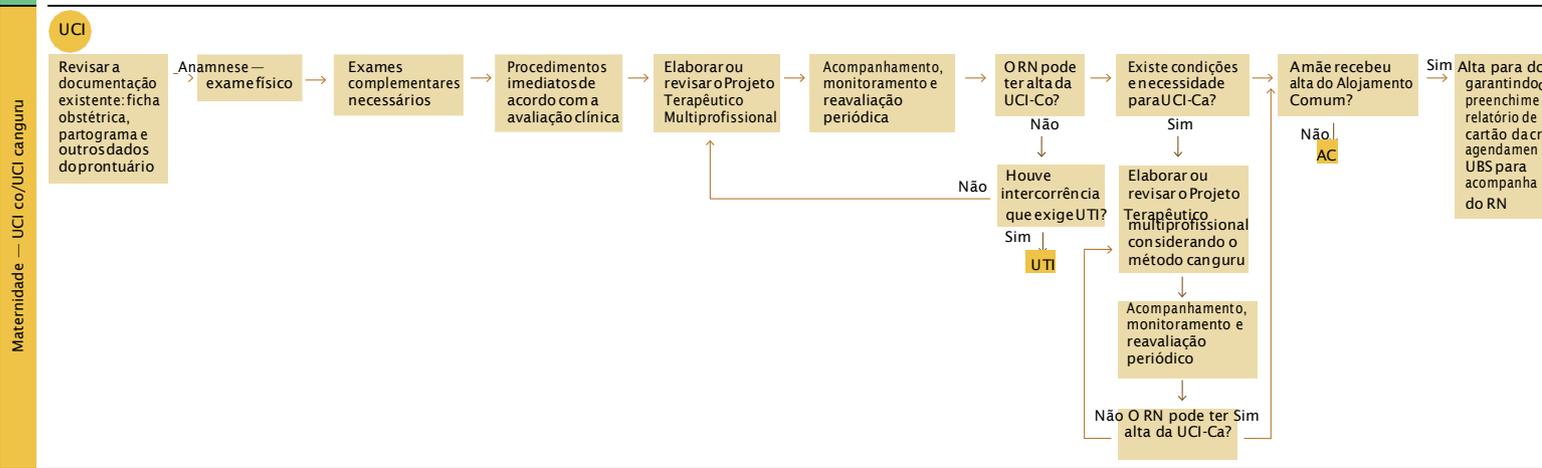
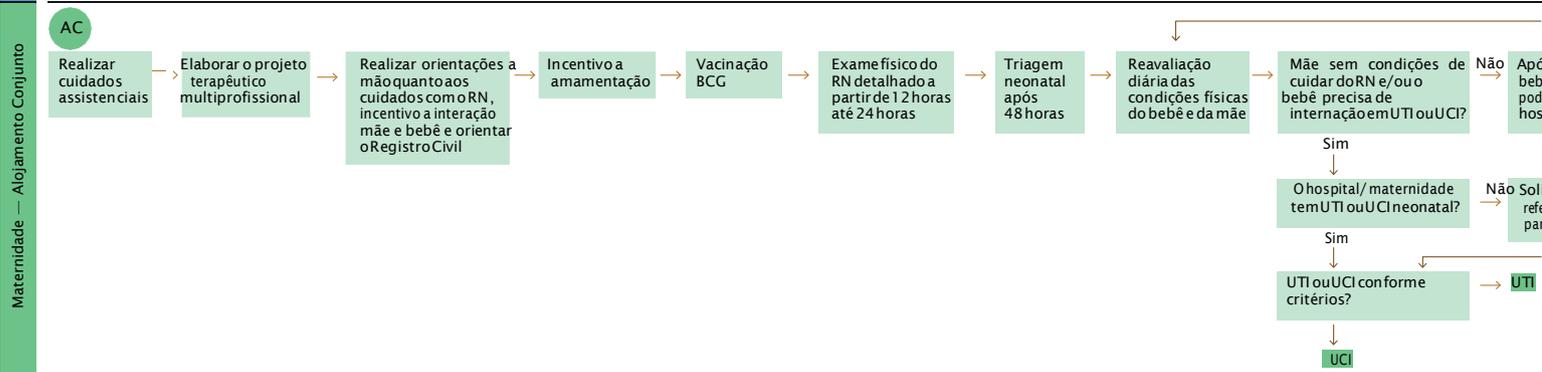
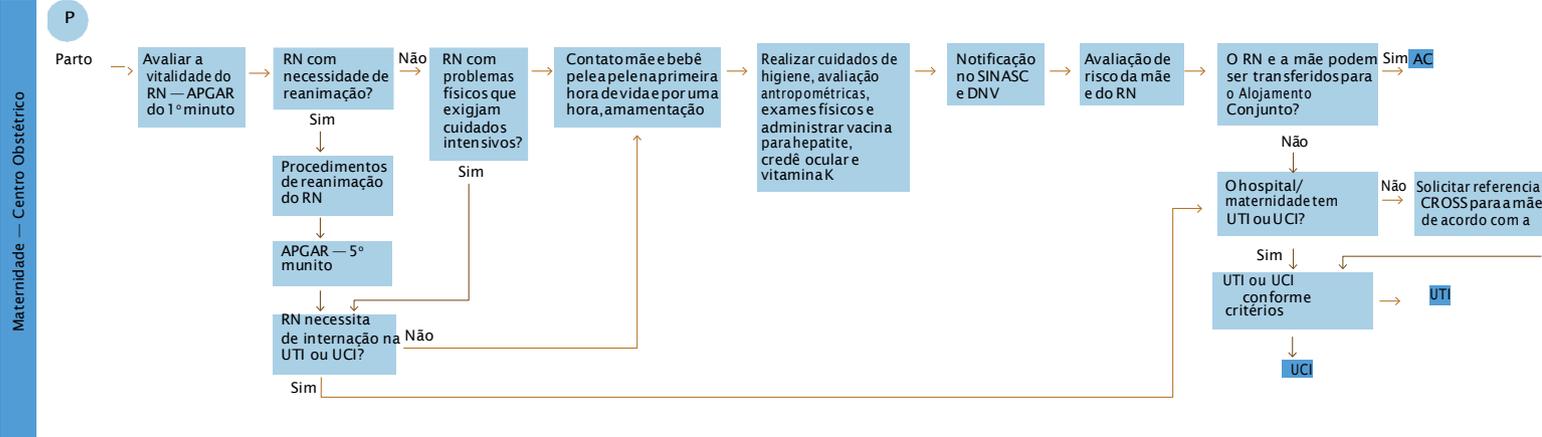
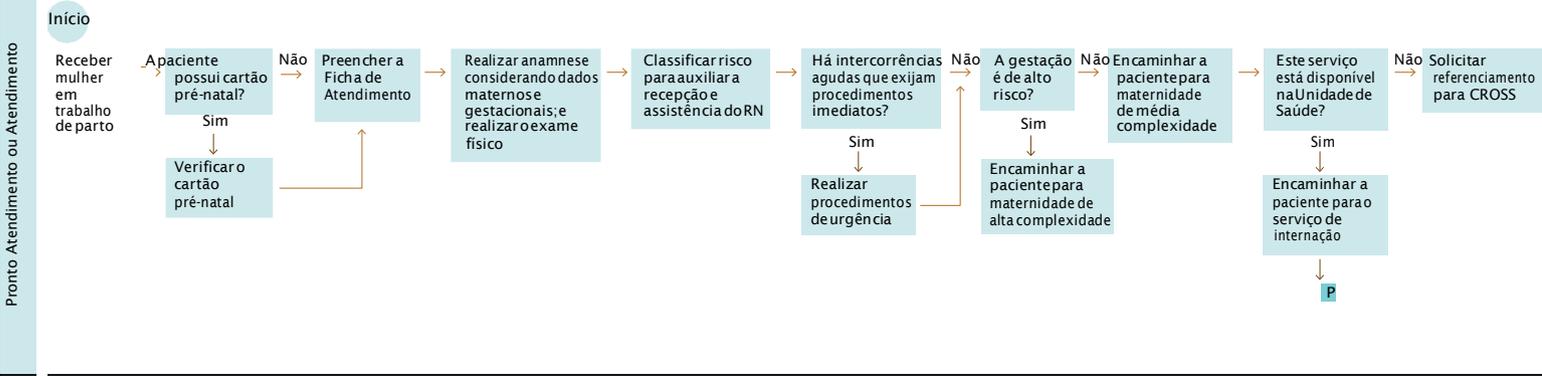
Este artifício tem por objetivo colocar em destaque que mesmo na necessidade de seguimentos específicos no Ambulatório de *Follow Up* ou Ambulatório de Especialidades, a assistência integral ao paciente deve ser assegurada pelo Projeto Terapêutico Individualizado compartilhado entre a UBS e a Atenção Especializada.

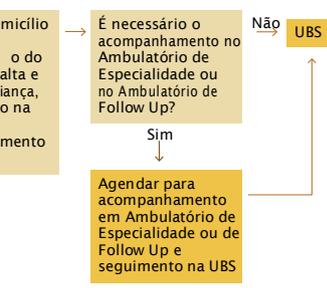
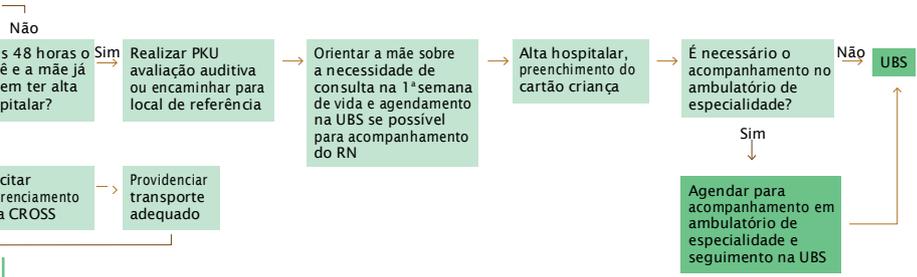
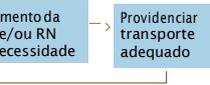
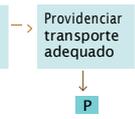
Nos casos de alta na Atenção Especializada, a criança permanece em atendimento na Unidade Básica de Saúde, responsável final pela coordenação da atenção e pelo gerenciamento do projeto terapêutico.

**TABELA SÍNTESE DO FLUXOGRAMA DO
RECÉM-NASCIDO ATÉ 28 DIAS**

LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA

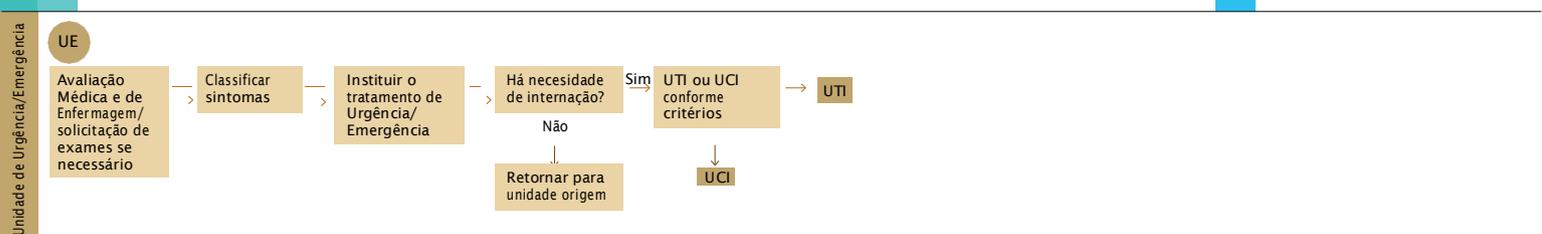
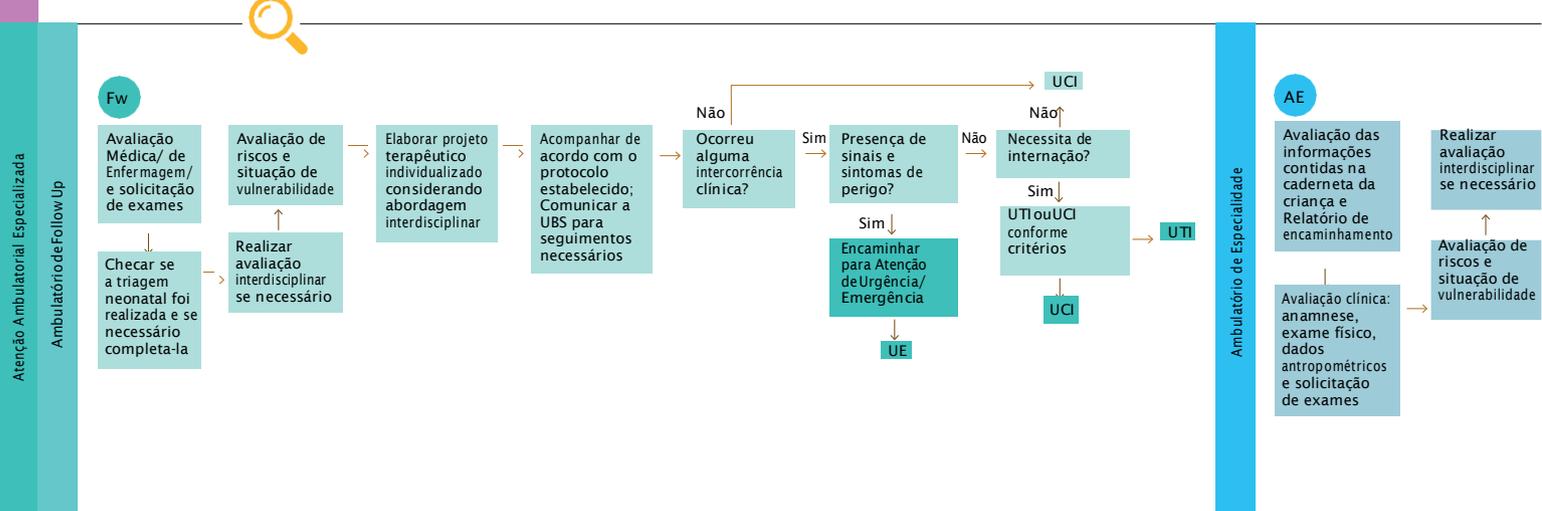
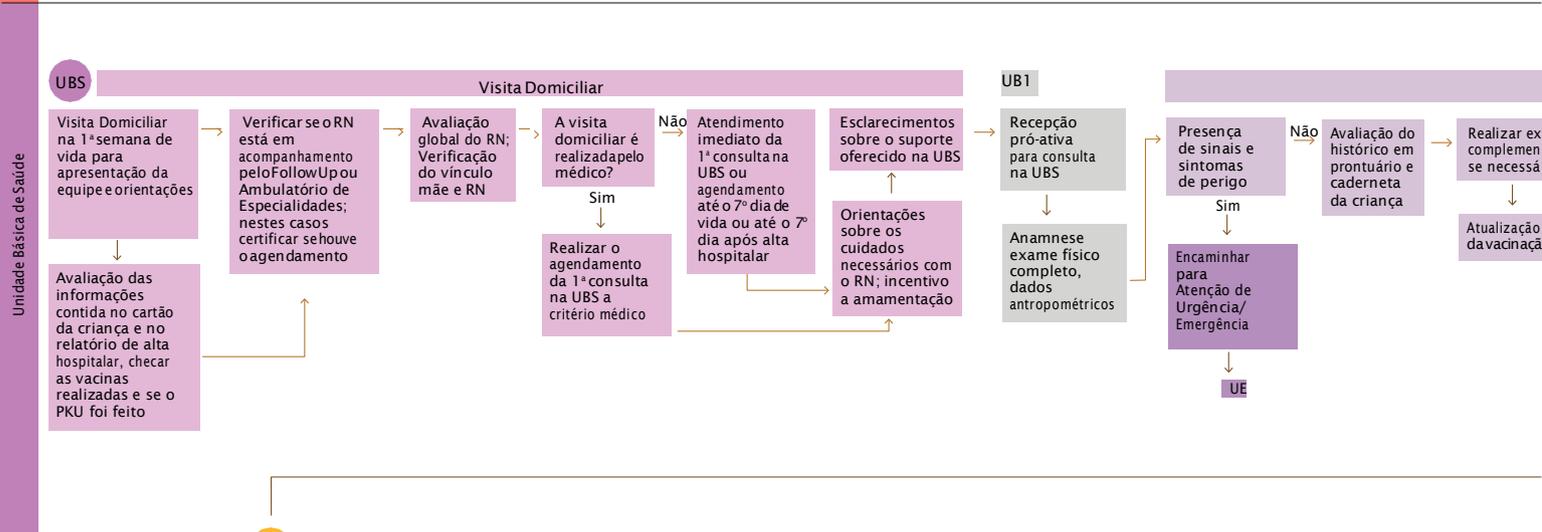
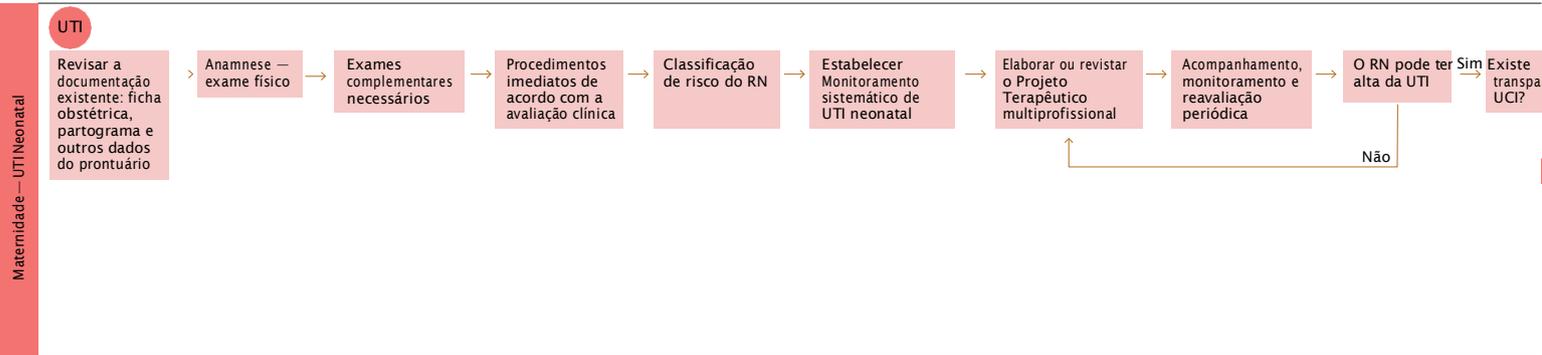
RN até 28 dias de vida

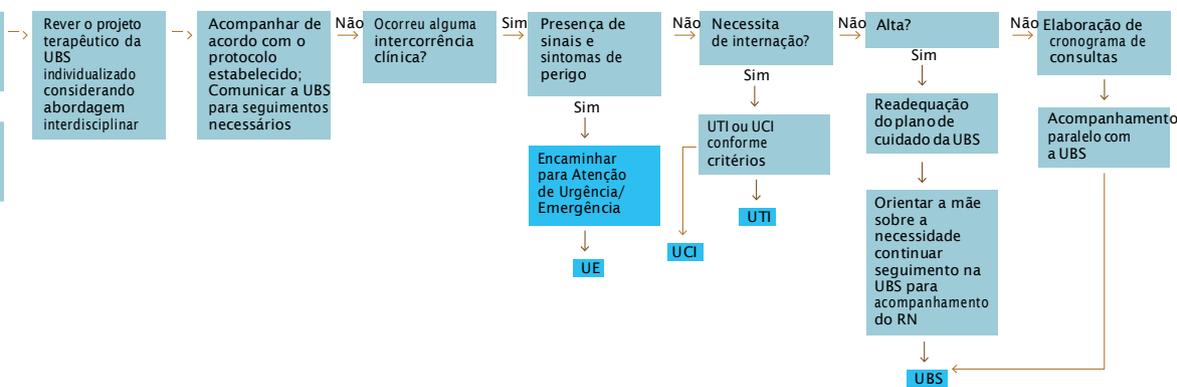
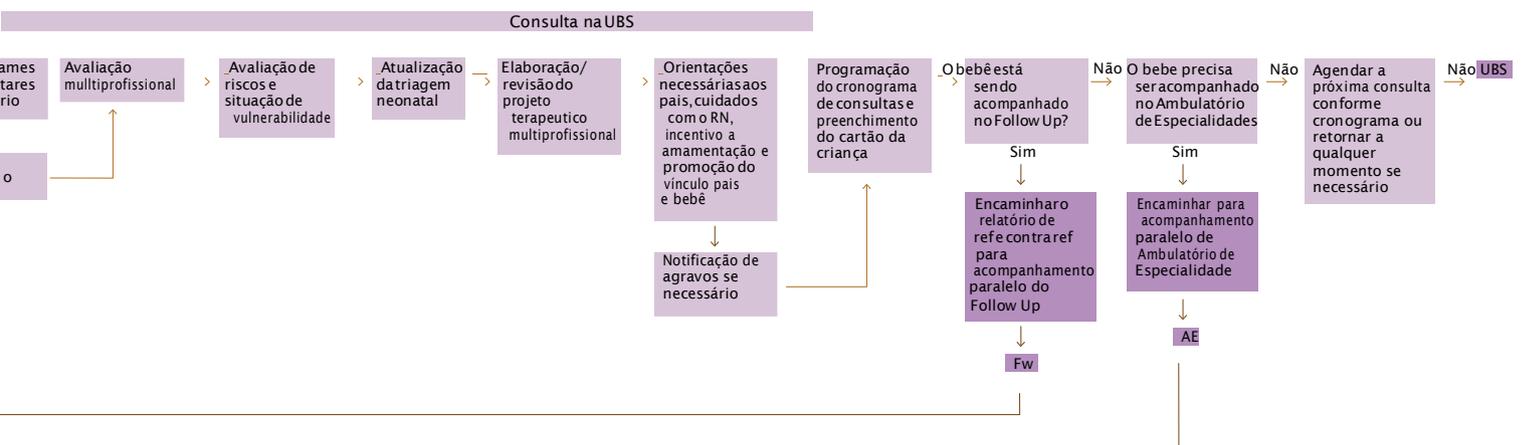
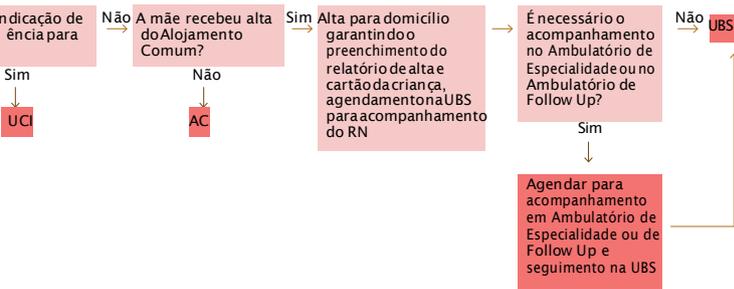




LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA

RN até 28 dias de vida





Linha de Cuidado do RN

Atenção Básica e Atenção Especializada: Realização de pré-natal de médio/alto risco conforme diretrizes da Linha de Cuidado da Gestante e Puérpera

Ações	Atividades	Apoio diagnóstico e terapêutico	Recursos
Centro Obstétrico			
Público alvo: RN normais ou com co-morbidades			
<p>Atendimento ao RN normal ou com co-morbidades</p>	<p>Antes do nascimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese com dados maternos e gestacionais e classificação de risco para a detecção antecipada de situações que podem auxiliar na recepção e assistência do RN • Identificar co-morbidades maternas e/ou do RN para o contato pele a pele logo após o nascimento <p>Após o parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do RN • Medidas visando controle térmico • Encaminhamento para procedimentos de recepção do RN ou para o contato pele a pele de acordo com o quadro clínico (avaliação da vitalidade) <p>RN NORMAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contato pele a pele imediatamente após o nascimento por pelo menos uma hora e iniciar o apoio ao aleitamento materno • Exame físico sumário e avaliação do índice de Apgar • Verificação da capacidade de sucção • Medidas antropométricas (PC, peso e comprimento) • Determinação da idade gestacional (Capurro, N. Ballard) (4) • Credê ocular e vitamina K • Imunização (vacina da hepatite B ou imunoglobulina de acordo com o caso) (13) • Preenchimento de dados neonatais referentes ao nascimento em formulário específico e na caderneta de saúde do RN • Notificação no SINASC e elaboração da DNV (17) • Permanência em berço aquecido, berço comum ou com a mãe até o momento de transferência para o alojamento conjunto. <p>RN DE RISCO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situações de risco: 	<p>Os serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal de referência devem dispor ou garantir o acesso em tempo integral aos seguintes serviços assistenciais, diagnósticos e terapêuticos: laboratório clínico e de anatomia patológica; serviço de ultrassonografia incluindo dopplerfluxometria, serviço de ecocardiografia; assistência hemoterápica e agência transfusional que realiza acima de 60 transfusões/mês; assistência clínica e cirúrgica geral, endocrinológica, cardiológica, nefrológica, neurológica; UTI e Banco de Leite.</p>	<p>Infraestrutura física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar a Resolução nº 50 – 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente <p>Recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicos ginecologistas-obstetras, pediatra/neonatologista, anestesista, enfermeiro, técnico de enfermagem. • Educação permanente e continuada para toda a equipe <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamentos para atendimento da mãe: estetoscópio, esfigmomanômetro, estetoscópio de Pinard, detector fetal, amnioscópio, cardiotocógrafo, instrumental para parto normal e parto vaginal operatório, incluindo fórceps, Kjeeland e Piper, tamanhos variados e vácuo extrator, bisturi elétrico, instrumental para histerectomia, material anestésico, oxímetro de pulso, bomba de infusão, monitor cardíaco, aspirador, mesa para parto cirúrgico, foco cirúrgico, material de emergência para reanimação • Equipamentos para atendimento imediato do RN: Clampeador de cordão, material para identificação da mãe e do bebê, balança de RN, estetoscópio, oxímetro de pulso, mesa de três faces com fonte de calor radiante, máscaras faciais para RN, material para aspiração, ventilação, intubação, cateterismo

<p>I — RN com necessidades de reanimação neonatal (3) segundo os critérios do Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria</p> <p>2 - RN com necessidade de cuidados especiais ao nascimento decorrentes de prematuridade e/ou outras co-morbidades detectadas previamente ou após o nascimento (25,26).</p> <p>• Para as situações 1 e 2 após a estabilização clínica, executar os mesmos cuidados do RN normal e avaliar a possibilidade ou não de contato pele a pele e encaminhar para UTIN/UCIN (9) (10)</p>	<p>umbilical, drenagem torácica e abdominal, plástico protetor para evitar perda de calor.</p>
<p>Medicamentos (27)</p>	

Alojamento conjunto

<p>Atendimento em alojamento conjunto ao RN normal proveniente do centro obstétrico ou de unidade de internação neonatal em alojamento conjunto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento da mãe e RN em alojamento conjunto • Avaliação clínica inicial e verificação se o caso se encaixa nos critérios estabelecidos para internação no alojamento conjunto • Identificação de riscos clínicos ou sociais • Elaboração do projeto terapêutico multiprofissional (8) • Acompanhamento das mães por profissionais da equipe capacitados (12) • Orientação à puérpera dos cuidados com o RN (banho, cuidados com o coto umbilical, vestuário) • Monitoramento do RN incluindo dados vitais, controle de peso controle de glicemia para RN PIG e GIG (risco de hiperinsulinismo) • Realização de exame físico detalhado com 12/24 horas de vida constituído de avaliação geral, avaliação nutricional, sinais vitais, estado geral e exame físico específico (2) • Reavaliação do exame físico diariamente do RN até alta hospitalar ou com maior frequência, se necessário. • Vacinação BCG-ID se disponível na unidade (13) • Solicitação de exames complementares se necessário (28) • Realização da triagem neonatal (19) • Preenchimento da caderneta do RN 	<p>Os serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, independente da sua complexidade devem dispor ou garantir o acesso em tempo integral aos seguintes serviços assistenciais, diagnósticos e terapêuticos: laboratório clínico (28) e de anatomia patológica; serviço de ultrassonografia incluindo dopplerfluxometria, serviço de ecocardiografia; assistência hemoterápica e agência transfusional que realiza acima de 60 transfusões/mês; assistência clínica e cirúrgica geral, endocrinológica, cardiológica, nefrológica, neurológica; UTI e Banco de Leite.</p>	<p>Infraestrutura física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar a Resolução nº 50 — 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente. <p>Recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de equipe multiprofissional dimensionada de acordo com o número de leitos e capacitada para o atendimento da puérpera e do RN de baixo risco • Educação permanente e continuada para toda a equipe. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamentos básicos para o atendimento da mãe e do bebê de baixa complexidade, bandeja com termômetro, material de higiene e curativo umbilical individualizado, estetoscópios, balança para RN, régua antropométrica e fita métrica, aparelho de fototerapia, oftalmoscópio, aspirador com manômetro e oxigênio em cada quarto, glicosímetro, camas hospitalares e berços que propiciem a implantação do método
---	---	---	---

- Registro civil sempre que possível
- Alta hospitalar entre 48 e 72 horas
- Agendamento da primeira consulta na UBS sempre que possível ou orientação da mãe para que compareça à UBS logo após a alta (17)
- Agendamento de consultas em ambulatório de especialidades quando indicado (17,22)
- Comunicação de alta para a Secretaria de Saúde do município de origem da mãe. (17)

canguru, materiais e equipamentos básicos para o atendimento de enfermagem, carrinho de emergência completo.

- Medicamentos (27)

Unidade de terapia intensiva neonatal de acordo com a portaria do Ministério da Saúde, nº 930, de 10 de maio de 2012, tipos II e III
UTIN/ UCIN (9, 10)

<p>Atendimento do RN proveniente do Centro Obstétrico, alojamento conjunto, internação externa ou reinternação em UTIN/UCIN</p>	<p>Admissão do paciente na unidade de internação neonatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro do RN dentro do hospital • Avaliação do RN e de acordo com a gravidade do caso (25, 26) e seu peso, determinação do tipo de acomodação, se UTIN tipo II ou III, ou UCIN Co (Convencional), ou UCIN Ca (Canguru). • Comunicar a equipe de enfermagem responsável para que seja providenciado o tipo de leito (berço comum, incubadora, berço aquecido ou sistema canguru para mãe e filho) compatível com o paciente. • Preenchimento da AIH e abertura do prontuário • Verificação dos dados neonatais em formulário inicialmente preenchido pelo Centro Obstétrico ou preencher a ficha no caso de RN externos ou reinternação, com os dados de história materna e departamento. • Higienização das mãos antes e após os exames de cada criança, com utilização de luvas no caso de precaução de contato. • Avaliação clínica completa com exame físico e neurológico (2), documentado no prontuário ou formulário próprio da unidade. • Verificação da disponibilidade de materiais e equipamentos necessários para a avaliação médica • Elaboração do plano terapêutico multidisciplinar (8) de acordo 	<p>A UTIN/UCIN deve garantir o acesso aos seguintes serviços e exames à beira do leito prestados por meios próprios ou por serviços terceirados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência nutricional; terapia nutricional enteral e parenteral; assistência farmacêutica; assistência psicológica; assistência clínica nas seguintes especialidades médicas: vascular e cardiovascular, neurológica, ortopédica, urológica, gastroenterológica, nefrológica, incluindo diálise, hematológica, hemoterápica, oftalmológica, otorrinolaringológica, endocrinológica, infectologia, cirurgia pediátrica; serviço de laboratório clínico (28), incluindo microbiologia e hemogasometria por 24 horas; serviço de radiologia convencional/móvel; serviço de ultrassonografia portátil; serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; serviço de fibrobroncoscopia; serviço de diagnóstico e notificação compulsória de morte encefálica; serviço de eletroencefalografia; <p>Deve ainda ser garantido o acesso no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutico: cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia ortopédica; cirurgia urológica; ressonância magnética; tomografia computadorizada;</p>	<p>Infraestrutura física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar a Resolução nº 50 – 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente. <p>Recursos humanos (portaria nº 930, 10/05/12 – MS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos para UTIN tipo II: um médico habilitado em neonatologia/pediatra responsável, um neonatologista/pediatra com jornada horizontal para cada 10 leitos ou fração, um neonatologista/pediatra plantonista para cada 10 leitos ou fração em cada turno, um enfermeiro coordenador com jornada horizontal de 8 h/dia com habilitação em neonatologia/terapia intensiva neonatal ou pediátrica, um enfermeiro assistencial para cada 10 leitos ou fração por turno, um fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração por turno, um fisioterapeuta coordenador com especialização em pediatria/neonatologia com jornada horizontal de 8h/dia, em cada turno, um fonoaudiólogo disponível para a unidade, um funcionário exclusivo para a
---	---	---	---

<p>Atendimento do RN proveniente do Centro Obstétrico, alojamento conjunto, internação externa ou reinternação em UTIN/UCIN</p>	<p>com as hipóteses diagnósticas, solicitação de exames subsidiários (28), de acordo com os protocolos assistenciais do serviço.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica em folha própria de acordo com o plano terapêutico, contendo o tipo de acomodação (UTIN/UCIN), tipo de leito, tipo de monitorização (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, monitor de PA), uso de sonda para alimentação (SOG, SNG, SNJ, gastrostomia, etc), tipo de assistência respiratória • Prescrição de jejum ou dieta de acordo com o caso: especificar o tipo de leite e o volume, anotando o aporte total oferecido por dia e as calorias • Prescrever se necessário, o soro/NPP, anotando o volume e a taxa de infusão de glicose (TIG), aporte oferecido de eletrólitos, concentração de glicose • Garantir o acesso venoso (veia umbilical/PICC/venoclise) • Medicamentos via oral, endovenosas e intramusculares devem ter a dose e o dia de tratamento descrito ao lado (27) • Controle da fita glicêmica para os pacientes de risco e que estejam em soluções endovenosas • Controle de diurese, densidade urinária e glicosúria • Controle de PA e peso com frequência de acordo com o caso • Verificação da necessidade de fisioterapia ou fonoaudiologia • Após estabilização do paciente, o médico deverá realizar o acolhimento da família com informações sobre o estado clínico, dispositivos e planejamento de atendimento da criança (31) <p>Avaliação clínica periódica de acordo com o caso e reavaliação do plano terapêutico sempre que necessário (8)</p> <p>Garantia da presença da mãe e familiares (após triagem) durante todo o período de internação com as devidas informações e orientações (31)</p> <p>Atualização da vacinação e realização da triagem neonatal se necessário (13,19)</p> <p>Instauração de cuidados paliati-</p>	<p>da; anatomia patológica; agência transfusional 24 horas; banco de leite, assistência clínica de genética</p>	<p>limpeza a cada turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos para UTIN tipo III Além do descrito para UTIN tipo II, no mínimo 50% (cinquenta por cento) dos plantonistas devem ter certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica; - enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo 5 (cinco) anos de experiência profissional comprovada de atuação na área; 1 (um) enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 (cinco) leitos ou fração; coordenador de fisioterapia com título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave; • Recursos humanos para UCIN: um médico responsável técnico habilitado em neonatologia/, um médico preferencialmente habilitado em neonatologia/ pediatria com jornada horizontal para cada 15 leitos ou fração em cada turno, um neonatologista/ pediatra plantonista para cada 15 leitos ou fração em cada turno, um enfermeiro coordenador preferencialmente habilitado em neonatologia, um enfermeiro assistencial para cada 15 leitos ou fração em cada turno, um técnico de enfermagem para cada 5 leitos em cada turno, um fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno, um fonoaudiólogo disponível para a unidade, um funcionário responsável pela limpeza em cada turno • Educação permanente e continuada para toda a equipe <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamentos necessários na UTIN tipo II: material e equipamento para reanimação, monitor contínuo de beira de leito (FC, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, FR e temperatura, ventilador pulmonar mecânico microprocessado, ventilador pulmonar específico para transporte,
---	--	---	--

vos, se necessário

Planejamento multiprofissional da alta da unidade considerando o conceito de cuidados progressivos. Em RN internados na UCIN convencional, considerara possibilidade de UCIN canguru (11, 31)

Preenchimento do prontuário e do relatório de encaminhamento no caso de transferência para outra unidade de internação (17) o e acompanhamento do transporte do RN (24) se necessário

Elaboração de relatório de alta, preenchimento da caderneta do RN e agendamento de consulta na UBS/Ambulatório de Follow up (7, 22) no caso de alta hospitalar

equipamento para infusão contínua e controlada de fluídos, conjunto de nebulização, em máscara, conjunto padronizado de beira de leito (estetoscópio, estadiômetro ou fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório, bandejas com material para todos os procedimentos segundo protocolo da unidade, eletrocardiógrafo portátil, materiais e equipamentos para monitorização de pressão arterial invasiva, oftalmoscópio e otoscópio, material para glicemia capilar, , pontos de oxigênio e ar comprimido com valvular reguladoras de pressão e pontos de vácuo, equipamento para ventilação pulmonar não invasiva, materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva, fototerapia, capacete/ capuz e tenda para oxigenioterapia, incubadora de parede dupla, incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluídos, cilindro transportável de oxigênio, balança eletrônica, poltronas removíveis, refrigerador para medicamentos, materiais para aspiração traqueal aberto e fechado

- Equipamentos necessários para a UTIN tipo III
Além do descrito para a UTIN tipo II, bombas de infusão: 4 (quatro) por leito ou fração; e ventilador mecânico microprocessado: 1 (um) para cada leito.

- Equipamentos necessários na UCIN: berço de calor radiante, incubadoras simples, berços de acrílico, monitor multiparâmetros – 1 para cada 5 leitos, ressuscitador manual, capacetes/ capuz para oxigênio, termômetros, estetoscópios individuais, esfigmomanômetro, otoscópio e oftalmoscópio, material e equipamento para reanimação, conjunto de nebulizador e máscara, aspirador portátil, bomba de infusão, aparelhos de fototerapia, balança eletrônica, negatoscópio, relógios e calendários de parede, poltronas removíveis impermeáveis. Se a unidade

não fizer parte de uma unidade com UTIN, deverá também contar com: ventilador pulmonar micro-processado, bandejas para procedimentos segundo protocolos da unidade, incubadora de transporte com oxigênio e ar comprimido, equipamento para ventilação pulmonar não invasiva, materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva.

- A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo

- Medicamentos (27)

Atenção básica

Atendimento do RN na UBS, pós alta hospitalar com ou sem acompanhamento paralelo na atenção especializada (22)

Busca ativa através de visita domiciliar (17) ou acolhimento na UBS na primeira semana de vida (para os RN de risco, esse contato deverá ocorrer até o 3º dia após a alta)

- Apresentação da equipe de saúde para estabelecimento de vínculo das famílias com os serviços de saúde
- Avaliação dos relatórios de alta da mãe e do RN e das informações contidas na caderneta do RN
- Avaliação das condições gerais do RN
- Observação das relações familiares e identificação de riscos e sinais de depressão puerperal
- Suporte emocional e estímulo ao desenvolvimento da parentalidade
- Identificação de vulnerabilidades sócio-econômicas
- Orientações sobre higiene, cuidados com o coto umbilical e outros cuidados necessários, de acordo com o caso.
- Verificação da técnica de amamentação e estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (12)
- Orientações aos pais para prevenção de acidentes e identificação de sinais de perigo à saúde da criança (5, 20)
- Agendamento da primeira consulta médica na UBS ainda na primeira semana de vida (exceto nos casos onde o médico

A UBS deve dispor ou garantir o acesso a serviços de laboratório clínico e exames de imagem ambulatoriais de baixa complexidade (28). Na necessidade de serviços de apoio diagnóstico ou terapêutico mais complexo ou urgente, o RN deverá ser encaminhado para o serviço de urgência/emergência ou para internação hospitalar.

Infraestrutura física:

- Considerar a Resolução nº 50 – 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente.

Recursos humanos:

- Equipe técnica básica constituída minimamente de médico pediatra ou médico de família, enfermeiro e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, no caso de ESF. Equipe preferencialmente ampliada pela presença de suporte multiprofissional local, que possa atender a demandas específicas de acordo com cada caso e dimensionada de acordo com a cobertura esperada para cada unidade.
- Na falta da equipe ampliada, considerar a possibilidade de matriciamento pela atenção especializada, qualificando e ampliando a resolatividade da equipe da UBS.
- Educação permanente e continuada para toda a equipe

está presente na visita e realiza a avaliação clínica completa. Nesse caso, o agendamento da primeira consulta na UBS será feito a critério médico)

Primeira consulta na UBS até o 7º dia de vida ou pós-alta no caso de RN de risco que permaneceram internados:

- Avaliação do relatório de alta, da caderneta do RN e das observações na visita domiciliar ou no acolhimento inicial.
- Medidas antropométricas
- Anamnese, exame físico completo inclusive com exame neurológico, solicitação de exames se necessário (28) e elaboração de hipóteses diagnósticas.
- Avaliação de risco e vulnerabilidades
- Elaboração do projeto terapêutico multiprofissional (8), com enfoque familiar, levando em consideração as orientações da atenção especializada, no caso de RN em seguimento no ambulatório de follow up (7)
- Orientação dos pais em relação à administração de medicamentos
- Reforço às orientações sobre os cuidados com o bebê, aleitamento, prevenção de acidentes (12, 20)
- Atualização vacinal e complementação da triagem neonatal, se necessário (13, 19)
- Elaboração de cronograma de retornos, procurando compatibilizar com o calendário vacinal e agendamento da próxima consulta (18)
- Checagem do cronograma de retornos no follow up, se for o caso
- Encaminhamento para acompanhamento paralelo (22) na atenção especializada, se necessário, com a elaboração de relatório de referência e contra-referência.
- Anotação na caderneta do RN

Acolhimento do RN a qualquer momento, independente de consulta agendada:

- Recepção pró-ativa
- Avaliação da queixa da mãe
- Avaliação geral do RN, identi-

Materiais:

• Equipamentos básicos para o atendimento do bebê de baixa complexidade, ressaltando: termômetro, material de higiene e curativo umbilical, estetoscópios, balança para RN, régua antropométrica e fita métrica, , materiais e equipamentos básicos para o atendimento de enfermagem, carrinho de emergência completo

- Medicamentos (27, 30)

cação de sinais de perigo (5) e atendimento das demandas da mãe, se relacionadas à orientações, dúvidas, informações gerais

- Encaminhamento para consulta médica, se necessário, imediata ou agendada.
- Não havendo disponibilidade de consulta médica imediata e na presença de sinais de perigo, encaminhamento imediato para a unidade de urgência/emergência, com relatório de encaminhamento que contenha, além da queixa atual, um sumário do histórico clínico do RN (17)

Atenção ambulatorial especializada

<p>Atendimento do RN na atenção especializada:</p> <p>1 — em uma ou mais especialidades por solicitação da UBS</p> <p>2 — no Ambulatório de follow up (7)</p> <p>OBS: Em todas as situações, deverá ocorrer o acompanhamento paralelo com a UBS (22) na atenção ambulatorial especializada</p>	<p>Atendimento ambulatorial especializado solicitado pela UBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do relatório de referência-contrareferência da UBS e da caderneta do RN • Avaliação clínica do médico e da equipe multiprofissional se for o caso • Solicitação de exames, se necessário (27) • Elaboração de hipóteses diagnósticas e revisão do plano de cuidado (8) • Elaboração de relatório de referência e contra-referência para a UBS com a elaboração de cronograma de retornos ou alta da atenção especializada de acordo com o caso • No caso de acompanhamento continuado pela atenção especializada, emissão de relatórios periódicos para a UBS, preenchimento sistemático da caderneta do RN e notificação da UBS na falta do RN à consulta agendada, para busca ativa (17) <p>Ambulatório de <i>follow up</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do relatório de alta hospitalar e da caderneta do RN • Medidas antropométricas • Anamnese, exame físico completo inclusive com exame neurológico, solicitação de exames se necessário e elaboração de hipóteses diagnósticas (2) • Avaliação de risco e vulnerabilidades • Elaboração do projeto tera- 	<p>O ambulatório de especialidades, além dos especialistas médicos e da equipe multiprofissional, deve garantir o acesso no próprio estabelecimento ou em outro com acesso formalizado ao laboratório clínico, exames de imagem e outros exames especializados, de acordo com o caso (28)</p>	<p>Infraestrutura física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar a Resolução nº 50 — 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente <p>Recursos humanos de acordo com a Portaria MS 1.683 de 12 de julho de 2007:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para o ambulatório de follow up (7): Equipe técnica multiprofissional constituída de pediatra/neonataologista, oftalmologista, neurologista, acesso a outros especialistas médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista clínico • No ambulatório de especialidades, são necessários os mesmos profissionais acima, distribuídos em diferentes serviços ou unidades, de acordo com a organização da atenção ambulatorial especializada em cada município.
--	---	---	--

pêutico multiprofissional, com enfoque familiar (8)

- Orientação dos pais em relação à administração de medicamentos
- Reforço às orientações sobre os cuidados com o bebê, aleitamento, prevenção de acidentes (12, 20)
- Elaboração de cronograma de retornos e agendamento da próxima consulta
- Encaminhamento para acompanhamento paralelo no ambulatório de especialidades, se necessário, com a elaboração de relatório de referência-contrareferência, permanecendo como responsável pelo gerenciamento do plano de cuidado
- Checagem do cronograma de retornos na UBS para acompanhamento paralelo (22)
- Checagem da situação vacinal (13)
- Emissão de relatórios periódicos para a UBS
- Anotação na caderneta do RN
- Se identificados sinais de perigo (5), avaliar a necessidade de encaminhamento para a unidade de urgência/emergência ou internação com relatório de referência e contra-referência, se necessário.

- Educação permanente e continuada para toda a equipe.

Materiais:

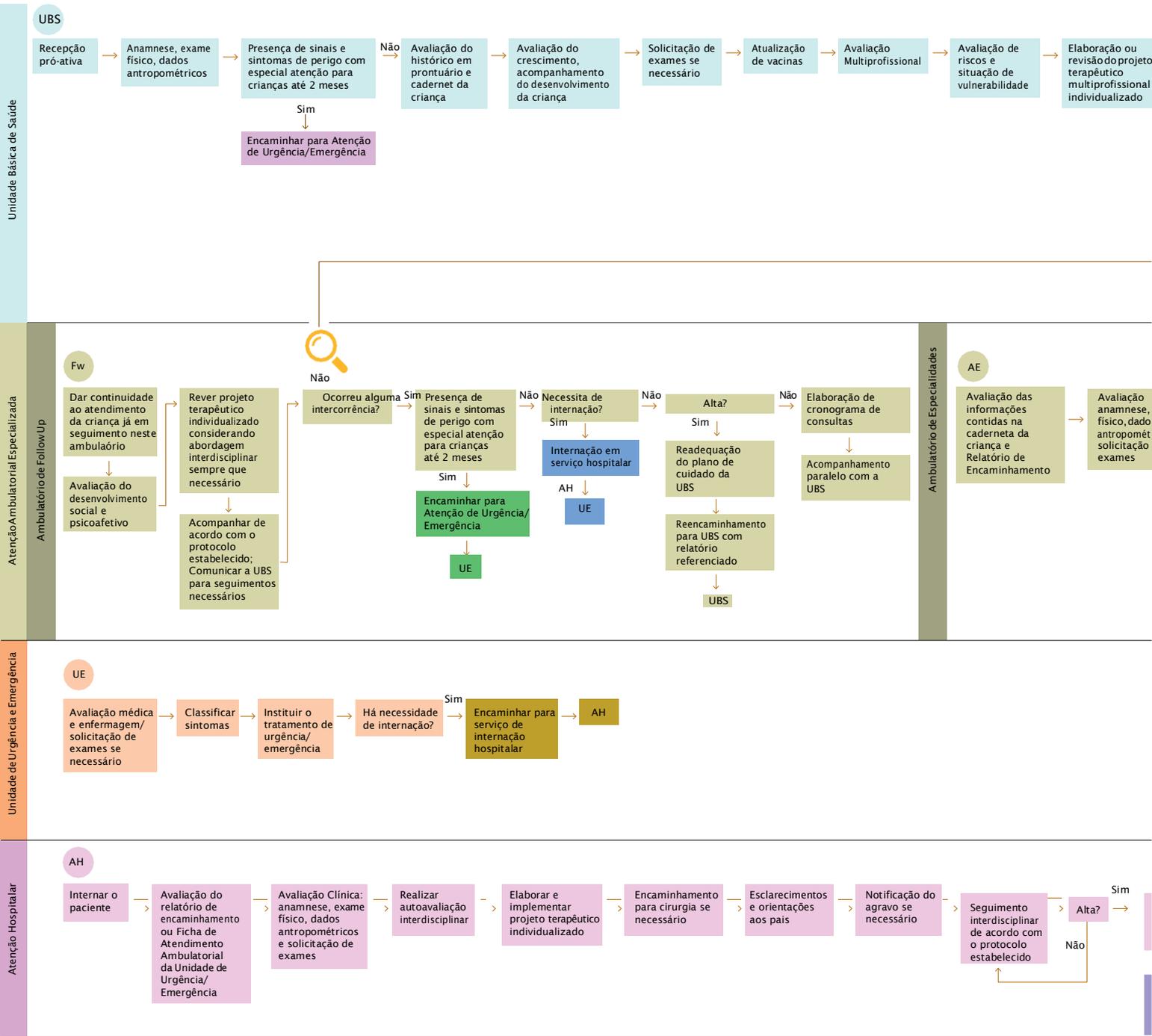
- Equipamentos básicos para o atendimento da do bebê, ressaltando: esfigmomanômetros, termômetros, estetoscópios, equipamentos para realização das medidas antropométricas, materiais e equipamentos básicos para o atendimento de enfermagem, carrinho de emergência completo; outros equipamentos poderão ser necessários, de acordo com a especialidade.

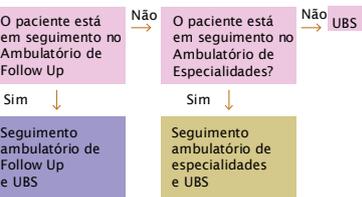
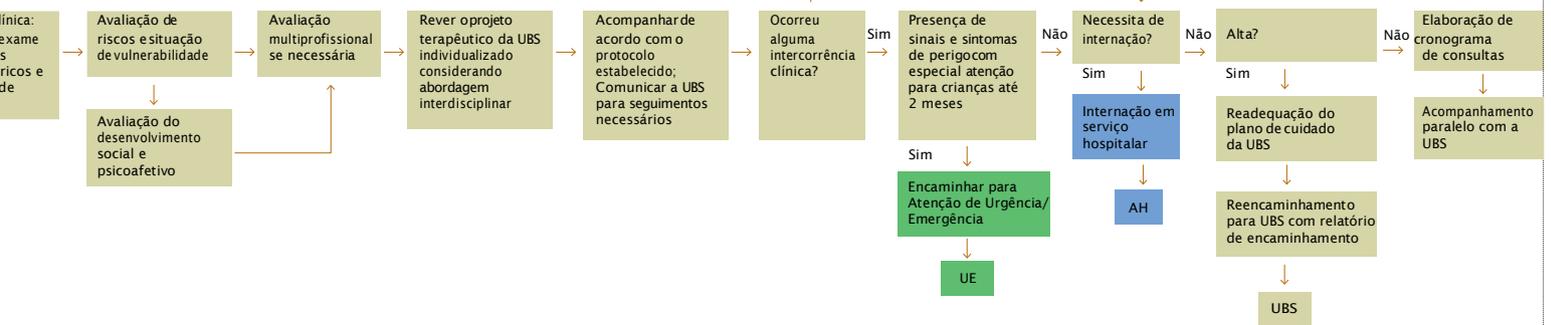
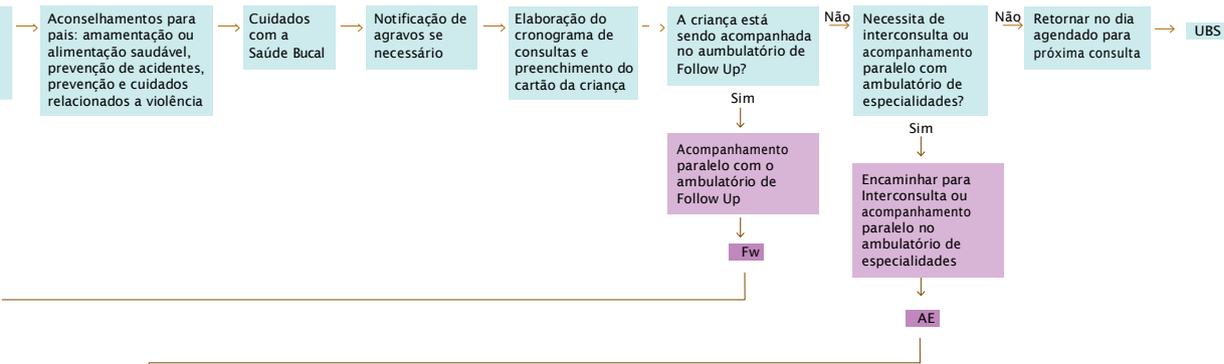
- Medicamentos (27, 30)

FLUXOGRAMA DA CRIANÇA DE 28 DIAS A 3 ANOS

LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA

Criança de 28 dias a 3 anos





Linha de Cuidado da Criança de 28 dias a 3 anos

Ações	Atividades	Apoio diagnóstico e terapêutico	Recursos
Atenção Básica			
<p>Atendimento de crianças de 28 dias a 3 anos</p>	<p>Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção na unidade de saúde ou na comunidade, com enfoque interdisciplinar e intersetorial.</p> <p>Busca ativa de crianças egressas de internações hospitalares ou de faltosos nas consultas agendadas ou com esquema vacinal desatualizado através de visitas domiciliares ou outros meios disponíveis (17)</p> <p>Atendimento à demanda espontânea por atendimento não agendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepção pró-ativa com identificação da queixa principal • Avaliação das informações do prontuário ou abertura do mesmo, se ainda não possuir • Avaliação clínica geral (29) • Avaliação da presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde da criança • Identificação de sinais e sintomas de perigo, especialmente nas crianças até 2 meses de idade que apresentam um risco alto de adoecimento e morte em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves (5,6). • Tomada de decisão frente aos achados: <ol style="list-style-type: none"> 1 — encaminhamento para o serviço de urgência/emergência ou 2 — avaliação médica imediata na UBS ou 3 — orientação materna com agendamento de consulta médica ou retorno dentro do cronograma de consultas de rotina (18) <p>Retorno agendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da caderneta da criança • Anamnese e exame físico (29) • Medidas antropométricas e avaliação da curva de crescimento (15) • Acompanhamento do desenvolvimento (16) • Solicitação de exames se necessário (28) 	<ul style="list-style-type: none"> • A UBS deve dispor ou garantir o acesso a serviços de laboratório clínico e exames de imagem ambulatoriais de baixa complexidade (28). Na necessidade de serviços de apoio diagnóstico ou terapêutico mais complexos ou urgentes, a criança deverá ser encaminhada para o serviço de urgência/emergência ou para internação hospitalar 	<p>Infraestrutura física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar a Resolução nº 50 — 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente. <p>Recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipe técnica básica constituída minimamente de médico pediatra, médicos de saúde da família, enfermeiro e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, no caso de ESF. Equipe preferencialmente ampliada pela presença de suporte multiprofissional local, que possa atender a demandas específicas de acordo com cada caso e dimensionada de acordo com a cobertura esperada para cada unidade • Na falta da equipe ampliada, considerar a possibilidade de matriciamento pela atenção especializada, qualificando e ampliando a resolutividade da equipe da UBS • Educação permanente e continuada para toda a equipe <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamentos básicos para o atendimento da criança de baixa complexidade, ressaltando: materiais educativos, termômetros, estetoscópios, esfigmomanômetros, balança, régua antropométrica e fita métrica, materiais e equipamentos básicos para o atendimento de enfermagem, carrinho de emergência completo • Medicamentos (30)

- Avaliação multiprofissional, se necessário
- Avaliação de risco e vulnerabilidade à saúde da criança
- Elaboração e implantação de projeto terapêutico multiprofissional com enfoque familiar (8)
- Atualização vacinal (13)
- Reforço do aleitamento exclusivo até o 6º mês, orientação sobre a introdução de outros alimentos a partir dessa data e atividades educativas relacionadas à alimentação saudável (12, 21)
- Cuidados com a saúde bucal (14)
- Orientações sobre prevenção de acidentes e situações de violência (20, 23)
- Orientação aos pais sobre o uso de medicamentos orais e sintomáticos
- Elaboração de cronograma de consultas compatível com o calendário vacinal e de acordo com o caso (18)
- Na criança de risco, notificação no sistema de vigilância da unidade, se houver, para monitoramento da adesão ao plano de cuidado, com visitas domiciliares, se necessário (17)
- Notificação de agravos nos sistemas de vigilância municipais (17)
- Revisão periódica do plano de cuidado (8)
- Preenchimento da caderneta da criança
- Encaminhamento para a atenção especializada, se necessário, com a elaboração de relatório de referência e contra-referência, mantendo o acompanhamento paralelo na atenção básica (22)
- Nas crianças com seguimento no ambulatório de follow up, contato periódico através de relatórios de referência e contra-referência (7, 22)
- Encaminhamento para a unidade de urgência/emergência caso sejam detectados sinais ou sintomas de perigo, com relatório de referência e contra-referência (5,6)

Ações	Atividades	Apoio diagnóstico e terapêutico	Recursos
Atenção de urgência/emergência			
Atendimento de crianças de 28 dias a 3 anos	<p>Recepção da criança com identificação da queixa principal</p> <p>Avaliação do relatório de encaminhamento, se paciente referenciado.</p> <p>Anamnese sumária com identificação da queixa principal, antecedentes pessoais, medicações em uso.</p> <p>Situações de Emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento para atendimento médico imediato para estabilização do quadro clínico • Cadastramento e anamnese e exame físico mais detalhado após a estabilização clínica • Solicitação de exames (28) • Hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais • Realização dos procedimentos necessários de modo a evitar novo agravamento do quadro • Avaliações seqüenciais e frequentes para monitoramento e alterações do plano terapêutico, se necessário • Utilização de todos os recursos tecnológicos da unidade antes da decisão pela remoção e, se necessário, transferência para unidade de internação com relatório de referência e contra-referência • No caso de remoção, checagem da estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica como condição para a decisão da transferência • Garantia da vaga através de contato prévio com a unidade receptora antes da liberação da criança • Definição do tipo de transporte necessário • Checagem de todas as condições logísticas do transporte • Acompanhamento médico durante o transporte • Responsabilização pelo paciente perante a unidade receptora • Informações claras, orientação e suporte emocional para a mãe e familiares durante todo o processo de atendimento à criança (31) • Documentação do atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • O apoio diagnóstico e terapêutico necessário depende do tipo de unidade e seu grau de complexidade (pronto atendimento, pronto socorro isolado ou pronto socorro integrado a uma unidade hospitalar). Consideramos como suporte diagnóstico mínimo a presença de laboratório clínico capaz de processar exames bioquímicos e hematológicos, gasometria, análise da urina, análise do liquor e exames radiográficos (28) • Na necessidade de procedimentos transfusionais e/ou de exames mais complexos e/ou não disponíveis na unidade, a criança deverá ser referenciada para outra unidade de maior complexidade ou para internação hospitalar. 	<p>Considerar as seguintes legislações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolução nº 50 — 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente • Portaria 1020 — 13/05/2009 do MS que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. • Medicamentos (30)

na ficha de atendimento

- Em caso de óbito, realizar os procedimentos segundo protocolo da unidade

Situações de Urgência:

- Elaboração da ficha de atendimento ambulatorial
- Classificação de risco
- Anamnese e exame físico (29)
- Solicitação de exames (28)
- Hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais
- Realização dos procedimentos necessários de acordo com o quadro clínico
- Observação por um período variável de tempo, se necessário
- Informações claras, orientação e suporte emocional para a mãe e familiares durante todo o processo de atendimento à criança (31)
- Documentação do atendimento na ficha de atendimento
- Tomada de decisão: alta com prescrição do tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso de acordo com o caso e relatório de referência-contrá-referência para a UBS ou transferência para a internação (nesse caso, considerar os passos acima citados relativos à remoção do paciente)

Atenção Ambulatorial Especializada

Atendimento de crianças de 28 dias a 3 anos

Atendimento ambulatorial especializado solicitado pela UBS:

- Avaliação do relatório de referência-contrá-referência da UBS e da caderneta da criança
- Avaliação clínica do médico e da equipe multiprofissional se for o caso
- Solicitação de exames, se necessário (28)
- Elaboração de hipóteses diagnósticas e revisão do plano de cuidado elaborado pela UBS (8)
- Elaboração de relatório de referência e contra - referência para a UBS com a elaboração de cronograma de retornos ou alta da atenção especializada de acordo com o caso
- No caso de acompanhamento continuado pela atenção especializada, emissão de relatórios periódicos para a UBS, preenchimento sistemático da caderneta

- O ambulatório de especialidades, além dos especialistas médicos e da equipe multiprofissional, deve garantir o acesso no próprio estabelecimento ou em outro com acesso formalizado ao laboratório clínico, exames de imagem e outros exames especializados, de acordo com o caso (28)

Infraestrutura física:

- Considerar a Resolução nº 50 — 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente

Recursos humanos:

- Equipe técnica multiprofissional constituída de pediatra, outros especialistas médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudi-

da criança e notificação da UBS na falta à consulta agendada, para busca ativa (17)

Continuidade do atendimento no Ambulatório de follow up:

- Avaliação dos relatórios de acompanhamento da UBS
- Medidas antropométricas
- Anamnese, exame físico completo inclusive com exame neurológico, solicitação de exames se necessário (28) e elaboração de hipóteses diagnósticas (2)
- Avaliação de risco e vulnerabilidades
- Revisão periódica do projeto terapêutico multiprofissional, com enfoque familiar (8)
- Orientação dos pais em relação à administração de medicamentos
- Reforço às orientações sobre os cuidados com a criança, aleitamento/alimentação saudável, prevenção de acidentes, situações de violência (12, 20)
- Elaboração de cronograma de retornos e agendamento da próxima consulta
- Encaminhamento para acompanhamento paralelo no ambulatório de especialidades, se necessário, com a elaboração de relatório de referência-contrareferência, permanecendo como responsável pelo gerenciamento do plano de cuidado
- Checagem do cronograma de retornos na UBS para acompanhamento paralelo (22)
- Checagem da situação vacinal (13)
- Emissão de relatórios periódicos para a UBS
- Anotação na caderneta da criança
- Se identificados sinais de perigo (5), avaliar a necessidade de encaminhamento para a unidade de urgência/emergência ou internação com relatório de referência e contra-referência, se necessário.

ólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista clínico

- Educação permanente e continuada para toda a equipe

Materiais:

- Equipamentos básicos para o atendimento da criança, ressaltando: esfigmomanômetros, termômetros, estetoscópios, equipamentos para realização das medidas antropométricas, materiais e equipamentos básicos para o atendimento de enfermagem, carrinho de emergência completo; outros equipamentos poderão ser necessários, de acordo com a especialidade

- Medicamentos (30)

Atenção Hospitalar

Atendimento de crianças de 28 dias a 3 anos

Admissão da criança:

- Via unidade de urgência/emergência da unidade hospitalar (nesse caso, seguir os procedimentos descritos acima para a atenção de urgência/emergência e após o atendimento inicial, proceder à internação na UTI ou na enfermaria, de acordo com o caso), ou
- Via internação direta, conforme contato prévio da unidade de origem.

Acompanhamento durante a internação:

- Avaliação do relatório de referência e contra — referência ou da ficha de atendimento ambulatorial do PS
- Elaboração da AIH e abertura de prontuário
- Anamnese, exame físico (29)
- Avaliação multiprofissional
- Solicitação de exames (28)
- Elaboração e implantação do projeto terapêutico multiprofissional (8)
- Reavaliação diária ou com maior frequência de acordo com o caso com revisão do projeto terapêutico se necessário
- Garantia da presença da mãe durante o período de internação (31)
- Atividades educativas para a mãe durante a internação, de acordo com a necessidade e o quadro clínico
- Solicitação de avaliações especializadas, se necessário
- Transferência para a UTI caso haja um agravamento do quadro. Nesse caso, especial cuidado com o transporte intra-hospitalar
- Planejamento multiprofissional da alta hospitalar com elaboração de relatório de alta e orientação para a mãe procurar a UBS logo após a alta
- Orientação da mãe quanto aos cuidados necessários após a alta e a administração de medicamentos via oral e sintomáticos

- O apoio diagnóstico e terapêutico disponível define o nível de complexidade da unidade hospitalar (28). O hospital de média complexidade que não dispõe de todos os recursos deve garantir o acesso formal a outros serviços para realização dos procedimentos necessários ou, de acordo com o caso, providenciar a transferência da criança para outra unidade hospitalar de maior complexidade que disponha de assistência especializada e de recursos tecnológicos mais abrangentes. Nesse caso, cuidado especial com o transporte da criança.

Considerar as seguintes legislações:

- Resolução nº 50 — 21/02/2002 da ANVISA que aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, conjuntamente com todas as outras prescrições pertinentes estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, considerando sempre a prescrição mais exigente

Recursos humanos:

- Equipe técnica multiprofissional constituída de pediatra, outros especialistas médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista clínico
- Educação permanente e continuada para toda a equipe

Materiais:

- Equipamentos básicos para o atendimento da criança, ressaltando: esfigmomanômetros, termômetros, estetoscópios, equipamentos para realização das medidas antropométricas, materiais e equipamentos básicos para o atendimento de enfermagem, carrinho de emergência completo; outros equipamentos poderão ser necessários, de acordo com a especialidade
- Medicamentos (30)

2ª Parte
ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

SUMÁRIO

1. Conceitos em Neonatologia.....	79
2. Anamnese, exames físico e neurológico do RN	85
3. Diagnósticos, problemas e riscos	93
4. Avaliação da idade gestacional	99
5. Atenção humanizada ao RN — Método Canguru	107
6. Aleitamento materno	113
7. Asfixia perinatal.....	119
8. Diagnóstico de sepsis no RN.....	123
9. Medicamentos em neonatologia	129
10. Exames subsidiários.....	135
11. Critérios de internação neonatal	141
12. Transporte do RN	147
13. Puericultura e seguimento ambulatorial em RN de risco	155
14. A humanização da atenção em saúde.....	161

1. CONCEITOS EM NEONATOLOGIA

Período neonatal: intervalo de tempo desde o nascimento até o momento em que a criança atinge 27 dias, 23 horas e 59 minutos.

Período neonatal precoce: intervalo de tempo desde o nascimento até o momento em que a criança atinge 6 dias, 23 horas e 59 minutos.

Período neonatal tardio: intervalo de tempo que vai do 7º dia até o momento em que a criança atinge 27 dias, 23 horas e 59 minutos.

Idade gestacional (IG): duração da gestação medida do primeiro dia do último período normal de menstruação até o nascimento. É expressa em dias ou semanas completas de acordo com as definições:

- **Pré-termo:** menos que 37 semanas completas (menos que 259 dias completos)
- **Termo:** de 37 semanas completas até menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias)
- **Pré-termo tardio:** de 34 semanas a 36/37 semanas
- **Pós-termo:** 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais)

Idade pós-natal: período de tempo que decorre do nascimento até a data presente.

Idade corrigida: idade pós-natal menos o número de semanas que faltou para completar 40 semanas (subtrair da idade pós-natal a diferença entre 40 semanas e a idade gestacional). É usada para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança pós-termo.

Peso de nascimento: primeiro peso do feto ou recém-nascido obtido no momento seguinte ao nascimento. Deve ser realizado preferencialmente na primeira hora de vida, antes que ocorra perda de peso significativa e de acordo com as definições:

- **Baixo peso:** peso ao nascer inferior a 2.500 g
- **Muito baixo peso:** peso ao nascer inferior a 1.500 g
- **Extremo baixo peso:** peso ao nascer inferior a 1.000 g

Relação entre o peso de nascimento e a idade gestacional: reflete a qualidade de crescimento fetal e permite a determinação de risco para problemas perinatais. Utiliza-se comumente a curva de crescimento intrauterino de Lubchenco como padrão de referência para o crescimento fetal, dentre as indicações:

- **Adequado à idade gestacional (AIG):** entre 10º a 90º percentil para de-

terminada idade gestacional

- **Pequeno para a idade gestacional (PIG):** abaixo do 90º percentil
- **Grande para a idade gestacional (GIG):** acima do 90º percentil

2. ANAMNESE, EXAMES FÍSICO E NEUROLÓGICO DO RECÉM-NASCIDO

(Esta avaliação é realizada no alojamento conjunto ou no berçário e na primeira consulta do recém-nascido na atenção básica/UBS)

ANAMNESE

- **História materna:** antecedentes maternos (uso de drogas, tabagismo, álcool ou patologias), informações sobre gestações anteriores, planejamento e desejo pela gravidez atual, número de filhos, trabalho de parto e partos anteriores, início e número de consultas e intercorrências na gravidez e parto. Verificar cartão da gestante (SisPreNatal).
- **História familiar:** existência de enfermidades atuais e significantes (infecciosas ou hereditárias) em membros da família, consanguinidade, presença de alcoolismo, drogadição e tabagismo em familiares e a dinâmica familiar.
- **História neonatal:** ocorrências no pré-parto e por ocasião do parto, avaliação da vitalidade do RN (Teste de Apgar), necessidade de reanimação em sala de parto, intercorrências no pós-parto imediato e tipo de alimentação.

Importante: Na primeira consulta do recém-nascido (RN) da Unidade Básica de Saúde (UBS) ver também a Caderneta de Saúde do RN e cartão do pré-natal da mãe com atenção a todos os dados e intercorrências da gestação e parto, completando antecedentes e histórico individual, familiar, social e ambiental, identificando fatores de risco e proteção para favorecer o acompanhamento e vigilância à saúde da criança e de sua família.

EXAME FÍSICO NEONATAL

O exame pode ser diferenciado dependendo do tempo de vida do RN. A avaliação inicial é realizada na sala de parto e o roteiro do exame físico mais abrangente, pode ser feito a partir de 12 horas de vida. **E repetido na primeira consulta do RN na atenção básica.**

AVALIAÇÃO GERAL	
Dados antropométricos	peso
	comprimento
	perímetro cefálico
Avaliação da idade gestacional	
Avaliação nutricional: curvas	
Sinais vitais	temperatura
	frequência respiratória
	frequência cardíaca
	pressão arterial
Estado geral	estado de alerta
	atividade espontânea
	choro
	fácies
	padrão respiratório
	postura

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO		
Pele e anexos: palidez, icterícia, cianose e lesões		
Cabeça e pescoço	Crânio	suturas
		fontanelas
		bossa serossanguínea (caput succedaneum)
		cefalohematoma
		hematoma subgaleal
	Cabelos	
	Face	olhos
		nariz
		orelhas
		boca
Pescoço: movimentação e massas		
Tórax e abdome	Tórax	forma e tamanho
		glândula mamária e mamilos
		padrão respiratório e movimento torácico
		retrações
		ausculta pulmonar
	Sistema cardiovascular: cianose, pulsos, pré-cordio e auscultacardiaca	
	Abdome: inspeção, palpação, massas e vicerolomegalias	
Genitália		
Sistema musculoesquelético	Coluna	
	Membros	
Mecônio/Evacuações, Urina e Diurese		

EXAME NEUROLÓGICO

O exame neurológico deve estar integrado ao exame físico geral e específico do RN e deve contemplar as seguintes avaliações:

Avaliação global do RN	atividade espontânea		
	choro		
	postura		
	pele		
	Avaliação do crânio e face	Crânio	perímetro cefálico
			distância biauricular
			distância antero-posterior
suturas			
fontanelas			
Cabelos			
Face			
Avaliação da coluna e extremidades			
Estado comportamental			
Nervos cranianos	olfato (I)		
	visão (II)		
	pupila (III)		
	movimentos extra-oculares (III, IV, VI)		
	sensibilidade facial e capacidade de mastigação (V)		
	motilidade facial (VII)		
	audição (VIII)		
	sucção e deglutição (V, VII, IX, X, XII)		
	atividade do esternocleidomastóideo (XI)		
	motilidade da língua (XII)		
paladar (VII, IX)			
Exame motor	tono muscular e postura de membros		
	motilidade e força muscular		
	reflexos osteo-tendinosos		
Reflexos primitivos	reflexo de preensão palmar		
	reflexo de preensão plantar		
	reflexo cutâneo plantar em extensão		
	reflexo de voracidade		
	reflexo de sucção		
	reflexo de Babkin		
	reflexo tônico cervical assimétrico		
	reflexo de Moro		
	reflexo de apoio plantar		
	reflexo de marcha		
reflexo de Galant			
Sensibilidade			

3. DIAGNÓSTICOS, PROBLEMAS E RISCOS

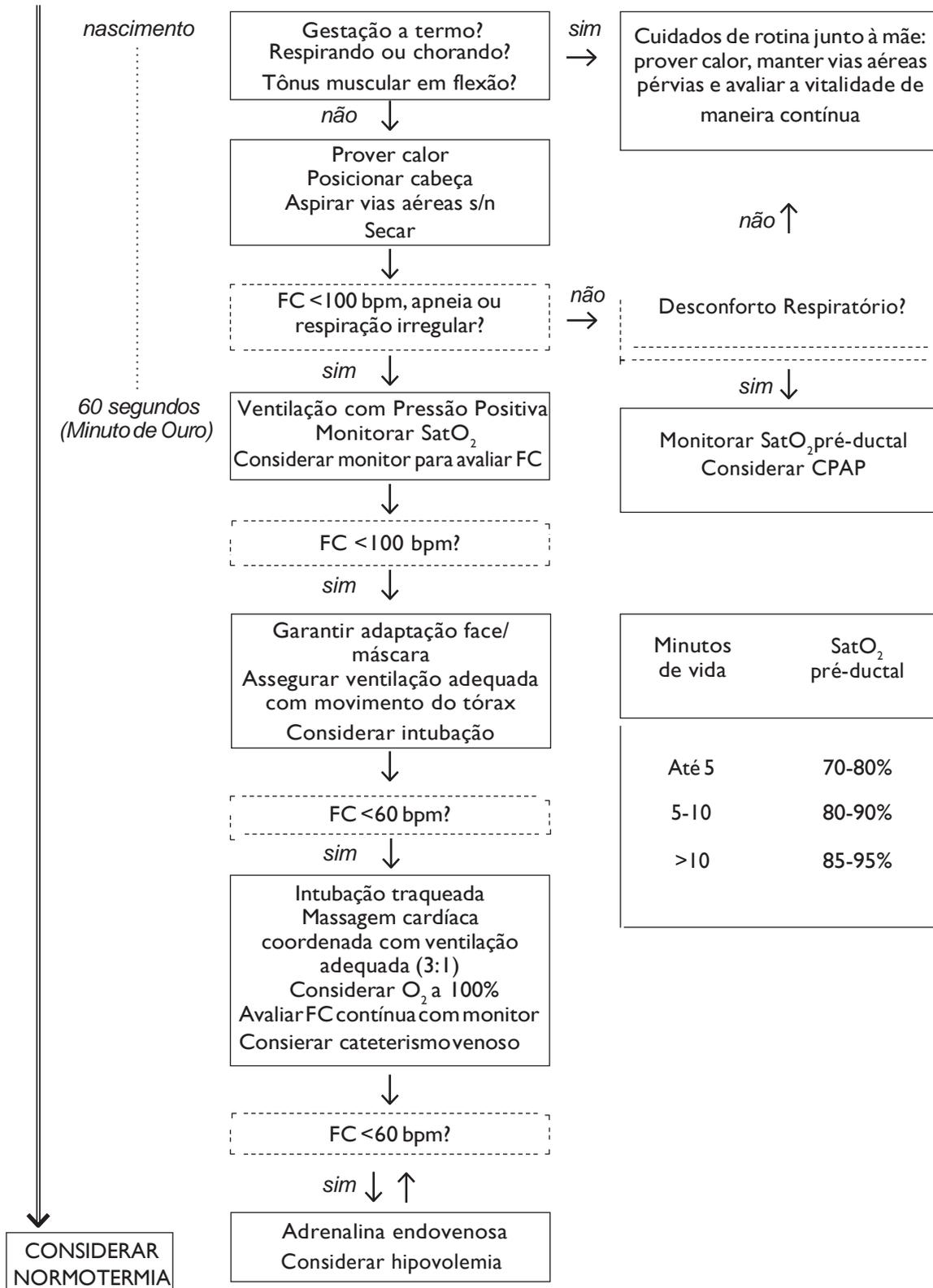
Condutas, tratamentos, orientações, encaminhamentos e programação do seguimento. (Não esquecer as anotações e orientações na Caderneta da Criança)

A relação abaixo apresenta a sequência sugerida para o exame neurológico neonatal (**recém-nascido e lactente jovem**):

- Avaliação geral
- Estado comportamental
- Observação da movimentação dos quatro membros e da expressão facial
- Avaliação do crânio
- Avaliação de membros inferiores
 - g Clôno de pés
 - g Reflexo cutâneo plantar em extensão e reflexo plantar
 - g Movimentação passiva dos pés (flexão-extensão)
 - g Avaliação do ângulo de flexão dos pés
 - g Movimentação passiva de membros inferiores
- Flexão-extensão de joelho e abdução e adução quadril
 - g Avaliação do ângulo poplíteo e manobra calcanhar orelha
 - g Balanço passivo de membros inferiores
 - g Rechaço de membros inferiores
- Pesquisa do reflexo cutâneo abdominal
- Avaliação de membros superiores
 - g Preensão palmar
 - g Movimentação passiva de membros superiores
 - Flexão-extensão de cotovelos e elevação de ombros
 - Manobra de cachecol e retração do braço
 - g Balanço passivo de membros superiores
 - g Rechaço de membros superiores
- Prova da tração para avaliação do tônus cervical
- Reflexo de Galant; reflexo de apoio plantar e de marcha; reflexo de fuga asfixia
- Passagem do braço e propulsão
- Pesquisa de reflexos osteotendinosos
- Reflexo de busca e de sucção
- Reflexo cócleo palpebral
- Avaliação visual e reflexo fotomotor

Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Diretrizes 2016

Fluxograma de reanimação neonatal em sala de parto



4. AVALIAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

A idade gestacional do recém-nascido pode ser avaliada pelos seguintes métodos:

MÉTODO DE CAPURRO

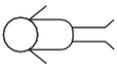
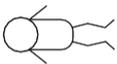
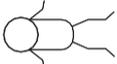
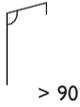
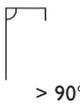
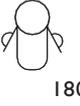
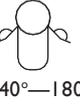
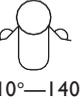
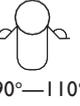
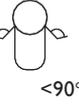
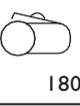
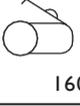
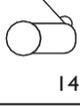
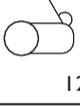
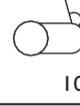
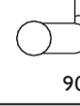
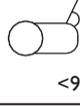
Usado para todos os recém-nascidos do alojamento conjunto com base nos dados da tabela abaixo. A avaliação da idade gestacional em semanas, é feita com a soma do total de pontos obtidos mais 204 e o resultado dividido por 7.

FORMAÇÃO DO MAMILO	0 pontos Mamilo pouco visível, sem aréola	5 pontos Mamilo nítido, aréola lisa diâmetro menor 0,75 cm	10 pontos Mamilo puntiforme, aréola de bordo não elevado > 0,75 cm	15 pontos Mamilo puntiforme, aréola de bordo elevado > 0,75 cm	20 pontos Grossa, apertada com sulcos profundos
TEXTURA DA PELE	0 pontos Fina, gelatinosa	5 pontos Fina e lisa	10 pontos Lisa, com discreta descamação superficial	15 pontos Grossa, com sulcos superficiais, descamação de mãos e pés	20 pontos Sulcos em mais da metade anterior da planta
FORMA DA ORELHA	0 pontos Chata, disforme, pavilhão não encurvado	8 pontos Pavilhão parcialmente encurvado no bordo	16 pontos Pavilhão parcialmente encurvado em todo bordo superior	24 pontos Pavilhão totalmente encurvado	
TAMANHO DA GLÂNDULA MAMÁRIA	0 pontos Ausência de tecido mamário	5 pontos Diâmetro < 0,5 cm	10 pontos Diâmetro 0,5 a 1 cm	15 pontos Diâmetro > 1,0 cm	
SULCOS PLANTARES	0 pontos Ausentes	5 pontos Marcas mal definidas na metade anterior da planta	10 pontos Marcas bem definidas na metade anterior e sulcos no 1/3 anterior	15 pontos Sulcos na metade anterior da planta	

$$\text{IDADE GESTACIONAL} = (\text{Somatória dos pontos} + 204) / 7$$

MÉTODO DE NEW BALLARD (NBS)

- Método de avaliação da idade gestacional do RN através da análise de seis parâmetros neurológicos e físicos. A cada um dos parâmetros se atribui uma pontuação e a somatória determinará a estimativa da idade gestacional até 20 semanas
- Pode ter sido realizado até 96 horas de vida e em RN doentes
- Tem uma correlação com a idade calculada pela amenorréia de 0,97
- É indicado para todos os RN na UTI, na primeira avaliação clínica

	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Postura							
Ângulo de flexão punho	 > 90°	 > 90°	 > 60°	 > 45°	 > 30°	 0°	
Retração do braço		 180°	 140°—180°	 110°—140°	 90°—110°	 < 90°	
Ângulo poplíteo	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°
Sinal xale							
Calcanhar orelha							

Pele	Pegajosa Friável Transparente	Gelatinosa Vermelha Translúcida	Homogeneamente rósea Veias visíveis	Rash ou descamação superficial Poucas veias	Descamação grosseira Áreas de palidez Raras veias	Apergaminhada Fissuras profundas Sem vasos	Coriácea Fissuras profundas enrugadas
Lanugo	Nenhum	Esparso	Abundante	Lanugo fino	Áreas sem pelos	Praticamente ausente	
Superfície Plantar	40-5 mm: -1 <40 mm: -2	>50 mm sem marcas	Marcas tênues	Marcas na superfície anterior	Marcas nos 2/3 anteriores	Marcas cobrem toda superfície plantar	
Glândula mamária	Imperceptível	Pouco perceptível	Aréola plana sem glândula	Aréola parcialmente elevada 1-2 mm glândula	Aréola borda elevada 3-4 mm de glândula	Borda elevada 5-10 mm de glândula	
Olhos/ orelhas	Pálpebras fundidas frouxam/ -1 fortem/ -2	Pálpebras abertas pavilhão plano permanece dobrado	Pavilhão parcial/ recurvado, mole com recolhimento lento	Pavilhão completam/ encurvado, mole com recolhimento rápido	Pavilhão completam/ encurvado, firme recolhimento instantâneo	Cartilagem grossa Orelha firme	
Genital masculino	Escroto plano e liso	Testículo fora da bolsa Escrotal Sem rugas	Testículo no canal superior Raras rugas	Testículo descendo	Testículo na bolsa rugas bem visíveis	Bolsa escrotal em pêndulo rugas profundas	
Genital feminino	Clitóris proeminente Lábios planos	Clitóris proeminente Lábios menores pequenos	Clitóris proeminente Lábios menores evidente	Lábios menores e maiores igualmente proeminentes	Lábios maiores grandes e menores pequenos	Lábios maiores recobrem o clítores e lábios menores	

Pontuação obtida e idade gestacional correspondente			
-10	20 semanas	20	32 semanas
-9	20 e 3 dias	21	32 e 3 dias
-8	20 e 6 dias	22	32 e 6 dias
-7	21 e 1 dia	23	33 e 1 dia
-6	21 e 4 dias	24	33 e 4 dias
-5	22 semanas	25	34 semanas
-4	22 e 3 dias	26	34 e 3 dias
-3	22 e 6 dias	27	34 e 6 dias
-2	23 e 1 dia	28	35 e 1 dia
-1	23 e 4 dias	29	35 e 4 dias
0	24 semanas	30	36 semanas
1	24 e 3 dias	31	36 e 3 dias
2	24 e 6 dias	32	36 e 6 dias
3	25 e 1 dia	33	37 e 1 dia
4	25 e 4 dias	34	37 e 4 dias
5	26 semanas	35	38 semanas
6	26 e 3 dias	36	38 e 3 dias
7	26 e 6 dias	37	38 e 6 dias
8	27 e 1 dia	38	39 e 1 dia
9	27 e 4 dias	39	39 e 4 dias
10	28 semanas	40	40 semanas
11	28 e 3 dias	41	40 e 3 dias
12	28 e 6 dias	42	40 e 6 dias
13	29 e 1 dia	43	41 e 1 dia
14	29 e 4 dias	44	41 e 4 dias
15	30 semanas	45	42 semanas
16	30 e 3 dias	46	42 e 3 dias
17	30 e 6 dias	47	42 e 6 dias
18	31 e 1 dia	48	43 e 1 dia
19	31 e 4 dias	49	43 e 4 dias
		50	44 semanas

Fonte: Ballard, JK; Koury, JC et al: J Pediatr 119: 417-423, 1991
 Adaptado por Mezzacappa, M.A.M.S.

**5. ATENÇÃO HUMANIZADA AO RN — MÉTODO CANGURU
(PORTARIA Nº 1.683, DE 12 DE JULHO DE 2007)**

Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltada para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico social, proporcionando o cuidado progressivo neonatal, conforme portaria nº 930/2012.

- O contato da pele da mãe com a pele do bebê começa com o toque evoluindo para a posição canguru, de forma precoce e crescente
- Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe treinada

Vantagens:

- Aumenta o vínculo entre mãe e filho e reduz o tempo de separação entre eles
- Melhora o desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo peso
- Estimula o aleitamento materno (maior frequência, precocidade e duração)
- Permite adequado controle térmico
- Favorece a estimulação sensorial do RN
- Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar
- Reduz o stress e a dor dos RN de baixo peso
- Propicia um melhor relacionamento equipe de saúde/ família
- Incentiva maior competência e confiança dos pais no manuseio do filho
- Contribui para a otimização dos leitos de UTI/UCI

População a ser atendida:

- Gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso
- RN de baixo peso
- Mãe, pai e família de RN de baixo peso

Etapas:

1ª etapa — Início no pré-natal da gestação de alto risco seguido de internação do RN na UTI. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal
- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal
- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário:
 - o Propiciar sempre que possível o contato com o bebê
- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais
- Oferecer suporte para a amamentação

- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências
- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos
- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor
- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento
- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa, fornecendo:
 - Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos Estados e/ou municípios
 - Refeições durante a permanência na unidade pelos Estados e/ou municípios
 - Assento (cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso
 - Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários

2ª etapa — Bebê permanece de forma contínua com sua mãe na posição canguru pelo maior tempo possível (pré- alta hospitalar):

- Tempo livre para a posição canguru de acordo com a segurança, prazer e satisfação da criança e da mãe

3ª etapa — Acompanhamento da criança e família no ambulatório e/ou domicílio até atingir o peso de 2.500 g dando continuidade à abordagem biopsicossocial:

- Posição canguru em tempo integral
- Estímulo à participação do pai e outros familiares na posição canguru
- Presença de berço no alojamento da mãe e do filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitindo a permanência da criança durante o asseio e outros momentos necessários.

Recursos Necessários:**Humanos:**

- Equipe multiprofissional capacitada no Método Canguru com cobertura de 24 horas de pediatras/neonatalogistas, obstetras, enfermeiros e técnicos de enfermagem

Físicos:

- Quartos de UTI dentro das normas estabelecidas e que permitam a colocação de assentos removíveis
- Quartos ou enfermarias dentro das normas estabelecidas para alojamento conjunto com cerca de 5m² para cada conjunto de leito materno/berço do RN, com acesso facilitado ao setor de cuidados especiais
- Máximo de seis binômios por enfermaria, posto de enfermagem próximo e banheiro completo e recipiente com tampa para roupa usada para cada enfermaria

Materiais:

- Cama e berço aquecido com cabeceira elevada, balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico, termômetro e carro de urgência no alojamento conjunto

Atribuições da equipe de saúde:

- Orientar a mãe e a família em todas as etapas
- Oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos
- Encorajar o aleitamento materno
- Desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição

6. ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses e a manutenção da amamentação associada com alimentos complementares até o segundo ano de vida ou mais.

Vantagens do aleitamento materno:

- Melhor digestibilidade
- Menos alergênico e com menor possibilidade de causar cólicas no lactente
- Baixa quantidade de fenilalanina e tirosina cuja metabolização é limitada no RN
- Maior quantidade de ácidos graxos de cadeia longa e polinsaturados, essências para o desenvolvimento da retina e sistema nervoso central
- Presença de vários componentes imunológicos
- Menor risco de obesidade
- Auxílio no desenvolvimento adequado da arcada dentária
- Favorecimento do vínculo mãe/filho
- Está pronto para ser consumido, em temperatura adequada e sem custo financeiro para a família
- Vantagens para a mãe: involução uterina mais rápida, menor sangramento, menor risco de anemia, redução do risco de câncer de mama e ovário, método anticoncepcional efetivo enquanto a criança estiver em aleitamento exclusivo, nos primeiros seis meses de vida e na ausência de menstruação

Dez passos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) a serem seguidos pelas maternidades para o sucesso da prática do aleitamento materno:

1. Ter uma norma escrita e acessível a toda equipe de saúde
2. Treinamento de toda a equipe para implementação da norma
3. Informar todas as mães sobre as vantagens e o manejo do aleitamento
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas do filho
6. Não oferecer outro alimento ao RN exceto se indicado pelo médico
7. Praticar o alojamento conjunto
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas aos lactentes
10. Estabelecer grupos de apoio ao aleitamento após a alta

Atitudes que favorecem o aleitamento materno:

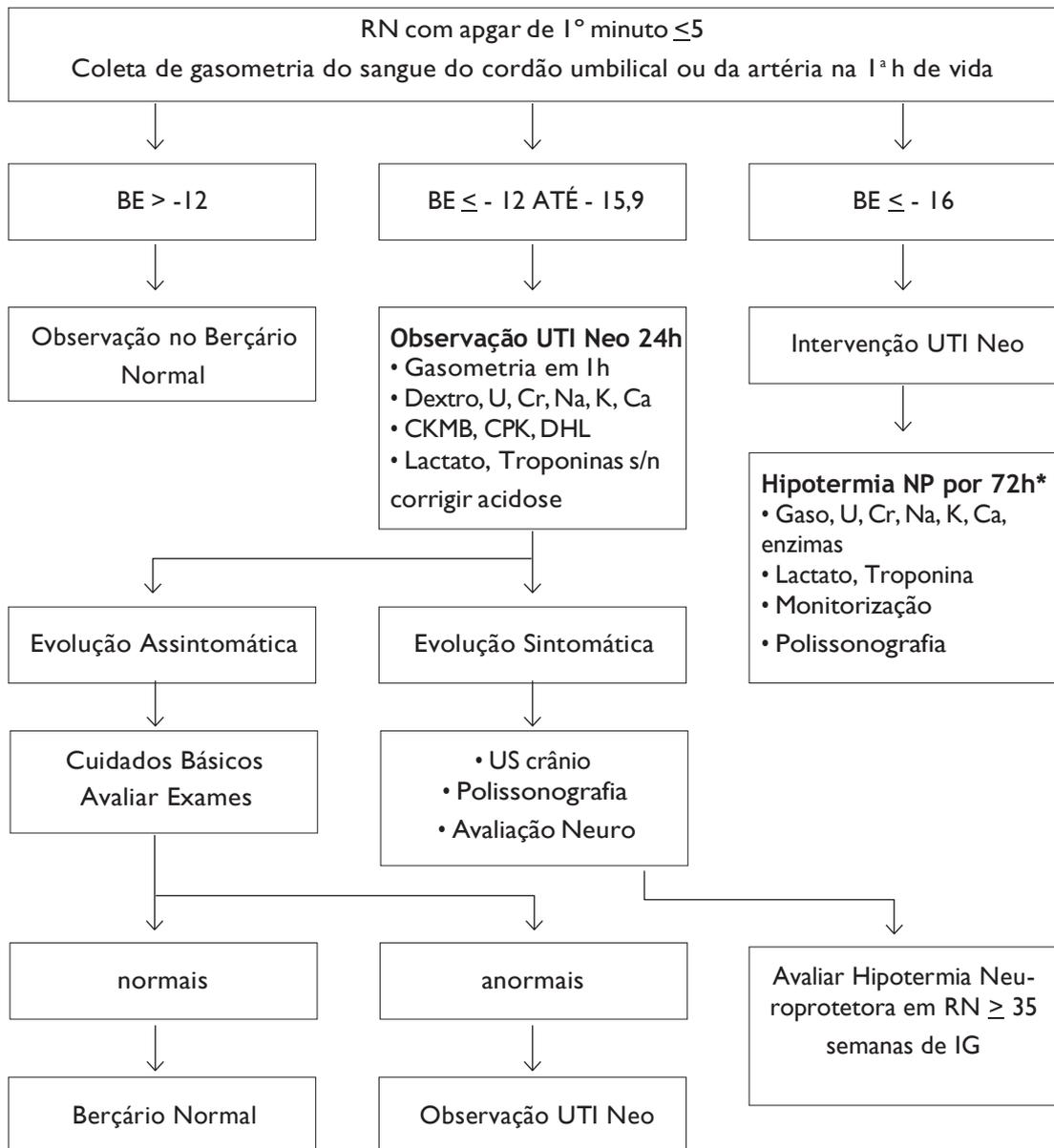
- Orientação e esclarecimento à mãe e familiares da importância do aleitamento

- Exame das mamas para detecção de distúrbios que possam interferir no aleitamento
- Início precoce do aleitamento (1ª hora de vida)
- Aleitamento materno em livre demanda
- Alojamento conjunto
- Orientação da mãe sobre a técnica correta de aleitamento e monitoramento do processo
- Remoção (ordenha) do excesso de leite evitando o ingurgitamento mamário
- Prevenção de traumas mamilares
- Nenhuma suplementação desnecessária
- Diminuição da ansiedade materna
- Orientação alimentar adequada para a mãe
- Programas comunitários de incentivo e apoio
- Combate à livre propaganda de leites artificiais para bebês assim como chupetas e mamadeiras
- Em casos especiais com interrupção da sucção ou impossibilidade de aleitamento em tempo integral, manutenção da produção láctea por meio da ordenha frequente
- Sensibilização à puérperas e nutrizes à doação de leite Humano aos Postos de Coleta ou Bancos de Leite Humano (www.redeblh.fiocruz.br)

7. ASFIXIA PERINATAL

A asfixia perinatal (APN) é caracterizada como a diminuição do fluxo sanguíneo e da oferta de oxigênio para o sistema nervoso central, cuja expressão clínico-laboratorial é a hipoxemia, hipercapnia e acidose metabólica.

Algoritmo de abordagem da Asfixia Perinatal de 1º Minuto e Acidemia Fetal



8. DIAGNÓSTICO DE SEPSIS NORN

O diagnóstico de infecção em recém-nascidos é difícil uma vez que os sintomas são inespecíficos, podendo fazer parte do quadro clínico de outras doenças. Entre os sintomas presentes nos quadros de infecção destacamos a hipoatividade, instabilidade térmica, intolerância à glicose/hiperglicemia, apneia, desconforto respiratório, intolerância alimentar, sangramento, instabilidade hemodinâmica entre outros.

O quadro clínico pode ser de difícil diferenciação de outras condições que afetam o recém-nascido e os sintomas isoladamente tem baixo valor preditivo positivo sendo o maior deles 31% para hipotensão.

Sendo assim, é de fundamental importância que o pediatra conheça o diagnóstico diferencial de cada sintoma que pode fazer parte do quadro clínico de infecção para que possa avaliar os casos suspeitos e fechar ou afastar este diagnóstico com maior segurança.

Infecção perinatal precoce:

Infecções de aparecimento nas primeiras 48 a 72 horas de vida. A transmissão ocorre durante a passagem pelo canal do parto, por corioamnionite ou por degeneração hematogênica. O quadro clínico normalmente é multi-sistêmico, com ou sem localização (pneumonia ou meningite). Os agentes mais comuns são: *Streptococcus agalactiae* (estreptococo beta hemolítico do grupo B), *Listeria monocytogenes*, Gram negativos entéricos e enterococos.

Infecção perinatal tardia:

Infecções acima de 48 a 72 horas, geralmente decorrentes de contaminação do RN por microorganismos do ambiente onde se encontra internado, podendo variar de serviço para serviço.

Consideram-se infecção hospitalar (IH) de origem materna, as infecções cuja manifestação clínica ocorra até 48 horas de vida. A partir das 48 horas, as infecções são consideradas IH adquiridas na unidade neonatal.

A infecção hospitalar mais comum nas UTI neonatais é a infecção primária da corrente sanguínea (Sepse), seguida pelas pneumonias e infecções tegumentares.

<p>INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL</p>	<p>Deverá apresentar pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>Critério 1: hemocultura positiva por germes não contaminantes da pele em pelo menos uma ou mais amostras e o microorganismo não deve estar relacionado com infecção em outro sítio.</p>
--	---

Critério 2: pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: temperatura axilar $< 36^{\circ}$ ou $> 37,5^{\circ}$, apneia ou bradicardia, sem relação com outro local de infecção, exceto vascular e pelo menos um dos seguintes:

- Germes contaminantes comuns da pele (difteróides, Propionebacterium spp, Bacillus SSP, Staphylococcus coagulase negativo ou micrococos) devem ser cultivados em duas ou mais hemoculturas colhidas em ocasiões diferentes
- Germes contaminantes comuns da pele (difteróides, Propionebacterium spp, Bacillus SSP, Staphylococcus coagulase negativo ou micrococos) cultivados em pelo menos uma hemocultura de paciente portador de cateter intravascular e terapia antimicrobiana adequada instituída pelo médico
- Pesquisa positiva de antígenos no sangue (H. influenzae, S. pneumoniae, Neisseriameningitidis ou Streptococcus do grupo B)

**SEPSE
CLÍNICA SEM
CONFIRMAÇÃO
LABORATORIAL**

Deverá apresentar o seguinte critério:

Critério 1: pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: temperatura axilar $< 36^{\circ}$ ou $> 37,5^{\circ}$, apneia ou bradicardia ou sinais de choque e os seguintes critérios:

- Hemograma com 3 parâmetros alterados * (vide escore hematológico de Rodwell abaixo)
- Proteína C reativa quantitativa elevada ** (vide quadro de PCR abaixo)
- Hemocultura não realizada ou negativa
- Não evidência de infecção em outro sítio
- Instituição de terapia antimicrobiana para sepse pelo médico

ESCORE HEMATOLÓGICO DE RODWELL	<p>Um ponto para cada característica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Leucocitose ou leucopenia• neutrofilia ou neutropenia• elevação de neutrófilos imaturos• razão dos neutrófilos aumentado• alterações degenerativas nos neutrófilos• plaquetopenia < ou = a 150.000/mm³ <p>Interpretação:</p> <ul style="list-style-type: none">• escore > ou = a 3: Sensibilidade de 96% e especificidade de 78%• escore de 0 a 2: valor preditivo negativo de 99% <p>Não se constitui num teste definitivo</p>
PCR	<ul style="list-style-type: none">• Aumenta com 24 horas de evolução da infecção• Atinge o máximo em 2 a 3 dias• Permanece elevada até o controle da infecção• Retorna ao normal com 5 a 10 dias de tratamento adequado• Tem alto valor preditivo negativo (98%)

9. MEDICAMENTOS EM NEONATOLOGIA

ANTIBIÓTICOS E OUTROS ANTIMICROBIANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina • Cefalotina • Cefazolina • Cefotaxima • Ceftazidima • Ceftriaxone • Clindamicina • Eritromicina • Gentamicina • Imipenen • Meropenen • Metronidazol • Oxacilina • Penicilina G • Penicilina Benzatina • Vancomicina • Amicacina • Cefepima • Cefoxitina • Cefuroxima • Teicoplamina • Aciclovir • Anfotericina b • Fluconazol • Nistatina suspensão • Espiramicina • Pirimetamina • Sulfadiazina • Slfametoxazol — trimetropim • Zidovudine
ANTICONVULSIVANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Fenitoína • Fenobarbital • Midazolan • Tiopental sódico
BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES	<ul style="list-style-type: none"> • Alcurônio • Atracúrio • Pancurônio • Succinilcolina-/sufametônio

DIURÉTICOS	<ul style="list-style-type: none">• Espironolactona• Furosemide• Hidroclorotiazida
DROGAS DE EFEITO CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none">• Adenosina• Adrenalina• Amiodarona• Atropina• Captopril• Digoxina• Dobutamina• Dopamina• Esmolol• Hidralazina• Hidrocortisona• Ibuprofeno• Indometacina• Isoproterenol• Alfa metildopa• Milrinona• Noradrenalina• Prostaglandina E I• Sildenafil
DROGAS DE ATUAÇÃO NO APARELHO RESPIRATÓRIO	<ul style="list-style-type: none">• Adrenalina• Aminofilina• Cloridrato de oximetazolina• Dexametasona• Fenoterol• Salbutamol• Terbutalina
SEDATIVOS E ANALGÉSICOS	<ul style="list-style-type: none">• Dipirona• Fentanil• Hidrato de cloral• Lorazepan• Midazolan• Morfina• Paracetamol• Tramadol

IMUNOBIOLOGICOS	<ul style="list-style-type: none">• Imunoglobulina humana antivaricela-zoster• Imunoglobulina humana específica anti-tetânica• Imunoglobulina humana anti-hepatite B• Palivizumabe• Vacina anti-hepatite B
ANTAGONISTAS	<ul style="list-style-type: none">• Flumazenil• Naloxone• Neostigmine• Sulfato de protramina
MISCELÂNEA	<ul style="list-style-type: none">• Albumina• Bicarbonato de sódio• Colírios cicloplégicos• Cloreto de potássio• Dipiridamol• Enoxaparina sódica• Glucagon• Insulina• L-tiroxina• Metadona• Pancreatina• Ranitidina• Resina permutadora de íons• Sulfato ferrosos

10. EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Os exames complementares abaixo relacionados são os minimamente necessários para o atendimento da criança de 0 a 3 anos de idade:

- Hemograma Completo / VHS
- Ferritina
- Dosagem de Ferro
- Eletroforese de Hemoglobina
- Coagulograma completo
- Sódio
- Potássio
- Cloreto
- Cálcio ionizado
- Fósforo
- Uréia
- Creatinina
- Proteína total e frações eletroforéticas
- Glicose
- Ácido láctico
- CO₂
- Análise do líquido céfalo-raquidiano — citologia e bioquímica do líquido
- TSH e T4 livre
- Dosagem de Bilirrubinas
- Esteatócrito
- ASLO
- Urina I
- Urocultura
- Tipagem Sanguinea
- Dosagem de transaminases — TGO, TGP
- Fosfatase alcalina e
- Gama-GT
- Sorologias: HIV, sífilis, hepatites B e C; toxoplasmose, citomegalovirose, rubéola, mononucleose
- Bacterioscopias e Culturas: de lesões, de orofaringe, líquido, sangue e urina, citologia e bioquímica do líquido.
- Espirometria
- ECG
- Ecocardiograma
- EEG
- pHmetria esofágica de 24 horas
- Cintilografia gastroesofágica com Tc99
- Gasometria / Saturemetria
- Triagem de doenças genético-metabólicas
- Raio-x : simples / contrastados
- Radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno (EED)

- Endoscopia / Biópsia
- Ultrassom transfontanela
- Ultrassonografias (abdominal, vias urinárias, entre outros)
- Tomografia
- Ressonância
- Uretrocistografia miccional
- Cintilografia renal com $^{99m}\text{TcDMSA}$
- Audiometria
- Potencial Evocado
- BERA
- Eletroneuromiografia

A unidade de origem deverá definir um acesso formal para outra unidade de saúde caso não disponha de outros exames mais complexos que venham a ser necessários, de acordo com a pactuação nos PAR da Rede Cegonha.

Nesse caso, considerar os cuidados com o transporte da criança para o local de realização do exame ou a sua transferência definitiva para outro serviço que conte com os recursos necessários.

11.CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO NEONATAL

<p>ENCAMINHAMENTO DE RN SEGUNDO SEU PESO E IDADE GESTACIONAL</p>	<p>1 — Peso > 2.200 g e idade gestacional > ou = 35 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mãe clinicamente bem — Alojamento conjunto • Mãe sem condições clínicas — Cuidados intermediários <p>2 — Peso 2.000 — 2.200 g e idade gestacional > ou = 35 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RN com boa sucção — Alojamento conjunto • RN com má sucção — Cuidados intermediários <p>3 — Peso < 2.000 g ou idade gestacional < ou = 34 semanas — Cuidados intermediários ou UTI</p>
<p>ENCAMINHAMENTO DE RN SEGUNDO PATOLOGIAS</p>	<p>1 — Não necessita de tratamento e/ou investigação — Alojamento conjunto</p> <p>2 — Necessita de tratamento e/ou investigação — Internação (exceto para crianças com pequenas alterações que podem ser acompanhadas ambulatorialmente)</p>

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TRATAMENTO SEMI INTENSIVO OU INTENSIVO

(portaria nº 930, de 10 de maio de 2012)

Conceito de UTI Neonatal

Serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao RN grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistências que possuam condições adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, articulando uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do RN. Os RN que necessitem de cuidados específicos de unidade neonatal e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades, devem receber os cuidados necessários até sua transferência, que deverá ser feita após estabilização do RN e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado.

Tipos de unidades neonatal:

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI) II e III
- Unidade de cuidado intermediário neonatal (UCI) convencional e canguru

Distribuição dos leitos de UTI/UCI:

2 leitos de UTI , 2 leitos de UCI Co e 1 leito de UCI Ca para cada 1 mil nascidos

vivos. A UCI Ca somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCI Co e o conjunto de leitos de UCI será composto de 2/3 de UCICO e 1/3 de UCICa.

Parâmetros de internação em UTI:

- RN de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com $FiO_2 > 30\%$
- RN menores de 31 semanas de idade gestacional ou com peso < 1.500 g
- RN que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte
- RN que necessitem de nutrição parenteral
- RN que necessitem de cuidados especializados como: uso de cateter endovenoso central, drogas vasoativas, prostaglandinas, antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica ou $FiO_2 > 30\%$, transfusão de hemoderivados

Parâmetros de internação em UCI:

- RN que após a alta da UTI ainda necessite de cuidados complementares
- RN com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAC ou Capuz em Fração de O_2 (FiO_2 elevada ($FiO_2 < 30\%$))
- RN com peso superior a 1.000 g e inferior a 1.500 g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição parenteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso
- RN $>$ que 1.500 g, que necessite de venoclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável
- RN em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguíneotransfusão
- RN submetido a procedimento de exsanguíneotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTI, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico
- RN submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato na UTI
- As UCI Ca serão responsáveis pelo cuidado de RN com peso superior a 1.250 g, clinicamente estáveis, em nutrição parenteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo

Para a otimização dos recursos disponíveis em cuidados intensivos, três fatores devem ser cuidadosamente considerados pelas equipes de saúde:

- O conceito de cuidados progressivos, que estabelece claramente a necessidade de transferir o RN para outro serviço diante do agravamento ou da melhora do seu quadro clínico, independentemente de existir na mesma unidade hospitalar os dois tipos de unidades, UTI e UCI
- A distribuição irregular e nem sempre compatível com as necessidades detectadas das unidades neonatais, que exige uma avaliação global das vagas exis-

tentes e a transferência de RN para serviços às vezes distantes da sua área de origem, e a consequente abertura de vagas para RN originários de outros serviços

- A existência da CROSS como unidade reguladora que deve exercer seu papel primordial que é de regulação das vagas existentes de modo a garantir a atenção mais adequada para as necessidades do RN e ao mesmo tempo, a otimização dos recursos existentes

12. TRANSPORTE DO RN

Abaixo, são destacados alguns pontos sobre diferentes situações de transporte intra e inter-hospitalar:

TRANSPORTE DA SALA DE PARTO PARA A UTI/UCI

MATERIAL E EQUIPAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Berço de transporte adaptado, cilindro O₂ e oxímetro de transporte • Berço comum, cobertor, touca • Balão de reanimação com reservatório • Reanimador neonatal manual • Máscara de O₂ para RN prematuro e RN a termo • Extensão de látex • Luvas de procedimento
INDICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Para UTI: berço de transporte comum adaptado com reservatório de O₂ • Nos demais casos, berço comum
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de disponibilidade a qualquer momento • Avaliação periódica do funcionamento • Transporte apenas após a estabilização do RN no CO • Contato prévio com a equipe da UTI para preparo do leito e dos equipamentos necessários • Ajuste dos parâmetros ventilatórios antes de iniciar o transporte • Cuidado com movimentos bruscos que possam levar à extubação ou perda do acesso venoso
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimento
AGENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Médico do CO e/ ou da UTI, enfermeiro, técnico de enfermagem

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

MATERIAL E EQUIPAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Berço comum se RN com peso > 1.700 g, estável e exame simples • Incubadora aquecida se RN com peso < 1.700 g e/ou instabilidade térmica, hemodinâmica, respiratória ou neurológica e exame de risco • Oxímetro de pulso (RN em incubadora aquecida ou em O2 inalatório) • Bomba de infusão, se necessário • Maleta de transporte sempre que o transporte for feito em incubadora
DOCUMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Pedido do exame ou do procedimento • Prontuário com exames anexados • Relatório de transporte • Termômetro • Estetoscópio
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Checar condições especiais para o exame solicitado e providenciar o preparo do RN • Confirmar horário e local • Checar disponibilidade e funcionamento dos equipamentos e materiais previamente determinados pela equipe • Reunir documentação necessária • Assegurar a estabilidade do RN antes de colocá-lo na incubadora de transporte e instalar os dispositivos necessários • Afixar a cadeira, colocar a criança e acertar os cintos • Anotar no prontuário o horário de saída e as condições gerais do RN • Avaliar o RN durante o transporte: atividade, padrão respiratório, perfusão periférica, coloração da pele, movimentação, temperatura, permeabilidade de acesso venoso e presença de infiltração • Manter a permeabilidade das vias aéreas • Caso seja previsto que o exame levará mais de 30 minutos, levar material para higiene do RN e verificar temperatura a cada 30 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Após o exame, retornar com o RN para a unidade e colocá-lo no leito mantendo as condições e os dispositivos prescritos • Documentar no relatório de transporte e descrever para os profissionais responsáveis pelo RN as condições do RN, os dispositivos utilizados, intercorrências e condutas durante o transporte e a realização do exame • Anexar cópia do relatório de transporte no prontuário do RN • Encaminhar equipamentos para o expurgo • Repor materiais e medicamentos utilizados durante o transporte • Checar se os cilindros de O₂ estão fechados e trocar os vazios • Anotar a ocorrência no livro de plantão
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas e protetor ocular, se necessário
AGENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos de enfermagem (se RN com estabilidade respiratória e hemodinâmica com ou sem O₂) para realização de exames sem risco • Médico capacitado em cuidados neonatais e técnico de enfermagem/enfermeira quando o RN com instabilidade hemodinâmica, respiratória ou neurológica ou no caso de exame com algum risco.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

MATERIAL E EQUIPAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Maleta de transporte completa: medicamentos, material de urgência e material para higiene e conforto do RN • Berço comum no hospital e cadeira de transporte na ambulância • Incubadora aquecida para todas as crianças no período neonatal • Oxímetro de pulso (RNs em incubadora aquecida ou fazendo uso de oxigênio inalatório) • Bomba de infusão se necessário
DOCUMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimento assinado pelos pais • Documento de transferência com confirmação de vaga, dados do hospital de destino e profissional de contato • Cópia da prescrição médica e de anotações da enfermagem • Relatório médico • Relatório de transporte
TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a vaga no hospital de destino e elaborar documento de transferência • Orientar os pais e solicitar consentimento (dispensável em caso de risco de vida e/ou ausência dos pais) • Solicitar e especificar o tipo de transporte • Checar disponibilidade e funcionamento dos equipamentos • Emitir relatório médico e anexar cópia do prontuário • Anexar caderneta de vacinação e coleta de PKU • Confirmar horário de saída • Avaliar e anotar as condições gerais do RN, verificar e anotar FC, FR, temperatura e comunicar o médico se mudança nos parâmetros para estabilização • Colocar o RN na incubadora e instalar os dispositivos necessários ou no berço comum, se for o caso • Afixar a cadeira de transporte, colocar a criança, adequar o cinto

	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar no prontuário o horário de saída e as condições gerais do RN • Avaliar o RN durante o transporte: atividade, padrão respiratório, perfusão periférica, coloração da pele, movimentação, temperatura, permeabilidade de acesso venoso e presença de infiltração • Manter a permeabilidade das vias aéreas • Documentar no relatório de transporte e descrever as condições do RN, os dispositivos utilizados, intercorrências e condutas na chegada ao serviço de destino • Anexar cópia do relatório de transporte, documento de responsabilização do profissional que recebeu o RN e da autorização da mãe no prontuário do RN • Encaminhar equipamentos para o expurgo • Repor materiais e medicamentos utilizados durante o transporte • Checar se os cilindros de O₂ estão fechados e trocar os vazios • Anotar a ocorrência no livro de plantão
<p>EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas e protetor ocular, se necessário
<p>AGENTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos de enfermagem (se RN com estabilidade respiratória e hemodinâmica com ou sem O₂) • Médico capacitado em cuidados neonatais e técnico de enfermagem/enfermeira

13. PUERICULTURA E SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM RN DE RISCO (FOLLOW UP)

As crianças com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sequelas e que necessitam de seguimento especializado compreendem as que apresentaram: muito baixo peso ao nascer; anóxia perinatal grave; problemas neurológicos: encefalopatia hipóxico-isquêmica, acidente vascular cerebral, sangramento de sistema nervoso central, leucomalácia, meningite, convulsão; alterações do exame neurológico; broncodisplasia; hiperbilirrubinemia; distúrbios metabólicos graves; infecções congênitas; malformações e síndromes genéticas.

Os principais objetivos do seguimento ambulatorial, das crianças que permaneceram internadas em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), incluem:

- Realizar avaliação clínica periódica
- Detectar precocemente alterações do desenvolvimento global da criança
- Intervir, prevenir ou minimizar alterações e complicações
- Fornecer suporte para crianças com necessidades especiais como aquelas com dependência crônica de oxigênio, em uso de oxigênio domiciliar, as que apresentam sucção ineficaz, as que necessitam de alimentação por sonda gástrica ou gastrostomia; as crianças com traqueostomia ou outras estomias
- Dar apoio para as famílias
- Efetuar treinamento de profissionais envolvidos no seguimento ambulatorial
- Realizar e pesquisas sobre qualidade de atendimento da UTIN e de seguimento de grupos específicos de crianças

O seguimento ambulatorial inicia-se com um adequado planejamento da alta hospitalar onde devem ser previstas as estratégias do acompanhamento e o esclarecimento dos pais com relação aos diagnósticos, potenciais sequelas e cuidados com a criança.

Planejamento para a alta hospitalar

Os critérios necessários para a alta hospitalar variam de acordo com a experiência de cada serviço, que em geral incluem estabilidade clínica da criança, controle térmico adequado, alimentação via oral, ganho de peso, ausência de apneia, boa interação mãe-filho, mãe segura quanto à amamentação e aos cuidados com a criança.

Cuidados gerais — Um relatório de alta contendo a história materna e gestacional, condições de nascimento, diagnósticos, procedimentos, medicações utilizadas, resultados de exames, avaliação neurológica, necessidade de seguimento e interconsultas com especialistas, recomendações e planejamento do acompanhamento facilita a condução da criança tanto na unidade básica de saúde quanto no ambulatório de seguimento.

Educação dos pais — É necessário capacitar os pais, principalmente aqueles que prestarão cuidados especiais com seus filhos, como oxigenioterapia domiciliar,

alimentação por gavagem, administração de medicações específicas, cuidados com estomias, entre outros. Orientar os pais em como reconhecer sinais de alerta (apneia, dispneia, cianose, palidez, icterícia, convulsão, irritabilidade, hipoatividade, recusa alimentar, etc.) e quais procedimentos deverão ser realizados nestas situações. Explicar as receitas e ensinar a manipulação dos medicamentos com antecedência.

Cuidados domiciliares — Além da identificação e da capacitação de quem vai cuidar da criança, avaliação dos recursos domiciliares, assegurar equipamentos e materiais necessários para os cuidados da criança; visita domiciliar ou serviços de suporte comunitário; adequação do espaço físico no domicílio; cuidados de emergência e transporte e suporte social para a família.

Atendimento no ambulatório de seguimento

Periodicidade das consultas — Primeira avaliação: primeira semana após a alta, de preferência nas primeiras 48 horas; esclarecer junto à mãe e familiares as dúvidas ou problemas que podem surgir nesses primeiros dias, avaliar a curva de peso, a aceitação alimentar e intercorrências.

O acompanhamento de puericultura para os bebês de baixo peso ao nascer deve ser realizado no ambulatório do hospital até que atinjam 2.500 g. Após isso, o bebê poderá ser acompanhado na rede de atenção básica e, se necessário, em ambulatórios de especialidades.

Rotinas das consultas — Investigação sobre queixas, intercorrências desde a última consulta, verificação do esquema de vacinação, uso de medicações, seguimento em outros ambulatórios especializados, resultados de exames, inquérito alimentar, padrão de sono, antropometria, exame físico e neurológico, avaliação sistemática do desenvolvimento, esclarecimento da família sobre a evolução clínica e neurológica da criança.

Em relação aos prematuros:

Utilizar a idade cronológica para o esquema normal de vacinação, enquanto que a corrigida deve ser usada para alimentação, para a avaliação do crescimento, do exame neurológico e do desenvolvimento.

Recomendada a utilização da idade corrigida até 18 meses para o perímetro cefálico, até 24 meses para o peso e avaliação neurológica e até 42 meses para o comprimento.

idade corrigida = idade cronológica (40 semanas – idade gestacional)

14. A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE

Humanização em saúde é um processo de construção gradativa, consequência do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos entre a equipe de saúde e entre essa e o usuário/comunidade, de forma ética, reconhecendo cada um o seu papel, sua responsabilidade e seus limites, ao mesmo tempo em que percebe e valoriza o outro.

Esse movimento de troca e de empatia permite o desenvolvimento máximo das capacidades e potencialidades, resultando em ações práticas, qualificadas e satisfatórias para todos aqueles envolvidos na atenção à saúde.

Sendo assim, a Humanização em Saúde está baseada em três grandes pilares: a valorização e a satisfação dos profissionais, o atendimento das necessidades objetivas e subjetivas do usuário e da comunidade e a organização dos processos de trabalho, garantindo sua eficácia, resolubilidade, continuidade e acurácia técnica.

Para todos aqueles envolvidos com a atenção humanizada à criança, é indispensável o conhecimento da portaria de nº 1459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, projeto que prevê a constituição de uma “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis”.

Segundo a portaria, a Rede Cegonha tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados, fomentando a implementação de novo 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 de zero aos 24 meses; organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolubilidade e redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

O presente documento da **Linha de Cuidado da Criança** compartilha com o projeto Rede Cegonha seus principais pressupostos: continuidade da atenção garantida pela articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede; garantia do acesso; garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; qualificação da atenção com a garantia de boas práticas e segurança.

Embora não seja possível elencar um rol de ações humanizadas já que, por definição, toda a malha de processos deve estar impregnada pelo conceito de humanização, podemos destacar alguns aspectos particularmente importantes na construção de um sistema de saúde humanizado e qualificado:

Na gravidez — A oferta e a adesão da gestante a um programa de pré-natal de boa qualidade, o reconhecimento prévio do local onde se dará o parto, o aces-

so ágil e qualificado aos serviços de urgência/emergência, o encaminhamento com transporte adequado para a maternidade que ofereça a atenção necessária, especialmente nas gestações de risco são pontos importantes a serem considerados.

No momento do parto — O acolhimento, a presença do acompanhante, os cuidados adequados no pré-parto e a possível acomodação em quarto PPP são alguns dos itens a serem lembrados.

Na neonatologia — A Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o projeto Mãe Canguru trazem um diferencial importante para o incentivo do vínculo mãe/filho, com uma série de outras vantagens. Para RN internados em UTI ou UCI, as condições ambientais (iluminação e/ou ruído, por exemplo) devem ser controladas de forma a proporcionar conforto e menos estímulos, a presença da mãe deve ser garantida, informações claras e sistemáticas à família devem ser fornecidas e a equipe de saúde capacitada para o manuseio adequado do bebê.

Após a alta hospitalar — A garantia de acesso rápido à atenção básica, a abordagem integral e a identificação de riscos biológicos ou sociais, a elaboração de um plano de cuidado que conte com a participação ativa da mãe/família são alguns dos destaques.

Em todas as etapas, a acurácia técnica deve ser garantida através do uso e do gerenciamento de protocolos institucionais, da capacitação contínua das equipes, da disponibilização dos recursos necessários e da supervisão e monitoramento dos processos.

3ª Parte
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

SUMÁRIO

1. Assistência à criança até 2 meses de vida.....	165
2. Assistência à criança de 2 meses a 3 anos de idade.....	171
3. Anamnese e exame físico na criança até 3 anos.....	177
4. Acompanhamento do desenvolvimento	185
5. Calendário de vacinação de rotina do Ministério da Saúde	191
6. Alimentação saudável	195
7. Monitoramento do crescimento	201
8. Projeto terapêutico individualizado	207
9. Calendário de consultas	213
10. Medicamentos em pediatria.....	217
11. Saúde bucal da criança — ações educativas para a família.....	225
12. Prevenção de acidentes	231
13. Cuidados com a criança em situação de violência.....	237
14. Vigilância à saúde da criança.....	243
15. Acompanhamento paralelo entre a atenção básica e a atenção especializa- da	249
16. Regulação de leitos e vagas para internação.....	255

1. ASSISTÊNCIA À CRIANÇA ATÉ 2 MESES DE VIDA

Os processos de trabalho assistenciais na criança até 2 meses deverão ser organizados de forma a atingir os seguintes objetivos:

- Detecção de sinais de depressão puerperal
- Orientação dos pais para a detecção precoce de sinais e sintomas de perigo diante da evidência de que até os dois meses, as doenças tendem a evoluir rapidamente, com maior gravidade e muitas vezes com comprometimento sistêmico
- Avaliação e identificação da presença de situações de risco e vulnerabilidade pessoais, familiares e sociais à saúde do recém-nascido (RN): baixo peso ao nascer (< 2.500 g), prematuridade (< 37 semanas), gemelaridade, asfixia grave (apgar < que 7 no 5º minuto), internações/intercorrências clínicas, desmame precoce (< 4 meses), curva de crescimento estacionário ou descendente, intervalo interpartal curto (< 1 ano), ausência de pré-natal ou poucas consultas, mãe com menos de 18 anos e/ou baixa escolaridade (< oito anos de estudo), criança indesejada, história familiar de morte de criança com menos de 5 anos, criança residente em área de risco, lactente sem seguimento e acesso ao serviço de saúde
- Orientações com o cuidado ao RN
- Formação de vínculo entre mãe e filho
- Desenvolvimento da função parental
- Estímulo à amamentação
- Monitoramento do crescimento e do desenvolvimento
- Orientação para o calendário de imunização
- Cuidados com a saúde bucal
- Prevenção de acidentes e cuidados à criança em situação de violência
- Avaliação e identificação de fatores de proteção como bom funcionamento familiar, apoio emocional, atenção e afeto, saneamento ambiental, alimentação adequada, acesso aos serviços de saúde e educação, presença e acesso às redes sociais de apoio
- Anamnese, exame físico, diagnóstico e problemas, classificação de risco, orientações, tratamento e encaminhamentos (na presença de problemas a sugestão é a aplicação do protocolo Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância —AIDPI)
- Especial atenção para a detecção de infecção bacteriana grave e desidratação grave para encaminhamento oportuno para referência, e detecção de infecção bacteriana local, diarreia, disenteria, baixo peso, problemas de alimentação (técnica, qualidade e quantidade) e desenvolvimento, para intervenção precoce e seguimento adequado
- A equipe deve ser capacitada para a detecção precoce dos sinais de perigo abaixo elencados e a unidade deve organizar seus processos de trabalho de forma a garantir acesso fácil e uma recepção ativa e o pronto atendimento às queixas agudas sempre que a mãe trazer a criança para a unidade, independentemente

de agendamento prévio

• São sinais que indicam a necessidade de intervenção rápida e de encaminhamento da criança até dois meses ao serviço de referência de urgência:

- g Não conseguir se alimentar
- g Vomitar tudo que ingere
- g Convulsões
- g Apneia
- g Frequência respiratória rápida (> 60 irpm)
- g Frequência cardíaca abaixo de 100 bpm
- g Letargia, inconsciência ou irritabilidade
- g Febre acima de 37,5° mantida sem localização de foco
- g Hipotermia
- g Tiragem subcostal, batimentos das asas do nariz, cianose ou palidez intensa
- g Icterícia visível abaixo do umbigo ou precoce (nas primeiras 24hs)
- g Gemidos
- g Fontanela abaulada
- g Olhos fundos, sinal da prega voltando muito lentamente presente
- g Umbigo com secreção purulenta e com região periumbelical hiperemiada
- g Pústulas disseminadas na pele
- g Secreção purulenta conjuntival com edema palpebral intenso
- g Movimenta-se menos que o normal, dor à manipulação

Outros sinais de perigo e alguns acima isolados como, por exemplo, a respiração rápida, irritabilidade, ingestão hídrica ávida, secreção purulenta visível no ouvido, peso muito baixo para a idade, baixa ingesta, problema com alimentação e desenvolvimento deverão mobilizar a equipe com agilidade para que sejam iniciados os procedimentos necessários na própria unidade, observação adequada, com avaliação posterior caso ainda seja necessário o encaminhamento para o serviço de urgência e emergência ou orientações e tratamento com agendamento de retorno na própria Unidade Básica de Saúde (UBS).

Essa fase é fundamental na formação de vínculo com a unidade de saúde e, mais especificamente, com a equipe de saúde que fará o acompanhamento da criança e da família ao longo do tempo. Essa criança deve ser cadastrada no sistema de vigilância da unidade, especialmente se for identificada como uma criança de risco, para que seja feita busca ativa caso não ocorra o comparecimento às consultas agendadas e identificação de fatores de proteção e rede de apoio.

2. ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DE 2 MESES A 3 ANOS DE IDADE

Os processos assistenciais para a criança de 2 meses a 3 anos de idade deverão ser organizados para atingir os seguintes objetivos:

- Orientações gerais para o cuidado da criança
- Estímulo à amamentação exclusiva por seis meses e a introdução de alimentos complementares após esse período com manutenção do aleitamento materno por dois anos de vida ou mais
- Suplementação de vitaminas e minerais quando indicado
- Prevenção de acidentes
- Cuidados à criança em situação de violência
- Orientação para o calendário de imunização
- Cuidados com a saúde bucal
- Monitoramento do crescimento e do desenvolvimento
- Avaliação da presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde da criança
- Anamnese e exame físico
- Para a identificação de sinais gerais de perigo, seguir as perguntas:
 - g A criança consegue beber água ou mamar no peito?
 - g Vomita tudo que ingere?
 - g A criança apresentou convulsões?
 - > Observar e verificar se a criança está letárgica ou inconsciente.
- Classificação e tratamento das patologias detectadas pela anamnese e exame físico (a sugestão é a aplicação do protocolo Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI) com as principais ações a serem desenvolvidas para a atenção integrada às doenças prevalentes na infância como, por exemplo, diarreia, otite, desnutrição e anemia, pneumonia, baixo peso ou dificuldades alimentares
- A equipe deve ser treinada para a detecção precoce dos sinais de perigo indicados e a unidade deve organizar seus processos de forma a garantir acesso fácil e uma recepção ativa e o pronto atendimento às queixas agudas sempre que a mãe trazer a criança para a unidade, independentemente de agendamento prévio
- Indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência de urgência, a observação de sinais como, por exemplo, recusa alimentar e hídrica, letargia ou inconsciência, respiração rápida, atividade reduzida, sibilos ou chiados, tiragem subcostal ou estridor em repouso, olhos fundos, sinal da prega presente, secreção purulenta no ouvido ou tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha, emagrecimento acentuado visível, edema em ambos os pés, rigidez de nuca, petéquias, abaulamento da fontanela
- Também podem ser considerados sinais de perigo a respiração rápida, irritabilidade, ingestão hídrica ávida, secreção purulenta visível no ouvido, peso muito baixo para a idade. Nestes casos, é necessário mobilizar a equipe de atendimento com agilidade para que sejam iniciados os procedimentos necessários

na própria unidade, com avaliação posterior caso seja necessário o encaminhamento para o serviço de urgência e emergência ou o agendamento de retorno na própria UBS

- A criança deve ser cadastrada no sistema de vigilância da unidade especialmente se for identificada como uma criança de risco, para que seja feita busca ativa caso não ocorra o comparecimento às consultas agendadas

3. ANAMNESE E EXAME FÍSICO NA CRIANÇA DE ATÉ 3 ANOS

Considerações para a anamnese:

- Estabelecer uma relação de confiança com a família e com a criança ao longo do acompanhamento. Para isso, são recomendados o saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, oferecer informações de forma clara e certificar-se de ter sido compreendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta
- Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta e permitem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. São exemplos perguntas como: “o que você gostaria de me contar hoje?”
- Evitar abordagens intrusivas ou interpretativas que não propiciem a descrição natural dos fatos como, por exemplo: “ele está dormindo mal?”
- Prestar atenção no bem-estar da mãe, principalmente sinais de depressão materna pós-parto

Exame físico:

O exame físico completo deve ser realizado na primeira consulta do recém-nascido. Nas consultas subsequentes, o exame físico deverá ser realizado de rotina, orientado pelos achados do primeiro exame completo. Abaixo, são destacados alguns procedimentos específicos recomendados para o exame físico da criança nos primeiros anos de vida:

Dados antropométricos

- Os registros do peso, da estatura e do comprimento, bem como do perímetro cefálico da criança, aferidos nos gráficos de crescimento, são recomendáveis para todas as consultas até os 2 anos de idade, mesmo para crianças de risco ou não. Entre os 2 e os 10 anos de idade, é necessário aferir o peso e a altura e inserir os dados no gráfico das consultas realizadas
- Recomenda-se a plotagem dos dados de peso e estatura nas curvas de índice de massa corpórea (IMC) por idade e gênero desde o nascimento.

Rastreamento para displasia evolutiva do quadril

- Nas primeiras consultas (com 15 dias, 30 dias e 2 meses), proceder às manobras de Barlow (provocativa do deslocamento) e Ortolani (sua redução), testando um membro de cada vez:

g Manobra de Ortolani: articulações coxo-femorais em flexão e joelhos em flexão. É necessário segurar as pernas e as coxas com as mãos e colocar os dedos sobre o grande trocanter e realizar a adução a abdução da articulação. Positivo quando se percebe um “click” com os movimentos.

g Manobra de Barlow: flexionar joelhos e quadris. É necessário segurar as pernas e coxas com as mãos e colocar os dedos sobre o grande trocanter, mantendo as articulações em abdução média, e realizar movimentos pressionando o grande trocanter anteriormente e sentindo o deslocamento da articulação.

- Nas consultas após os 3 meses de idade (com 4, 6, 9 e 12 meses), a observação da limitação da abdução dos quadris e o encurtamento de um dos membros inferiores devem ser os exames de rastreamento
- Quando a criança começa a andar (a partir da consulta com 12 ou 18 meses), a observação da marcha da criança é o exame de escolha. Os testes de Trendelenburg positivo, marcha anserina e hiperlordose lombar possibilitam o diagnóstico.

g Trendelenburg positivo: cada membro inferior sustenta metade do peso do corpo. Quando um membro inferior é levantado, o outro suporta todo o peso, o que resulta numa inclinação do tronco para o lado do membro apoiado. A inclinação do tronco é realizada pelos músculos abdutores do quadril, uma vez que suas inserções estão fixadas no membro apoiado e a força de contração é exercida nas suas origens, na pélvis. Consequentemente, a pélvis inclina, levantando do lado que não suporta o peso. A falha deste mecanismo é diagnosticada pela positividade do sinal ou teste de Trendelenburg, que atesta a ocorrência da queda da pélvis, em vez de sua elevação no lado não apoiado.

g Marcha anserina: há oscilações da bacia, as pernas estão afastadas e há hiperlordose lombar, como se o paciente quisesse manter o corpo em equilíbrio, em posição ereta. A inclinação do tronco para um lado e para o outro confere à marcha a semelhança da marcha de um ganso (por isso nomeada de marcha anserina).

Ausculata cardíaca

Alguns protocolos sugerem a realização da ausculta cardíaca e da palpação de pulsos no mínimo três vezes durante o primeiro semestre de vida, devendo-se repetir os procedimentos no final do primeiro ano de vida, na idade pré-escolar e na entrada da escola.

Valores das frequências cardíaca e respiratória considerados normais:		
Frequência cardíaca normal		
Idade	Varição	Média normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
Frequência respiratória normal, segundo a OMS		
De 0 a 2 meses		Até 60mrm
De 2 a 11 meses		Até 50mrm
De 12 meses a 5 anos		Até 40mrm

Avaliação da visão

- O teste do reflexo vermelho deve ser realizado ainda na maternidade ou na primeira consulta do recém-nascido pela atenção básica e repetido aos 4, 6 e 12 meses e também na consulta dos 2 anos de idade
- O estrabismo pode ser avaliado pelo teste da cobertura e pelo teste de Hirschberg. Sugere-se a realização de ambos os exames nas consultas dos 4, 6 e 12 meses. Ao mesmo tempo, a identificação de problemas visuais deve ser feita mediante preocupação trazida pelos pais e com a atenção do profissional de saúde. Se houver suspeita de alguma alteração, a criança deve ser encaminhada para o atendimento especializado

g Teste da cobertura: é utilizado para diagnósticos de desvios oculares e deve ser realizado a partir dos 4 meses de idade, pois a presença de estrabismo anterior ao período indicado pode ser um achado normal. Para isso, utilizar um oclusor colocado entre 10 e 15cm de um dos olhos da criança, atraindo a atenção do olho descoberto com uma fonte luminosa. Ao descobrir o olho previamente coberto, é possível observar a sua reação. A movimentação em busca da fixação do foco de luz pode indicar estrabismo. O mesmo procedimento deve ser repetido no outro olho

g Teste de Hirschberg: é preciso colocar um foco de luz com a distância de 30 cm da raiz nasal da criança e observar o reflexo nas pupilas. Qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo

Avaliação da audição

- A triagem auditiva neonatal (TAN), mais conhecida como teste da orelhinha, deve ser realizada nos recém-nascidos preferencialmente até o final do primeiro mês. De acordo com a lei federal nº 12.303, de 2 de agosto de 2010, é obrigatória a sua realização gratuita em todos os hospitais e maternidades para as crianças nascidas em suas dependências
- Crianças diagnosticadas com perda auditiva devem ser encaminhadas para os serviços de protetização e terapia fonoaudiológica o mais precocemente possível.
- Uma criança que falha no reteste deve ser encaminhada, pelo fonoaudiólogo que realiza o exame, à avaliação conjunta de otorrinolaringologia e fonoaudiologia para um serviço de referência:

g Bebês que apresentam alterações condutivas recebem tratamento otorrinolaringológico e seguem em acompanhamento após a conclusão da intervenção

g Bebês que não apresentam alterações condutivas têm seguimento por intermédio de avaliações auditivas completas até a conclusão do diagnóstico, que não deve ultrapassar os 6 meses. Nos casos em que for detectada perda auditiva, deve ser iniciado o processo de reabilitação auditiva com o aparelho de amplificação sonora individual (Aasi ou prótese auditiva), acompanhamento e terapia fonoaudiológica

Rastreamento para criptorquidia

A migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos primeiros 3 meses de vida (em torno de 70% a 77% dos casos) e raramente após os 6 a 9 meses. Para isso, é preciso observar as seguintes orientações:

- Se os testículos não forem palpáveis na primeira consulta ou forem retráteis, o rastreamento deve ser realizado nas visitas rotineiras de puericultura
- Se aos 6 meses não forem encontrados testículos palpáveis no saco escrotal, será necessário encaminhar a criança à cirurgia pediátrica

4. ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

Entende-se por desenvolvimento, uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais.

- A interação da criança com o meio ambiente é fundamental no seu desenvolvimento e até os 3 anos idade, o aspecto mais significativo do desenvolvimento é o aspecto afetivo, caracterizado no apego, que é o vínculo afetivo básico
- Dessa forma, as avaliações do desenvolvimento infantil devem sempre levar em conta as informações e opiniões dos pais e da escola sobre a criança. A recomendação é procurar ouvir, informar e discutir assuntos que dizem respeito às habilidades desenvolvidas e à maneira como a criança explora essas habilidades, relacionando-as aos riscos de lesões não intencionais e às medidas para a sua prevenção
- O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança
- A criança deve atravessar cada estágio segundo uma sequência regular, ou seja, os estágios de desenvolvimento cognitivo são sequenciais. Se a criança não for estimulada ou motivada no devido momento, ela não conseguirá superar o atraso do seu desenvolvimento
- São de relevância o diagnóstico e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, sendo que os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva durante as consultas
- A Caderneta de Saúde da Criança apresenta informações que auxiliam a tomada de decisão quando for identificada alguma alteração no desenvolvimento da criança

Idade	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos
15 dias	Predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Apoio plantar, sucção e preensão plantar. Reflexo cutâneo plantar, de Moro e tônico cervical
1 – 2 meses	Percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno
2 – 4 meses	Sorriso social, fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros, inicia-se a ampliação do seu campo visual adquire noção de profundidade
4 – 6 meses	Preensão voluntária das mãos e vira a cabeça na direção da voz ou do som
6 – 9 meses	Inicia-se a noção de permanência do objeto, senta-se sem apoio, arrasta-se e engatinha e reage diante de pessoas estranhas
9 – 12 meses	Engatinha e anda com apoio e fica em pé sem apoio
12 – 15 meses	Anda sozinho e possui a acuidade visual de um adulto
15 – 24 meses	Corre ou sobe degraus baixos
2 – 3 anos	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus, reconhece-se no espelho, brinca de faz de conta. Momento de iniciar a retirada das fraldas e incentivar o uso do penico

5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DE ROTINA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

CALENDÁRIO NACIONAL

Grupo-alvo Crianças	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP/VOP	Pneu-mocócica 10V	Rotavírus Humano	Meni-gocócica
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer					
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose	
	3 meses							1ª do
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose	
	5 meses							2ª do
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose		
	9 meses					Reforço		
	12 meses							
	15 meses				1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)		Refor
	4 anos				2º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)		
9 anos								
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (a depender da situação vacinal)					
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (a depender da situação vacinal)					
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (a depender da situação vacinal)					
Gestante			3 doses (a depender da situação vacinal)					

* A vacina dTpa também será oferecida para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convenc

MANUAL DE VACINAÇÃO

	Febre Amarela	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	HPV	Dupla Adulto	dTpa*
se							
se							
	Uma dose						
		Uma dose	1ª dose				
ço				Uma dose			
	Reforço						
					3 doses (9 a 11 anos)		
	Uma dose e um reforço, a depender da situação vacinal		2 doses			Reforço (a cada 10 anos)	
	Uma dose e um reforço, a depender da situação vacinal		1 doses (até 49 anos)			Reforço (a cada 10 anos)	
	Em situação de risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação					Reforço (a cada 10 anos)	
						3 doses (a depender da situação vacinal)	Uma dose a cada gestação entre a 27ª e a 36ª semana

ional e UCI canguru) atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade.

6. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Alimentação saudável foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a ingestão de alimentos adequados em quantidade e qualidade para suprir as necessidades nutricionais, permitindo um bom crescimento e desenvolvimento da criança.

As orientações apresentadas abaixo estão relacionadas à alimentação da criança após o período de aleitamento exclusivo, considerado ideal até os 6 meses de idade.

Esquema alimentar para crianças amamentadas:

Do nascimento aos 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Aleitamento materno exclusivo em livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
	Papa de legumes, vegetais e carne	Papa de legumes, vegetais e carne	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Leite materno	Papa de legumes, vegetais e carne	Refeição básica da família

Esquema alimentar para crianças não amamentadas:

Do nascimento aos 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa de legumes, vegetais e carne	Papa de legumes, vegetais e carne ou refeição básica da família	Papa de legumes, vegetais e carne ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa de legumes, vegetais e carne	Refeição básica da família	
	Leite	Leite	Leite

Grupos de alimentos:

Cereais e tubérculos	Exemplos: arroz, mandioca/aipim/macaxeira, macarrão, batata, cará, inhame
Hortaliças e frutas	Exemplos: folhas verdes, laranja, abóbora, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate, manga
Carnes e ovos	Exemplos: frango, codorna, peixes, pato, boi, vísceras, miúdos e ovos
Grãos	Exemplos: feijões, lentilha, ervilha, soja e grão de bico

Dez passos para uma alimentação saudável:

1. Oferta exclusiva de leite maternos até os 6 meses de idade, sem complementação de nenhum tipo
2. Introdução gradativa de outros alimentos a partir do 6º mês, mantendo o leite materno até os 2 anos ou mais
3. Após os 6 meses, complementação alimentar três vezes ao dia, se a criança estiver amamentando, ou 5 vezes ao dia, se estiver desmamada
4. Oferta de alimentos complementares de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e respeitando o apetite da criança
5. Oferta de alimentos espessos e com colher no início da complementação, aumentando a consistência de forma gradativa
6. Oferta de alimentação variada e colorida
7. Estímulo ao consumo de frutas, verduras e legumes nas refeições
8. Uso moderado de sal evitando açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outros alimentos afins
9. Garantia de higiene, manuseio, armazenamento e conservação dos alimentos de forma adequada
10. Estímulo da criança doente e convalescente para a alimentação habitual e preferida, respeitando a sua aceitação

Após os 2 anos, tem início um período onde o ritmo de crescimento diminui e, concomitantemente, o apetite da criança. Nesse período, a abordagem familiar e a promoção de hábitos alimentares saudáveis são fundamentais e a equipe de saúde deve estar adequadamente capacitada para orientar a família e fornecer todas as informações necessárias. Atividades intersetoriais em escolas ou creches podem ampliar o impacto das ações educativas desenvolvidas com as famílias.

7. MONITORAMENTO DO CRESCIMENTO

A Caderneta de Saúde da Criança, disponibilizada em todas as unidades de saúde, é o instrumento do Ministério da Saúde utilizado para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento a partir do registro, em gráfico, de todas as medidas antropométricas verificadas em cada consulta da criança na unidade de saúde, o que permite construir uma curva de crescimento. Utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças os seguintes gráficos: perímetro cefálico, peso para a idade, comprimento/estatura para a idade e índice de massa corporal (IMC) para a idade.

A Caderneta de Saúde da Criança apresenta as tabelas de IMC calculadas e orienta as pessoas sobre o seu uso.

Fórmula para o cálculo do IMC

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

O quadro a seguir apresenta os pontos de corte para a avaliação do crescimento da criança que podem ser avaliados a partir do registro dos dados antropométricos nas curvas disponíveis na Caderneta de Saúde da Criança e pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), do Ministério da Saúde.

PONTOS DE CORTE DE PESO PARA A IDADE PARA CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > +2	Peso elevado para a idade
Percentil ≥ 3 e < 97	Escore z ≥ -2 e < +2	Peso adequado para a idade
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Peso baixo para a idade
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Peso muito baixo para a idade

PONTOS DE CORTE DE COMPRIMENTO/ALTURA PARA A IDADE PARA CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil ≥ 3	Escore z > +2 Escore z ≥ -2 e +2	Comprimento/altura adequado para a idade
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Comprimento/altura baixo para a idade
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Comprimento/altura muito baixo para a idade

PONTOS DE CORTE DE IMC POR IDADE PARA MENORES DE 10 ANOS

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 99,9	Escore z > +3	Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos)
Percentil > 97 e 99,9	Escore z +2 e +3	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos)
Percentil > 85 e 97	Escore z > +1 e < +2	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (de 0 a 5 anos)
Percentil ≥ 3 e 85	Escore z ≥ -2 e +1	IMC adequado
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Magreza
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Magreza acentuada

Meninos e meninas têm padrões diferentes de medidas. Da mesma forma, devem ser utilizadas curvas específicas para a criança prematura. Nesse caso, considerar como criança de risco sempre que o peso for < 2.500 g e lembrar que bebês pré-termo, com peso adequado para a sua idade gestacional, costumam evoluir mais favoravelmente do que aqueles com peso baixo para a idade gestacional.

Conduas recomendadas para algumas situações de desvio no crescimento:

Sobrepeso ou obesidade

- Investigar erro alimentar e falta de atividade física
- Realizar avaliação clínica

Magreza ou baixo peso para a idade

- Investigar possíveis causas (atenção para o desmame)
- Orientar a mãe sobre alimentação saudável e solicitar retorno em 15 dias

Magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade

- Investigar possíveis causas (atenção para o desmame)
- Tratar as intercorrências clínicas se houver e solicitar retorno em 15 dias no máximo
- Encaminhar ao Serviço Social

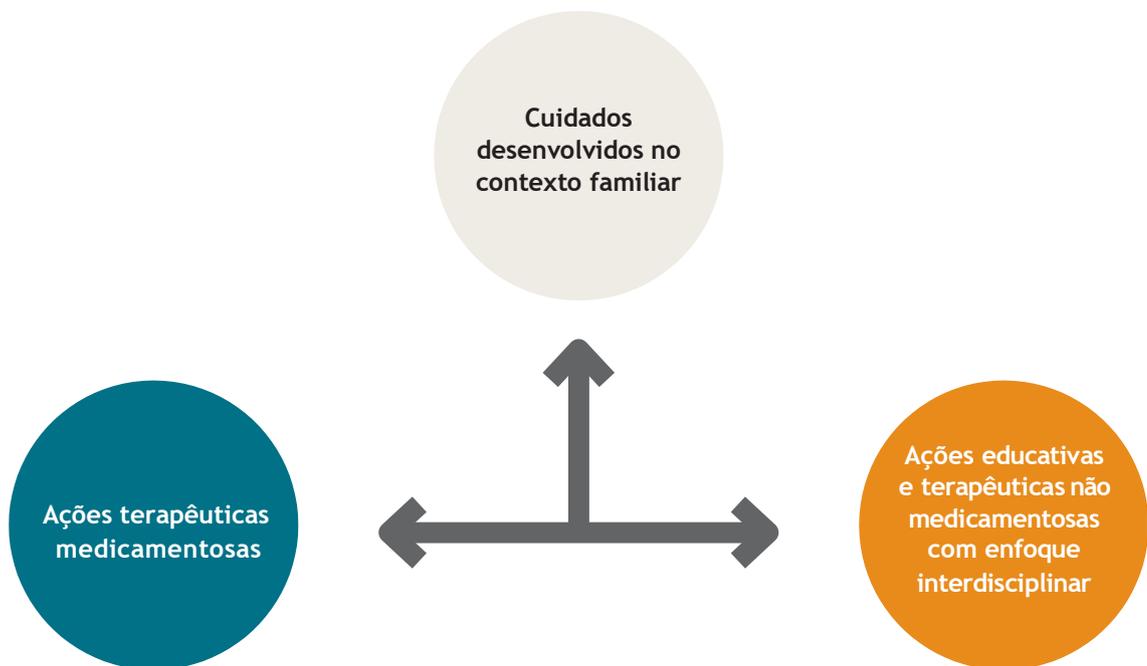
8. PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO

Definição de Projeto Terapêutico Individualizado:

- Conjunto de propostas terapêuticas pensadas a partir da avaliação inicial do caso, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar
- A equipe de saúde e os pais ou responsáveis são co-responsáveis na formulação e no monitoramento do plano de cuidado
- Aplicável na atenção básica para os casos mais complexos ou de maior risco e em todos os casos na atenção hospitalar

Orientações para fazer o projeto:

- Elaborar uma avaliação inicial (diagnóstico orgânico, psicológico, social e ambiental) com a participação de todos os profissionais envolvidos e levando em consideração o enfoque da família
- Avaliar as situações de risco clínico, social e vulnerabilidades à saúde da criança
- Definir um plano de cuidado com foco nas três dimensões



- Definir prioridades, ações, atividades, recursos necessários, responsáveis, prazos e metas
- Monitorar a implantação do plano
- Reavaliar o projeto periodicamente ou no caso de intercorrências clínicas, identificação de novas situações de risco ou vulnerabilidade, não adesão da família ao plano de cuidado, qualquer outra intercorrência clínica ou não clínica que demande novas ações
- Definir prioridades, ações, atividades, recursos necessários, responsáveis, prazos e metas
- Monitorar a implantação do plano

- Reavaliar o projeto periodicamente ou no caso de intercorrências clínicas, identificação de novas situações de risco ou vulnerabilidade, não adesão da família ao plano de cuidado, qualquer outra intercorrência clínica ou não clínica que demande novas ações

Assim como a participação da família é fundamental para a elaboração e implantação de um plano de cuidado individualizado, a adesão, programas de educação continuada e educação permanente (educação em serviço) e a revisão periódica dos processos de trabalho pela equipe como um todo devem fazer parte da rotina de qualquer serviço de saúde.

Mesmo que não haja a possibilidade de contar com uma equipe multiprofissional completa em uma mesma unidade, a busca por conhecimentos e orientações específicas e qualificadas em temas relacionados ao bom atendimento da criança junto às equipes que atuam nos serviços especializados (matriciamento) é uma estratégia pouco utilizada, mas extremamente útil e de forte impacto na qualidade da atenção.

De forma sucinta, podemos definir as principais atribuições da equipe de saúde conforme os pontos abaixo:

- Atuação multiprofissional tendo como foco a atenção integral à criança e sua família
- Priorização das crianças em situação de risco
- Atuação articulada com a equipe de saúde da família ou programa de atenção domiciliar para supervisão sempre que necessário
- Vigilância ou retaguarda para o atendimento das crianças referenciadas pela equipe para a atenção especializada ambulatorial ou hospitalar com especial atenção para os egressos
- Articulação com os serviços de urgência para garantir a continuidade da assistência
- Coordenação do projeto terapêutico inclusive durante os períodos em que a criança estiver sendo atendida em outros serviços, referenciada ou não pela Unidade Básica de Saúde (UBS)

9. CALENDÁRIO DE CONSULTAS

O Ministério da Saúde recomenda a quantidade mínima de 10 consultas de rotina até o 3º ano de vida, distribuídas da seguinte forma:

- 1ª semana
- 1º; 2º; 4º; 6º; 9º; 12º; 18º; 24º meses
- Após os 24 meses, recomendada uma consulta anual próxima à data de aniversário

Considera-se como ideal o seguinte cronograma:

- 1ª semana
- Consulta mensal até os 6 meses
- Consulta bimensal até o 12º mês
- Consulta trimestral até o 24º mês
- Consulta quadrimestral até os 36 meses

As faixas etárias indicadas nos tópicos acima são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Alguns serviços optam por um calendário diferenciado com retornos trimestrais entre os 12 e os 36 meses, de acordo com os protocolos institucionais de cada unidade, alguns deles com alternância entre consultas médicas e de enfermagem. Para que esse esquema seja eficiente, é necessário que a unidade disponha de um número suficiente de enfermeiros, adequadamente capacitados e que possam garantir a realização das consultas previamente agendadas, assim como de protocolos institucionais elaborados de forma multiprofissional para o alinhamento das condutas adotadas pelos diferentes profissionais.

Evidentemente, o cronograma de consultas deve ser adequado caso a caso, de acordo com a necessidade e o risco de cada criança, servindo o calendário acima apenas como uma referência para a criança saudável.

O mesmo raciocínio vale para o ambulatório especializado que deverá instituir um cronograma de retornos baseado nas necessidades de cada criança.

O quadro abaixo apresenta o esquema de consultas recomendado para o seguimento ambulatorial do prematuro de risco:

Primeira consulta	Na primeira semana após a alta
Revisões mensais	Até 6 meses de idade corrigida
Revisões bimestrais	6 a 12 meses de idade corrigida
Revisões trimestrais	13 a 24 meses
Revisões semestrais	2 a 4 anos de idade cronológica
Revisões anuais	Dos 4 anos até a puberdade

10. MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA

- Acetaminofen
- Aciclovir
- Ácido acetil-salicílico
- Ácido Fólico
- Acido Fusídico
- Ácido Metacresol Sulfônico
- Ácido Valpróico/Valproato
- Adrenalina
- Água Boricada 2%
- Albendazol
- Amicacina
- (Novamin)
- Amiodarona
- Aminofilina
- Amitriptilina
- Amoxicilina
- Amoxicilina + clavulanato
- Ampicilina
- Ampicilina + sulbactam
- Anfotericina B
- Anlodipina
- Atenolol
- Atropina
- Azitromicina
- AZT
- Aztreonam
- Azul de Metileno
- Beclometasona
- Benzoato de Benzila
- Bicarbonato de sódio
- Biperideno
- Brometo de Ipratrópio
- Bromopride
- Budesonida
- Calcitonina
- Camomila Chá
- Captopril
- Carbamazepina
- Carvão Ativado
- Cefalexina
- Cefazolina
- Cefepima
- Cefixime

- Cefotaxima
- Cefprozil
- Ceftazidima
- Ceftriaxona
- Cefuroxima
- Cetamina
- Cetoconazol
- Cetotifeno
- Cimetidine
- Ciprofloxacina, Cloridrato
- Ciprofloxacina
- Cisaprida
- Claritromicina
- Clindamicina
- Clonazepam
- Clonidina
- Cloranfenicol
- Cloreto de potássio — xarope a 6%
- Cloroquina
- Clorpromazina
- Clortalidona
- Clotrimazol
- Colestiramina
- Cromoglicato dissódico
- Deltametrina
- Dexametasona
- Dexametasona
- Dexclorfeniramina
- Diazepam
- Diclofenaco
- Digoxina
- Dimenidrato
- Dimeticona
- Dipirona
- Dobutamina
- Domperidona
- Dopamina
- Emedastina colírio
- Enalapril
- Enoxeparina
- Epinefrina
- Eritromicina, estearato
- Esmolol

- Espiramicina
- Espironolactona
- Etambutol
- Etofamida:
- Famotidina
- Fenitoina
- Fenobarbital
- Fenoterol
- Fentanil
- Ferro: Hidróxido Férrico Polimaltosado
- Ferro: Ferro Quelato Glicinato
- Ferro: Sulfato Ferroso
- Fluconazol
- Fludrocortisona
- Flumazemil
- Fluoxetina
- Fluticasona (Propionato de)
- Fluticasona (Propionato de) + Salmeterol
- Furosemida
- Ganciclovir
- Gentamicina
- Glicose
- Gluconato de Cálcio 10%
- Haloperidol
- Heparina
- Hialuronidase
- Hidralazina
- Hidrato De Cloral 10%
- Hidroclorotiazida
- Hidrocortisona
- Hidroclorotiazida
- Hidrocortisona
- Hidróxido de Alumínio
- Hidróxido de Magnésio
- Hidroxizine
- Ibuprofeno
- Imipenem
- Imipramina
- Imunoglobulina Anti-rábica
- Imunoglobulina Varicela Zoster
- Indometacina
- Insulina
- Interferon alfa

- Ipeca
- Isoconazol
- Ivermectina
- Itraconazol
- Lactulose
- Lágrimas Artificiais
- Levamisol
- Levocarbastina
- Levotiroxina
- Lidocaína
- (Xilocaína sem vasoconstritor)
- Lidocaína (Xylocaina — sem vasoconstritor)
- Loratadina
- Manitol 20%
- Mebendazol
- Meperidina
- Metilprednisolona
- Metoclopramida
- Metronidazol
- Miconazol
- Montelucaste sódico
- N-acetil-cisteína
- Neomicina
- Nifedipina
- Nistatina
- Nitrato de prata
- Nitrofurantoína
- Nitroprussiato de Sódio
- Norepinefrina (Noradrenalina)
- (Levophed 1:1000)
- Óleo de Girassol
- Óleo mineral
- Omeprazol
- Oseltamivir
- Oxacilina
- Oxaminiquina
- Oxido De Zinco
- Palivizumab
- Paracetamol
- Penicilina G Benzatina
- Penicilina G Cristalina
- Penicilina Procaína
- Periciazina

- Permanganato de Potássio
- Permetrina
- Piperazina
- Pirimetamina
- (daraprim)
- Polietilenoglicol 3350 pó
- Polivitaminico (A+B+D+E)
- Praziquantel
- Prazosin
- Prednisolona
- Prednisona
- Prometazina
- Propranolol
- Ranitidina
- Rifampicina
- Ringer Com Lactato
- Ritonavir
- Sais Para Reidratacao Oral
- Salbutamol
- Salmeterol
- Secnidazol
- Solução Otológica Polimixina B
- Solução Fisiológica/ Cloreto de Sódio
- Soro Glicerinado
- Sulfadiazina
- Sulfadiazina prata
- Sulfametoxazol + trimetoprim
- Sulfato de Magnésio
- Teofilina
- Terbutalina
- Tiabendazol
- Tianfenicol
- Tinidazol
- Tioconazol
- Tobramicina
- Tobramicina
- Valproato (ver Ácido Valpróico)
- Vancomicina
- Verapamil
- Vitamina K
- Warfarin
- Zidovudina

11.SAÚDEBUCALDACRIANÇA—AÇÕESEEDUCATIVASPARAAFAMÍLIA

As ações educativas em saúde bucal devem ser realizadas independentemente de fatores de risco, com o foco na prevenção dos principais agravos que acometem a infância como cárie, maloclusão, respiração bucal e traumatismos bucodentais, que em sua maioria podem ser evitados com a adoção de hábitos saudáveis. Esta abordagem poderá ser realizada nos grupos de gestante, na residência, nas orientações à puericultura, no momento de vacinação da criança, entre outras situações. É fundamental a interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde para a atenção em saúde bucal da gestante desde o início do pré-natal. Além do encaminhamento da gestante e posteriormente da criança para a consulta odontológica, toda a equipe de saúde deve estar apta a dar informações adequadas aos pais e aos cuidadores sobre a saúde bucal.

	Ações educativas
Hábitos alimentares	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, ressaltando sua importância para o correto desenvolvimento facial. • A partir do sexto mês já é possível começar a introduzir alimentos através de colher, desmamando progressivamente. • Entre um ano e um ano e meio, passa-se o leite para o copo, sem precisar usar mamadeira. • Em situações adversas, nas quais a família necessite dar mamadeira ao bebê, alguns cuidados devem ser tomados, tais como: não aumentar o furo do bico do mamilo artificial, não acrescentar açúcar, mel, achocolatados e nem carboidratos ao leite (exceto com recomendações médicas), evitar principalmente as mamadas noturnas, em que o leite adocicado fica depositado nos dentes do bebê e pode causar as cáries rampantes (cáries de mamadeira). • Ao introduzir sucos e chás, após o sexto mês, seguir as mesmas recomendações quanto à preferência ao uso do copo, ao invés da mamadeira e a não utilização de açúcar nesses líquidos. • Mel e açúcar mascavo também provocam cáries. É importante adotar uma dieta variada e nutritiva e oferecer alimentos consistentes para estimular o desenvolvimento

ósseo dos arcos e a salivação, que é uma defesa natural da boca.

- Ao iniciar a alimentação sólida o ideal é acostumar o bebê com sabores naturais não adocicados, evitando também os produtos industrializados.
- Também não se deve adoçar a chupeta, ainda que esse método seja às vezes utilizado pelas famílias, na intenção de acalmar o bebê e fazê-lo parar de chorar.

Hábitos de higiene bucal

- Evitar o uso compartilhado de copos e talheres, evitar o contato da boca da mãe ou cuidador com a comida do bebê, evitar beijar o bebê na boca, não “limpar” a chupeta do bebê com a boca após esta ter caído no chão e evitar o uso de brinquedos contaminados com a saliva de outras crianças.

Orientação para a limpeza da cavidade bucal do bebê:

- Para bebês sem dentes: A limpeza pode ser realizada com uma gaze ou fralda limpa embebida em água potável, que deve ser passada delicadamente na gengiva e em toda a mucosa oral do bebê pelo menos uma vez ao dia.
- Para bebês em fase de erupção dos dentes: com a erupção dos dentes decíduos, o ideal é que inicie o uso da escova dental macia de tamanho compatível com a boca do bebê, duas vezes ao dia, principalmente antes de dormir. A gaze ou fralda não é mais tão eficiente na remoção do biofilme dental, portanto, a transição para a escova dental deve ser feita aos poucos. O uso do fio dental está indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia. O uso de creme dental fluoretado deve ser iniciado assim que os primeiros dentes irromperem na boca, duas vezes ao dia em quantidade muito pequena (do tamanho de um grão de arroz). É possível utilizar o mesmo dentifrício utilizado pela família (cerca de 1.200 ppm de fluor na composição) para obtenção do benefício anticárie. Todo creme dental deve ser tratado como medicamento e ser mantido fora do alcance de crianças, por isso, a escovação deve ser realizada sob a supervisão de um adulto.

Hábitos de sucção oral

Devem ser evitados para não causar confusão de bicos e alterações ortodônticas.

Prevenção de traumas bucodentais	<p>Não deixar as crianças sozinhas, principalmente em lugares altos, próximos a escadas e janelas, onde se recomenda o uso de portões e grades. Quando as crianças começam a engatinhar e a andar, os pais precisam ter cuidado com locais com muitos móveis e quinas. É aconselhável que elas fiquem descalças, usem sapatos com sola de borracha ou meias antiderrapantes para não escorregar e cair. Durante os passeios de carro, as crianças devem ser devidamente acomodadas em cadeiras especiais.</p>
Orientações relacionadas ao processo de erupção dos dentes	<ul style="list-style-type: none">• Orientar os pais ou cuidadores sobre o período em que ocorre a erupção dos dentes decíduos, que é de 0 a 36 meses de idade. Normalmente, a partir do sexto mês, inicia-se o processo de erupção dentária, sendo os incisivos inferiores os primeiros dentes a irromperem.• Em muitas crianças, a erupção dos dentes decíduos é precedida pelo aumento da salivação e irritabilidade durante o dia. Nesta época, a criança pode intensificar o hábito de chupar o dedo ou de friccionar a gengiva, perder o apetite ou apresentar alterações gengivais. Para o alívio desse desconforto, é possível indicar que a criança utilize mordedores de borracha frios ou que a mãe use gaze embebida em água gelada (previamente fervida ou filtrada) sobre a parte da gengiva onde há a irritação local.• O tratamento farmacológico com a utilização de agentes tópicos como géis anestésicos, ou a medicação sistêmica com uso de analgésicos só deve ser indicado, quando necessário, pelo dentista ou pelo médico.• Consideração: O aparecimento de sintomas exacerbados como estado febril igual ou acima de 38 graus, quadro de diarreia intensa, vômito e erupção cutânea podem estar associados com alguma doença sistêmica. Neste caso, encaminhar a criança ao médico.

12. PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Podemos definir como “acidente” um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, ocorrido no ambiente doméstico ou social. A partir dessa definição, podemos inferir uma série de questões a serem levadas em conta pela equipe na organização dos seus processos de trabalho conforme os postos abaixo:

- Por ser um fenômeno evitável por definição, medidas preventivas devem ser obrigatoriamente incluídas na pauta das ações educativas
- Pelo amplo espectro das lesões, há necessidade de um enfoque multiprofissional tanto nas medidas preventivas quanto nas curativas
- Visitas domiciliares para reconhecimento do ambiente doméstico e ações intersetoriais são fundamentais na prevenção de acidentes
- A anotação em prontuário é importante para identificação de situações familiares onde ocorrem sucessivos acidentes que exijam a intervenção da equipe de saúde
- A capacitação da equipe multiprofissional para o desenvolvimento de ações educativas, o reconhecimento de situações de risco e as medidas a serem tomadas após o acidente devem fazer parte do programa de educação continuada e permanente

ACIDENTES	ORIENTAÇÕES PARA A FAMÍLIA E/OU CUIDADORES
Afogamento	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca deixar a criança sozinha na banheira • Não deixar as crianças sozinhas perto de baldes, tanques, poços e piscinas
Queimaduras	<ul style="list-style-type: none"> • Para o banho, testar antes temperatura da água (ideal 37°) • Não fumar com a criança no colo • Não cozinhar, nem ingerir líquidos quentes com a criança no colo • Usar as bocas da parte de trás do fogão e manter os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão • Manter as crianças longe do fogo, de aquecedores e ferros elétricos

Intoxicação (ingestão de medicamentos, produtos de limpeza, antissépticos, inseticidas domésticos, entre outros)	<ul style="list-style-type: none">• Nunca dar à criança um remédio que não tenha sido receitado pelo médico• Manter medicamentos e produtos de uso doméstico fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados
Sufocação, engasgo, ingestão ou aspiração de corpos estranhos ou síndrome de morte súbita	<ul style="list-style-type: none">• Nunca usar talco próximo ao rosto da criança• Ajustar o lençol do berço, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros• Após as mamadas, colocar o bebê para arrotar• Colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal (de barriga para cima)• Utilizar brinquedos grandes e inquebráveis• Não deixar ao alcance da criança sacos plásticos, cordões e fios
Quedas	<ul style="list-style-type: none">• Proteger o berço com grades altas com no máximo 6 cm entre elas• Nunca deixar a criança sozinha em cima de qualquer móvel, nem por um segundo• Jamais deixar a criança sob os cuidados de outra criança• Quando a criança já se locomover sozinha: colocar proteções nas escadas e janelas, proteger os cantos dos móveis, evitar móveis que possam cair na cabeça da criança e certificar-se se o tanque de lavar roupas está bem fixo
Choques	<ul style="list-style-type: none">• Colocar protetores nas tomadas e nos fios elétricos, ou então certificar-se de que estão longe do alcance das crianças

Acidentes de trânsito	<p>Como determina o Código de Trânsito Brasileiro (CTB):</p> <ul style="list-style-type: none">• Crianças com até um ano de idade deverão utilizar, obrigatoriamente, o dispositivo de retenção denominado “bebê conforto ou conversível”. Este ser levemente inclinado, colocado no banco de trás, voltado para o vidro traseiro• Crianças com idade superior a 1 ano e inferior ou igual a 4 anos deverão utilizar, obrigatoriamente, o dispositivo de retenção denominado “cadeirinha”. Também deve ser transportada no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante
Atropelamentos	<ul style="list-style-type: none">• Para as crianças que já andam, impedir que se solte da mão do adulto e corra em direção à rua• Escolher lugares seguros para as crianças andarem de triciclos
Outros cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Não deixar a criança aproximar-se de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando• Ficar atentos ao contato com insetos, aranhas, escorpiões ou outros animais peçonhentos

13. CUIDADOS COM A CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Por se tratar de um serviço responsável pela coordenação das ações de cuidado no território, a Atenção Básica assume um papel importante para a atenção integral à saúde das crianças e de suas famílias em situações de violência. Para o enfrentamento dessa situação, a organização dos processos de trabalho da equipe de saúde deve prever:

- Ações de promoção à saúde e prevenção de violências, desenvolvidas na própria unidade, no ambiente doméstico ou social
- Capacitação continuada da equipe em relação ao tema para o reconhecimento, abordagem multiprofissional e integral e tratamento de acordo com cada caso
- Sistema de vigilância interno e externo bem organizado de forma a acompanhar a criança na rede de saúde e social, de acordo com o encaminhamento de cada caso
- Articulação bem estabelecida com outras instâncias do sistema de modo a garantir um atendimento integral, continuado e efetivo

Observação: É possível encontrar outros detalhes dos cuidados relativos às crianças em situações de violência no documento *“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”*, do Ministério da Saúde.

Abaixo, estão relacionadas quatro dimensões do cuidado como práticas de saúde:

Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Todo e qualquer membro da equipe deve receber as crianças e suas famílias de forma empática e respeitosa • É dever acolher a criança e a família em lugar específico para este tipo de atendimento • Acompanhar o caso e proceder os encaminhamentos, desde a entrada da criança e de sua família no setor de saúde, até o seguimento deles para a rede de cuidado e de proteção social • Adotar atitudes positivas e de proteção à criança e a sua família • Atuar de forma conjunta com toda a equipe multidisciplinar
Atendimento, diagnóstico e tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com a família e explicar que, mesmo sem a intenção de ferir ou negligenciar, a criança está em situação de risco e o profissional de saúde tem a obrigação

	<p>legal de comunicar o que está acontecendo às instituições de proteção.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salientar que a família se beneficiará da ajuda dos órgãos competentes, mantendo uma atitude de solidariedade e cooperação, pois a família precisará de amparo e de reorganização de vínculos durante o processo de atendimento • Orientar a família quanto ao seu papel de proteção, explicando as graves consequências da violência para o crescimento e o desenvolvimento da criança • Realizar a consulta clínica que inclui a anamnese e exame físico • Avaliar o caso e, quando necessário, requisitar a presença de outros profissionais para a complementação do diagnóstico • Tratar e orientar a família sobre os cuidados necessários • Oferecer à família e às crianças os serviços especializados de psicologia e assistência social da sua equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de referência • Discutir o caso com toda a equipe de atendimento como médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e agentes comunitários de saúde, para que todos se envolvam no plano de cuidado da família exposta à violência • Garantir a assistência continuada e interdisciplinar
Notificação	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher a “Ficha de Notificação/Investigação Individual: Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais” • Comunicar o fato ao conselho tutelar que atende a comunidade ou ao conselho tutelar de sua respectiva área de atuação, mediante o envio de uma via da ficha. Caso não exista um conselho tutelar na região, encaminhe o caso para a Vara da Infância e da Juventude ou para o Ministério Público ou, ainda, para o órgão ou a autoridade competente • Arquivar uma via da ficha no serviço ou na unidade de saúde que realizou a notificação ou que seja responsável pelo registro do caso
Seguimento do caso na rede de cuidado e proteção	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar e acompanhar para um serviço especializado de referência, independentemente do nível de atenção e mesmo depois da notificação, pois as funções dos conselhos não substituem as da equipe de saúde no acompa-

nhamento terapêutico de cada caso

- Acionar a rede de cuidados e proteção social existente no território, de acordo com a necessidade de cuidados e de proteção, tanto na própria rede de saúde (equipes de saúde da atenção primária, equipes de saúde da família, hospitais, unidades de urgências e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Atenção Psicossocial Infantil) e no Centro de Testagem e Aconselhamento/serviço de Atendimento Especializado - CTA/SAE) quanto na rede de proteção social e defesa (Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), escolas, Ministério Público, Conselho Tutelar e Varas da Infância e da Juventude, entre outros)

14. VIGILÂNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Para fins de organização dos processos de trabalho, quando falamos em vigilância à saúde da criança, podemos pensar em dois grandes blocos de ações:

- Vigilância relacionada aos riscos clínicos ou sociais e as vulnerabilidades específicas para cada caso
- Vigilância em relação à continuidade da atenção, seja na própria unidade de atendimento ou em todo o sistema de saúde

Vigilância à saúde relacionada aos riscos clínicos ou sociais e vulnerabilidades específicas de cada caso:

Ações de captação precoce de crianças de risco ao nascer, identificação de crianças de risco, busca ativa em caso de falta de comparecimento às consultas e ou outros procedimentos necessários como imunização, coleta de exames, visitas domiciliares. Atuação multiprofissional para averiguação de possíveis causas para a não adesão ao plano de cuidado, acolhimento imediato de crianças em situação de risco, identificação precoce de sinais e sintomas de perigo também são exemplos de ações de vigilância que garantem a continuidade e a qualificação da atenção dentro da própria unidade.

A utilização adequada de instrumentos de gestão do cuidado pode efetivar a vigilância de forma que ela passe a fazer parte da rotina da unidade. É possível destacar os programas de educação em serviço, uso de protocolos clínicos institucionais, elaboração de cadastros de notificação interna das crianças de risco clínico e não clínico, incluindo as situações de violência e risco de acidentes, utilização sistemática dos sistemas de informação municipais, estaduais ou federais, organização das agendas de modo a permitir o acesso imediato de crianças em situação de risco, treinamento intensivo e continuado da equipe na recepção ativa, gerenciamento dos projetos terapêuticos individualizados das crianças de risco e gerenciamento do programa de imunização.

Vigilância em relação à continuidade da atenção seja na própria unidade de saúde, seja ou em todo o sistema de saúde:

O foco é a vigilância da criança no seu percurso pelo sistema de saúde, seja em situações de urgência, quando atendida em unidades de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro e também quando referenciada a serviços ambulatoriais ou hospitalares. A responsabilidade pela continuidade da atenção permanece sendo da equipe de saúde da atenção primária e, para isso, há necessidade de organizar os processos de trabalho internos, assim como promover a articulação com os demais serviços, para que seja possível mapear o itinerário da criança, medindo inclusive a resolutividade do sistema.

A equipe de atendimento deve compreender e se sensibilizar de que o seu trabalho não se encerra na sua própria atuação e se completa ao trabalho de outros profissionais. São exemplos de estratégias que devem ser incorporadas aos processos de trabalho da equipe profissional da unidade atividades como

o gerenciamento dos relatórios de referência e contra referência, o contato sistemático com outras unidades, a análise de relatórios gerenciais emitidos pela Central de Regulação, a investigação de óbitos infantis, a alimentação adequada e a utilização sistemática dos sistemas de informação relacionados à criança.

Dentre os sistemas de informação relacionados à criança citamos:

- SINASC — Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
- SIM — Sistema de Informação Sobre Mortalidade
- SIA — Sistema de Informação Ambulatorial
- SIAB — Sistema de Informação da Atenção Básica
- SisPreNatal — Sistema de Informação Sobre as Ações de Pré-natal Realizadas
- SINAN — Sistema de Informações de Agravos e Notificações
- SIH — Sistema de Informação Sobre Internações Hospitalares
- VIVA Contínuo — Sistema de Informação de Acidentes e Ocorrência de Casos de Violência

15. ACOMPANHAMENTO PARALELO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A atenção primária é sempre a instância responsável pela coordenação do cuidado da criança, mesmo nos casos em que o paciente é encaminhado para os serviços como o atendimento em urgência e emergência, para internação hospitalar ou pela necessidade de acompanhamento sistemático na atenção ambulatorial especializada.

A vigilância à saúde deve ser uma constante no seguimento clínico de todas as crianças, principalmente nos casos onde é feito o acompanhamento paralelo com a atenção especializada.

Dessa forma, alguns processos de gestão de cuidado são particularmente úteis, conforme os pontos abaixo:

- A alimentação e a análise dos relatórios dos sistemas de informação municipais
- A elaboração e análise de dados registrados nos sistemas de informação internos
- A busca ativa de crianças com faltas em consultas ou não adesão ao plano de cuidado
- A articulação da UBS com os serviços especializados
- A troca de relatórios de encaminhamento
- O gerenciamento da qualidade desses referenciamentos
- A disponibilização de informações sobre os egressos de internações hospitalares
- A gestão adequada dos processos de regulação

O Projeto Terapêutico individualizado é outro mecanismo fundamental para o acompanhamento paralelo entre a UBS e o ambulatório de especialidades e deve ser compartilhado entre as equipes de saúde. Para isso, é fundamental que o matriciamento e a emissão de relatórios de referencia e contra referência contenham um sumário do projeto terapêutico atualizado e as modificações sugeridas.

Independente do atendimento na atenção especializada, a base de apoio da atenção à criança deve ser sempre a unidade básica, garantindo o vínculo da família com o sistema de saúde, o cumprimento adequado do esquema de vacinação, as orientações de ações educativas, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e o atendimento de queixas eventuais fora do âmbito da especialidade onde ela está sendo atendida regularmente.

As principais situações onde há necessidade de um acompanhamento paralelo sistemático entre a atenção básica e o ambulatório de especialidades são indicadas abaixo:

- Recém-nascido de muito baixo peso
- Outras situações de risco neonatal
- Distúrbios neurológicos
- Distúrbios endocrinológicos

- Síndromes genéticas
- Pneumopatias crônicas
- Cardiopatias
- Malformações congênitas
- Distúrbios gastrointestinais como colestase, RGE e obstipação

16. REGULAÇÃO DE LEITOS E VAGAS PARA INTERNAÇÃO

Considerando a regulação como uma importante ferramenta da gestão do sistema de saúde pública, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), criou a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS). Por meio de ações dinâmicas, executadas de formas equilibrada, ordenada e oportuna, a central congrega as ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial, contribuindo para a integralidade da assistência e propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão.

Na prática, a CROSS é o ponto de contato de todos os hospitais e serviços de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo. Na capital e em algumas cidades paulistas há centrais que regulam a transferência de pacientes entre hospitais do município ou da região, mas, na ausência destas centrais ou havendo necessidade de oferta de vagas para diferentes regiões, a central da SES-SP é acionada.

Este serviço gerenciado pelo órgão estadual é totalmente informatizado e conta com uma equipe de médicos e técnicos auxiliares de regulação médica, além de técnicos em informática e atendentes disponíveis 24 horas por dia em todos os dias da semana. A equipe responde às solicitações de transferência de pacientes em serviços de saúde de todo o Estado de São Paulo, incluindo pedidos de internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, neonatal e pediátrica, além dos leitos para cirurgias eletivas e de urgência.

As solicitações são feitas por telefone ou via portal na Internet e classificadas segundo grau de risco, numa escala que varia entre os números 1 e 4. Solicitações para casos classificados como grau 1 são atendidos dentro de um período máximo de uma hora. A espera máxima para demandas avaliadas como grau 2 é de até três horas, de grau 3 é de até seis horas e as de grau 4 (consideradas de baixo risco ao paciente) são atendidas em até 12 horas. Cabe ao serviço de saúde de origem transportar o paciente até o novo local onde a vaga foi encontrada e ofertada.

Os médicos que atuam no atendimento da CROSS são treinados e capacitados para lidar com as mais diferentes situações. Em muitos casos, os profissionais conseguem, durante o contato com a equipe médica dos serviços de saúde solicitantes, passar instruções para manter os sinais vitais do paciente e sugerir medidas para melhorar sua condição clínica.

Com a centralização, é possível à SES manter uma equipe médica à disposição em tempo integral aos serviços de urgência e emergência e buscar vagas não somente em uma determinada região, mas também em todo o Estado, possibilitando aos pacientes a assistência adequada de acordo com os respectivos diagnósticos.

Além dos plantonistas para a regulação das urgências e emergências, a CROSS também conta com uma central de atendimento específica para viabilizar o agendamento de consultas ambulatoriais, gerenciando todo o fluxo de atendimento nas unidades de saúde municipais, ambulatorios e demais hospitais vinculados ao SUS.

As regionais de saúde distribuem, conforme a demanda, a oferta de vagas de serviços médicos, consultas e exames. A integração do sistema garante que todas as unidades tenham conhecimento sobre os locais onde há vagas disponíveis e as possibilidades para os agendamentos. O sistema também é regionalizado e as unidades de um determinado município só tem acesso às informações de ofertas de consultas e exames em suas macrorregiões. Cabe à central de regulação dar o suporte técnico às unidades de saúde cadastradas, além de gerenciar o atendimento aos cancelamentos de consultas agendadas e, quando necessário, reordenar as ofertas distribuídas por essas unidades.

Dentro desse contexto, a CROSS representa um avanço significativo na regulação da assistência no Estado de São Paulo, embora as unidades ainda enfrentem algumas dificuldades no atendimento de suas necessidades em relação ao referenciamento dos pacientes. Atualmente, está em vigência um fórum de discussão e avaliação dos processos de regulação com a realização de encontros periódicos entre representantes dos serviços de saúde e da CROSS com o objetivo de delinear uma série de estratégias para melhoria do sistema.

Calendário da Criança até 6 anos de idade – 2014

Idade	Vacina
Ao nascer	BCG, Hepatite B
2 meses	VIP, Pentavalente (DTP-Hib-HB), Rotavírus, Pneumocócica 10 valente
3 meses	Meningocócica C
4 meses	VIP, Pentavalente (DTP-Hib-HB), Rotavírus, Pneumocócica 10 valente
5 meses	Meningocócica C
6 meses	VOP, Pentavalente (DTP-Hib-HB), Pneumocócica 10 valente
9 meses	Febre amarela
12 meses	Sarampo-Caxumba-Rubéola (SCR), Meningocócica C
15 meses	VOP, DTP, Pneumocócica 10 valente, Tetraviral, (SCR-Varicela)
5 anos	VOP, DTP
15 anos	dT
6 meses a < 5 anos	Influenza

