

NOTA TÉCNICA 01/2019

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

Portanto, a AB deve realizar ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos, além de estratégias para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância, bem como ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção domiciliar, sempre que possível. Além disso, deve articular os cuidados com a Atenção Especializada sempre que houver necessidade, visto que, existem benefícios de um seguimento compartilhado entre a AB e os serviços especializados (BRASIL, 2018a).

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

2. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS NA ATENÇÃO BÁSICA:

A equipe de AB deve garantir as consultas às crianças através de previsão de agendamento com base nos nascidos vivos do território, sendo previsto acompanhamento para todos os seus ciclos de vida: recém-nascido, primeiro ano de vida, pré-escolar e escolar. Preconiza-se que a previsão de consultas de acompanhamento ocorra de acordo com a estratificação de risco, conforme será abordado adiante.

Ressalta-se que a equipe de Atenção Básica deve estabelecer fluxograma para a organização do processo de trabalho, bem como para o atendimento da demanda espontânea (RIO GRANDE DO SUL, 2019a). Portanto, além das consultas de rotina, a equipe de AB deve proporcionar acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco à criança trazida pelo seu familiar, escutando os acompanhantes e propondo encaminhamentos em tempo oportuno (BRASIL, 2013a).

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana de vida do recém-nascido, para tanto, faz-se necessária a articulação da maternidade com a Atenção Básica. E, posteriormente a este período, a periodicidade das visitas domiciliares deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas. É importante utilizar a visita domiciliar para a busca ativa de crianças faltosas (BRASIL, 2012). Essas ações visam garantir a vinculação da família com a equipe, abordando a detecção de dificuldades e necessidades, riscos e vulnerabilidades.

Cabe lembrar que a visita domiciliar não é apenas uma atribuição do Agente Comunitário de Saúde, pois toda a equipe pode fazer uso desta prática. Esta estratégia é também realizada pelos visitantes do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), dentro do escopo de suas ações, em municípios com o Programa implantado (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Nestes municípios, a Atenção Básica conta com o suporte das visitas domiciliares do PIM, executadas na primeira semana após alta da maternidade, de acordo com protocolo específico e em complementaridade às ações de saúde. A adesão ao PIM e sua execução em articulação com a AB contribui no acompanhamento da criança menor de 2 anos, indo ao encontro do preconizado na PNAISC no que se refere à vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) pela Atenção Básica, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares.

Também é preciso considerar o efetivo acompanhamento puerperal da mãe, bem como convidar a mãe e/ou acompanhantes a frequentarem grupos/atividades na UBS, que possam contribuir para o desenvolvimento do bebê e para a saúde familiar (como grupo de amamentação ou mesmo outros destinados especificamente à saúde dos familiares, conforme avaliação da equipe e construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS com a

família). A presença e participação do pai deve ser sempre estimulada nas consultas e atendimentos ao bebê, incluindo estratégias da equipe de garantia, para o homem, de comprovação junto ao trabalho de acompanhamento em consulta/atendimento de saúde da criança, como já preconizado desde o pré-natal do parceiro (BRASIL, 2018a; RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Salientamos que a equipe de saúde tem responsabilidade integral sobre todas as crianças da sua área de abrangência. No caso da criança ser encaminhada para a Atenção Especializada ou ocorrer internação, por exemplo, a equipe de Atenção Básica deve manter o monitoramento dos cuidados prestados e acompanhamento através de consultas de retorno, medicação e cuidados básicos.

2.1 CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA

As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade. Os riscos identificados de cada criança podem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos recém-nascidos.

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

RISCO	FATORES	PONTO DA REDE
Risco Habitual	Risco inerente ao ciclo de vida da criança.	Cuidado na Atenção Básica
Médio risco (dois ou mais fatores)	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo peso ao nascer (2.000 a 2.500g); - Prematuridade tardia: 35-36 semanas; - Criança sem realização de triagem neonatal; - Desmame antes do 6º mês de vida; - Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais; - Sobrepeso; - Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; - Cárie precoce; <p>Fatores sócio familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mãe adolescente (menor que 18 anos); - Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo; - Mãe sem suporte familiar; - Chefe da família sem fonte de renda; - Mãe com menos de 4 consultas pré-natal; - Mãe com antecedente de um filho nascido morto; - Mãe com história de exantema durante a gestação; - Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; - Gravidez e ou criança manifestadamente indesejada; - Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica; - Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica; - Pais/responsáveis com dependência de álcool e outras drogas; - Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; - Indícios de violência; - Mãe e/ou pai privados de liberdade. 	Cuidado na Atenção Básica, compartilhado com outros serviços da rede (NASF, CRAS, CREAS, etc.)
Alto risco (um ou mais fatores)	<ul style="list-style-type: none"> - Afecções perinatais e malformações congênitas; - Baixo peso ao nascer (<2.000g); - Prematuridade ≤34 semanas; - RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: dependendo de sua etiologia, esta 	Cuidado compartilhado entre a AB, através de consultas e visitas domiciliares, e a Atenção Especializada

	<p>pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento (BRASIL, 2016);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asfixia perinatal e/ou apgar ≤ 6 no 5º minuto; - Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; - Infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus)+ HIV + Zika confirmadas ou em investigação; - Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica; - Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal; - Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária; - Sinais evidentes de violência; - Desnutrição grave; - Obesidade; - Intercorrências repetidas com repercussão clínica; - Três ou mais internações nos últimos 12 meses. 	
Gestão de caso	<p>A gestão de caso é uma tecnologia da gestão da clínica que se indica aos usuários com condições de saúde de alta complexidade, trata-se de um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, o usuário, sua família e a rede de suporte social. O processo da gestão de caso envolve as etapas: seleção do caso, identificação do problema, elaboração e implantação do plano de cuidado e monitoramento do plano de cuidado (MENDES, 2015).</p> <p>Sugere-se, assim, que para os casos complexos, o cuidado seja compartilhado com diversos pontos da Rede de Atenção conforme necessidade, além da elaboração de Projeto Terapêutico Singular.</p>	

Fonte: Adaptado Espírito Santo/SES (2017); BRASIL (2018a).

O recém-nascido de alto risco merece ainda maior destaque, pois além da necessidade de cuidados pela equipe de Atenção Básica, com muita frequência demanda atendimento especializado por profissionais habilitados. O acompanhamento dessas crianças deve ser compartilhado entre AB e Ambulatórios de Egressos (Resolução nº 324/2010 CIB/RS) ou ambulatórios especializados de acompanhamento de RN de alto risco (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

As crianças expostas ao HIV ou em risco de exposição pelo aleitamento materno (quando o parceiro tem HIV) devem ter acompanhamento compartilhado entre AB e Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

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

2.2 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

Com base nas orientações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, sugere-se a seguinte periodicidade das consultas conforme estratificação de risco (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012):

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

Fonte: Adaptado Brasil (2012); Sociedade Brasileira de Pediatria (2012).

Essa é uma proposta mínima de acompanhamento da criança a ser realizado pelo médico e enfermeiro da Unidade. Os municípios devem definir seu cronograma de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, a composição etária da população e a realidade epidemiológica. Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme a necessidade determinada por problemas de saúde.

A equipe multiprofissional da AB deve se organizar para o acompanhamento da criança através da identificação de risco, realização de atividades educativas, imunizações, estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos ou mais, avaliação do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, atendimento médico e de enfermagem, entre outros.

Cabe destacar que algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência. O acompanhamento de recém-nascido de risco, de acordo com os critérios do Ministério da Saúde, deverá ser **mensal**. Ressalta-se a necessidade da visita domiciliar na 1ª semana de vida/e ou após alta hospitalar, pelo Agente Comunitário Saúde (BRASIL, 2014a).

A PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional prevê a implantação de UBS nas unidades prisionais. Dessa forma, as equipes multiprofissionais se propõe a desenvolver ações de promoção de saúde, como: acesso ao pré-natal qualificado, orientações sobre o planejamento reprodutivo, estímulo ao aleitamento materno, desenvolvimento de atividades lúdicas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil através da Caderneta de Saúde da Criança e fortalecimento do vínculo afetivo.

2.3 PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM- NASCIDO

A primeira consulta do recém-nascido oportuniza a oferta de um conjunto de ações de saúde essenciais na Atenção Básica, sendo o primeiro contato após a alta da maternidade. Tanto a primeira consulta quanto a visita domiciliar devem ocorrer na primeira semana de vida do RN ou na primeira semana após a alta. Essas ações visam garantir a vinculação da família de forma precoce, permitindo a detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê e de riscos e vulnerabilidades familiares, traduzindo-se no **“5º Dia de Saúde Integral”**, **estratégia prevista na PNAISC** (BRASIL,2018a).

Na primeira consulta de vida do recém-nascido o profissional deve:

- Acolher o recém-nascido e os acompanhantes, na Unidade de Saúde, no dia do atendimento;
- Ouvir as queixas referidas pelos acompanhantes e intercorrências;
- Avaliar as condições perinatais e verificar os registros na Caderneta de Saúde da Criança no item “Dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados do recém-nascido”;
- Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B. Se mãe HBsAg positivo, verificar registro de administração de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B;
- Registrar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança;
- Avaliar resultados das triagens (Triagem Neonatal Biológica, Triagem Neonatal Auditiva, Triagem Neonatal Ocular e Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas por oximetria de pulso, respectivamente, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçõzinho) e encaminhar ao especialista, quando necessário, e orientar agendamento das triagens quando não realizadas;
- Acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação. Observar posição e pega, esclarecer sobre a amamentação sob livre demanda, alimentação da nutriz e informar sobre as leis que protegem a mulher que amamenta, no retorno ao trabalho;
- Observar a mamada e auxiliar quando necessário;
- As mães que não podem amamentar necessitam de apoio da equipe de saúde e devem ser orientadas sobre a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea;
- Realizar exame físico completo na primeira consulta de puericultura que inclui a verificação do estado geral, o peso, comprimento e perímetro cefálico, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e coloração da pele. Deve-se avaliar também fontanelas e suturas, olhos, implantação das orelhas, otoscopia, exame da boca e

orofaringe, pescoço, gânglios, tórax, abdome, genitália e períneo, membros, pulsos e perfusão periférica. Da mesma forma, reavaliar os sinais de Ortolani e Barlow e verificação de reflexos próprios do recém-nascido;

- Avaliar o vínculo mãe/bebê e identificar possíveis sinais de depressão pós-parto realizando, se necessário acompanhamento da mãe pela equipe de Atenção Básica. Cabe destacar que a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial se propõe a articular e integrar os diferentes pontos de atenção da rede de saúde do território de forma acessível, qualificando o cuidado, de forma a garantir o acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências;
- Avaliar a participação do pai e outros familiares como rede de apoio à mãe, e propor intervenção junto aos mesmos, caso seja necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial;
- Identificar sinais de violência física, psicológica e/ou sexual e se necessário dar seguimento ao cuidado conforme descrito no item 9.1:Crianças e suas famílias em situações de violência.

Orientações gerais (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2019):

- Técnica correta do banho diário;
- Evitar uso de talcos e perfumes;
- Higiene do coto umbilical;
- Prevenção de acidentes;
- Evitar contato com fumantes;
- Evitar levar o recém-nascido a locais com aglomerados de pessoas;
- Posição supina para dormir (barriga para cima);
- Evitar leite compartilhado;
- Amamentação sob livre demanda (guiada pelo bebê);
- Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação, favorecendo assim, o aleitamento materno exclusivo;
- Imunizações: seguir o Calendário Nacional de Imunizações vigente disponível no site do Ministério da Saúde;
- Coletar o **Teste do Pezinho entre o 3º e o 5º dia** de vida da criança;
- Medidas preventivas como a suplementação de Vitaminas e Ferro;
- Orientar sobre icterícia e outros sinais de perigo, quando é recomendado o retorno imediato à UBS. São considerados sinais de alerta a icterícia que atinge braços e pernas em crianças com mais de duas semanas de vida e a presença de urina

escura e fezes claras conforme o item “Cuidados com a saúde da criança: sinais de perigo”, da Caderneta de Saúde da Criança.

2.4 CONSULTAS SUBSEQUENTES

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

Em cada consulta subsequente, o profissional deve (BRASIL, 2019):

- Ouvir as queixas referidas pelos acompanhantes e intercorrências;
- Acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação, observar posição e pega, realizar intervenção quando necessário, esclarecer sobre a amamentação sob livre demanda, alimentação da nutriz e informar sobre as leis que protegem a mulher que amamenta, no retorno ao trabalho (BRASIL, 2015);
- Realizar exame físico completo;
- Coletar dados antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico);
- Preencher os gráficos de peso, comprimento, Índice de Massa Corporal (IMC) e perímetro cefálico (no caso das crianças com deficiência, existem curvas e tabelas específicas). Para mais informações, ler na íntegra a Caderneta de Saúde da Criança;
- Classificar o peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico para a idade;
- Verificar o registro vacinal, conforme Calendário Nacional de Imunização vigente;
- Consultar os marcos do desenvolvimento para cada faixa etária no “Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento”, presente na Caderneta de Saúde da Criança, preenchendo o instrumento de acordo com a idade da criança (em meses ou anos);
- Registrar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança;
- Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta;
- Orientar que a higienização da cavidade bucal do bebê deve ocorrer somente a partir da erupção do primeiro dente decíduo, pois as imunoglobulinas presentes no leite materno desempenham um papel protetor na mucosa bucal contra infecções. Para crianças desmamadas, iniciar a higienização mesmo não havendo erupcionado o primeiro dente decíduo, pois as fórmulas infantis, mesmo não possuindo sacarose

em sua formulação, demonstraram ser cariogênicas. Utilizar como técnica de higienização após cada mamada: enrolar o dedo em uma fralda limpa, passando delicadamente em toda a boca do bebê (gengiva, língua e bochechas) (BRASIL, 2016);

- Orientar que a partir do nascimento do primeiro dente utilizar uma escova de dente pequena de cerdas macias, com o uso de pequena quantidade (menos de um grão de arroz) de creme dental com flúor e registrar o acompanhamento, conforme item “Saúde bucal” da Caderneta de Saúde da Criança, além de ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento;
- Verificar o uso regular de medicamentos;
- Verificar e orientar quanto a alimentação da criança;
- Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária, segundo o item: “Cuidando da segurança da criança: prevenindo acidentes e violência” da Caderneta de Saúde da Criança;
- Agendar a próxima consulta.

3. IMUNIZAÇÕES

O acesso infantil às ações de vacinação acontece essencialmente através das unidades de saúde que integram a Atenção Básica, a partir do Calendário Nacional de Vacinação vigente preconizado pelo Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>. Assim, a verificação do registro vacinal das crianças que chegam às Unidades para consulta deve ser uma ação realizada de forma frequente, em todos os contatos da criança com o serviço de saúde, da mesma forma que a busca ativa das crianças com possível atraso em seus esquemas vacinais. A organização de estratégias, como chamamentos diferenciados ou dia de atividades voltadas à mobilização para a vacinação, também podem ser considerados.

O esquema vacinal das crianças expostas verticalmente ao HIV apresenta algumas diferenças em relação ao calendário básico indicado pelo Programa Nacional de Imunizações, como por exemplo a vacina da poliomelite inativada (VIP) e a utilização da vacina Penta para o reforço da difteria, tétano e coqueluche aos 15 meses. Sugere-se consultar o calendário vacinal para crianças expostas e crianças e adolescentes que vivem com HIV, disponível no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.

Após a confirmação diagnóstica **as crianças não infectadas**, devem seguir calendário básico, com exceção de algumas vacinas, como a varicela (deve ser aplicada nas crianças susceptíveis não infectadas, para a proteção de seus contatos domiciliares com

imunodeficiência) e a pólio inativada, que deve ser utilizada nas crianças que convivem com pessoas imunodeficientes.

Por fim, o monitoramento e a avaliação sistemática dos indicadores do Programa de Imunizações, em nível local, é imprescindível para o alcance das metas e aprimoramento das ações.

4. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

4.1 APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

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

Pontos-chave do posicionamento adequado: rosto do bebê posicionado de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; corpo do bebê próximo ao da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga, cabeça e tronco alinhados; bebê bem apoiado, braço inferior posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe.

Pontos-chave da pega adequada: a boca do bebê deve estar bem aberta, pois deve abocanhar, além do mamilo, parte da aréola; lábios virados para fora (“boca de peixe”); o queixo do bebê deve tocar a mama; a aréola fica mais visível acima da boca do bebê.

Importante: quando a mama estiver muito cheia, a aréola poderá estar tensa, endurecida, dificultando a pega adequada. Nesses casos, antes da mamada, é recomendado que se retire manualmente um pouco de leite. Para esta retirada orienta-se: 1. Massagear delicadamente a mama como um todo, com movimentos circulares da base em direção à aréola; 2. Com os dedos da mão em forma de “C”, colocar o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréola mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos; 3. Pressionar suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à parede torácica. 4. Pressionar e soltar, pressionar e soltar. A manobra não deve doer se a técnica estiver correta. A princípio o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes o leite começará a pingar. Poderá fluir em jorros se o reflexo de ocitocina for ativo. A prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação encontram-se na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

4.2 AMAMENTAÇÃO E O USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Em geral, as mães que amamentam devem evitar o uso de quaisquer medicamentos. No entanto, se isto for imperativo, deve-se fazer opção por uma droga já estudada, que seja

pouco excretada no leite materno, e que não tenha risco aparente para a saúde da criança. Drogas de uso prolongado pela mãe em geral oferecem um maior risco para o lactente pelos níveis que podem atingir no leite materno (BRASIL, 2014).

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

As equipes de saúde da Atenção Básica, articuladas com o Caps-AD, devem orientar as mães usuárias regulares de drogas ilícitas a não amamentarem seus filhos e as usuárias ocasionais devem suspender a amamentação por um período variável após o consumo da droga em questão. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta que poderá ser utilizado em casos prioritários (BRASIL, 2013).

Há algumas situações em que há restrições ao aleitamento materno, são elas:

CONTRAINDICAÇÕES:
Mãe infectada por HIV;
Mãe infectada pelo HTLV1 e HTLV2;
Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (antineoplásicos, radiofármacos, etc);
Criança com galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.
RECOMENDAÇÃO DE INTERRUÇÃO TEMPORÁRIA:
Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta;*
Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
Consumo de drogas de abuso, que contraindiquem a amamentação.**
Mãe com HIV negativo no parto, com risco de soroconversão por parceiro com HIV não tratado e ou carga Viral detectável ou desconhecida***

Fonte: Adaptado BRASIL, 2015.

*Nesses casos a criança deve receber imunoglobulina humana antivaricela zoster (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.

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

*** Até resultado de Carga Viral para HIV na mãe e em uso de Profilaxia Pré- exposição. Para maiores informações acessar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.

4.3 ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS AMAMENTADAS

A nutrição adequada durante a infância é essencial para a saúde e bem-estar ao longo da vida. O aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos ou mais. Recomenda-se a amamentação em livre demanda, ou seja, a criança é amamentada na hora que quiser e quantas vezes quiser. Portanto, a oferta de chás, sucos e água é desnecessária e contraindicada nos primeiros seis meses de vida.

A equipe da UBS deve acompanhar a introdução de alimentação complementar ao longo das consultas periódicas da criança e propor, junto à família, estratégias de qualificação da alimentação, bem como solução de problemas enfrentados pela família.

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

Recomendamos o esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade em aleitamento materno, conforme o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_alimentacao_saudavel_menores_2anos_1edicao.pdf:

Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
Leite Materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Nas crianças com alguma deficiência ou doença que acometa o sistema gastrointestinal, é importante considerar a maturidade fisiológica e neuromuscular da

criança, bem como suas necessidades nutricionais, para definir o período adequado para iniciar a introdução dos alimentos.

4.4 ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS

Fórmula infantil

As fórmulas infantis para lactentes correspondem a leites industrializados para lactentes que não estão em aleitamento materno. No entanto, apesar de sua adaptação com relação ao carboidrato, proteínas e vitamina, os fatores anti-infecciosos e bioativos encontrados no leite materno não são encontrados nas fórmulas infantis. Diante da impossibilidade do aleitamento materno, é recomendado que crianças menores de seis meses de vida sejam alimentadas com fórmulas infantis para lactentes e as crianças de seis a doze meses com fórmulas de seguimento para lactentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008).

A fórmula infantil para lactente deve ser preparada cuidadosamente, de acordo com as instruções do rótulo de cada produto e deve ser administrada em quantidades adequadas de acordo com o peso e a idade da criança. As informações sobre a quantidade também estão incluídas no rótulo do produto.

O profissional de saúde deve orientar os cuidadores quanto à importância de seguir as recomendações de diluição do produto. Leites muito concentrados ou muito diluídos podem ser prejudiciais para a saúde da criança, pois pode resultar, respectivamente, em uma sobrecarga renal de sais e proteína ou desnutrição. É importante destacar a necessidade do consumo de água (tratada, fervida e filtrada) nos intervalos das refeições para crianças menores de seis meses, não amamentadas.

Se a criança é alimentada com fórmula infantil, a introdução de outros alimentos deve ser feita a partir dos seis meses de vida e deve seguir as mesmas orientações sobre a introdução da alimentação complementar para crianças amamentadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

É importante ressaltar que as crianças expostas ao HIV e ao HTLV tem direito a receber a fórmula láctea em substituição ao aleitamento materno até 1 ano de vida. A fórmula é fornecida pela SES aos municípios do estado. As UBS devem verificar com a Secretaria Municipal de Saúde de seu município o fluxo para o recebimento da fórmula. Do nascimento até o 6º mês de vida o RN receberá a fórmula tipo 1, de 8 a 12 latas/mês e do 6º as 12º mês de vida a fórmula tipo 2 até 9 latas/mês, o quantitativo será definido pelas necessidades nutricionais da criança, avaliado por médico ou nutricionista.

Leite de vaca integral

O leite de vaca integral não é recomendado para crianças menores de um ano por apresentar quantidades inadequadas de macronutrientes e micronutrientes para essa faixa etária. No entanto, sabe-se que há condições em que é contra indicada a amamentação e situações em que o leite de vaca é o único disponível em função do baixo custo. Assim, é importante que os profissionais de saúde saibam orientar as mães, famílias e cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura. O quadro a seguir fornece as orientações para diluição e reconstituição do leite integral. Para mais informações, acessar: Caderno da Atenção Básica nº 23 - Saúde da Criança/MS.

Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas

Reconstituição do leite em pó integral:

- 1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida;
- 1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida;
- 2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.

Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

Diluição do leite integral fluido:

- 2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida:
70ml de leite + 30ml de água = 100ml;
- 100ml de leite + 50ml de água = 150ml;
- 130ml de leite + 70ml de água = 200ml.

Para ambos, acrescentar 01 colher de chá de óleo para cada 100 ml de leite.

Após completar quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança não amamentada receberá outros alimentos e seu consumo não deverá ultrapassar 500 ml por dia.

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

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_alimentacao_saudavel_menores_2anos_1edicao.pdf:

Nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta

Alimentação láctea	Papa salgada	Refeição básica da família (bem cozido ou em pedaços pequenos e macios)	Refeição básica da família
	Papa de fruta Leite	Fruta Leite	Frutas ou cereal ou tubérculo ou cereal Leite
	Papa salgada	Refeição básica da família (bem cozido ou em pedaços pequenos e macios)	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

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

5. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS

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

O quadro a seguir descreve a suplementação de vitaminas e minerais até os 24 meses:

	Idade	Posologia	Observação
Vitamina A	De 6 a 11 meses**	Dose de vitamina A de 100.000 UI (dose única).	Apresentação em cápsula, a qual deverá ser aberta e administrada diretamente na boca da criança. Acesse a bula na lista de links ao final do documento.
	De 12 a 59 meses**	Dose de vitamina A de 200.000 UI (1 dose a cada 6 meses).	
Sulfato ferroso*	De 03 aos 24 meses	1 mg de ferro elementar/kg/ dia.	Recomendação vigente da Sociedade Brasileira de Pediatria, independentemente do regime de aleitamento.
	Do 30º dia até os 12 meses (pré- termo ou com peso menor de 1500g).	2 mg de ferro elementar/ kg/ dia.	

	Do 30º dia até os 12 meses (pré-termo com peso entre 1000g e 1500g).	3 mg de ferro elementar/ kg/ dia.	
	Do 30º dia até os 12 meses (pré-termo com peso <1000g).	4 mg de ferro elementar/kg/dia	

Fonte: Brasil (2013b); Sociedade Brasileira de Pediatria (2018).

*Após o 1º ano de vida, a suplementação em todos os casos é de 1mg/kg/dia por mais 12 meses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018). Atentar em situações em que a criança possuir o diagnóstico de doença que acumule ferro (anemia falciforme e talassemia, entre outras).

**O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A prevê a suplementação de todas as crianças na idade de 6 a 59 meses que moram nas regiões Nordeste e Norte e também nos municípios que fazem parte do Programa Brasil Sem Miséria pertencentes às regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, além de todas as crianças residentes em territórios dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2012). A partir de 2014, foi aberta adesão aos municípios que não participavam do Programa, mas que manifestaram interesse em participar. Os insumos são entregues nas Unidades Básicas de Saúde para serem administrados em todas as crianças de 6 a 59 meses de idade durante a rotina do serviço e nas campanhas de vacinação.

A suplementação com vitamina A reduz o risco de morte em crianças em 24%, sendo o risco de mortalidade por diarreia reduzido em 28%, já crianças HIV positivo têm a mortalidade reduzida, por todas as causas, em 45%. A deficiência de vitamina A, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), aumenta o risco de morbidades e mortalidade e também aumenta o risco das crianças desenvolverem anemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Diante disso, a adequação do consumo de vitamina A é fundamental para o crescimento saudável de crianças da primeira infância.

Além do suplemento de vitamina A, é importante que a alimentação habitual das crianças forneça alimentos fontes de vitamina A. Por isso, além de oferecer alimentos ricos nesse nutriente na alimentação escolar e nas refeições das creches, é fundamental que a família seja envolvida em ações em que seja incentivado o consumo de alimentos ricos nesse nutriente. A vitamina A pode ser encontrada em alimentos como abóbora, manga, cenoura, acerola, goiaba, melão, agrião, alface, brócolis, couve e rúcula, entre outros (BRASIL, 2013b).

Cabe destacar que, existem municípios que não aderiram ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e fazem a suplementação diária com a vitamina A + D.

Do mesmo modo, o raquitismo, é atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e restrição à exposição solar, sendo uma condição prevenível, mas que continua ocorrendo, mesmo em países desenvolvidos. No entanto, o Ministério da Saúde não

recomenda a suplementação universal de rotina de vitamina D, em razão das necessidades diárias serem facilmente atingidas pela exposição regular ao sol. Contudo, para crianças que apresentam os seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar (por hábitos culturais ou porque se usa filtro solar em todos os passeios ao ar livre) e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados, recomenda-se administrar de 200 a 400UI/dia de vitamina D (BRASIL, 2012).

6. TRANSMISSÃO VERTICAL

6.1 HIV

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento materno. Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é menor que 2%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento já está bem estabelecido que esse risco é de 15% a 60%. Maiores informações sobre transmissão vertical do HIV, consultar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

Cabe ressaltar que, as lactantes também estão suscetíveis à transmissão sexual do HIV, portanto os profissionais da saúde devem ressaltar medidas de prevenção neste período, recomendando o uso do preservativo e a realização de testagem para o HIV se houver exposição materna. A infecção materna aguda durante a amamentação aumenta o risco de infecção da criança, devido ao rápido aumento da Carga Viral e queda na contagem de Linfócitos T-CD4+.

A SES/RS também recomenda a testagem para HIV nos pais/parceiros tanto no pré-natal quanto na maternidade, como uma medida de prevenção da transmissão do HIV para mães e crianças. Nas situações em que a mãe for soronegativa para o HIV e parceiro com resultado reagente, o SAE - Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids de referência deve ser acionado imediatamente para acompanhamento em conjunto com a Atenção Básica, devido ao risco de soroconversão para o HIV da mulher e exposição do RN.

Além disso, a puérpera deve ser orientada para interrupção imediata da amamentação até resultado de Carga Viral para HIV (confirmando assim seu status sorológico) e está indicada a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) na lactante. Para maiores informações, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV.

A transmissão do HIV pode ocorrer através da amamentação, portanto está contraindicado o aleitamento materno nos casos de mães com HIV e/ou amamentação da criança por outra nutriz. As mães que não podem amamentar necessitam de apoio da equipe

de saúde e devem ser orientadas sobre a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea.

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

As crianças expostas ao HIV, em risco de exposição por aleitamento materno e as crianças infectadas pelo HIV devem ter acompanhamento compartilhado entre AB e o SAE em HIV/Aids (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O acompanhamento da criança exposta ao HIV (até 18 meses, quando é definido seu status sorológico) deve ser compartilhado entre AB e SAE, com a seguinte periodicidade: mensal nos primeiros 6 meses e, no mínimo, bimensal a partir do 1º ano de vida. A periodicidade de atendimento no SAE para crianças infectadas e em risco de infecção será avaliada pela equipe do serviço.

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

6.2. SÍFILIS CONGÊNITA

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

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

Nas gestantes, considera-se tratamento adequado: tratamento completo para o respectivo estágio clínico da sífilis, com penicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto. Para maiores informações, acessar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

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

Critérios para definição de sífilis congênita:

Crianças expostas à sífilis	Crianças com Sífilis Congênita
-RN de mulher diagnosticada com sífilis durante pré-natal e que foi ADEQUADAMENTE TRATADA.	-RN de mulher diagnosticada com sífilis no pré-natal, parto ou puerpério, NÃO TRATADA ou TRATADA DE FORMA NÃO ADEQUADA; - RN com teste não treponêmico maior que o materno em pelo menos 2 diluições (Ex: mãe 1:4 e RN \geq 1:16) - RN com manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente.

6.2.1 ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS A SÍFILIS

O acompanhamento pode ser feito na Atenção Básica durante a puericultura, com atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial (teste não treponêmico - VDRL) no 1º, 3º, 6º, 12º e 18º mês de idade. Para mais informações consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

6.2.2 CRIANÇAS COM SÍFILIS CONGÊNITA

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

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

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

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

7. CRIANÇA EGRESSA DE UTI NEONATAL

Conforme a Resolução nº 324/2010 CIB/RS, todos os egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN devem ter seguimento em ambulatório especializado em nível hospitalar (Ambulatório de Seguimento de Egressos), durante os primeiros dois anos

de vida. Este acompanhamento deverá ser compartilhado com a Atenção Básica (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Para crianças que se enquadrem nos critérios, deverá ser indicado o uso de Palivizumabe no período de sazonalidade da circulação do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), que na região sul vai de abril a agosto, com período de aplicação entre março a agosto (RIO GRANDE DO SUL, 2019b).

A aplicação do Palivizumabe (anticorpo monoclonal) deve ser feita em locais destinados à aplicação de vacinas especiais. Maiores informações consultar a Nota Técnica Conjunta nº 04/2019 – DAS/SES e CPAF/SES-RS que sistematiza o fluxo para solicitação, distribuição e dispensação do Palivizumabe para o tratamento profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

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

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

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

A identificação precoce desses comprometimentos torna possível a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta às terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. Frente a isso, cabe à gestão municipal organizar os fluxos de encaminhamento em nível local pactuados para melhor orientação à família e a equipe da AB deverá conhecer os pontos de atenção da rede, oportunizando o encaminhamento e atendimento da criança com deficiência (BRASIL, 2017a; 2018a).

9. REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL

Para efetivar o cuidado e a proteção social das crianças a atenção básica deve estar articulada com uma rede de apoio no território. Dentro da assistência social as redes que se destacam são:

- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) - proteção social básica, porta de entrada da assistência social, trabalha na prevenção da ruptura de vínculos familiares e comunitários, a promoção de ganhos sociais e materiais das famílias e o acesso a benefícios, programas de transferência de renda (Ex: Programa Bolsa Família)

- Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) - proteção social especializada, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, onde já ocorreu a violação de direitos.

9.1 CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

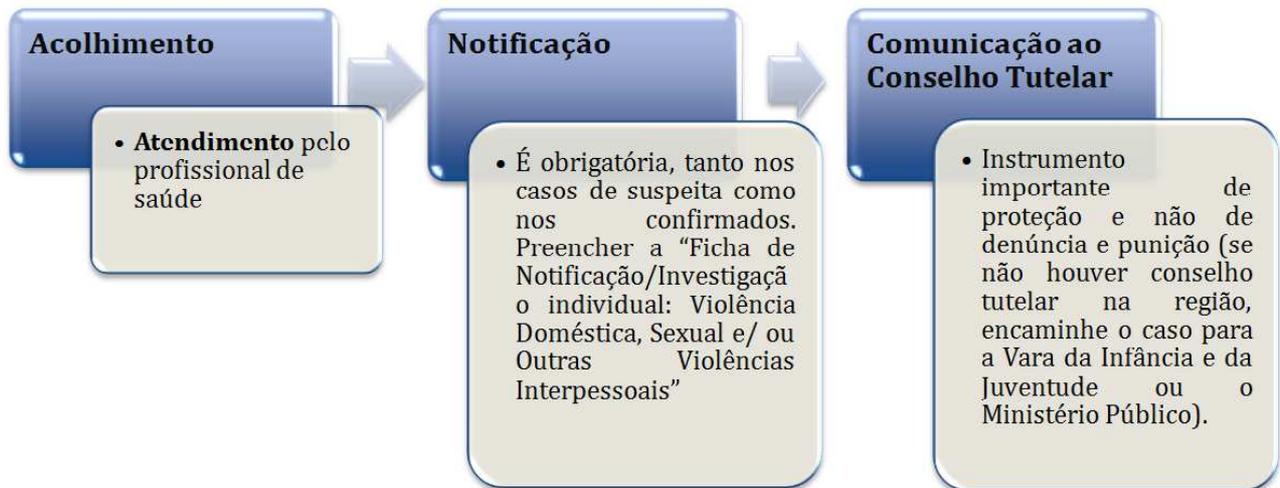
A maioria das definições de maus tratos incorpora dois elementos centrais: presença de alterações comportamentais e de danos físicos resultantes dessa conduta. O abuso ou os maus-tratos contra crianças engloba toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocional, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, do qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (BRASIL, 2012).

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

Sinais de violência psicológica	Muitas vezes as crianças dificilmente exteriorizam o sofrimento e prevalecem as alterações comportamentais. Entre os fatores comportamentais predominam: choro ou irritabilidade sem motivo aparente, olhar indiferente, apatia, falta de limites, atraso no desenvolvimento psicomotor incluindo a fala, dificuldades de amamentação, enurese e encoprese, distúrbios do sono, dificuldades de sociabilização, agressividade e ansiedade.
Sinais de violência física	As lesões físicas mais frequentes são: equimoses, hematomas e escoriações, em geral encontradas em locais normalmente protegidos, como costas, nádegas, braços, coxas, peito, face, orelhas, mãos e pés.
Sinais de violência sexual	Os sinais físicos que devem ser observados são traumatismos e lesões nas genitálias e/ou ânus, infecções urinária, infecções sexualmente transmissíveis, doenças psicossomáticas, dores abdominais, enurese, encoprese e distúrbios na alimentação. Já os sinais comportamentais mais comuns nessa faixa etária compreendem os distúrbios do sono, agressividade, apatia, choro sem motivo aparente, conduta regressiva e comportamento sexual inapropriado para idade.

Fonte: Brasil (2012); São Paulo (2015).

Em casos de violência e/ou maus tratos os profissionais de saúde devem seguir o fluxo descrito abaixo:



Fonte: Adaptado São Paulo (2015).

Para o seguimento, deve-se manter **Atendimento na Rede de Cuidado e de Proteção Social**, para a criança e a família, além de manter a articulação com a AB (UBS e NASF).

10. INTERFACE COM O PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)

No âmbito da Atenção Básica, os municípios que aderiram ao Primeira Infância Melhor - PIM (Lei 12.544/06 e Lei 14.594/14) contam com uma estratégia focada na promoção do desenvolvimento integral infantil, a partir do fortalecimento das competências familiares, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade social. Através de visitas domiciliares semanais, as famílias recebem orientações sobre o cuidado, proteção e educação de suas crianças, desde a gestação até que completem 6 anos de idade (RIO GRANDE DO SUL, 2006). O programa conta com guias de orientação para gestantes e famílias contemplando orientações, atividades e brincadeiras lúdicas para o estímulo ao desenvolvimento infantil em tempo oportuno. Tais conteúdos abordam aspectos relativos ao desenvolvimento das dimensões socioafetiva, da linguagem e comunicação, motora e cognitiva.

O desenvolvimento das crianças é acompanhado por instrumento específico, organizado por faixas etárias, onde é possível reconhecer sua evolução, identificando situações de risco e/ou agravos e realizando encaminhamentos às Redes de Serviços, quando necessário. Os municípios com o PIM implantado também contam com projetos de formação sobre desenvolvimento na primeira infância, direcionados aos profissionais que atuam nos territórios.

O Programa, é reconhecido como uma porta de entrada para as redes de serviços, possui seu recurso vinculado ao Bloco da Atenção Básica, possibilitando sua execução na complementação dos programas específicos da área (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

11. ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA:

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

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

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

Nos relatórios obtidos pelas equipes nos prontuários eletrônicos ou ainda nos relatórios de saúde disponibilizados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) <<https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>> é possível obter informações da situação de saúde da população do território, além de relatórios de indicadores de saúde. O SISAB apresenta informações por estado, município, região de saúde e equipe, além de diversas possibilidades de cruzamento de informações, como consulta em série histórica (diferentes competências/períodos) e filtros específicos para atendimentos individuais, odontológicos, procedimentos, visitas domiciliares, atividades coletivas e práticas em saúde, auxiliando na gestão da informação e na melhoria dos processos de trabalho.

Outra ferramenta para obtenção de indicadores é o Portal BI Saúde da Secretaria Estadual da Saúde, o qual foi desenvolvido utilizando ferramentas de Business Intelligence (BI), que permitem apresentar de forma sintética e visual as informações de saúde dos municípios e do Estado do RS.

Além de facilitar aos gestores municipais acompanhar a situação de saúde do município e da região, podendo ser acessado pelo endereço: <<https://bi.saude.rs.gov.br/>>.

As informações do Portal são atualizadas semanalmente a partir de diversas bases de dados, como por exemplo SIM, SINASC, SINAN, SIA, SIH, SIPNI, IBGE, entre outros.

12. TELECONSULTORIA CLÍNICA

A Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde deve ser utilizada sempre que houver dúvidas clínicas por parte dos profissionais que atuam na Atenção Básica ou em situações não contempladas nesta Nota Técnica para qualificar o cuidado à criança na Atenção Básica.

As teleconsultorias, para o esclarecimento de dúvidas sobre diagnóstico e tratamento, são respondidas em tempo real, sem necessidade de agendamento prévio, pelo telefone **0800 644 6543**.

O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08 às 17:30h, podendo acessar o serviço os profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, profissionais de educação física, assistentes sociais e psicólogos da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica do Brasil.

Mais informações podem ser acessadas no site do TelessaúdeRS:
<<https://www.ufrgs.br/telessauders/>>.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Passaporte da Cidadania. Brasília: Editora MS, 2. ed. Brasília/ DF, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Editora MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para a implementação/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/acoes-e_programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – 1 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017b. Série Parâmetros SUS – Volume 1 – Caderno 1 - Republicado. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a. vol 1. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica : saúde da criança / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian--a-Provis--rio.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. – 2. ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_outras_substancias_2_edicao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibaana**/coord. e org. Cristiane Maria Leal Verdana Maragon; Autoria: Andrea Bonilha Bordin et al., Colaboração: Antonio Carlos Bagatin Et al., Curitiba Paraná, PR. Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 224p. : il. 30cm. Disponível em:
<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/DiretrizAtencaoSaudeCrianca.pdf>

ESPIRÍTO SANTO. Secretaria de Estadual da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. **Atenção à Saúde da Criança**. Vitória, 2017. Disponível em:
<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**/Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 12.544, de 03 de julho 2006** (atualizada até a Lei n.º 14.594, de 28 de agosto de 2014). Institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM - e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repLegisComp/Lei%20n%C2%BA%2012.544.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Planificação da Rede de Atenção à Saúde - Oficina 4:** Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. Rio Grande do Sul, 2019a. Disponível em:

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201905/16140005-oficina-04-condicoes-cronicas-e-agudas-atualizada.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde, Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica. **Nota Técnica Conjunta nº 04/2019, DAS/CPAF/RS.** Sistematização do fluxo para solicitação, distribuição e dispensação do medicamento Palivizumabe para o tratamento profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Estado do Rio Grande do Sul. 2019b. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190340/13104032-nota-tecnica-estadual-palivizumabe-atualizada-02-19-2.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica e Planejamento. **Guia do pré-natal na Atenção Básica/Porto Alegre:** Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018. 40p. II. Disponível em:

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Portaria nº 578, de 12 de dezembro de 2013. Estabelece o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Primeira Infância Melhor. **Diário Oficial do Rio Grande do Sul**, 2013. p.43- 44 Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/wp-content/uploads/2013/12/Portaria-N-5782013.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. **Resolução nº 324 de 16 de setembro de 2010.** Institui Ambulatórios Especializados no Atendimento ao Prematuro Egresso das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, com Incentivo Financeiro para a sua implantação, com a finalidade de garantir acompanhamento diferenciado aos recém-nascido. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170229/23102934-1340219892-cibr324-10.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. Linha de Cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2ª ed. PortoAlegre: Escola de Saúde Pública. 2018. Disponível em:<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/lancada-a-2-edicao-da-linha-de-cuidado-para-pessoas-vivendo-com-hiv-aids-pvha-e-outras-ist>

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Neonatologia. **Manual de Seguimento Ambulatorial do prematuro de risco.** 1ª edição. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. **Consenso Sobre Anemia Ferropriva:** mais que uma doença, uma urgência médica. Rio de Janeiro, 2018. Disponível: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação.** Nº4 Agosto 2017

Disponível:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_Uso_Medicam_durante_Amament.pdf

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on HIV and infant feeding:** principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva: OMS, 2010.

ANEXO A

Leitura complementar

1. Sobre Depressão pós-parto: causas, sintomas, tratamento e prevenção, consulte: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao-pos-parto>

2. Sobre Vacinação: quais são as vacinas para que servem, por que vacinar, mitos, consulte: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/vacine-se>

3. Para acessar a Calculadora de Sulfato Ferroso, consulte: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=3>

4. Para acessar a Bula Vitamina A, consulte: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5850912015&pldAnexo=2718087

5. Sobre as Diretrizes de Estimulação de Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, consulte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

6. Sobre o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos, consulte: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guiia13.pdf

7. Sobre Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, consulte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

8. Sobre a Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, consulte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf

9. Sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, consulte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>

10. Sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes, consulte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>

11. Sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, consulte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

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